

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4710

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGẮN HẠN GẤY KÍN Ổ CỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP XƯƠNG BÊN TRONG

**Đỗ Thành Công^{1*}, Lê Đình Hải², Nguyễn Tâm Từ³, Lê Công Danh³,
Nguyễn Hữu Thuyết³, Nguyễn Văn Hết³, Dương Khải³,
Lâm Khải Duy³, Lưu Văn Huệ³, Nguyễn Thanh Huy³**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

*Email: docong2508@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/5/2026

Ngày phản biện: 05/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy ổ cối là tổn thương phức tạp của khớp háng, thường do chấn thương năng lượng cao và có thể kèm đa chấn thương. Nắn chỉnh sớm và kết hợp xương nhằm phục hồi giải phẫu ổ cối và sự tương thích của khớp háng, từ đó cải thiện chức năng vận động. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả điều trị gãy kín ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo dõi dọc, tiền cứu trên 36 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 06/2024 đến 03/2026. **Kết quả:** Tuổi trung bình $46 \pm 17,2$. Tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nhất (69,4%), nguyên nhân khác là té cao hoặc tai nạn sinh hoạt. Trật khớp háng chiếm 55,6%. Kiểu gãy thường gặp là gãy bờ sau (41,7%), gãy cột sau kèm bờ sau (27,8%) và gãy cột trước (22,2%). Phẫu thuật thường trong 14 ngày sau chấn thương (86,1%). Thời gian mổ trung bình 149 ± 40 phút. Kết quả nắn chỉnh sau mổ theo Matta đạt mức tốt 80,5%, mức trung bình là 16,7% và mức kém 2,8%. Chức năng khớp háng tại thời điểm 3 tháng theo thang điểm Merle d'Aubigné mức rất tốt-tốt đạt 77,8%, mức trung bình là 22,2%. Biến chứng ghi nhận nhiễm trùng nông 2,8% và 3 trường hợp có tổn thương thần kinh tọa. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương gãy kín ổ cối cho kết quả nắn chỉnh và phục hồi chức năng ngắn hạn tốt, với tỷ lệ biến chứng thấp; cần theo dõi dài hạn để đánh giá đầy đủ kết quả điều trị và các biến chứng muộn.

Từ khóa: Gãy ổ cối, kết hợp xương bên trong, phân loại Letournel và Judet, tiêu chuẩn Matta, thang điểm Merle d'Aubigné.

ABSTRACT

EVALUATION OF SHORT-TERM TREATMENT OUTCOMES AFTER OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION FOR CLOSED ACETABULAR FRACTURES

**Do Thanh Cong^{1*}, Le Dinh Hai², Nguyen Tam Tu³, Le Cong Danh³,
Nguyen Huu Thuyet³, Nguyen Van Het³, Duong Khai³,
Lam Khai Duy³, Luu Van Hue³, Nguyen Thanh Huy³**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

3. Can Tho Central General Hospital

Background: Acetabular fractures are complex intra-articular injuries of the hip, typically resulting from high-energy trauma and frequently associated with polytrauma and potentially life-

threatening conditions. Early reduction and open reduction and internal fixation (ORIF) aim to restore acetabular anatomy and hip congruency, thereby improving functional outcomes. **Objectives:** To describe clinical and radiographic characteristics of closed acetabular fractures and to evaluate short-term outcomes after surgical treatment. **Materials and methods:** A prospective longitudinal study of 36 patients who underwent surgery at Can Tho Central General Hospital from June 2024 to March 2026. **Results:** The mean age was 46 ± 17.2 years. Traffic accidents were the most common mechanism of injury (69.4%); the remaining cases resulted from falls from height and domestic accidents. Hip dislocation occurred in 55.6% of cases. The most common fracture patterns were posterior wall fractures (41.7%), posterior column with posterior wall fractures (27.8%), and anterior column fractures (22.2%). Surgery was performed within 14 days after injury in 86.1% of patients. Mean operative time was 149 ± 40 minutes. According to Matta criteria, reduction was good in 80.5%, fair in 16.7%, and poor in 2.8%. At the 3-month follow-up, hip function assessed by the Merle d'Aubigné score was excellent-good in 77.8% and fair in 22.2%. Recorded complications included superficial infection (2.8%) and 3 cases of sciatic nerve injury. **Conclusion:** ORIF for closed acetabular fractures resulted in favorable short-term radiographic and functional outcomes. However, longer-term follow-up is required to evaluate sustained functional recovery and late complications.

Keywords: Acetabular fracture, open reduction and internal fixation, Letournel-Judet classification, Matta criteria, Merle d'Aubigné score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy ổ cối là một bệnh cảnh thường do chấn thương năng lượng cao và thường đi kèm nhiều tổn thương phối hợp nặng. Do ổ cối là thành phần quan trọng của bề mặt chịu lực khớp háng, tổn thương tại vị trí này nếu không được điều trị thích hợp có thể dẫn đến mất vững khớp háng và hạn chế chức năng vận động của bệnh nhân. Theo thống kê của Ngô Bảo Khang (1999) [1] bệnh nhân gãy khung chậu, ổ cối chiếm tỷ lệ từ 3 - 5% trong tổng số các ca gãy xương. Tại Việt Nam, từ các nghiên cứu của Đỗ Đức Mạnh [2] và Trần Văn Cư [3], cho thấy kết quả điều trị phẫu thuật và phục hồi vận động đạt kết quả cao. Trên thế giới, Shon [4] báo cáo phẫu thuật gãy ổ cối trên 149 bệnh nhân với kết quả phục hồi chức năng ở mức rất tốt - tốt là 81,2%. Mặc dù kết quả điều trị phẫu thuật gãy ổ cối đã được báo cáo tại các trung tâm chính hình trên cả nước, tuy nhiên dữ liệu về đặc điểm tổn thương, chiến lược phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng của người bệnh gãy ổ cối tại Đồng bằng sông Cửu Long còn nhiều hạn chế do địa bàn rộng và bệnh nhân phải di chuyển qua nhiều cơ sở trước khi đến trung tâm chuyên khoa.

Trong những năm qua, Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã điều trị nhiều trường hợp gãy ổ cối do đây là cơ sở tiếp nhận người bệnh chấn thương gãy ổ cối từ nhiều tỉnh trong vùng nên cần phải đánh giá đầy đủ bằng một nghiên cứu theo dõi có hệ thống. Từ thực tiễn trên, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của bệnh nhân gãy kín ổ cối; Đánh giá kết quả điều trị gãy kín ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương bên trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 36 bệnh nhân chẩn đoán gãy kín ổ cối được phẫu thuật tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2024 đến tháng 03/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Từ 16 tuổi trở lên; Được chẩn đoán gãy ổ cối phân loại đầy đủ theo Letournel và Judet; Được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bên trong; Thời gian

chấn thương đến phẫu thuật < 21 ngày; Không nguy cơ nhiễm trùng toàn thân (viêm phổi, nhiễm trùng tiêu...); Không tổn thương phần mềm tại chỗ; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân kèm theo chấn thương cơ quan khác chưa ổn định; Tổn thương mô mềm nặng, nguy cơ nhiễm khuẩn cao; Không chấn thương cột sống liệt chi tứ chi; Bệnh lý nội khoa không ổn định chống chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, không nhóm chứng.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Chọn mẫu liên tiếp các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, hình ảnh tái khám của bệnh nhân và tái khám đầy đủ.

- **Biến số nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học bệnh nhân gãy ỏ cối. Đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân như thời gian mổ, đường mổ, kiểu gãy và thời gian phẫu thuật. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Matta và đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Merle d'Aubigné.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.338.HV/PCT – HĐĐĐ. Người tham gia nghiên cứu được biết mục đích và ý nghĩa nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân gãy kín ỏ cối

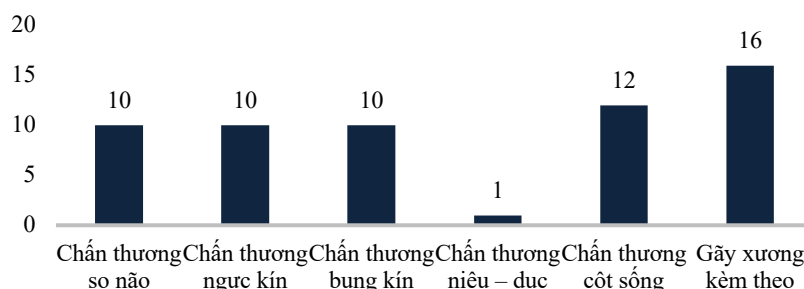
3.1.1. Phân bố tuổi và giới tính

Bảng 1. Phân bố giới tính và nhóm tuổi

Giới tính		Nam	Nữ	Tổng
Nhóm tuổi	Từ 16 đến 30 tuổi	4 (11,1%)	3 (8,3%)	7 (19,4%)
	Từ 31 đến 45 tuổi	9 (25%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)
	Từ 46 đến 60 tuổi	9 (25%)	1 (2,8%)	10 (27,8%)
	Từ 60 tuổi trở lên	2 (5,6%)	6 (16,7%)	8 (22,2%)
	Tổng	24 (66,7%)	12 (33,3%)	36 (100%)

Nhận xét: Nhóm tuổi phân bố từ 31 đến dưới 45 tuổi và tuổi từ 46 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Số bệnh nhân nam gấp 2 lần bệnh nhân nữ.

3.1.2. Các tổn thương phối hợp



Hình 1. Chấn thương kèm theo trong gãy ỏ cối theo số lượng bệnh nhân (n = 36)

Nhận xét: Trong 36 trường hợp gãy ỏ cối thường kèm theo đa chấn thương trong đó chấn thương sọ não, chấn thương ngực kín, chấn thương bụng kín có 10/36 trường hợp.

3.1.3. Nguyên nhân chấn thương và mức độ nặng của chấn thương theo ISS

Bảng 2. Nguyên nhân chấn thương và mức độ nặng của chấn thương theo ISS

Nguyên nhân \ Mức độ ISS	Nhẹ - Trung bình	Nặng	Rất nặng	Nguy kịch
Tai nạn giao thông	8 (22,2%)	13 (36,1%)	4 (11,1%)	0
Té cao	3 (8,3%)	4 (11,1%)	0	0
Tai nạn sinh hoạt	2 (5,6%)	1 (2,8%)	0	1 (2,8%)
Tổng	13 (36,1%)	18 (50%)	4 (11,1%)	1 (2,8%)

Nhận xét: Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông thường gặp nhất, nguyên nhân khác là nguyên nhân do té cao và tai nạn sinh hoạt. Điểm ISS trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $20 \pm 11,8$ điểm, trong đó bệnh nhân có điểm ISS cao nhất là 54 điểm trên 1 bệnh nhân, bệnh nhân có điểm ISS thấp nhất là 10 điểm trên 4 bệnh nhân.

3.1.4. Các đặc điểm của bệnh nhân gãy ổ cối

Bảng 3. Các đặc điểm của bệnh nhân và phẫu thuật

Đặc điểm	Chỉ số	Số lượng (n = 36)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Sốc chấn thương	6	16,7
	Đau, hạn chế vận động	36	100
	Sưng nề, bầm tím	29	80,5
	Trật khớp háng	20	55,6
Thời điểm phẫu thuật	Trong vòng 24 giờ	1	2,8
	Từ 2 – 7 ngày	8	22,2
	Từ 8 - 14 ngày	22	61,1
	Từ 15 - 21 ngày	5	13,9
Đường mổ	Kocher–Langenbeck	25	69,4
	Stoppa cải biên	10	27,8
	Phối hợp	1	2,8
Thời gian phẫu thuật trung bình	149 ± 40 phút		

Nhận xét: Ghi nhận đau và hạn chế vận động háng bên tổn thương chiếm 100% trường hợp. Bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 14 ngày sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao 86,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 149 ± 40 phút.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín ổ cối bằng phương pháp kết hợp xương bên trong**3.2.1. Kết quả nắn chỉnh theo tiêu chuẩn Matta**

Bảng 4. Kết quả nắn chỉnh theo tiêu chuẩn Matta

Đặc điểm	Chỉ số	Số lượng (n = 36)	Tỷ lệ (%)
Tiêu chuẩn Matta	Tốt: <1 mm	29	80,5
	Trung bình: 1 – 3 mm	6	16,7
	Kém: > 3 mm	1	2,8

Nhận xét: Đánh giá di lệch sau mổ theo tiêu chuẩn Matta ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao 80,5%, trung bình chiếm 16,7% và kết quả kém 2,8%.

3.2.2. Phân loại kiểu gãy ổ cối và mức độ phục hồi chức năng ở mốc 3 tháng

Bảng 5. Phân loại kiểu gãy ổ cối và mức độ phục hồi chức năng

Phân loại	Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn theo thang điểm Merle d'Aubigné sau 3 tháng			
	Rất tốt 17 - 18 điểm	Tốt 15 - 16 điểm	Trung bình 13-14 điểm	Kém <13 điểm
Gãy bờ sau	3	10	2	0
Gãy cột trước	0	6	2	0
Gãy cột sau + bờ sau	0	8	2	0
Gãy cột trước + gãy ngang nửa sau	0	1	1	0
Gãy cả hai cột	0	0	1	0

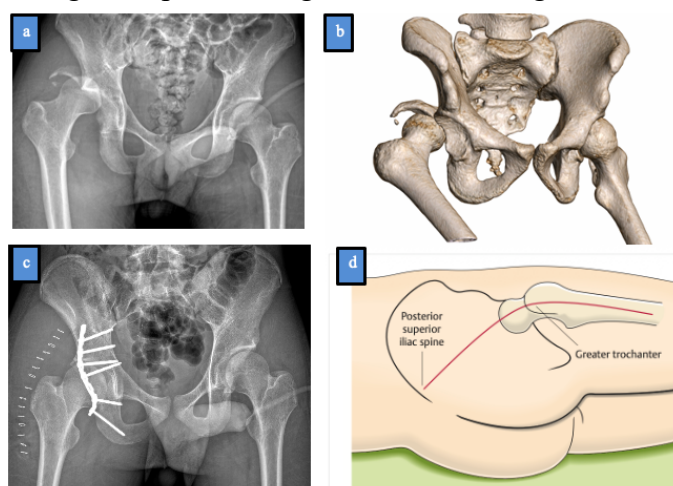
Nhận xét: Theo phân loại Letournel – Judet, có 23/36 trường hợp gãy đơn giản, gồm 15 trường hợp gãy bờ sau ổ cối (41,7%) và 8 trường hợp gãy cột trước (22,2%). Có 13/36 trường hợp gãy phức tạp, gồm 10 trường hợp gãy cột sau kèm bờ sau, 2 trường hợp gãy cột trước kèm gãy ngang nửa sau và 1 trường hợp gãy cả hai cột. Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng theo thang điểm Merle d'Aubigné ở mức độ rất tốt là 8,3%, mức tốt là 69,5%, mức độ trung bình là 22,2%.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận các trường hợp biến chứng:

- Có 3 bệnh nhân tổn thương thần kinh tọa, biểu hiện chủ yếu ở nhánh thần kinh mác chung, tại thời điểm 3 tháng, các bệnh nhân còn giảm hoặc mất động tác gấp mu bàn chân, cảm giác bình thường, tiếp tục được theo dõi. Trong đó 2 trường hợp xuất hiện sau chấn thương và 1 trường hợp xuất hiện sau phẫu thuật kết hợp xương gãy bờ sau, cột sau ổ cối bằng đường mổ Kocher–Langenbeck.

- Ghi nhận 1 trường hợp nhiễm trùng nông sau mổ xuất hiện sau 1 tuần, mức độ IIC theo phân độ Southampton. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh tĩnh mạch, đáp ứng lâm sàng tốt và xuất viện sau 5 ngày.

Ca lâm sàng minh họa: Bệnh nhân nam, 20 tuổi, vào viện vì tai nạn giao thông. Chẩn đoán gãy bờ sau ổ cối phải được nắn trật khớp háng cấp cứu và kéo tạ. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương ổ cối phải, đường mổ Kocher–Langenbeck.



Hình 2. (a) X-quang khung chậu thẳng trước mổ; (b) Cắt lớp vi tính có dựng hình 3D; (c) X-quang khung chậu thẳng sau mổ; (d) Đường mổ Kocher–Langenbeck.

Nguồn: Gänslen 2017 [5].

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 36 trường hợp cho thấy độ tuổi trung bình là $46 \pm 17,2$, tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Việc phân chia nhóm tuổi theo độ tuổi và mức độ lao động do có liên quan đến cơ chế tai nạn lao động cụ thể là té cao. Kết quả tương đồng với loạt ca phẫu thuật của Fadzli [6]. Nguyên nhân gây gãy ở cổ thường do chấn thương năng lượng cao, chủ yếu gặp trong tai nạn giao thông chiếm 69,4% hoặc té cao (19,4%), kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Đỗ Đức Mạnh [2]. Gãy xương kèm theo ghi nhận trong 16/36 trường hợp chiếm 44,4%, trong đó có 8 trường hợp kèm theo gãy xương chi dưới cùng bên, có thể ảnh hưởng chức năng vận động của bệnh nhân. Gãy xương kèm theo ghi nhận thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Đức Mạnh [2] là 66,6%.

Việc lựa chọn đường mổ trong gãy ở cổ cần dựa vào vị trí cột gãy chiếm ưu thế, hướng di lệch chính và mục tiêu nắn chỉnh. Đường mổ Kocher–Langenbeck thường được ưu tiên trong các trường hợp tổn thương chủ yếu ở thành sau hoặc cột sau. Bên cạnh đó, đường mổ Stoppa cải biên phù hợp hơn với các kiểu gãy ưu thế ở cột trước, gãy cao cột trước. Khi có tổn thương hai cột ở cổ có thể phối hợp cả hai đường mổ khi phẫu thuật để bộc lộ đầy đủ và nắn chỉnh đạt tối ưu. Theo Mishra A. [7] ứng dụng mô phỏng 3D là xu hướng tất yếu giúp phẫu thuật viên cá thể hóa kế hoạch điều trị, từ đó tối ưu hóa việc lựa chọn đường mổ và phương tiện kết hợp xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nắn chỉnh sau mổ ở mức tốt tương đồng với báo cáo trong nước Đỗ Đức Mạnh [2] nhưng cao hơn Trần Văn Cư [3] cho thấy sự khác biệt có thể đến từ đặc điểm mẫu có tỷ lệ gãy phức tạp cao hơn. Đáng chú ý, thời gian phẫu thuật trong vòng 21 ngày sau chấn thương cũng là một tiêu chí ảnh hưởng đến kết quả nắn chỉnh vì mổ trì hoãn gây khó khăn trong việc bóc tách và nắn chỉnh do nhiều mô xơ, cal xương và vòng chậu bị các cơ vùng tiểu khung co kéo nhiều. Trong nghiên cứu này có 5 bệnh nhân phẫu thuật sau 2 tuần, các bệnh nhân này do bệnh cảnh đa chấn thương (bụng, ngực,...) cần phối hợp nhiều chuyên khoa đánh giá trước mổ gãy ở cổ. Ngoài ra, di lệch sau nắn dù nhỏ nhưng khi còn di lệch ở vùng chịu lực có thể làm tăng áp lực quá mức lên sụn khớp, thúc đẩy quá trình thoái hóa sau chấn thương và làm giảm đáng kể chức năng vận động của bệnh nhân. Việc can thiệp trong "cửa sổ vàng" 2 tuần đầu giúp giảm thiểu đáng kể tình trạng xơ hóa và cal xương sớm, tạo điều kiện thuận lợi để đạt được "anatomic reduction" – yếu tố tiên quyết để ngăn ngừa thoái hóa khớp háng thứ phát [8].

Bảng 6. Kết quả phục hồi chức năng ở mốc 3 tháng

Kết quả \ Nghiên cứu	Đỗ Đức Mạnh [2]	Trần Văn Cư [3]	Chúng tôi
Rất tốt – tốt	77,1%	80,6%	77,8%
Trung bình	22,9%	12,9%	22,2%
Kém	0	6,5%	0

Trong nghiên cứu này, mốc 3 tháng được lựa chọn để đánh giá kết quả điều trị sớm. Một số phác đồ phục hồi sau ORIF gãy ở cổ thường không chịu lực 6 tuần và tăng dần mức chịu lực. Full weight-bearing (FWB) hoàn toàn vào khoảng 12 tuần. Do đó, kết quả chưa phản ánh đầy đủ vì đây là giai đoạn tập PHCN và hồi phục của bệnh nhân.

Biến chứng trong đề tài ghi nhận được 1 trường hợp nhiễm trùng nông chiếm 2,8% và 3 trường hợp tổn thương thần kinh tọa (thường biểu hiện rõ ở nhánh mào chung), trong đó có 2/3 trường hợp (5,6%) ghi nhận tổn thương sau chấn thương và 1 trường hợp (2,8%) tổn thương sau phẫu thuật KHX gãy cột sau và bờ sau ở cổ, đường mổ Kocher–Langenbeck.

Trong trường hợp của chúng tôi, biến chứng liệt thần kinh tọa sau mổ nhiều khả năng liên quan đến việc banh vén, kéo căng thần kinh khi nắn chỉnh cột sau và bờ sau ổ cối trong mổ. Đối với đường mổ Kocher–Langenbeck, thần kinh tọa phải luôn được giữ ở trạng thái “thư giãn”, với duỗi háng, gấp gối, đồng thời cần nới banh thường xuyên khi không thao tác để tránh chèn ép kéo dài lên thần kinh. Tương đồng với tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Stavrakakis và cộng sự [9] cho thấy tỷ lệ liệt thần kinh tọa do chấn thương ban đầu (post-traumatic) được ước tính khoảng 5,1%, trong khi tổn thương do can thiệp là 1,4%. Ý nghĩa lâm sàng của biến chứng này nằm ở tiên lượng hồi phục, cũng trong báo cáo này tỷ lệ hồi phục hoàn toàn đạt khoảng 64,7% đối với liệt thần kinh tọa sau chấn thương và 74,1% đối với trường hợp sau phẫu thuật. Như vậy, đa số trường hợp có khả năng hồi phục, nhưng vẫn còn một tỷ lệ đáng kể hồi phục không hoàn toàn, do đó cần theo dõi sát và tư vấn tiên lượng phù hợp cho người bệnh.

Nghiên cứu có hạn chế là cỡ mẫu chưa lớn và thời gian theo dõi còn ngắn, do đó chưa đánh giá đầy đủ biến chứng muộn và kết quả phục hồi chức năng dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương bên trong là phương pháp điều trị đối với gãy kín ổ cối, giúp đạt tỷ lệ nắn chỉnh giải phẫu cao, cải thiện chức năng khớp háng tốt trong giai đoạn 3 tháng đầu sau mổ và có tỷ lệ biến chứng thấp. Việc chẩn đoán đúng kiểu gãy, lựa chọn đường mổ thích hợp và phục hồi chức năng sớm đóng vai trò quan trọng trong kết quả điều trị. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác kết cục lâu dài và biến chứng muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Bảo Khang. Điều trị gãy ổ chảo xương chậu bằng phẫu thuật. Báo cáo khoa học Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ II. 1999. Tập 2, 68–71.
2. Đỗ Đức Mạnh, Dương Đình Toàn. Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 523(1), 4-8, doi: 10.51298/vmj.v523i1.4388.
3. Trần Văn Cư. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy ổ cối di lệch tại Bệnh viện Trung Ương Huế. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2023. (85), 52-57, doi: 10.38103/jcmhch.85.7.
4. Shon H.C., Lim E.J., Yang J.Y., Min C.H. Outcomes of surgical treatment of acetabular fractures with a minimum of 1-year follow-up. *Clin Orthop Surg*. 2024. 16(6), 871-879, doi: 10.4055/cios23359.
5. Gänsslen A., Müller M., Nerlich M., Lindahl J. Acetabular fractures: Diagnosis, indications, treatment strategies. Thieme. 2017.
6. Fadzli N.H., Faisham W.I., Hamid D., Yahaya S. Functional outcome of surgical stabilisation of acetabular fractures. *Malays Orthop J*. 2021. 15(2), 129-135, doi: 10.4012/moj.2107.019.
7. Mishra A., Verma T., Vaish A., Vaish R., Vaishya R., Maini L. Virtual preoperative planning and 3D printing are valuable for the management of complex orthopaedic trauma. *Chin J Traumatol*. 2019. 22(6), 350–355, doi: 10.1016/j.cjtee.2019.07.006.
8. Tornetta P. III, Ricci W.M., Ostrum R.F., McKee M.D., Ollivere B.J., *et al*. Rockwood and Green's Fractures in Adults. Wolters Kluwer. 2025.
9. Stavrakakis I.M., Kritsotakis E.I., Giannoudis P.V., Kapsetakis P., Dimitriou R., *et al*. Sciatic nerve injury after acetabular fractures: A meta-analysis of incidence and outcomes. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2022. 48(4), 2639-2654, doi: 10.1007/s00068-022-01896-0.