1. **ĐẠI CƯƠNG**
* Gãy đầu dưới xương đùi là loại gãy lồi cầu hoặc trên lồi cầu xương đùi, cách mặt khớp 9cm(12cm,15cm).
* Gãy đầu dưới xương đùi chiếm khoảng 7% của tất cả các gãy xương ở đùi, ít hơngãy xương ở háng. Nếu không tính gãy xương ở háng, thì gãy xương đùi đầu dưới chiếm khoảng 31% các gãy xương vùng đùi..
1. **NGUYÊN NHÂN**
* Hầu hết các gãy đầu xa xương đùi là do một lực khép/dạng hay xoay lớn cùng với lực dọc trục. Ở người trẻ, thường do chấn thương năng lượng cao như tai nạn xe gắn máy hai bánh hay té cao. Ở người già có thể do lực chấn thương nhẹ như trượt té với gối gấp. Biến dạng sau gãy xương thường là ngắn chi, gập góc mở ra trước đỉnh phía sau, và di lệch lui sau của đoạn xa. Các biến dạng này do tác động của các cơ tứ đầu, chân ngỗng và sinh đôi. Biến dạng khép do tác động của cơ khép lớn.
* Nếu gãy phạm khớp (gãy liên lồi cầu), thường có biến dạng xoay của từng lồi cầu làm kênh mặt khớp do tác động riêng rẽ của từng cơ sinh đôi khác nhau..
1. **CHẨN ĐOÁN**
	* Chẩn đoán xác định

 Khám toàn diện bệnh nhân, phòng chống các biến chứng sớm đe doạ tính

mạng bệnh nhân như sốc chấn thương, tắc mạch máu do mỡ. Gãy đầu dưới xương đùi thường do chấn thương mạnh, vì vậy cần loại trừ các tổn thương của háng, xương đùi và cẳng chân cùng bên.

Đánh giá tổn thương mạch máu, thần kinh chi gãy xương? Gãy hở?

Nẹp bất động chi tổn thương tại phòng cấp cứu trước khi chụp Xquang.

Xquang đầu dưới xương đùi và khớp gối tổn thương thẳng, nghiêng. Xquang các vùng khác khi nghi ngờ gãy xương kèm theo : thân xương đùi, khung chậu, khớp háng.

Xquang chéo 45o/CT khi có gãy mặt khớp phức tạp.

Chụp động mạch, DSA khi nghi tổn thương mạch kheo kèm theo.

 đánh giá bệnh nhân :

1.Loại gãy : loại AO A1, A2,A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3? ( Theo phân loại AO)

2.Gãy kín/hở , phân độ gãy hở. ( Theo phân loại Gustilo và Anderson)

3. Loãng xương vùng gãy hay không?

4. Gãy bánh chè, mâm chày kèm theo?

5. Tổn thương mạch máu, thần kinh?

6. Gãy xương khác, tổn thương cơ quan khác kèm theo?

* + Chẩn đoán phân biệt.
1. **ĐIỀU TRỊ**
	* Nguyên tắc điều trị:

Điều trị xương gãy : tuân thủ 3 nguyên tắc

+ Nắn hết di lệch.

+ Bất động vững chắc ổ gãy xương.

+ Vận động sớm, phục hồi chức năng chi tổn thương.

* + Mô tả điều trị cụ thể:

CHỈ ĐỊNH CHO ĐIỀU TRỊ KHÔNG MỔ

Yếu tố bệnh nhân :

 Chống chỉ định mổ do bệnh nội khoa.

 Bệnh nhân liệt 2 chi dưới/ liệt nữa người bên bị tổn thương

 Bệnh nhân không muốn điều trị phẩu thuật.

Yếu tố tại chổ gãy xương

 Gãy không di lệch

 Gãy nén vững

 Gãy quá nát không thể tái tạo lại được

 Xương quá loãng

Yếu tố con người , dụng cụ

 Không có phẩu thuật viên kinh nghiệm

 Không có trang thiết bị dụng cụ phù hợp.

Điều trị không mổ

Xuyên đinh lồi củ chày kéo tạ trong vòng 6 – 12 tuần, nẹp tre tăng cường chỉnh di

lệch sang bên.

Khi có can chắc thì chuyển sang bất động nẹp tập gấp gối.

CHỈ ĐỊNH CHO ĐIỀU TRỊ MỔ

Cho tất cả các bệnh nhân không rơi vào trong các nhóm kể trên.

Chọn lựa điều trị theo kiểu gãy

Kiểu gãy Kỹ thuật nắn Dụng cụ

A1 Nắn kín/ hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, đinh chốt, nẹp khóa

A2 Năn kín/hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, đinh chốt, nẹp khóa

A3 Nắn kín/hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, đinh chốt, nẹp khóa

B1 Nắn hở Vít nén ép, +/- nẹp nâng đỡ

B2 Nắn hở Vít nén ép, +/- nẹp nâng đỡ

B3 Nắn hở Vít nén ép

C1 Nắn hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, đinh chốt, nẹp khóa

C2 Nắn hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, đinh chốt, nẹp khóa

C3 Nắn hở Nẹp lồi cầu 95o, DCS, nẹp nâng đỡ lồi cầu,đinh chốt, nẹp khóa

Thời gian mổ :

Bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi đơn thuần : nếu có phẫu thuật viên có kinh nghiệm, dụng cụ đầy đủ, nên mổ càng sớm càng tốt.

Nếu mổ chương trình trì hoãn : xuyên đinh xương chày nằm xa ít nhất 10cm dưới lồi củ chày, kéo tạ bắt đầu từ 7 – 10 kg tùy bệnh nhân.

Gãy hở :

Chỉ định mổ cấp cứu : cắt lọc, làm sạch vết thương.

Xử lý xương gãy : kết hợp xương thì đầu hoặc nắn mặt khớp, cố định tạm bằng kim K/vít xốp.

Cố định xương bên trong : gãy hở độ I, II, IIIA.

Tổn thương nhiễm bẩn mô mềm nhiều do lực chấn thương lớn : bất động tạm bằng cố định ngoài sau khi phục hồi mặt khớp chuyển sang kết hợp xương bên trong khi mô mềm lành tốt.

Gãy kèm tổn thương mạch kheo :

Ưu tiên là phục hồi lưu thông máu chi tổn thương. Bất động bên trong nếu gãy đơn giản, hoặc bất động tạm xương gãy bằng cố định ngoài qua gối trươc khi phục hồi lưu thông mạch máu.

Có thể dùng shunt mạch máu tạm thời nuôi chi trong lúc cố định xương gãy.

Giải ép cân mạc cẳng chân cho tất cả các bệnh nhân có mổ nối/ ghép mạch máu

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

Có các tổn thương kèm theo cần theo dõi.

1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
	* Theo dõi nhiễm trùng : dựa vào dấu hiệu toàn thân, tại chổ.
	* Theo dõi kết quả nắn xương và cố định xương gãy : lâm sàng còn biến dạng? Xquang sau mổ.
	* Rút ống dẫn lưu 24-48 giờ sau mổ.
	* Tập máy CPM khoa vật lý trị liệu sau khi rút ống dẫn lưu.
	* Tập cơ tứ đầu chủ động ngay từ những ngày đầu sau mổ.
	* Nếu kết hợp xương vững, có thể cho bắt đầu chịu lực một phần sớm.
	* Theo dõi tái khám:
	* Tái khám sau mổ mỗi 2 – 4 tuần tùy bệnh nhân
	* Khoảng 2 – 3 tháng sau mổ, khi bắt đầu có dấu hiệu lành xương thì tập chịu lực

tăng dần, lành xương thường sau 4 – 6 tháng

1. **PHÒNG BỆNH**

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
2. *Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chợ Rẫy năm 2013*
3. *Phác đồ điều trị Bệnh Viện Nhân Dân 115 năm 2015*
4. *Phác đồ điều trị Bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình 2018*
5. *Phác đồ điều trị Bệnh Viện Đa Khoa Hồng Đức 2021*