

SURGICAL TREATMENT OF SIMPLE BONE CYST OF PROXIMAL FEMUR IN CHILDREN AT HOSPITAL FOR TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS AT HO CHI MINH CITY

Le Van Tho*, Tran Tien Khanh, Ngo Viet Nhuan, Bui Hoang Lac, Nguyen Van Hien
Pham Thanh Nha, Le Vu Quoc Hien, Le Uy Phuong, Nguyen Phu

*Hospital for Traumatology and Orthopaedics at Ho Chi Minh city - 929 Tran Hung Dao,
Cho Quan ward, Ho Chi Minh city, Vietnam*

Received: 30/6/2025

Revised: 22/7/2025; Accepted: 28/7/2025

ABSTRACT

Simple bone cyst is a pseudotumor lesion of the bone, common in children and often appears in the metaphysis of the proximal humerus and femur. Although benign, simple bone cyst in the femoral neck-trochanter area of children often cause complications of pathological fractures, affecting the child's motor function. In addition, because this is a load-bearing area, lesion in this area, whether broken or not pathologically broken, requires treatment intervention to prevent complications that cause disability for the patient. We performed a retrospective study describing clinical characteristics, treatment methods and treatment outcomes in pediatric patients under 16 years old, from 2016 to 2023.

Result: 16 patients, including 10 men and 6 women, average age 11.6 years, average follow-up time 52.1 months. There were 11 patients hospitalized for pathological fractures, 3 patients due to accidental discovery and 2 patients due to pain symptoms. Regarding treatment: (1) Group of 5 patients without pathological fractures, of which 4 had curettage + bone graft + hip-spica cast, 1 had only biopsy + hip-spica cast, all had good bone healing results; (2) Group of 11 patients with pathological fractures, of which 5 patients were in a hip-spica cast for 1-2 months, waiting for the broken bone to heal and then curettage + bone grafting for fair bone healing results; 4 patients of curettage + bone grafting + immediate fracture fixation resulted in 2 fair and 2 good bone healing results; 1 patient of continuous decompression and 1 patient of conservative hip-spica cast both resulted in good bone healing.

Conclusion: Although easy to heal, simple bone cyst in the femoral neck-trochanter area in children require appropriate treatment, especially in cases of pathological fractures, to achieve good bone healing results.

Keywords: Simple bone cyst, pathological fracture.

*Corresponding author

Email: levantobhs@yahoo.com **Phone:** (+84) 903863517 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2955**



ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỌC XƯƠNG ĐƠN ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Văn Thọ*, Trần Tiến Khánh, Ngô Viết Nhuận, Bùi Hoàng Lạc, Nguyễn Văn Hiến, Phạm Thanh Nhã, Lê Vũ Quốc Hiền, Lê Uy Phương, Nguyễn Phú

Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh - 929 Trần Hưng Đạo, phường Chợ Quán, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 30/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/7/2025; Ngày duyệt đăng: 28/7/2025

TÓM TẮT

Bọc xương đơn là tổn thương giả bấu của xương, hay gặp ở trẻ em và thường xuất hiện ở vùng đầu thân xương trên của xương cánh tay và xương đùi. Tuy lành tính, nhưng các bọc xương đơn ở vùng cổ - mấu chuyển xương đùi trẻ em thường gây biến chứng gãy xương bệnh lý, làm ảnh hưởng đến chức năng vận động của trẻ. Ngoài ra, do đây là vùng chịu lực nên một tổn thương bọc xương đơn ở vùng này, dù đã gãy hay chưa gãy bệnh lý cũng cần phải can thiệp điều trị, nhằm hạn chế các biến chứng gây tàn phế cho bệnh nhân.

Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu hồi cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, các phương pháp điều trị và kết quả điều trị ở các bệnh nhân trẻ em dưới 16 tuổi, từ năm 2016-2023.

Kết quả: Có 16 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn bệnh, bao gồm 10 nam và 6 nữ, tuổi trung bình 11,6 tuổi, thời gian theo dõi trung bình 52,1 tháng. Có 11 bệnh nhân nhập viện vì gãy bệnh lý, 3 bệnh nhân do phát hiện tình cờ và 2 bệnh nhân do có triệu chứng đau. Về điều trị: (1) Nhóm 5 bệnh nhân không gãy bệnh lý, trong đó 4 bệnh nhân nạo bọc + ghép xương + bột hip-spica, 1 bệnh nhân chỉ sinh thiết + bột hip-spica, tất cả đều cho kết quả lành xương tốt; (2) Nhóm 11 bệnh nhân gãy bệnh lý, trong đó 5 bệnh nhân bó bột hip-spica 1-2 tháng chờ xương gãy lành rồi nạo bọc + ghép xương cho kết quả lành xương khá; 4 bệnh nhân nạo bọc + ghép xương + kết hợp xương ngay thì đầu cho kết quả lành xương 2 khá và 2 tốt; 1 bệnh nhân khoan dẫn lưu liên tục và 1 bệnh nhân chỉ bó bột hip-spica bảo tồn đều cho kết quả lành xương tốt.

Kết luận: Mặc dù dễ lành, nhưng các bọc xương đơn vùng cổ - mấu chuyển xương đùi ở trẻ em cần phải có phương pháp điều trị hợp lý, nhất là các bệnh nhân gãy bệnh lý, nhằm đạt được kết quả lành xương tốt nhất.

Từ khóa: Bọc xương đơn, gãy bệnh lý.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bọc xương đơn là tổn thương giả bấu của xương, thường gặp ở trẻ em, được Virchow mô tả lần đầu tiên năm 1876 [1], thường xuất hiện ở vùng đầu thân xương trên của xương cánh tay và xương đùi. Tuy là lành tính, nhưng các tổn thương bọc xương đơn ở đầu thân trên xương đùi trẻ em thường gây biến chứng gãy xương bệnh lý, với tỉ lệ tự lành xương thấp, và nguy cơ tái phát sau tự lành xương cũng khá cao. Ngoài ra, đầu thân trên xương đùi là vùng chịu lực của trẻ khi vận động, do vậy một tổn thương bọc xương đơn ở vùng này, dù đã gãy hay chưa gãy bệnh lý cũng cần phải can thiệp điều trị, nhằm hạn chế các biến chứng gây tàn phế cho bệnh nhân (BN).

Cho đến hiện nay, nhiều phương pháp điều trị vẫn đang được áp dụng như chọc hút và tiêm steroid, khoan giải ép dẫn lưu liên tục, nạo bọc và ghép xương... mỗi

phương pháp đều mang lại những kết quả thành công nhất định.

Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị bọc xương đơn vùng đầu trên xương đùi ở trẻ em tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh, nhằm 2 mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và giải phẫu bệnh của bọc xương đơn đầu trên xương đùi ở trẻ em; (2) Đánh giá kết quả lành xương, chức năng và các biến chứng của phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồi cứu 16 BN trẻ em dưới 16 tuổi, được chẩn đoán bọc xương đơn vùng cổ - mấu chuyển xương đùi, điều trị tại Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2016-2023.

*Tác giả liên hệ

Email: levanthobs@yahoo.com Điện thoại: (+84) 903863517 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2955>

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu mô tả loạt ca.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thu thập dữ liệu về các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh, và phẫu thuật điều trị từ hồ sơ lưu trữ.

- Thu thập các dữ liệu về diễn tiến, theo dõi kết quả điều trị dựa vào sổ khám bệnh của BN trong các lần tái khám.

- Mời BN lên tái khám lần cuối ở thời điểm nghiên cứu để đánh giá kết quả cuối cùng của điều trị.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá kết quả lành xương chia thành 4 loại, dựa theo phân loại của Capanna [2]:

+ Loại I (lành xương): bọc được lấp đầy xương tân tạo, vỏ xương dày.

+ Loại II (lành xương còn khuyết hồng): bọc gần đầy xương tân tạo, vỏ xương dày, nhưng còn một vùng nhỏ thiếu quang ở bọc, không nguy cơ gãy bệnh lý.

+ Loại III (bọc xương tái phát): bọc xương xuất hiện lại sau khi lành xương.

+ Loại IV (còn bọc xương): bọc xương không đáp ứng điều trị.

Loại I và II được xếp vào loại “thành công”, loại III và IV là “thất bại”.

Tuy nhiên, đối với vùng cổ - mấu chuyển xương đùi, một kết quả lành xương tốt thì ngoài lành xương còn đòi hỏi phải phục hồi cấu trúc giải phẫu tốt, không bị cal lệch, được xác định dựa trên X quang chụp ở thời điểm theo dõi cuối cùng, trong đó bao gồm 2 yếu tố cơ bản: (1) gập góc (dựa vào góc cổ - thân xương đùi), và (2) chông ngăn. Theo đó, góc cổ thân $\leq 110^\circ$ và chông ngăn ≥ 1 cm được xem là không phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu. Do vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả lành xương như sau:

+ Lành xương tốt: loại I + II (theo Capanna) + phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu.

+ Lành xương khá: loại I + II (theo Capanna) + không phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu.

+ Không lành xương, tái phát: loại III + IV (theo Capanna).

- Xác định các biến chứng (nếu có): nhiễm trùng, tái phát, cal lệch, gãy chi...

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tổng kết tổng số BN bọc xương đơn vùng đầu trên xương đùi được phẫu thuật từ năm 2016-2023 tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh ở mọi lứa tuổi là 36 BN, trong đó số BN dưới 16 tuổi là 16 BN, và chúng tôi chỉ phân tích hồi cứu 16 BN dưới 16 tuổi trong nghiên cứu này.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, giải phẫu bệnh

- Giới và tuổi: 10 nam và 6 nữ, tuổi trung bình 11,06 tuổi (từ 5-16 tuổi).

- Thời gian theo dõi trung bình: 52,1 tháng (6-96 tháng).

- Lý do nhập viện:

+ Nhóm không gãy: 5 BN (2 BN do đau, 3 BN do phát hiện tình cờ).

+ Do gãy bệnh lý: 11 BN (không có triệu chứng trước đó).

+ Có 3 BN bị tái phát sau lần mổ trước đó, trong đó 2 BN tái phát sau mổ 1 năm ở tuyến trước (BN số 5 và BN số 13) và 1 BN của chúng tôi tái phát sau mổ 8 năm (BN số 15).

- Hình ảnh X quang:

+ Tất cả 16/16 BN đều có hủy xương kiểu khối, không có phản ứng màng xương; làm phình mỏng vỏ xương 11/16 BN; kích thước của bọc trung bình 5,1 cm (2,5-10 cm) tính theo đường kính lớn nhất.

+ Gãy xương bệnh lý 11/16 BN và tất cả đều có hình ảnh mảnh xương rời (trong đó 4 BN gãy cổ xương đùi, 3 BN gãy liên mấu chuyển, 4 BN gãy dưới mấu chuyển).

Bảng 1. Vị trí bọc xương đơn trên X quang

Nhóm BN \ Vị trí	Cổ xương đùi	Liên mấu chuyển	Dưới mấu chuyển	Cổ xương đùi-liên mấu chuyển	Liên mấu chuyển-dưới mấu chuyển	Cổ xương đùi-liên mấu chuyển-dưới mấu chuyển
Không gãy (5 BN)		2	1			2
Gãy bệnh lý (11 BN)	1	1		2	4	3
Tổng số (16 BN)	1	3	1	2	4	5

- Kết quả giải phẫu bệnh: 9 ca bọc xương đơn, 5 ca bọc xương xuất huyết, 1 ca bọc xương đơn kèm loạn sản sợi, 1 ca không sinh thiết.

3.2. Kết quả điều trị

Chúng tôi chỉ đánh giá kết quả lành xương cuối cùng, mà không đánh giá được thời gian lành xương, do một số BN tái khám theo dõi không đầy đủ theo từng thời điểm.

Kết quả lành xương theo phân loại của Capanna: 8 ca loại I, 8 ca loại II, không có BN nào xếp loại III và IV.

Tuy nhiên theo cách đánh giá của chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn của Capanna kết hợp với phục hồi cấu trúc giải phẫu thì kết quả lành xương đạt được như sau:

- Nhóm 5 BN không gãy bệnh lý: 4 BN nạo bọc + ghép xương + bột hip-spica; 1 BN chỉ sinh thiết + bột hip-spica. Tất cả đều cho kết quả lành xương tốt.

- Nhóm 11 BN gãy bệnh lý: 5 BN bó bột hip-spica 1-2 tháng, chờ xương gãy lành rồi phẫu thuật nạo bọc + ghép xương, cho kết quả lành xương khá; 4 BN được nạo bọc + ghép xương + kết hợp xương kết hợp xương ngay thì đầu, cho kết quả lành xương 2 BN khá và 2 BN tốt; 1 BN khoan dẫn lưu liên tục + bó bột hip-spica và 1 BN chỉ bó bột hip-spica bảo tồn đều cho kết quả lành xương tốt.

Bảng 2. Kết quả lành xương

Nhóm BN	Kết quả		
	Tốt	Khá	Không lành xương, tái phát
Không gãy (5 BN)	5	0	0
Gãy bệnh lý (11 BN)	4	7	0
Tổng số (16 BN)	9	7	0

Bảng 3. Đánh giá chi tiết của 16 BN trong nghiên cứu

STT	Năm mổ	Tuổi	Vị trí gãy	Phương pháp mổ	Theo dõi (tháng)	Kết quả lành xương
1	2016	9	Không gãy	Nạo, ghép xương	96	Tốt
2	2016	14	Gãy cổ xương đùi	Nạo, ghép xương, kết hợp xương	88	Khá
3	2017	8	Không gãy	Nạo, ghép xương	87	Tốt
4	2017	13	Gãy cổ xương đùi	Nạo, ghép xương, kết hợp xương	77	Tốt
5	2018	15	Không gãy	Nạo, ghép xương	68	Tốt
6	2018	5	Gãy dưới mấu chuyển	Bột chấu, bảo tồn	67	Tốt
7	2018	14	Gãy dưới mấu chuyển	Nạo, ghép xương, kết hợp xương	72	Tốt
8	2019	12	Gãy dưới mấu chuyển	Nạo, ghép xương	60	Khá
9	2019	7	Gãy liên mấu chuyển	Nạo, ghép xương	57	Khá
10	2019	12	Gãy dưới mấu chuyển	Nạo, ghép xương	52	Khá
11	2020	13	Gãy liên mấu chuyển	Nạo, ghép xương	50	Khá
12	2022	7	Gãy cổ xương đùi	Nạo, ghép xương	28	Khá
13	2023	9	Gãy cổ xương đùi	Nạo, ghép xương, kết hợp xương	6	Khá
14	2023	7	Gãy liên mấu chuyển	Khoan dẫn lưu liên tục	8	Tốt
15	2023	16	Không gãy	Nạo, ghép xương, kết hợp xương	6	Tốt
16	2023	16	Không gãy	Sinh thiết	12	Tốt

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng ở bất cứ BN nào trong lô nghiên cứu này.

Dưới đây là hình ảnh một số trường hợp:



BN số 8, nữ, 12 tuổi, gãy bệnh lý dưới mấu chuyển



Sau bó bột 5 tuần, được phẫu thuật nạo bọc + ghép xương đồng loại



Sau mổ 5 năm: lành xương loại II + góc cổ thân 110 độ + ngắn chi 1 cm



Chức năng tốt



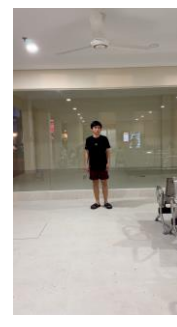
BN số 3, nam, 8 tuổi, bọc xương đơn cổ - máu chuyển - dưới máu chuyển



Phẫu thuật nạo bọc + ghép xương mác + đồng loại



Sau 3 năm, lành xương tốt



Chức năng tốt



BN số 13, nam, 9 tuổi, bọc xương đơn tái phát



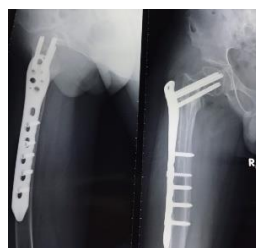
Phẫu thuật nạo bọc



Ghép xương mác + đồng loại + nẹp khóa



X quang sau mổ



X quang sau 6 tháng



Chức năng khá

4. BÀN LUẬN

4.1. Về sinh bệnh học và đặc điểm lâm sàng

Cho đến hiện nay, cơ chế bệnh sinh của bọc xương đơn vẫn còn bàn cãi, tuy nhiên giả thuyết sinh bệnh học được ưa chuộng nhất là do tắc nghẽn dẫn lưu tĩnh mạch trong tủy, dẫn đến tích tụ chất dịch, tiêu xương và phình mỏng vỏ xương do Cohen đưa ra, và một số phương pháp điều trị đã được thực hiện dựa trên cơ chế này.

Về lâm sàng, đa số BN không có triệu chứng, và thường được chẩn đoán khi gãy bệnh lý. Số còn lại có thể có triệu chứng đau khi vận động nhiều và được phát hiện tình cờ khi BN đến khám bệnh vì lý do khác. Trong 16 BN ở nghiên cứu này có 11 BN nhập viện vì gãy bệnh lý, 2 BN do đau và 3 BN do phát hiện tình cờ, cũng phù hợp với nhận định của hầu hết các tác giả khác [2], [4-5], [8-9].

Về X quang, tất cả đều có hình ảnh hủy xương kiểu khối, không có phản ứng màng xương, đa số có phình mỏng vỏ xương. Kích thước của tổn thương thường phụ thuộc vào vị trí của bọc xương. Ở nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy kích thước của bọc thường tương ứng với vị trí của bọc, cụ thể kích thước 7-10 cm tương ứng vị trí bọc ở cổ - máu chuyển - dưới máu chuyển; kích thước 5-6 cm tương ứng cổ xương đùi - liên máu chuyển hoặc liên máu chuyển - dưới máu chuyển, và

kích thước 3-4 cm tương ứng chỉ 1 trong 3 vị trí trên. Đặc biệt, những BN có vị trí bọc ở cổ xương đùi, sát sụn tiếp hợp được xem là yếu tố tăng nặng của bệnh.

4.2. Về điều trị

Bọc xương đơn thường xảy ra ở đầu trên xương đùi [2], [4], [6], [9]. Khi tổn thương nhỏ, tiềm ẩn, chưa ảnh hưởng nhiều đến khả năng chịu lực của vỏ xương, nó thường không gây triệu chứng và việc theo dõi chặt chẽ có thể là phương pháp điều trị đầy đủ [8]. Tuy nhiên, nhiều tổn thương liên quan đến vùng cổ - máu chuyển và dưới máu chuyển làm suy yếu khả năng chịu lực của khung xương, dẫn đến nguy cơ gãy xương bệnh lý, khi đó phẫu thuật viên phải đối mặt với hai tình huống: xử lý tổn thương bọc xương đơn, và điều trị gãy xương bệnh lý do bọc xương gây ra.

Chúng tôi cho rằng mặc dù bản chất bệnh là lành tính, nhưng các bọc xương đơn ở vùng cổ - máu chuyển xương đùi cần phải được can thiệp phẫu thuật dù đã gãy hay chưa gãy bệnh lý. Hiện nay vẫn chưa có một phác đồ điều trị chuẩn hóa cho các bọc xương đơn ở vùng này, mà đa số tùy thuộc vào vị trí tổn thương, phương tiện sẵn có cũng như nhu cầu của từng BN. Các phương pháp thường được sử dụng bao gồm: chọc hút và tiêm steroid, khoan dẫn lưu giải ép liên tục, nạo bọc + ghép xương..., việc sử dụng phương tiện kết hợp xương cho

các BN gãy bệnh lý còn tùy thuộc vào từng BN cụ thể. Trong nghiên cứu này:

- Nhóm không gãy bệnh lý (5 BN): chúng tôi phẫu thuật nạo bọc kết hợp với ghép xương đồng loại (4 BN), 1 BN chỉ sinh thiết (BN số 16) và tất cả đều được bó bột chậu - đùi - bàn chân khoảng 1-2 tháng, tất cả đều cho kết quả lành xương tốt (loại I và II theo Capanna và không bị cal lệch). Riêng BN số 16, tổn thương có kích thước nhỏ 2,5 cm ở vị trí dưới mấu chủy, nguy cơ gãy xương bệnh lý thấp, mặc dù không được ghép xương vẫn lành xương. Theo Soroush B, sinh thiết có thể được xem là một phương pháp khoan dẫn lưu liên tục, làm giảm áp lực trong bọc và kích thích quá trình lành xương, tuy nhiên tác giả cũng nhấn mạnh rằng giá trị của sinh thiết được xem là một phương pháp điều trị vẫn chưa thực sự rõ ràng [9].

- Nhóm gãy bệnh lý (11 BN): 5 BN được bó bột chậu - đùi - bàn chân 1-2 tháng, chờ xương gãy lành rồi phẫu thuật nạo bọc + ghép xương, cho kết quả lành xương khá (loại I và II theo Capanna và cal lệch gấp góc, chùng ngắn). Ở các BN này, mặc dù cuối cùng vẫn đạt được lành xương, nhưng do không được nắn chỉnh cổ định ổ gãy nên hậu quả bị cal lệch, góc cổ thân dưới 110 độ, chùng ngắn hơn 1 cm, BN có dáng đi khập khiễng, ảnh hưởng một phần chức năng cũng như về mặt thẩm mỹ.

4 BN được nạo bọc + ghép xương + kết hợp xương ngay thì đầu, cho kết quả lành xương 2 BN khá và 2 BN tốt. 2 BN xếp loại khá là các BN có tổn thương kích thước lớn, gãy phức tạp, kết quả nắn chỉnh và kết hợp xương (1 đinh gamma, 1 DHS) chưa hoàn thiện, nên vẫn còn cal lệch khi lành xương.

1 BN gãy ít di lệch được bó bột chờ xương gãy lành rồi phẫu thuật khoan dẫn lưu liên tục; 1 BN gãy ít di lệch chỉ bó bột chậu - đùi - bàn chân, cả 2 đều cho kết quả lành xương tốt.

Theo Soroush B, gãy xương bệnh lý có thể làm giảm áp lực của bọc và kích thích quá trình lành xương một phần hoặc hoàn toàn trong 10-15% BN [9]. Đối với chi trên, điều trị bảo tồn thường là phương pháp được ưu tiên ban đầu, nhưng đối với vùng cổ - mấu chủy xương đùi, đây không phải là giải pháp luôn được ưa chuộng, vì rất dễ bị di lệch thứ phát. Theo y văn, nhiều tác giả cũng cho rằng các phương pháp điều trị ít xâm lấn như chọc hút, tiêm steroid, khoan dẫn lưu liên tục... đối với bọc xương đơn vùng cổ - mấu chủy xương đùi cho kết quả không chắc chắn, đôi khi làm ảnh hưởng đến chức năng của trẻ, do vậy không nên áp dụng thường quy, ngoại trừ những BN đặc biệt không thể phẫu thuật được.

Đối với các BN bó bột, chờ xương gãy lành rồi nạo bọc ghép xương cho thấy mặc dù vẫn lành xương tốt nhưng thường bị cal lệch gấp góc, chùng ngắn. Do vậy với các BN này, chúng tôi cho rằng nên cắt xương sửa trục, kết hợp sử dụng thân xương mác ghép vùng calca để giữ vững góc cổ thân, đồng thời kết hợp xương bằng nẹp ốc để giữ vững ổ gãy tạo sự lành xương tốt nhất.

5. KẾT LUẬN

Mặc dù dễ lành, nhưng các bọc xương đơn vùng cổ - mấu chủy xương đùi ở trẻ em cần phải có phương pháp điều trị hợp lý, nhất là các BN gãy bệnh lý, nhằm đạt được kết quả lành xương tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- [1] Virchow R. On the formation of bone cysts. Über die Bildung von Knochencysten, 1876, 369-381.
- [2] Capanna R, Dal Monte A, Gitelis S, Campanacci M. The natural history of unicameral bone cysts after steroid injection. Clin Orthop, 1982, 166: 204-211.
- [3] Lê Chí Dũng. Bướu xương: lâm sàng, hình ảnh y học, giải phẫu bệnh và điều trị. Nhà xuất bản Y học, 2003.
- [4] Hou HY et al. Treatment of Unicameral Bone Cyst: A Comparative Study of Selected Techniques. The Journal of Bone and Joint Surgery, 2010, 92 (4): 855-62.
- [5] Miu A. Pathological fractures of the proximal femur due to solitary bone cyst: classification, methods of treatment. Journal of Medicine and Life, 2015, vol. 8, issue 4, pp. 536-543.
- [6] Neer C.S et al. Current concepts on the treatment of solitary unicameral bone cyst. Clinical orthopaedics and related research, 1973, 97, 40-51.
- [7] Ngô Viết Nhuận. Đánh giá kết quả điều trị bọc xương đơn ở tứ chi bằng phương pháp nạo bọc ghép xương. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2015.
- [8] Roposch A. Treatment of femoral neck and trochanteric simple bone cysts. Arch Orthop Trauma Surg, 2004, 124: 437-442. DOI 10.1007/s00402-004-0702-5.
- [9] Soroush B. Current Concept Review: Unicameral Bone Cysts: Treatment Rationale and Approach. Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America, May 2021, Volume 3, Issue 2, 267.