

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VÀ SỰ CẢI THIẾN CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BẰNG THANG ĐIỂM KHỚP HÁNG OXFORD VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Tôn Thất Minh Đạt, Trần Thị Quỳnh Trang
Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Bước đầu đánh giá sự hài lòng và sự cải thiện chức năng của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp háng bằng thang điểm tự lượng giá Khớp Háng Oxford (OHS) và một số yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu các bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng tại Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Huế do đau và hạn chế chức năng khớp háng từ 10/2014 đến 04/2015. **Kết quả:** Có 20 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình là 69,75 (nam 52,15 và nữ 73,63), nam chiếm 60% và độ tuổi hay gặp nhất là 60 - 80 tuổi. Nguyên nhân chủ yếu của phẫu thuật thay khớp háng là gãy xương (55%) và hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (30%). Mức chức năng khớp háng OHS kém chiếm 85% ở thời điểm trước phẫu thuật. Điểm trung bình chức năng khớp háng OHS sau mổ 3 tháng và 6 tháng tăng lên hơn 19 điểm, đạt mức tốt và rất tốt tương ứng là 50% và 60% trường hợp; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có chức năng kém sau 6 tháng chiếm đến 30%. Tỷ lệ bệnh nhân rất hài lòng và hoàn toàn hài lòng sau 6 tháng chiếm 80%. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện chức năng khớp háng sau phẫu thuật và sự hài lòng của người bệnh, nhưng do số lượng đối tượng nghiên cứu còn ít nên không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Sử dụng thang điểm tự lượng giá Oxford có ưu điểm đơn giản, dễ áp dụng, kinh tế, có giá trị và độ tin cậy, giúp theo dõi lâu dài sự thay đổi chức năng của khớp háng sau phẫu thuật. Tỷ lệ mức chức năng khớp háng OHS kém ở nhóm nghiên cứu ở thời điểm 6 tháng sau mổ khá cao có thể do nhiều lý do như bệnh nhân (đa phần là nữ) lớn tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo, điểm OHS trước mổ thấp, biến chứng sau phẫu thuật, công tác tập luyện PHCN sau mổ chưa được đầy đủ, đúng mức.

Từ khóa: thay khớp háng, đau, chức năng, thang điểm tự lượng giá, Oxford Hip Score, tập luyện.

Abstract

PRELIMINARY ASSESSMENT OF PATIENT SATISFACTION AND FUNCTIONAL IMPROVEMENT AFTER HIP REPLACEMENT SURGERY USING OXFORD HIP SCORE AND RELATED FACTORS

Ton That Minh Dat, Tran Thi Quynh Trang, Bui Phuoc Vinh
Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Objectives: Preliminary assessment of patient satisfaction and functional improvement after hip replacement surgery by self-reported measure Oxford Hip Score and several related factors. **Methods:** descriptive, cross-sectional, prospective study on patients received hip replacement surgery at the Orthopaedics Center, Hue Central Hospital due to severe pain and functional limitation from 10/2014 to 04/2015. **Results:** 20 patients participated in the study with a mean age of 69.75 (male 52.15 and female 73.63). The main cause of hip replacement surgery is fracture (55%) and aseptic necrosis of the femoral head (30%). The percentage of poor OHS level is 85% in preoperative assessment. Mean OHS scored at 3 month and 6 month postoperatively increased over 19 points, with a good and very good OHS level 50% and 60% respectively; the difference was statistically significant ($p < 0.05$). The percentage of patients with poor function level at 6 month remained 30%. The proportion of patients achieved very satisfied and completely satisfied at 6 month is 80%. There are many factors affecting the degree of functional recovery and patient satisfaction after hip replacement therapy, but because of small number of subjects in our study, there is no

Địa chỉ liên hệ: Trần Quỳnh Trang, email: trangtran87rehab@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/10/2016, Ngày đồng ý đăng: 15/2/2017, Ngày xuất bản: 25/2/2017

DOI: 10.34071/jmp.2017.1.1

clear statistical significance. **Conclusion:** Using the self-assessment scale Oxford Hip Score is a simple and cost-effective method with high validity and reliability for monitoring long-term changes of the hip joint function after hip replacement surgery. The high proportion of poor hip function level at 6 month after operation in our study may be due to many causes such as old age, co-morbidities, low preoperative OHS, complications after surgery, inadequate postoperative rehabilitation.

Key words: Hip replacement therapy, pain, functions, self-reported measure, Oxford Hip Score, exercise, rehabilitation

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng là phẫu thuật dùng khớp nhân tạo để thay thế phần khớp đã hư hỏng nhằm phục hồi những chức năng vốn có của khớp. Đây là một thành tựu lớn của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình nói riêng và của y học nói chung.

Kể từ ca mổ đầu tiên do John Charnley thực hiện đầu những năm 60 của thế kỷ trước, đến nay thay khớp háng toàn phần đã là một phẫu thuật chỉnh hình được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới với 1,5 triệu khớp háng được thay hàng năm. Riêng tại Mỹ, có 300.000 người được thay khớp háng toàn phần mỗi năm.

Tại Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần được thực hiện từ những năm 70 của thế kỷ 20 nhưng với số lượng ít và không thường xuyên. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về kinh tế, khoa học kỹ thuật, tuổi thọ và mức sống tăng lên... phẫu thuật này đã được áp dụng phổ biến ở nhiều trung tâm lớn. Đã có rất nhiều tác giả đánh giá về hiệu quả của phương pháp điều trị này như Ngô Bảo Khang, Nguyễn Văn Nhân, Đoàn Lê Dân, Nguyễn Trung Sinh, Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Đắc Nghĩa, Lưu Hồng Hải... Các nghiên cứu cho thấy bước đầu đánh giá kết quả phục hồi chức năng sau mổ đạt tỉ lệ khá cao, chất lượng cuộc sống của người bệnh ngày càng được cải thiện.

Việc đánh giá kết quả ở các bệnh nhân sau can thiệp phẫu thuật là một nhiệm vụ đầy thử thách. Trước đây, đánh giá kết quả cuối cùng của phẫu thuật thay khớp thường dựa vào tỷ lệ bệnh tật/tử vong và các biến chứng sau phẫu thuật cũng như đánh giá kết quả dựa trên thăm khám, đo lường chức năng tại bệnh viện. Việc đánh giá này có những hạn chế như tốn kém thời gian, công sức, đòi hỏi trình độ chuyên môn của người đánh giá cũng như chi phí đi lại của người bệnh.

Trong những năm gần đây, việc đo lường kết quả bằng công cụ tự lượng giá của người bệnh được sử dụng ngày càng phổ biến ở các nước phát triển, đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật thay khớp. Việc đo lường kết quả này dễ thực hiện, cần ít thời gian, kết quả đã được kiểm chứng về độ tin cậy và giá trị. Mặc dù vậy, các nghiên cứu về kết quả chức năng sau

phẫu thuật thay khớp háng ở nước ta vẫn thường sử dụng các thang điểm đo lường do người bác sĩ thực hiện, chẳng hạn như Thang điểm Khớp háng Harris (Harris Hip Score) [8]. Chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang điểm bệnh nhân tự lượng giá.

Trong phẫu thuật thay khớp háng, thang điểm Khớp Háng Oxford (Oxford Hip Score, OHS) đã được thiết kế từ 1996 [11] và chỉnh sửa năm 2007 [12], gồm 12 câu hỏi đặc hiệu cho khớp háng. Việc đánh giá bằng thang điểm OHS đơn giản, nhanh chóng, dễ sử dụng và có tính giá trị. Ngoài ra, thang điểm này là báo cáo của bệnh nhân nên loại trừ yếu tố chủ quan của thang điểm đánh giá bởi người phẫu thuật.

Tại Bệnh viện Trung ương Huế, cho đến nay, thay khớp háng cho những bệnh nhân bị bệnh lý khớp háng nặng đã được thực hiện một cách thường quy và đã có những tiến bộ nhất định trong chỉ định và kỹ thuật. Sau mổ, hầu hết bệnh nhân được tập luyện tại bệnh phòng với sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu một thời gian ngắn, sau đó xuất viện và về nhà tự tập. Việc tự tập của bệnh nhân ở nhà thường ít được nhân viên y tế và cả người bệnh chú trọng đầy đủ. Bên cạnh đó, việc theo dõi đánh giá định kỳ và lâu dài sự cải thiện chức năng của người bệnh cũng ít được quan tâm và gặp không ít khó khăn.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Bước đầu đánh giá sự hài lòng của người bệnh và sự cải thiện chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng bằng Thang điểm Khớp Háng Oxford và các yếu tố liên quan”** nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, phương pháp phẫu thuật và tập luyện phục hồi chức năng (PHCN) của bệnh nhân thay khớp háng tại Bệnh viện Trung ương Huế và tại nhà; (2) Bước đầu đánh giá sự hài lòng của người bệnh và sự cải thiện chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Trung ương Huế bằng thang điểm tự đánh giá OHS và một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng bệnh nhân

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân đến điều trị thay khớp háng toàn phần tại Trung tâm

Chấn thương chỉnh hình (Đơn vị Phẫu thuật khớp và Đơn vị CTCH - Bông), Bệnh viện Trung ương Huế do đau và hạn chế chức năng trong thời gian từ tháng 10/2014 đến tháng 04/2015.

Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân rối loạn nhận thức, không giao tiếp được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- Phương pháp tiến hành: bệnh nhân được tiến hành thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nhằm:

+ Thu thập các thông tin chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, chỗ ở, điện thoại...

+ Xác định nguyên nhân bệnh lý, phương pháp phẫu thuật, phương pháp bất động và tập luyện tại bệnh viện cũng như tại nhà.

+ Xác định mức độ chức năng khớp háng theo Thang điểm Khớp Háng Oxford [11,12], là một thang điểm để người bệnh tự đánh giá mức độ đau và mức độ chức năng khớp háng. Điểm OHS được xác định qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh trước phẫu thuật (OHS0), phỏng vấn qua điện thoại vào các thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng (OHS3) và 6 tháng (OHS6).

Các mục/câu hỏi của Thang điểm Khớp Háng Oxford bao gồm: đau bình thường (1), đau về đêm (2), đau cơn đột ngột (3), đi khắp khiếm vì đau (4), khoảng cách đi đến đau nhiều (5), lên xuống tầng lầu (6), mang tất/vớ (7), đau sau khi ngồi dậy sau ăn (8), khó khăn khi lên xuống phương tiện đi lại (9), khó

khăn khi tắm rửa (10), đi mua sắm (11), cản trở công việc bình thường (12).

Mỗi câu hỏi được người bệnh trả lời với 5 mức có điểm số từ 0 đến 4. 0 chứng tỏ đau nhiều hoặc giới hạn chức năng nhiều, và 4 chứng tỏ không đau hoặc không giới hạn chức năng. Điểm số có thể thay đổi từ 0 đến 48 với điểm số cao chứng tỏ chức năng tốt hơn và ít đau hơn.

Dựa vào dữ liệu của thang điểm Harris Hip Score (0-100) và chuyển sang thang điểm 0-48, mức độ chức năng theo OHS có thể được chia thành 4 mức [19]:

<27 : kém

27-33: vừa

34-41: tốt

42-48: rất tốt

+ Xác định mức độ hài lòng của bệnh nhân với phẫu thuật thay khớp háng theo 5 mức (0 đến 4), với 0 tương ứng mức hài lòng thấp nhất, 4 tương ứng mức hài lòng cao nhất. Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng (SAT-3) và 6 tháng (SAT-6).

Tất cả số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới**

Có 20 bệnh nhân (12 nam và 8 nữ) được phẫu thuật thay khớp háng do đau và hạn chế nhiều chức năng khớp háng tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 69,75, trong đó tuổi trung bình của nam và nữ lần lượt là 52,15 ($\pm 18,649$) và 73,63 ($\pm 12,397$). Độ tuổi hay gặp nhất là từ 60-80, chiếm 50% trường hợp.

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân:**

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo nguyên nhân

STT	Nguyên nhân thay khớp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Gãy cổ chỏm	7	35,0
2	Hoại tử vô khuẩn	6	30,0
3	Gãy liên mấu chuyển	4	20,0
4	Viêm cột sống dính khớp	2	10,0
5	Thoái hóa khớp	1	5,0
	Tổng	20	100

Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu phẫu thuật thay khớp háng là gãy xương (cổ chỏm, liên mấu chuyển) (55% trường hợp) và bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (30% trường hợp). Một số ít là do viêm cột sống dính khớp (10%), thoái hóa khớp (5%).

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo phương pháp phẫu thuật:**

Đa số (75%) là phẫu thuật toàn phần không xi măng. Phẫu thuật có xi măng hoặc bán phần thường

được thực hiện với đối tượng gãy xương (liên mấu chuyển và cổ-chỏm).

- **Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo can thiệp PHCN sau phẫu thuật:**

+ Đa số bệnh nhân được tập luyện sớm sau phẫu thuật (thời gian bất động 0,45 ngày). Chỉ có hai trường hợp bất động sau mổ bằng nẹp với thời gian tương ứng là 3 và 6 ngày.

+ Thời gian tập PHCN tại bệnh viện thay đổi,

trung bình 7,90 ngày.

+ Thời gian tự tập tại nhà trung bình 5,5 tuần. Một số bệnh nhân không tự tập (2 trường hợp), đa số tập trong khoảng từ 3-8 tuần.

3.2. Đánh giá sự cải thiện chức năng theo OHS và mức độ hài lòng của người bệnh

- So sánh sự cải thiện chức năng chung theo OHS trước mổ, sau 3 tháng và sau 6 tháng:

Bảng 3.2. So sánh OHS trước mổ, sau mổ 3 tháng và sau mổ 6 tháng

	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tối thiểu	Tối đa
OHS trước mổ	20	15,55	8,929	1	33
OHS sau 3 tháng	20	31,20	10,035	13	46
OHS sau 6 tháng	20	34,70	10,504	14	48
p	<0,001				

Nhận xét: OHS 3 và 6 tháng sau mổ tốt hơn nhiều OHS trước mổ (tăng $19,15 \pm 8,356$ điểm), với OHS 6 tháng cao hơn OHS 3 tháng ($p < 0,001$).

- **Đánh giá kết quả chức năng sau theo phân độ:**

Bảng 3.3. Mức độ chức năng trước mổ và sau mổ 6 tháng

Thời điểm đánh giá Mức độ chức năng theo OHS	Trước mổ		Sau mổ 3 tháng		Sau mổ 6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Kém	17	85,0	8	40,0	6	30,0
Trung bình	3	15,0	2	10,0	2	10,0
Tốt			0 0,0 9 45,0 7			25,0
Rất tốt	0	0,0	1	5,0	7	35,0
Tổng	20	100,0	20	100,0	20	100,0
p	<0,05					

Nhận xét: Tỷ lệ chức năng khớp háng trước mổ kém chiếm 85% trường hợp, nam và nữ gần tương đương nhau.

Tỷ lệ chức năng khớp háng sau mổ 3 tháng và 6 tháng tăng lên, đạt tốt và rất tốt tương ứng là 50% và 60% trường hợp.

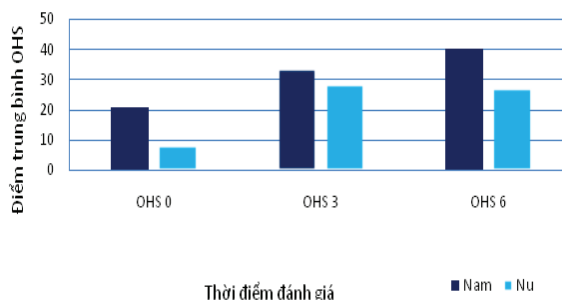
Tỷ lệ bệnh nhân có chức năng kém sau 6 tháng chiếm đến 30%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- **Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh sau 6 tháng**

Có 16/20 bệnh nhân đạt mức rất hài lòng và hoàn toàn hài lòng (chiếm 80%), còn lại 20% hài lòng ít hoặc mức vừa phải.

3.3. Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ cải thiện chức năng khớp háng

- So sánh thay đổi OHS và mức OHS 6 theo giới tính



Biểu đồ 1. Sự thay đổi OHS giữa nam và nữ

Nhận xét: Điểm số OHS trước mổ và sau 6 tháng của nữ thấp hơn nam ($p < 0,005$), nhưng sự thay đổi OHS 6 tháng so với OHS trước mổ ($OHS_6 - OHS_0$) của nam và nữ không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mức độ chức năng OHS sau mổ 6 tháng của nam và nữ

Mức chức năng OHS6	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Kém	1	5,0%	5	25,0%	6	30%
Khá	0	0	2	10,0%	2	10,0%
Tốt	5	25,0%	0	0,0%	2	25,0%
Rất tốt	6	30%	1	5,0%	7	35,0%
Tổng	12	60,0%	8	40,0%	20	100%

Nhận xét: Mức chức năng kém ở tháng thứ 6 ở nữ chiếm khá cao (25%), khác biệt so với nam giới ($p < 0,05$).

- So sánh thay đổi OHS theo lứa tuổi

Bảng 3.5. Mức độ thay đổi OHS trước mổ và sau mổ 6 tháng (OHS6-OHS0)

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
<40	4	21.75	4.71478	>0,05
40-60	4	20	2.51661	
60-80	10	17.8	3.1686	
>80	2	19	4	
Chung	20	19.15	1.8684	

Nhận xét: thay đổi OHS 0-6 giữa các nhóm tuổi dao động từ 17,8-21,75. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- So sánh thay đổi OHS 0- 6 tháng và mức OHS sau 6 tháng theo nguyên nhân:

Bảng 3.6. Mức độ thay đổi OHS trước mổ và sau mổ 6 tháng (OHS6-OHS0) theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Thay đổi OHS (OHS6-OHS0)		p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Thoái hóa khớp	19	0	>0,05
Hoại tử vô khuẩn	18,167	3,2702	
Gãy cổ chỏm	17,143	4,1943	
Gãy liên mấu chuyển	21,000	3,1885	
Viêm cột sống dính khớp	21,500	3,5000	
Chung	19,150	8,356	

Bảng 3.7. Mức độ chức năng khớp háng theo OHS 6 tháng sau mổ theo nguyên nhân

Mức chức năng OHS6 Thoái hóa khớp		Nguyên nhân thay khớp					Tổng
		Hoại tử vô khuẩn	Gãy cổ chỏm	Gãy liên mấu chuyển	VCSDK		
Kém	Số BN	0	0	3	3	0	6
	% của toàn bộ	0,0%	0,0%	15,0%	15,0%	0,0%	30,0%
Khá	Số BN	0	1	1	0	0	2
	% của toàn bộ	0,0%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Tốt	Số BN	0	1	2	0	2	5
	% của toàn bộ	0,0%	5,0%	10,0%	0,0%	10,0%	25,0%
Rất tốt	Số BN	1	4	1	1	0	7
	% của toàn bộ	5,0%	20,0%	5,0%	5,0%	0,0%	35,0%
Tổng	Số BN	1	6	7	4	2	20
	% của toàn bộ	5,0%	30,0%	35,0%	20,0%	10,0%	100,0%

Nhận xét: Mức thay đổi OHS6- OHS0 ở các nhóm nguyên nhân từ khoảng 17-21,5 điểm (khác biệt không có ý nghĩa thống kê).

Kết quả chức năng khớp háng sau thay khớp sau 6 tháng ở mức tốt và rất tốt với các bệnh thoái

hóa khớp, hoại tử vô khuẩn, viêm cột sống dính khớp. Riêng nguyên nhân gãy xương có một tỷ lệ khá cao bệnh nhân có mức chức năng kém, chiếm 6/11 trường hợp gãy xương (cổ chỏm và liên mấu chuyển).

- Liên quan mức độ OHS 6 và thời gian tập luyện

Bảng 3.8. Liên quan mức độ chức năng OHS 6 tháng sau mổ và thời gian tập luyện

Mức độ chức năng OHS6	Thời gian tập ở bệnh viện (ngày)			Thời gian tự tập ở nhà (tuần)			p
	Số BN	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Số BN	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
Kém	6	6.00	1.317	6	5.50	1.893	>0,05
Khá	2	7.00	2.000	2	3.50	.500	
Tốt	5	14.00	6.656	5	7.00	2.950	
Rất tốt	7	5.43	.869	7	5.00	1.397	
Tổng	20	7.90	1.799	20	5.50	1.007	

Nhận xét: thời gian tập luyện PHCN ở bệnh viện và tự tập ở nhà ở các nhóm chức năng OHS6 thay đổi, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4. BÀN LUẬN

Qua 20 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Trung ương Huế từ 10/2014 đến 4/2015 chúng tôi nhận thấy một số đặc điểm như sau:

- Về đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 69,75, (nam và nữ lần lượt là 52,15 và 73,63), thay đổi từ 27 đến 90 tuổi. Tỷ lệ nam chiếm 60% và độ tuổi hay gặp nhất là từ 60-80. Tỷ lệ nam/nữ và độ tuổi này cũng phù hợp với những nghiên cứu của các tác giả trong nước.

Về nguyên nhân thay khớp, nguyên nhân chủ yếu trong chỉ định phẫu thuật thay khớp háng là gãy xương (cổ chỏm, liên mấu chuyển) (55% trường hợp) và bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (30% trường hợp), còn lại là các bệnh nội khoa khác.

So với nghiên cứu của Lưu Hồng Hải [4] thì tỷ lệ thoái hóa khớp của nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều (5% so với 15,8%), ngược lại, tỷ lệ thay khớp do gãy xương cao hơn (55% so với 17,5%).

Đa số (75%) là phẫu thuật toàn phần không xi măng. Phẫu thuật toàn phần có xi măng hoặc bán phần thường được thực hiện với đối tượng gãy xương (liên mấu chuyển và cổ-chỏm).

Sau phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân đều được tập luyện sớm với sự hướng dẫn của kỹ thuật viên, tỷ lệ bất động bằng nẹp sau mổ thấp và với thời gian ngắn. Thời gian tập luyện tại bệnh viện không

dài (trung bình 7,9 ngày). Đa số bệnh nhân khi xuất viện đều nhận biết về sự cần thiết phải tập luyện tại nhà và thời gian tự tập trung bình 5,5 tuần. Tuy vậy vẫn có 2 bệnh nhân không tự tập sau phẫu thuật. Chương trình tập luyện không thống nhất, có bệnh nhân được hướng dẫn vài bài tập cơ bản, có người bệnh mua tài liệu về nhà tự đọc và tập luyện. Có thể thấy rõ là chưa có chương trình tập luyện bài bản và theo dõi sau mổ như những trung tâm thay khớp lớn ở các nước tiên tiến, do vậy về lâu dài, kết quả chức năng đạt được cũng không tránh khỏi phần nào bị hạn chế.

- Về kết quả cải thiện chức năng và sự hài lòng của người bệnh:

Sự cải thiện chức năng và hài lòng trong nghiên cứu được đánh giá bằng Thang điểm tự lượng giá Khớp Háng Oxford là một thang điểm khá mới, đã được chứng minh tính giá trị và tin cậy ở các nghiên cứu lượng lớn ở nước ngoài.

Vì thời gian nghiên cứu có hạn, chúng tôi chỉ theo dõi điểm OHS trước mổ (OHS0), sau mổ 3 tháng (OHS3), và 6 tháng (OHS6), kết hợp với đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh với phẫu thuật sau mổ 3, 6 tháng (SAT3 và SAT6).

Theo dõi 20 bệnh nhân sau 6 tháng phẫu thuật thay khớp háng, điểm số OHS 3 và 6 tháng sau mổ tốt hơn nhiều OHS trước mổ (tăng hơn 19 điểm), với OHS 6 tháng cao hơn OHS 3 tháng ($p<0,001$). Điểm OHS0 và OHS6 của nữ thấp hơn nam ($p<0,005$) nhưng sự thay đổi OHS sau 6 tháng (OHS6-OHS0) của nam và nữ không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Đánh giá phân độ chức năng sau 6 tháng, kết quả tốt và rất tốt chiếm 60%, trung bình 10%, kém chiếm tỷ lệ đến 30%.

Một số nghiên cứu kết quả thay khớp háng khác nhau ở nước ta cho các kết quả khá khác biệt tùy theo trung tâm, đối tượng bệnh nhân (nguyên nhân thay khớp, loại trừ bệnh kèm hay không), loại phẫu thuật, loại thang điểm sử dụng (phổ biến là thang điểm khớp háng Harris).

Đỗ Hữu Thắng và cộng sự (2000) [6] theo dõi kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho 120 bệnh nhân, cho kết quả 93,2% rất tốt và tốt, 3,4% trung bình và 2,5% kết quả kém.

Nguyễn Tiến Bình và cộng sự (2004) [1] báo cáo kết quả thay khớp háng không xi măng tại Bệnh viện 108, từ 1998 – 2004, gồm 152 bệnh nhân với 158 khớp, thời gian theo dõi trung bình 4 năm 3 tháng, kết quả: rất tốt và tốt 94,75%, vừa 5,69%, kém 1,26%.

Lưu Hồng Hải và cộng sự (2006) [3] báo cáo kết quả phẫu thuật thay khớp háng cho 628 trường hợp (bán phần và toàn phần). Kết quả rất tốt và tốt đạt 200/353 (56,66%), vừa 129/353 (36,54%), kém 14/353 (3,97%).

Lưu Hồng Hải (2008) [4] báo cáo kết quả thay khớp háng bán phần không xi măng cho 138 bệnh nhân với 146 khớp (2003-2008), có kết quả đạt 34,5% rất tốt, 37,8% tốt, 11,7% khá, 8,4% trung bình và 7,6% kém. (Thực tế thì thang điểm Harris 0-100 điểm, phân nhóm quốc tế thành 4 nhóm nên có thể xem kết quả của Lưu Hồng Hải trung bình và kém thực chất là thuộc phân nhóm chức năng kém (<70 điểm, chiếm 16%)).

So sánh với các tác giả trên, kết quả chức năng của bệnh nhân sau 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ kết quả kém cao hơn khá nhiều. Mặc dù sử dụng loại thang điểm khác nhau nhưng số liệu này cũng cho thấy kết quả chức năng ở một số bệnh nhân không như mong đợi.

Kết quả kém sau 6 tháng ở 6/20 bệnh nhân bao gồm:

- 1 trường hợp nữ 69 tuổi, gãy cổ xương đùi, thay khớp háng bán phần không xi măng, OHS0 thấp (8 điểm), OHS 6 kém (21 điểm) do bệnh nhân bị bệnh lý huyết áp, đái tháo đường không kiểm soát trở nặng, nên điểm chức năng vận động thấp mặc dù không còn đau khớp.

- 1 trường hợp nữ 79 tuổi, có bệnh kèm rung nhĩ, Parkinson nhẹ, gãy cổ xương đùi phải được thay khớp háng toàn phần có xi măng, OHS0 thấp (6 điểm), sau 6 tháng bệnh còn đau nhẹ nhưng khớp khiêng nhiều và vận động hạn chế, điểm OHS 6 kém (18).

- 1 trường hợp nữ 85 tuổi, béo phì (BMI 28,04), gãy cổ xương đùi trái được thay khớp háng toàn phần không xi măng, bệnh nhân có OHS0 thấp (8 điểm), đạt OHS 3 tốt (38 điểm) nhưng sau đó điểm

OHS 6 giảm (23 điểm), bệnh nhân còn đau nhẹ nhưng do ít chịu vận động, tập luyện do tuổi tác và nhà neo đơn (tập 1 tuần) nên điểm vận động giảm.

- 1 trường hợp nữ 90 tuổi, gãy cổ xương đùi phải được thay khớp háng toàn phần có xi măng, điểm số OHS tăng đáng kể (OHS 0 =1, OHS 3 =21, OHS 6 = 24), bệnh nhân còn ít đau, khớp khiêng, vận động hạn chế quanh nhà vì tuổi cao sức yếu.

- 1 trường hợp nữ 79 tuổi, gãy cổ xương đùi trái được thay khớp háng có xi măng, sau thay khớp 6 tháng bệnh nhân còn đau nhẹ nhưng khớp khiêng nhiều và hạn chế vận động quanh nhà, điểm OHS kém (26 điểm) nhưng cải thiện nhiều so với trước mổ (OHS0=4).

- 1 trường hợp nam 64 tuổi, gãy cổ xương đùi trái thay khớp háng toàn phần không xi măng, sau mổ đau nhiều háng trái, ảnh hưởng chức năng đứng đi, làm điểm số OHS không cải thiện (OHS0=16, OHS6 =14) do đau khi vận động nhiều hơn.

Qua 6 trường hợp điểm OHS6 kém cho thấy cả 6 trường hợp này đều thay khớp vì nguyên nhân gãy cổ xương đùi. Các trường hợp nữ đều cao tuổi, có chức năng lúc bình thường hạn chế một phần, có nhiều bệnh lý kèm theo, điểm OHS ban đầu rất thấp, ít tập luyện. Điểm OHS 6 thấp chủ yếu là do giảm khả năng vận động, chức năng khớp háng trong khi đau không đáng kể.

Trường hợp bệnh nhân nam có chức năng kém, điểm OHS3 và OHS6 không cải thiện vì đau sớm sau mổ, đau nhiều, cả lúc nghỉ lẫn vận động làm hạn chế nhiều chức năng, có thể là do nguyên nhân nhiễm khuẩn sâu. Tình trạng đau khớp háng sớm sau thay khớp, nhất là biểu hiện đau liên tục, cả khi nghỉ ngơi, nguyên nhân hàng đầu do nhiễm khuẩn. Còn đau do lỏng khớp thường muộn và liên quan đến vận động. Trên thế giới hiện nay, tỷ lệ nhiễm khuẩn sau thay khớp khoảng 0,5 – 2% [7]. Theo các nghiên cứu trong nước, Nguyễn Tiến Bình [1] thông báo nhiễm khuẩn 0,6%, Đỗ Hữu Thắng [6] là 3%. Do vậy với trường hợp bệnh nhân này cần phải tái khám và làm các xét nghiệm cần thiết để xác định chính xác nguyên nhân để xử trí.

Như vậy, nếu loại trừ những đối tượng bệnh nhân có bệnh kèm chuyển biến nặng lên (2 bệnh nhân) và tuổi tác quá cao (>85 tuổi, 2 bệnh nhân), tỷ lệ chức năng OHS6 kém ở nhóm nghiên cứu là 2/16 bệnh nhân còn lại, tức 12,5%, một tỷ lệ khá dễ chấp nhận được.

Do kết quả đạt được, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng sau 6 tháng đạt mức 80%.

Qua nghiên cứu tác giả nhận thấy có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả chức năng thay

khớp háng như giới tính, tuổi tác, nguyên nhân, bệnh lý kèm theo, mức chức năng ban đầu, phương pháp phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật, quá trình tập luyện, phương pháp tập luyện cũng như sự tuân thủ tập luyện... Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân nhóm nghiên cứu còn khá ít, thời gian theo dõi ngắn nên sự khác biệt khó có ý nghĩa thống kê.

Các tác giả khác thường sử dụng thang điểm được đánh giá bằng nhân viên y tế. Thang điểm thường được sử dụng ở các nghiên cứu ở nước ta là thang điểm Khớp háng Harris (HHS) (từ 1969). Đánh giá kết quả theo thang điểm Harris có tổng số điểm là 100, dựa trên các tiêu chuẩn: đau (44 điểm), chức năng (47 điểm), tầm vận động (5 điểm) và biến dạng (4 điểm). Điểm số có thể phân loại rất tốt (90-100), tốt (80-90), vừa (70-80), và kém (<70) [8].

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng HHS có tác dụng trần (ceiling effects) khá cao. Wamper và cộng sự [9] báo cáo tác dụng trần không thể chấp nhận được ở 31 trong 59 nghiên cứu. Một điểm nữa của thang điểm HHS là khả năng phát hiện sự thay đổi dài hạn kém [10], do đó, nhiều tác giả khuyến cáo chỉ sử dụng HHS trong nghiên cứu theo dõi thời gian ngắn.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng Thang điểm Khớp háng Oford (OHS) có ưu điểm rõ rệt là thu thập thông tin tự lượng giá của người bệnh, thời gian thực hiện ngắn (2-10 phút), có thể lượng giá từ xa qua điện thoại, không đòi hỏi kỹ thuật lượng giá chuyên biệt, do đó kinh phí theo dõi đánh giá thấp, có thể sử dụng lâu dài, tiện cho cả thầy thuốc và người bệnh.

Thang điểm OHS được phát triển bởi sự phối hợp của các nhà nghiên cứu y tế công cộng và chấn thương chỉnh hình đại học Oxford, với nguyên bản tiếng Anh, đã được dịch ra nhiều ngôn ngữ và đánh giá như Hà Lan, Nhật, Đức, Pháp ...

Thang điểm OHS sử dụng 12 câu hỏi bao quát các triệu chứng đau và chức năng liên quan đến hoạt động của khớp háng trong sinh hoạt hàng ngày, nên rất phù hợp với bệnh nhân thay khớp háng. Nhiều tác giả đánh giá cao khả năng chấp nhận, độ tin cậy và giá trị của thang điểm OHS.

Về khả năng chấp nhận, 90% trong 6174 bảng câu hỏi không có mục thiếu. Tác dụng trần (13,5%) cũng có ở dữ liệu thu thập sau mổ, nhưng mức tác dụng nền rất thấp [13,14].

Về độ tin cậy, tính thống nhất nội bộ đã được đo lường ở bệnh nhân trước và sau phẫu thuật; Cronbach's alpha thay đổi giữa 0,84 – 0,93 (3, 6, 12, và 24 tháng) [11,15].

Về tính giá trị, các tác giả đã xác định sự tương quan với đo lường đau và chức năng cao hơn so với

đo lường tâm lý [11,13,14,16,17]. Mỗi tương quan giữa OHS và HHS ở các bệnh nhân thay khớp háng toàn phần là cao ($r_s 0,7, P<0,001$) [17].

Như vậy, thang điểm OHS đánh giá kết quả đau và chức năng ở bệnh nhân thay khớp háng với các đặc tính đo lường tâm lý từ chấp nhận được đến rất tốt là một công cụ rất hữu ích để theo dõi sự cải thiện chức năng sau phẫu thuật thay khớp háng một cách lâu dài. Với tỷ lệ đáp ứng cao, thang điểm này còn phù hợp cho cả các nghiên cứu lớn. Do vậy, thang điểm OHS đã được sử dụng ở nhiều nước với nghiên cứu số lượng lớn [18,19].

Với những ưu điểm kể trên về phương pháp và kinh tế, chúng tôi nhận thấy sử dụng thang điểm OHS trong theo dõi bệnh nhân sau thay khớp háng nhân tạo hết sức phù hợp với tình hình địa lý - kinh tế - y tế ở Việt Nam nói chung và bệnh nhân nông thôn, vùng sâu, vùng xa nói riêng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng là một phẫu thuật được áp dụng với những trường hợp bệnh lý khớp háng nặng nề gây đau và/hoặc mất chức năng hoàn toàn hoặc kéo dài.

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu trên 20 trường hợp thay khớp háng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 10/2014 - 4/2015 cho thấy hầu hết bệnh nhân được tập luyện sớm ngay sau mổ với thời gian ngắn ở bệnh viện và duy trì tự tập tại nhà. Mức độ cải thiện chức năng theo dõi bằng thang điểm tự lượng giá Oxford sau 3, 6 tháng gia tăng đáng kể (trên 19 điểm) và 80% bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật 6 tháng.

6. KIẾN NGHỊ

Từ những thông tin thu thập được và dựa vào kinh nghiệm thực tế, chúng tôi đưa ra những kiến nghị sau:

- Cần tăng cường giáo dục, tư vấn cho người bệnh trước và sau phẫu thuật về tác dụng xấu của bất động và những ích lợi của các bài tập vận động sau phẫu thuật. Hướng dẫn kỹ chương trình tập luyện tại nhà trước khi xuất viện.

- Tăng cường theo dõi từ xa chương trình tự tập tại nhà, thay đổi chương trình hoặc tái khám kịp thời khi tiến triển chức năng không như mong đợi để tìm hiểu nguyên nhân.

- Sử dụng thang điểm tự lượng giá Oxford khớp háng là một phương thức đánh giá đơn giản, dễ áp dụng, kinh tế, có giá trị và độ tin cậy giúp theo dõi tiến triển của sự hồi phục chức năng khớp háng của người bệnh từ xa, do vậy nên được đánh giá định kỳ, tốt nhất là sau phẫu thuật 3, 6, 12, 24 tháng hoặc

lâu hơn nếu được; là một cơ sở để xác định sự thành công của phẫu thuật, giúp phát hiện sớm những trường hợp biến chứng hoặc bất thường cần phải đánh giá lại, so sánh kết quả phẫu thuật liên trung

tâm và quốc tế dễ dàng hơn. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ là bước đầu, mong rằng các đồng nghiệp toàn quốc quan tâm nghiên cứu áp dụng thang điểm này rộng rãi hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình và cs., "Nhận xét về sử dụng khớp háng không xi măng loại AML tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Văn Nhân, Nguyễn Ngọc Liêm, Nguyễn Văn Tín, Lưu Hồng Hải, Nguyễn Quốc Dũng (2003), "Kinh nghiệm 10 năm phẫu thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Y học Việt Nam số đặc biệt 10/2003, tr. 75-80.
3. Lưu Hồng Hải và cs. (2006), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng từ 12/1991 đến 02/2006 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y dược lâm sàng Chính hình Việt Nam lần thứ năm, tr. 98-102.
4. Lưu Hồng Hải và cs (2008), "Đánh giá kết quả xa phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 2003-2008". <http://phauthuatxuongkhop.com/> truy cập ngày 1/10/2015.
5. Ngô Bảo Khang (2000), "Thay khớp háng nhân tạo toàn phần và bán phần", Chuyên đề chấn thương Chỉnh hình, Y học Việt Nam 10/2000, tr. 2-6.
6. Đỗ Hữu Thắng và cs. (2004), "Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần có xi măng khoa Chi dưới - Bệnh viện chấn thương chỉnh hình", Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Chunlin Zhan et al., "Incidence and short-term outcomes of the primary and revision hip replacement in the United States", J Bone Joint Surg Am. 2007; 89: 526-533.
8. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg Am 1969; 51:737-55.
9. Wamper KE, Sierevelt IN, Poolman RW, Bhandari M, Haverkamp D. The Harris Hip Score: do ceiling effects limit its usefulness in orthopedics? Acta Orthop 2010;81:703-7.
10. Shi HY, Mau LW, Chang JK, Wang JW, Chiu HC. Responsiveness of the Harris Hip Score and the SF-36: fiveHH years after total hip arthroplasty. Qual Life Res 2009;18:1053-60.
11. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. J Bone Joint Surg Br 1996;78:185-90.
12. Murray DW, Fitzpatrick R, Rogers K, Pandit H, Beard DJ, Carr AJ, et al. The use of the Oxford Hip and Knee Scores. J Bone Joint Surg Br 2007;89:1010-4.
13. Garbuz DS, Xu M, Sayre EC. Patients' outcome after total hip arthroplasty: a comparison between the Western Ontario and McMaster Universities Index and the Oxford 12-item Hip Score. J Arthroplasty 2006;21:998-1004.
14. Ostendorf M, van Stel HF, Buskens E, Schrijvers AJ, Marting LN, Verbout AJ, et al. Patient-reported outcome in total hip replacement: a comparison of five instruments of health status. J Bone Joint Surg Br 2004;86:801-8.
15. Fitzpatrick R, Morris R, Hajat S, Reeves B, Murray DW, Hannen D, et al. The value of short and simple measures to assess outcomes for patients of total hip replacement surgery. Qual Health Care 2000;9:146-50.
16. Dawson J, Fitzpatrick R, Frost S, Gundle R, McLardy-Smith P, Murray D. Evidence for the validity of a patient-based instrument for assessment of outcome after revision hip replacement. J Bone Joint Surg Br 2001;83:1125-9.
17. Kalairajah Y, Azurza K, Hulme C, Molloy S, Drabu KJ. Health outcome measures in the evaluation of total hip arthroplasties: a comparison between the Harris Hip Score and the Oxford Hip Score. J Arthroplasty 2005;20:1037-41.
18. Rothwell AG, Hooper GJ, Hobbs A, Frampton CM. An analysis of the Oxford Hip and Knee Scores and their relationship to early joint revision in the New Zealand Joint Registry. J Bone Joint Surg Br 2010;92: 413-8.
19. Wylde V, Blom AW, Whitehouse SL, Taylor AH, Pattison GT, Bannister GC. Patient-reported outcomes after total hip and knee arthroplasty: comparison of midterm results. J Arthroplasty 2009;24:210-6.