

ỨNG DỤNG ĐƯỜNG MỎ NHỎ PHÍA TRƯỚC TRONG PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

*Nguyễn Nguyễn Thái Bảo, Lê Nghi Thành Nhân
Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Phẫu thuật thay khớp háng qua đường mỏ nhỏ ít xâm nhập ngày càng phát triển và trở thành khá phổ biến trên thế giới trong điều trị các bệnh lý khớp háng. Đề tài này tiến hành nhằm mục tiêu: (1) Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có chỉ định thay khớp háng và (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng đường mỏ nhỏ phía trước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thu thập hồ sơ của 32 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh tại Khoa Ngoại và Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và thu thập kết quả tái khám sau 3 tháng, 6 tháng theo tiêu chuẩn Charnley. Bệnh nhân nhóm nghiên cứu cũng được đánh giá các vấn đề về đường mổ, kỹ thuật mổ, lượng máu được truyền, các biến chứng hậu phẫu, biến chứng muộn, đánh giá X-Quang sau mổ. **Kết quả:** Độ dài đường mổ $9,6 \pm 1,9$ cm. 100% bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật hạ thấp bàn, bắt chéo chân lành qua chân bệnh. Thời gian phẫu thuật trung bình $108,4 \pm 12,4$ phút. 15,6% cần truyền máu trong và sau mổ. Không gặp các biến chứng trong mổ. Nhiễm trùng nông tại vết mổ 3,1%. X-Quang sau phẫu thuật cho kết quả tốt. Thời gian nằm viện trung bình $12,1 \pm 8,1$ ngày. Tỷ lệ tái khám sau phẫu thuật 03 tháng 93,4%, sau 06 tháng 50,0%. Kết quả phẫu thuật sau 03 tháng theo Charnley tốt và rất tốt đạt 73,3%. Kết quả phẫu thuật sau 06 tháng theo Charnley tốt và rất tốt đạt tỷ lệ 75,0%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần áp dụng đường mỏ nhỏ qua lổ trước đạt kết quả theo dõi sau 03 tháng, 06 tháng có tỷ lệ tốt và rất tốt trên 70%. Không có các biến chứng trong mổ. Thời gian phẫu thuật, hậu phẫu ngắn, bộc lộ tốt cho thao tác trong mổ.

Abstract:

THE APPLICATION OF ANTERIOR ILIOFEMORAL APPROACH IN TOTAL HIP REPLACEMENT IN HUE UNIVERSITY HOSPITAL

*Nguyen Nguyen Thai Bao, Le Nghi Thanh Nhan
Department of Surgery Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy*

Background: Total hip replacement using mini-invasive approach including the anterior iliofemoral approach technique has become popular in Vietnam and all over the world in treating hip diseases. Including the anterior iliofemoral approach. This research is to assess the result of the total hip replacement using the anterior iliofemoral approach. **Materials and method:** A prospective study on 32 patients at Orthopaedics Department of Hue University Hospital that meet the criteria of selection. The outcome after 3 months and 6 months follow up is assessed using Charnley criteria. Surgical approach, surgical technique, blood transfusion, post operative complications, and postoperative X-Ray are also assessed on these patients. **Results:** Surgical incision length is

9.6±1.9cm. The lower and cross-legged techniques are applied on 100% patients. Average time of operation: 108.4 ± 12.4 minutes. 15.6% needs blood transfusion in and after operation. There are no complications during operation. Incision superficial infection rate is 3.1%. Post operative X-Rays show good result. Average time of hospital stay: 12.1±8.1 days. 3 months follow up rate is 93.4%, 6 months rate is 50%. Charnley's very good and good result after 3 months is 73.3%, after 6 months is 75.0%. **Conclusion:** The total hip replacement using the anterior iliofemoral approach has more than 70.0% Charnley's very good and good result after 3 months and 6 months follow up. There are no complications during operation. Time of operation and post operation are short. Incision gives good exposure for intraoperative manipulations.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng ngày nay đã trở thành khá phổ biến trên thế giới trong điều trị các bệnh lý khớp háng, cả nguyên nhân chấn thương hoặc không chấn thương. Tại các nước tiên tiến, phẫu thuật này đã được áp dụng từ những năm 50 và ngày càng phát triển mạnh mẽ^[14]. Tại Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng đã được tiến hành khoảng hơn 10 năm gần đây, dần trở thành phẫu thuật thường quy tại các bệnh viện lớn và đã có nhiều công trình nghiên cứu báo cáo về vấn đề này. Một trong những vấn đề quan tâm là sử dụng đường vào để thay khớp sao cho dễ thao tác, tránh mất máu, không cắt nhiều cơ và sớm phục hồi chức năng sau mổ. Gần đây, cùng với sự phát triển kỹ thuật xâm nhập tối thiểu trong Ngoại khoa, với sự trợ giúp của những dụng cụ đặc biệt, nhiều phẫu thuật viên đã sử dụng đường mổ nhỏ để tiến hành phẫu thuật thay khớp háng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***“Ứng dụng đường mổ nhỏ qua lổ trước trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế”*** nhằm mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

có chỉ định thay khớp háng và (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng đường mổ nhỏ phía trước.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần sử dụng đường mổ nhỏ phía trước tại Khoa Ngoại và Ngoại Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2009 đến tháng 05/2011 thỏa mãn 2 tiêu chuẩn: (1) Được chỉ định phẫu thuật thay khớp háng toàn phần lần đầu tiên, (2) Thuộc một trong số các bệnh lý sau: Gãy cổ xương đùi; Khớp giả cổ xương đùi ở người già; Viêm thoái hóa khớp; Viêm thoái hóa khớp do lao đã điều trị ổn định; Hoại tử vô trùng chỏm xương đùi; U xương đùi vùng cổ xương đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Thu thập hồ sơ của 32 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh tại Khoa Ngoại và Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và thu thập kết quả tái khám sau 3 tháng, 6 tháng theo tiêu chuẩn Charnley

Kết quả	Đau	Biên độ vận động	Đi lại	Đi nặng
Rất tốt	Không	Bình thường	Bình thường	Không
Tốt	Không	50% biên độ	Khập khiễng nhẹ	1 nặng
Trung bình	Đau nhẹ	Biên độ ít	Khập khiễng nhẹ	2 nặng
Kém	Đau	Hạn chế	Khập khiễng nhiều	2 nặng

Đường mổ phẫu thuật thay khớp háng trên bệnh nhân được áp dụng là đường mổ nhỏ phía trước (Anterior Iliofemoral Approach), các bước tiến hành thực hiện như sau:

Đánh dấu các mốc giải phẫu trên da, bao gồm gai chậu trước trên (GCTT) và đỉnh mấu chủy lớn (MCL). Sát trùng cả 2 chân, trải sẵn và bọc 2 chân riêng biệt. Đường rạch da đi từ điểm cách 2cm dưới GCTT ra ngoài và ra sau theo hướng đến đỉnh MCL. Mở cân căng đùi, bộc lộ khe giữa cơ căng cân đùi và cơ may. Qua khe này vén cơ căng cân đùi ra ngoài, cơ may vào trong, vào lớp sâu đi qua khe cơ thẳng đùi và cơ mông nhỏ. Vén cơ thẳng đùi, cơ psoas vào trong là bộc lộ được bao khớp trước.

Mở bao khớp. Xác định mốc cắt cổ xương đùi, tiến hành cắt cổ xương đùi. Lấy bỏ chỏm và cổ xương đùi. Thực hiện các thao tác tại ổ cối, đặt ổ cối nhân tạo có hoặc không xi măng và lớp đệm.

Hạ thấp hai chân bệnh nhân, duỗi khớp háng 30 độ, bắt chéo chân đầu dưới chân lành tư thế gấp gối, xoay ngoài.

Thực hiện các thao tác đầu trên xương đùi. Xác định vị trí xương bánh chè, đóng cuống có hoặc không có xi măng. Đánh giá độ dài 2 chân, lắp cổ và chỏm. Tiến hành nắn lại khớp háng. Kiểm tra vận động gấp duỗi, dạng khép, xoay, sức căng của khớp.

May bao khớp. Khâu cơ (nếu có cắt cơ). Dẫn lưu. Đóng vết mổ.

Bệnh nhân nhóm nghiên cứu cũng được đánh giá các vấn đề về lượng máu được truyền, các biến chứng hậu phẫu, biến chứng muộn, đánh giá X-Quang sau mổ...

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê trong y học, sử dụng chương trình Microsoft Excel 2007, SPSS 18.0, MedCalc 8.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Về độ tuổi của 32 bệnh nhân trong nhóm

nghiên cứu, tuổi già nhất: 81; trẻ nhất: 42; trung bình: $61,8 \pm 13,5$. Về phân bố giới tính, số bệnh nhân nữ chiếm 53,1%, nam chiếm 46,9%, tỷ lệ 1,1:1.

Nguyên nhân về chấn thương có 17 trường hợp, chiếm 53,1%; các nguyên nhân không phải chấn thương có 15 trường hợp chiếm 46,9%.

Biểu hiện triệu chứng lúc vào viện, toàn bộ 100% nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng đau khớp háng. 17 bệnh nhân mất cơ năng khớp háng hoàn toàn (chiếm 53,1%).

Tỉ lệ có xi măng 24 trường hợp chiếm 75,0%, không xi măng 08 trường hợp chiếm 25%.

Về đường mổ và kỹ thuật mổ: độ dài đường mổ là $9,6 \pm 1,9$ cm. Toàn bộ 100% bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật hạ thấp bàn, bắt chéo chân lành dưới chân bệnh. Có 01 trường hợp phải mở rộng đường mổ và cắt cân cơ rộng hơn chiếm 3,1%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $108,4 \pm 12,4$ phút.

Có 05 trường hợp bệnh nhân cần truyền máu trong và sau phẫu thuật. Lượng máu truyền 250 ml có 01 trường hợp (3,1%), 500 ml có 03 trường hợp (9,4%), 750 ml có 01 trường hợp (3,1%).

Không gặp các biến chứng trong mổ như tử vong trên bàn mổ, gãy vỡ đầu trên xương đùi, không nắn được khớp, tổn thương thần kinh mạch máu (thần kinh bì đùi ngoài và động mạch mũ đùi ngoài). Biến chứng nhiễm trùng, có 01 trường hợp nhiễm trùng nông tại vết mổ (3,1%) và không có trường hợp nhiễm trùng sâu phát hiện lúc tái khám.

Kết quả X-Quang sau phẫu thuật cho thấy không có trường hợp trật khớp sau phẫu thuật, không có trường hợp gãy vỡ đầu trên xương đùi. Độ nghiêng ổ cối từ $45,9 \pm 3,9^\circ$, hướng trước $17,7 \pm 1,7^\circ$; khoảng cách cuống-xi măng hoặc cuống-xương đặc $1,6 \pm 0,5$ mm.

Thời gian nằm viện trung bình $12,1 \pm 8,1$ ngày. Thời gian hậu phẫu đến xuất viện $4,1 \pm 2,4$ ngày.

Tỉ lệ tái khám sau phẫu thuật 03 tháng đạt 30/32 trường hợp (93,4%), sau 06 tháng đạt 16/32 trường hợp (50,0%).

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 03 tháng theo Charnley (Bảng 1), kết quả tốt và rất tốt chiếm 22/30 trường hợp (73,3%).

Bảng 1. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 03 tháng theo Charnley

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt và tốt	22	73,3
Trung bình	6	20,0
Kém	2	6,7
Tổng cộng	30	100

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 06 tháng theo Charnley (Bảng 2), kết quả tốt và rất tốt chiếm 12/16 trường hợp, đạt tỷ lệ 75,0%.

Bảng 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 06 tháng theo Charnley

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt và tốt	12	75,0
Trung bình	2	12,5
Kém	2	12,5
Tổng cộng	16	100

Về vấn đề hướng dẫn tập luyện và các lời khuyên về các tư thế, động tác nên hạn chế, 100% bệnh nhân được hỏi và trả lời được.

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi $61,8 \pm 13,5$ so với một số tác giả khác sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, như của Võ Quốc Trung (2008) $62,43 \pm 12,85$ trên 40 bệnh nhân ($p > 0,05$)^[10]; Trương Văn Sơn (2007) $74,72 \pm 7,92$ trên 36 bệnh nhân ($p > 0,05$)^[7]; Lưu Hồng Hải (2006) $63,8 \pm 9,73$ trên 239 bệnh nhân ($p > 0,05$)^[3].

Về nguyên nhân thay khớp háng, nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân chấn thương chiếm 53,1%, các nguyên nhân không phải chấn thương chiếm 46,9%. Nghiên cứu của Đoàn Việt Quân, Đoàn Lê Dân (2001) tỷ lệ gãy cổ xương đùi là 43,55%, các bệnh lý ở khớp háng là 56,45%^[6]. Theo Phạm Văn Minh, gãy cổ xương đùi là 41,70% các bệnh lý khớp háng là 58,30%^[5].

Với kết quả nghiên cứu triệu chứng vào viện 100% có đau, 53,1% mất cơ năng hoàn toàn khớp háng, điều này là dễ hiểu do triệu chứng để quyết định thay khớp là bệnh nhân đau ngày một tăng mà thuốc giảm đau chống viêm không có tác dụng. Thông thường đau ở khớp háng có liên quan trực tiếp đến tình trạng tổn thương ở khớp, biến dạng khớp, hạn chế vận động ở khớp.

Tỉ lệ thay khớp háng có xi măng chiếm 75,0%, không xi măng chiếm 25,0%. Ngoài các chỉ định của thay khớp có hoặc không có xi măng, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có thêm các vấn đề chọn lựa do phụ thuộc vào kinh tế, nhu cầu của chính bệnh nhân và người nhà.

Về kỹ thuật mổ và đường mổ nhỏ, đường mổ chúng tôi có độ dài $9,6 \pm 1,9$ cm. Những báo

cáo gần đây cho thấy rằng kỹ thuật thay khớp háng qua đường mổ nhỏ ít xâm lấn có nhiều thuận lợi sau mổ giúp giảm đau, phục hồi chức năng nhanh, giảm thời gian nằm viện...^[16]. Với đường mổ nhỏ qua lối trước, các ưu điểm của nó đã được các tác giả trên thế giới đề cập như các mốc giải phẫu dễ tìm, đường vào qua khe các cơ dễ tìm, bộc lộ tốt ổ cối, cổ và chỏm xương đùi, không cắt các cơ mông nên không làm yếu vận động khớp, không cắt bao khớp sau làm giảm nguy cơ trật khớp háng ra sau sau phẫu thuật...^[14].

Trong quá trình phẫu thuật ở các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành thay đổi tư thế chi phẫu thuật nhằm tạo điều kiện thuận lợi nhất cho việc chuẩn bị ổ cối và xương đùi. Với thao tác hạ thấp chi, bắt chéo chi bệnh qua chi lành đã giúp kết hợp được ưu điểm đường mổ trước là bộc lộ tốt, vào ổ cối nhanh; đồng thời khắc phục nhược điểm về khó khăn trong thao tác xương đùi. Bên cạnh đó, việc hạ thấp bàn, bắt chéo chân giúp chúng tôi có thể tiến hành thao tác trên xương đùi, với đầu xương đùi được nâng, xoay ngoài mà không cần có sự trợ giúp của bàn chỉnh hình như các tác giả nước ngoài^[16]. Có 01 trường hợp do khớp háng của bệnh nhân bị viêm dính quá lâu phải tiến hành mở rộng đường mổ và cắt các phần cân cơ bị viêm dính mới có thể lấy bỏ chỏm xương đùi và bộc lộ rõ ổ cối. Vấn đề mở rộng đường mổ chúng tôi cũng dễ dàng thực hiện bằng đường mổ qua lối trước này.

Thời gian phẫu thuật của nhóm nghiên cứu chúng tôi $108,4 \pm 12,4$ phút, thấp hơn nghiên cứu của Võ Quốc Trung (2002) thời gian mổ trung bình là 2 giờ 18 phút^[9].

Vấn đề cần truyền máu trong và sau phẫu thuật, nhóm nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ 15,6%. Theo Võ Quốc Trung (2008), số trường hợp phải truyền máu 17/40 trường hợp, chiếm tỷ lệ 42,5%^[10]; Đỗ Hữu Thắng, Lê Phúc (2000) là 25/133 trường hợp chiếm tỷ lệ 18,8%^[8].

Về biến chứng, chúng tôi không gặp các biến chứng trong mổ như tử vong trên bàn mổ, gãy vỡ đầu trên xương đùi, không nắn được khớp, tổn thương thần kinh mạch máu (thần kinh bì đùi ngoài và động mạch mũ đùi ngoài), là các biến chứng thường gặp trong phẫu thuật theo đường mổ phía trước^[14]. Bhargava T. (2010) và cộng sự cũng cho thấy không gặp biến chứng tổn thương thần kinh bì đùi ngoài khi sử dụng đường mổ phía trước^[13].

Nhiễm trùng vết mổ trong thời gian nằm viện (nhiễm trùng giai đoạn I) chiếm tỷ lệ 3,1%, bệnh nhân được điều trị theo kháng sinh đồ và cho kết quả ổn định khi xuất viện. Tỷ lệ nhiễm trùng nông của Đỗ Hữu Thắng (2000) là 3,8% và Lưu Hồng Hải (2006) có tỷ lệ 0,64%^{[3],[8]}. Nguyễn Hữu Tuyên (2006) nhiễm trùng chiếm tỷ lệ 1,82%^[11].

Không có bệnh nhân bị nhiễm trùng giai đoạn II được phát hiện trong thời gian tái khám. Nhiễm trùng giai đoạn II quanh khớp nhân tạo cũng là biến chứng thường gặp và là biến chứng nghiêm trọng trong các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Pulido L.(2008) và cộng sự, 0,7% bệnh nhân thay khớp háng toàn phần bị nhiễm trùng quanh khớp, và 65% số này được phát hiện trong vòng năm đầu tiên sau phẫu thuật^[17].

Kết quả X-Quang sau mổ của nhóm nghiên cứu chúng tôi đều cho kết quả tốt, độ nghiêng ổ cối từ $45-50^{\circ}$, hướng trước $15-20^{\circ}$, một số các bệnh nhân chúng tôi được sử dụng lớp đệm có chống trật 20° ; khoảng cách cuống-xi măng hoặc cuống-xương đặc dưới 2 mm. Về tiêu chuẩn đánh giá vị trí ổ cối, Manaster B.J (1996) đề cập ổ cối phải đặt nghiêng ở vị trí $40^{\circ} \pm 10^{\circ}$, nếu nhỏ hơn tuy vững hơn nhưng sẽ làm giới hạn vận động, nếu lớn hơn có nguy cơ trật khớp háng ra sau lúc đùi gấp và xoay vào trong. Ổ cối cũng nên đặt hướng trước $15^{\circ} \pm 10^{\circ}$. Khoảng hở giữa cuống và xi măng (nếu có) hoặc cuống và xương đặc không quá 2mm, khoảng cách này đảm bảo được vấn đề không

bị lỏng phương tiện qua thời gian ^[15].

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $12,1 \pm 8,1$ ngày. Lê Viết Cường (2006) có thời gian nằm viện trung bình là $10,65 \pm 4,81$ ngày ^[2]. Trương Văn Sơn (2007) có thời gian nằm viện trung bình là $10,03 \pm 3,04$ ngày ^[7]. Tuy so với các tác giả khác có dài hơn, nhưng bệnh nhân chúng tôi có thời gian hậu phẫu đến xuất viện $4,1 \pm 2,4$ ngày. Thời gian nằm viện dài của chúng tôi chủ yếu là vấn đề điều trị và ổn định thể trạng và các bệnh lý toàn thân kèm theo trước phẫu thuật để có thể phẫu thuật.

Tỉ lệ tái khám sau phẫu thuật 03 tháng đạt

30/32 trường hợp (93,4%), sau 06 tháng đạt 16/32 trường hợp (50,0%). Vấn đề tái khám sau 06 tháng của chúng tôi gặp khó khăn do các vấn đề về mất liên lạc, hoặc bệnh nhân do phẫu thuật đã lâu và cũng dần ổn định với kết quả phẫu thuật nên không đến tái khám.

Về đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Charnley, sau 03 tháng và sau 06 tháng phẫu thuật, kết quả của chúng tôi đều đạt tỷ lệ rất tốt và tốt khá cao (73,3% - 75,0%). Do thời gian theo dõi chưa dài, chúng tôi cho rằng vẫn chưa rõ để đánh giá đầy đủ về kết quả sau phẫu thuật này. Kết quả sau phẫu thuật của một số các tác giả khác (Bảng 3) như sau:

Bảng 3. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Charnley của một số tác giả

Tên tác giả	Năm nghiên cứu	Số bệnh nhân	Kết quả		
			Rất tốt và tốt (%)	Trung bình (%)	Kém (%)
Nguyễn Quang Vinh ^[12]	2005	26	69,22	23,08	7,7
Lưu Hồng Hải ^[3]	2006	353	59,49	36,54	3,97
Nguyễn Hữu Tuyên ^[11]	2006	110	60,3	30,3	2,7
Lê Viết Cường ^[2]	2006	32	90,63	6,25	3,12
Chúng tôi (sau 03 tháng)	2011	30/32	73,3	20,0	6,7
Chúng tôi (sau 06 tháng)	2011	16/32	75,0	12,5	12,5

Về vấn đề phục hồi chức năng sau phẫu thuật, đây là một việc quan trọng đối với khớp háng bị lệch. Việc này bắt đầu từ khi vào viện, trong thời gian hậu phẫu đến lúc xuất viện, mục đích: ngừa nhiễm trùng, chống thuyên tắc tĩnh mạch sâu, ngăn ngừa trật khớp, phòng loét do tỳ đè, duy trì và cải thiện sức mạnh cơ, phục hồi chức năng di chuyển. Giáo dục bệnh nhân về chương trình tập tại nhà. Mỗi một bệnh nhân sau khi phẫu thuật đều được chúng tôi hướng dẫn quy trình tập luyện phục hồi chức năng.

Trong 32 trường hợp chúng tôi tái khám đều thấy bệnh nhân tập luyện đúng theo quy trình mà chúng tôi đã hướng dẫn cho họ. Trong đó, có 02 bệnh nhân khi đi lại phải sử dụng 2 nạng, một trong hai bệnh nhân này khi

tái khám được phát hiện là trật khớp. Nghiên cứu của Siggeirsdottir K., Olsson O. và cộng sự (2005) cho rằng sự rút ngắn thời gian nằm viện, cộng với việc giáo dục cho bệnh nhân tập luyện ở nhà, có hướng dẫn giúp cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống hơn đối với điều trị tập trung tại Trung tâm phục hồi chức năng, sau thay khớp háng toàn phần ^[18].

Chúng tôi xin bàn luận thêm về các đường mổ trong phẫu thuật thay khớp háng toàn phần:

Theo Ngô Bảo Khang (2000): “Phẫu thuật viên quen đường mổ nào thì theo đường mổ đó” ^[4]. Tuy vậy, vấn đề sử dụng đường mổ nhỏ ít xâm lấn, với những ưu điểm rõ ràng của nó đang ngày càng được các phẫu thuật viên ưa chuộng và áp dụng trên toàn thế giới.

Trần Đình Chiến (2006) đã đánh giá kết quả

bước đầu áp dụng kỹ thuật can thiệp tối thiểu trong thay khớp háng, xem đây là kỹ thuật xâm nhập tối thiểu nhưng mang lại kết quả rất tốt: ít mất máu, phục hồi chức năng sau mổ nhanh, thẩm mỹ cao vì sẹo rất nhỏ, chỉ 5-8 cm ^[1].

Theo dõi từ 11/1996-09/2004, tác giả Matta J.M. đã thay 532 khớp háng toàn phần qua đường mổ nhỏ lối trước trung bình 10 cm với kết quả thời gian mổ trung bình 1,5 giờ, lượng máu mất trung bình 412 ml, thời gian nằm viện trung bình 4 ngày, biến chứng gồm nhiễm khuẩn 1, trật khớp 3: ra trước 2, ra sau 1, liệt thần kinh đùi 1, gãy xương 8: máu chuyển lớn 3, thân xương đùi 2, ổ cối 1, mất cá 2 ^[16].

Trong 32 trường hợp nghiên cứu, chúng tôi đều sử dụng đường mổ nhỏ phía trước và bước đầu đã cho kết quả tốt: đường mổ ngắn, ít tổn thương mô mềm, thao tác dễ dàng ở cả ổ cối và xương đùi, đặc biệt là kỹ thuật hạ thấp bàn đặt chéo chân đã khắc phục được vấn đề không có bàn mổ chỉnh hình, thời gian mổ ngắn, ít mất máu, chưa gặp tai biến nào trong mổ, tổn thương mô mềm ít, phục hồi chức năng sau mổ nhanh và tốt, có tính thẩm mỹ, thời gian hậu phẫu ngắn.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần sử dụng đường mổ nhỏ phía trước tại Khoa Ngoại và Ngoại Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2009 đến tháng 05/2011, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có chỉ định thay khớp háng

Về độ tuổi, tuổi già nhất: 81; trẻ nhất: 42; trung bình: $61,8 \pm 13,5$. Về phân bố giới tính, số bệnh nhân nữ chiếm 53,1%, nam chiếm 46,9%,

tỷ lệ 1,1:1. Nguyên nhân về chấn thương chiếm 53,1%; các nguyên nhân không phải chấn thương có chiếm 46,9%. Toàn bộ 100% nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng đau khớp háng. 53,1% mất cơ năng khớp háng hoàn toàn.

Tỷ lệ thay khớp háng có xi măng chiếm 75,0%, không xi măng chiếm 25,0%.

Về đường mổ và kỹ thuật mổ: độ dài đường mổ là $9,6 \pm 1,9$ cm. Toàn bộ 100% bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật hạ thấp bàn, bắt chéo chân lạnh dưới chân bệnh. 3,1% trường hợp phải mở rộng đường mổ và cắt cân, cơ rộng hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình $108,4 \pm 12,4$ phút.

15,6% cần truyền máu trong và sau phẫu thuật.

Không gặp các biến chứng trong mổ như tử vong trên bàn mổ, gãy vỡ đầu trên xương đùi, không nắn được khớp, tổn thương thần kinh mạch máu (thần kinh bì đùi ngoài và động mạch mũ đùi ngoài). Biến chứng nhiễm trùng, 3,1% trường hợp nhiễm trùng nông tại vết mổ, không có trường hợp nhiễm trùng sâu phát hiện lúc tái khám.

5.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Kết quả X-Quang sau mổ đều cho kết quả không lệch quá tiêu chuẩn, độ nghiêng ổ cối từ $45-50^\circ$, hướng trước $15-20^\circ$, khoảng cách cuống-xi măng hoặc cuống-xương đặc dưới 2mm. Không có trật khớp sau phẫu thuật, không có gãy vỡ đầu trên xương đùi.

Thời gian nằm viện trung bình $12,1 \pm 8,1$ ngày. Thời gian hậu phẫu đến xuất viện $4,1 \pm 2,4$ ngày.

Tỷ lệ tái khám sau phẫu thuật 03 93,4%, sau 06 tháng 50,0%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 03 tháng theo Charnley, kết quả tốt và rất tốt đạt tỷ lệ 73,3%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 06 tháng theo Charnley, kết quả tốt và rất tốt đạt tỷ lệ 75,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Chiến (2006), “Kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật can thiệp tối thiểu trong thay khớp háng tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện 103-học viện quân y”, *Tạp chí y dược học lâm sàng* 108, Số đặc biệt hội nghị thường niên hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ năm, tr.13-16.

2. Lê Viết Cường (2006), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, tr.30-43.
3. Lưu Hồng Hải, Nguyễn Tiến Bình (2006), “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng từ 12/1991 đến 02/2006 tại bệnh viện T.W quân đội 108”, *Tạp chí y dược học lâm sàng 108*, Số đặc biệt hội nghị thường niên hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ năm, tr. 98-102.
4. Ngô Bảo Khang (2000), “Thay khớp háng nhân tạo toàn phần và bán phần”, *Tạp chí y học Việt Nam*, (11), Chuyên đề chấn thương chỉnh hình, tr. 2-6.
5. Phạm Văn Minh (2004), “Mổ thay khớp háng tại bệnh viện Bưu điện từ 1996 đến 2003”, *Ngoại khoa*, tập 54, (1), Tổng hội y dược học Việt Nam, tr. 13-16.
6. Đoàn Việt Quân, Đoàn Lê Dân (2001), “Nhận xét điều trị thay khớp háng”, *Y học Việt Nam*, (7), tr. 2-4.
7. Trương Văn Sơn (2007), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần bằng chỏm Bipolar trong điều trị gãy cổ chính danh xương đùi tại bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, tr. 30-43
8. Đỗ Hữu Thắng, Lê Phúc (2000), “133 trường hợp điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại khoa chi dưới trung tâm chấn thương chỉnh hình”, *Tạp chí y học Việt Nam*, (11), Chuyên đề chấn thương chỉnh hình, tr. 21-23.
9. Võ Quốc Trung (2002), *Thay khớp háng toàn phần cho hoại tử vô trùng chỏm xương đùi giai đoạn muộn ở người lớn*, Luận văn chuyên khoa 2 Trường đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 5-8, 32, 52, 100, 106.
10. Võ Quốc Trung (2008), “Thay khớp háng qua đường mổ nhỏ: chỉ định và kết quả bước đầu”, *Y học TP.Hồ Chí Minh*, (12), (4), tr. 10-12.
11. Nguyễn Hữu Tuyên, Lê Văn Thông (2006), “Kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và bán phần tại khoa chấn thương bệnh viện E_Hà Nội”, *Tạp chí y dược lâm sàng 108*, (Số đặc biệt), tr. 103-105.
12. Nguyễn Quang Vinh (2005), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần trong điều trị gãy cổ xương đùi chính danh ở người cao tuổi tại bệnh viện T.W Huế*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường đại học Y Dược Huế, tr. 11-12, 31, 69, 74, 78.
13. Bhargava T. et al (2010), “Lateral Femoral Cutaneous Nerve Impairment After Direct Anterior Approach for Total Hip Arthroplasty”, *Orthopaedics*, 33 (7), pp. 472.
14. Bombelli M., Memminger M. (2005), “Single-incision minimally invasive anterior approach in total hip arthroplasty: surgical technique and literature review”, *J Orthopaed Traumatol*, (6), pp. 117-125.
15. Manaster B.J. (1996), “Total hip arthroplasty: Radiographic Evaluation”, *Radiographics*, 16, pp. 645-660.
16. Matta J.M, Shahrardar C, Ferguson T (2005), “Single-incision anterior approach for total hip arthroplasty on an orthopaedic table”, *Clin Orthop Relat Res.*, 441, pp. 115-124.
17. Pulido L., Ghanem E., Joshi A., Purtill J.J., Parvizi J. (2008), “Periprosthetic joint infection: the incidence, timing, and predisposing factors”, *Clin Orthop Relat Res.*, 466, pp. 1710-1715
18. Siggeirsdottir K., Olafsson O., Johnsson H., Iwarsson S., Gudnason V., Johnsson (2005), “Sort hospital stay augmented with education and home-based rehabilitation improves function and quality of life after hip replacement: randomized study of 50 patients with 6 months of follow up”, *Acta orthop*, Medline, 76 (4), pp. 80-85.
19. Vincent D. P., Bradley A. H. (2006), “Minimum ten-year results of primary Bipolar hip arthroplasty for degenerative arthritis of the hip”, *The Journal of Joint and Bone Surgery*, pp. 1386-138.