

THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN VỚI KỸ THUẬT XÂM NHẬP LỖI TRƯỚC-BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Hy¹, Hồ Mẫn Trường Phú¹

TÓM TẮT

Ngày nay thay khớp háng với kỹ thuật xâm nhập tối thiểu được sử dụng phổ biến trên thế giới. Phương pháp cho thấy nhiều ưu điểm: ít thương tổn mô mềm, lượng máu mất ít, có thể tập phục hồi chức năng sau mổ sớm... Tuy nhiên kỹ thuật này phải được tiến hành bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm và có đủ các dụng cụ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật này để thay khớp háng nhân tạo toàn phần cho 1 bệnh nhân trẻ với viêm và thoái hóa khớp háng. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có biến chứng sau phẫu thuật, ít mất máu, tập phục hồi chức năng được bắt đầu sớm. Vấn đề lớn nhất của kỹ thuật này là phẫu trường hạn chế do vậy thì chuẩn bị xương đùi và ổ cối có thể khó khăn.

ABSTRACT

TOTAL HIP REPLACEMENT USING MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE WITH ANTERIOR APPROACH- A CASE STUDY REPORT

Nguyen Van Hy¹, Ho Man Truong Phu

Nowaday, total hip replacement with minimally invasive technique was used commonly on the world. This method has advantage of less soft tissue damage, minimal blood loss, early physical therapy after surgery... However this technique should be done by experienced surgeons and special instruments are available.

In this study, we applied this technique for total hip replacement in the young patient with hip arthritis and degeneration. The operative result shown that no complications after surgery, minimal blood loss, early started physical therapy. Big problem of this technique is limited exposure therefor it is difficult to prepare femur and acetabulum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo toàn phần ngày càng được sử dụng thường quy trong điều trị một số bệnh lý khớp háng.

Để thực hiện phẫu thuật này, các phẫu thuật viên có thể lựa chọn nhiều đường mổ khác nhau, để có 1 phẫu trường rộng rãi cần giải phóng mô mềm rộng, cắt cơ,... điều này dẫn

đến mất máu trong mổ, ảnh hưởng đến quá trình phục hồi chức năng sau mổ và kéo dài thời gian nằm viện.

Gần đây, để tạo nên một khớp háng nhân tạo mạnh mẽ và đảm bảo hồi phục chức năng nhanh sau phẫu thuật, nhiều phẫu thuật viên trên thế giới đã sử dụng đường mổ nhỏ, ít hoặc không cắt cơ để tiến hành phẫu thuật thay khớp háng.

Trong đề tài này chúng tôi muốn báo cáo nhân 1 trường hợp thay khớp háng toàn phần với kỹ thuật

1. Bệnh viện Trung ương Huế

III. KỸ THUẬT

3.1. Bệnh án: Nguyễn T., nam, 44 tuổi. Địa chỉ: Quảng Ngãi.

Bệnh sử: Bệnh nhân đau nhẹ khớp háng P đã 5 năm, gần đây không đáp ứng điều trị, đi lại đau, vận động khớp háng P đau, hạn chế biên độ vận động. Các xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Phim XQ thẳng nghiêng cho thấy khe khớp hẹp, chỏm xương đùi P biến dạng, có các chồi xương ở mái ổ cối.

Chẩn đoán trước phẫu thuật: Viêm thoái hóa khớp háng P. Bệnh nhân được chỉ định thay khớp háng toàn phần không xi măng.



3.2. Kỹ thuật

Sử dụng đường mổ lối trước, đường mổ dài 7 cm, qua lớp da và tổ chức dưới da, phẫu tích để đến ranh giới của cân cơ rộng ngoài và cơ may, tách giữa 2 lớp để bộc lộ mặt trước bao khớp, cắt bao khớp hình chữ T, dùng Hohmann để bộc lộ rộng phẫu trường. Ở bệnh nhân này chúng tôi phải cắt 1 phần bao khớp để bộc lộ phần cổ và chỏm xương đùi.

Cắt cổ xương đùi: Mức cắt đã được xác định trên phim trước mổ, cần xác định mấu chuyển bé để cắt được chính xác, sau khi cắt chỏm được lấy bỏ, thường thì chỏm được lấy nguyên khối, tuy nhiên đường mổ nhỏ chúng ta có thể đục chỏm thành các phần nhỏ sau đó lấy ra, cách này sẽ gây mất thời gian và mất máu.

Chuẩn bị ổ cối: Đây là thì quan trọng, hướng của ổ cối tạo với trục xương đùi 1 góc khoảng 45 độ, và mở ra trước khoảng 15-20 độ. Đầu tiên chúng tôi dùng Hohmann đặt vào mái ổ cối làm thế nào để có 1 phẫu trường thật tốt, chú ý tránh làm thương tổn

thần kinh đùi, lấy sạch các tổ chức xơ sợi quanh và trong ổ khớp, dùng mài ổ cối cỡ nhỏ thường kích thước khoảng 40-45mm để làm sạch bên trong ổ cối, sau đó khoan sâu tại vị trí tâm ổ cối theo hướng đã nêu ở trên, dùng các khoan với kích thước tăng dần cho đến khi đạt được kích thước đo trên phim trước phẫu thuật. Đặt ổ cối nhân tạo và kiểm tra độ vững nếu cần có thể bắt thêm vít để cố định. Ở bệnh nhân chúng tôi sử dụng ổ cối không cố định vít.

Đây là thì rất quan trọng, với phẫu trường nhỏ rất khó thao tác, nếu sai lầm có thể trả giá bằng biến chứng trật khớp sau này, chúng ta cần đặt các hohmann ở vị trí tốt để bộc lộ tốt ổ cối, ngoài ra sử dụng khoan ổ cối có gấp góc sẽ giúp định hướng tốt hơn lúc khoan.

Chuẩn bị xương đùi: Đây là thì khó, đầu tiên cần xác định đúng điểm vào và hướng mũi khoan, sau đó ráp xương đùi cho đến khi đúng kích thước đã xác định trước bằng template trước mổ. Để thì này tiến hành thuận lợi cần sử dụng các Hohmann mấu chuyển lên trên do đầu trên xương đùi ở phía sau, nếu không chuẩn bị tốt sẽ gây tổn thương đến da và mô mềm, dễ làm nhiễm trùng vết mổ.

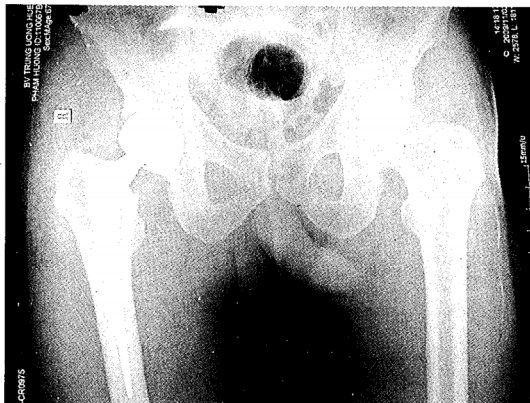
Trong quá trình ráp xương đùi người phụ cần giữ chân cố định, giúp cho hướng không bị lệch trong quá trình ráp, nếu không dễ xảy ra biến chứng gãy xương lúc mổ. Nếu cần có thể sử dụng móc xương đặt vào mấu chuyển bé để hỗ trợ thêm trong khi ráp. Chọn kích thước chỏm và nắn thử để chọn cuống và chỏm thích hợp.

Sau khi đưa cuống và chỏm vào xương đùi, nắn và kiểm tra các động tác trước khi súc rửa, đặt dẫn lưu và đóng vết mổ, cần lưu ý đóng bao khớp nếu có thể

3.3. Kết quả phẫu thuật

Không ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong mổ. Không chuyển máu trong mổ

Không có biến chứng trật khớp sau mổ, chiều dài chi cân xứng 2 bên, vết mổ khô, kiểm tra công thức máu bình thường, không chuyển máu sau mổ, phim chụp kiểm tra sau mổ ổ cối và cuống nhân tạo đúng hướng, bệnh nhân vận động và tập phục hồi chức năng sớm từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật với cảm giác đau nhẹ, cắt chỉ và xuất viện sau 7 ngày.



IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần với kỹ thuật xâm nhập lối trước không làm tổn thương nhiều đến

mô mềm, bệnh nhân giảm đau sau phẫu thuật, ít mất máu, có thể tập luyện phục hồi chức năng sau mổ sớm giúp hồi phục nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Ngọc Liêm. Nhận xét kết quả 126 trường hợp thay khớp háng toàn phần và bán phần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Báo cáo khoa học Đại hội Ngoại Khoa toàn quốc lần thứ 10, 1999, Tr 135-137.
2. Trần Đình Chiến. 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 10. Số đặc biệt hội nghị thường niên hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ năm. 2006, Tr 280-281.
3. Lê Viết Cường. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện Trung ương Huế, Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế, 2006.
4. Bùi Kim Hằng. Vật lý trị liệu trong thay khớp háng toàn phần. Hội chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh. 2000.
5. RC Johnston, RH Fitzgerald, WH Harris, ME

- Muller and CB Sledge. *Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. A standard system of terminology for reporting results.* . J Bone Joint Surg Am. 1990;72:161-168.
6. Robert E. Kennon, John M. Keggi Robert S. Wetmore, Laurine E. Zatorski, Michael H. Huo and Kristaps J. Keggi. *Total Hip Arthroplasty Through a Minimally Invasive Anterior Surgical Approach.* J Bone Joint Surg Am, 2003;85:39-48.
 7. WK Chung et al. *Mini-incision total hip replacement* Journal of Orthopaedic Surgery 2004;12(1):19 - 24.
 8. RC Johnston, RH Fitzgerald, WH Harris, ME Muller and CB Sledge. *Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. A standard system of terminology for reporting results.* J Bone Joint Surg Am. 1990;72:161-168.
 9. Daniel Kelmanovich, Michael L. Parks, Raj Sinha, William Macaulay. *Surgical Approaches to Total Hip Arthroplasty.* Journal of the Southern Orthopaedic Association 12(2):90 - 94, 2003.