

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG ỨNG DỤNG ĐƯỜNG MỎ TRƯỚC XÂM NHẬP TỐI THIỂU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ CƠ SỞ 2

Hồ Mẫn Trường Phú¹, Nguyễn Đình Khoa¹, Đoàn Văn Hùng¹,
Nguyễn Thanh Long¹, Cao Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Từ tháng 2/2017 đến tháng 10/2017 tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu về phẫu thuật thay khớp háng, có tất cả 21 trường hợp được theo dõi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 70 tuổi, tỉ lệ bệnh nữ (13 trường hợp) nhiều hơn bệnh nam (8 trường hợp). Trong đó có 13 trường hợp là gãy cổ xương đùi, 8 trường hợp hoại tử chỏm, số khớp Bipolar được sử dụng là 09 còn khớp toàn phần là 12. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo thang điểm Harris có 19 trường hợp tốt và rất tốt (90,48%), có 02 trường hợp trung bình (9,52%). Một số biến chứng đã gặp: Trật khớp sau mổ 1 trường hợp, thuyên tắc tĩnh mạch sâu gặp 1 trường hợp. Không gặp trường hợp nào gây vỡ khối máu chuyển, tổn thương mạch máu thần kinh, nhiễm trùng sau mổ.

Từ khóa: thay khớp háng, giải phẫu khớp háng, phẫu thuật

ABSTRACT

OUTCOME OF ANTERIOR MINIMALLY INVASIVE SURGERY HIP REPLACEMENT AT HUE CENTRAL HOSPITAL BASE 2

Ho Man Truong Phu¹, Nguyen Dinh Khoa¹, Doan Van Hung¹,
Nguyen Thanh Long¹, Cao Ngoc Thang¹

From February 2017 to October 2017 at Hue Central Hospital base 2, we conducted a study on hip arthroplasty surgery. There were 21 cases followed, the average age of patients is 70 years old, the rate of female patients (13 cases) is higher than that of male patients (8 cases). Among them, there were 13 cases of femoral neck fracture, 8 cases of femoral head necrosis, 9 of Bipolar joints were used, while total joints were 12.

Results following by Harris hip score: Excellent and good: 90.48%, Fair: 9.52%. Complications: We have 1 case dislocation, 1 case deep venous thrombosis, no case trochanter fracture, no case neurovascular problem, no case infection.

Key words: Hip arthroplasty, Hip joint anatomy, Surgical approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng, số lượng bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng tăng lên hàng năm. Đây là một thành

công lớn của nền y học nói chung và của chuyên ngành chấn thương chỉnh hình nói riêng, nó mang lại cuộc sống cho hàng trăm nghìn người mỗi năm trên toàn thế giới. Nhờ kỹ thuật này mà chức năng

1. BVTW Huế cơ sở 2

- Ngày nhận bài (Received): 31/5/2018; Ngày phản biện (Revised): 11/6/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Mẫn Trường Phú
- Email: bsnttrph@yahoo.com; ĐT: 0913495833

khớp háng của bệnh nhân được phục hồi, chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt [1].

Tại Việt Nam, thay khớp háng mới bắt đầu tiến hành từ những năm 1990. Hiện nay, hàng năm có hàng nghìn bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng, nhưng chưa thật đồng đều, chỉ tập trung tại các bệnh viện lớn và những tỉnh thành lớn. Tại bệnh viện chúng tôi, phẫu thuật này mới được triển khai trong thời gian gần đây. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “*Kết quả phẫu thuật thay khớp háng ứng dụng đường mổ trước xâm nhập tối thiểu tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2*” với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu triển khai kỹ thuật thay khớp háng tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 21 bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần hoặc bán phần tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2 từ tháng 2/2017 đến tháng 10/2017.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Gãy cổ xương đùi di lệch độ III, IV theo Garden.

+ Thoái hóa khớp háng giai đoạn III, IV theo Kellgren – Lawrence.

+ Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn III, IV theo Ficat và Arlet.

+ Biến chứng khớp giả hay hoại tử chỏm sau gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân đã thất bại với các phương pháp điều trị khác.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại khớp háng dự định phẫu thuật thay khớp.

+ Bệnh nhân có bệnh lý hoặc di chứng sau chấn thương ảnh hưởng đến khả năng đánh giá chức năng khớp háng bên chân có chỉ định phẫu thuật thay khớp

+ Bệnh nhân không đồng ý hay không theo dõi được.

- Thời gian theo dõi trung bình 3 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả

- Phương pháp vô cảm: 20 bệnh nhân được tê tủy sống hay ngoài màng cứng, 1 bệnh nhân gây mê nội khí quản.

- Đường mổ: đường mổ trước ít xâm lấn

- Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân hạ thấp so với trục thân mình 1 góc 30°, chân đối diện với chân phẫu thuật dạng rộng tối đa, mông bên chân phẫu thuật được kê cao. Đường rạch da bắt đầu từ vị trí phía dưới gai chậu trước trên 2cm và ra sau 2 cm kéo dài xuống phía dưới (đầu xa của chi) từ 6-10cm. Tách cơ căng mạc đùi ra ngoài, cơ may vào trong bọc lộ bao khớp. Đốt điện các tĩnh mạch quanh bao khớp, cắt bao khớp trước hình chữ T. Cắt bỏ cổ xương đùi từ vị trí cách mấu chuyển bé 1,5-2cm, mặt phẳng cắt hợp với trục thân xương 1 góc 45°. Đối với thay khớp háng toàn phần: tiến hành khoan doa ổ cối, đặt ổ cối nhân tạo với góc hướng ra ngoài 40-45° so với trục cắt ngang cơ thể, hướng ra trước 15-20° so với mặt phẳng cắt dọc, bắt vít cố định ổ cối hay không tùy vào loại ổ cối được sử dụng (nếu thay khớp háng bán phần thì bỏ qua bước này). Khép chi mổ vào chi đối diện, duỗi thẳng gối, căng bàn chân xoay ngoài khoảng 120°, khoan doa ống tủy, đặt ráp xương đùi, thử chỏm các cỡ, chọn cỡ chỏm phù hợp. Nắn lại khớp, cầm máu, dẫn lưu, đóng vết mổ theo lớp.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng theo thang điểm của Harris với tổng số điểm là 100, dựa trên các tiêu chuẩn: đau (tối đa 44 điểm), dáng đi (11 điểm), dùng dụng cụ hỗ trợ (11 điểm), khoảng cách đi được (11 điểm), khả năng ngồi (4 điểm), khả năng tham gia giao thông cộng đồng (1 điểm), khả năng lên cầu thang (4 điểm), khả năng đi giày tất (4 điểm), biến dạng khớp (4 điểm), biên độ vận động khớp (5 điểm).

Kết quả phân thành 4 loại:

Đạt 90 – 100 điểm : rất tốt.

Đạt 80 – 89 điểm : tốt.

Đạt 70 – 79 điểm : trung bình.

Đạt < 70 điểm : kém.

- Xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	< 50	50-60	61-70	71-80	> 80	Tổng số
n	1	4	5	5	6	21
%	4,76	19,05	23,81	23,81	28,57	100

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 70, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được thay khớp háng là 43 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất được phẫu thuật là 90 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ
n	8	13
%	38,1	61,9

Tỷ lệ bệnh nhân nữ (61,9%) gần gấp đôi bệnh nhân nam (38,1%).

Bảng 3.3. Vị trí phẫu thuật

Vị trí phẫu thuật	Phải	Trái	Hai bên
n	11	10	0
%	52,38	47,62	0

Bên phẫu thuật trái phải gần như tương đương nhau.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả sau mổ theo thang điểm Harris

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng số
Số bệnh nhân	15	4	2	0	100
Tỷ lệ %	71,43	19,05	9,52	0	100

Bệnh nhân tai biến trong và sau mổ

- Gãy, vỡ khối máu chuyển: Không
- Gãy, bể ổ cối : Không
- Tổn thương mạch máu: Không
- Tổn thương thần kinh ngồi: Không
- Chảy máu và khối máu tụ cần can thiệp ngoại khoa: Không
- Nhiễm trùng: Không
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu: 1/21(4,76%)
- Trật khớp sau mổ: 1/21(4,76%)

Bảng 3.4. Chẩn đoán

	n	%
Gãy cổ xương đùi	13	61,9
Hoại tử chỏm xương đùi	8	38,1

Thay khớp háng do gãy cổ xương đùi là gặp nhiều hơn bệnh lý.

Bảng 3.5. Loại khớp sử dụng

	n	%
Bán phần (Bipolar)	09	42,86
Toàn phần	12	57,14

Số khớp toàn phần và bán phần đã sử dụng gần như tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân nữ gặp nhiều hơn bệnh nhân nam cũng phù hợp với nhiều tác giả do ở nữ tỉ lệ loãng xương cao hơn nam nhất là sau khi mãn kinh nên khi té dẫn đến dễ bị gãy xương hơn. Độ tuổi trung bình thay khớp háng là 70 tuổi cũng phù hợp với nhiều tác giả.

Theo Lương Thiện Tích [3], kết quả thay khớp háng bán phần tại bệnh viện Chợ Rẫy (2012-2014): Tỉ lệ rất tốt và tốt chiếm 80%, tỉ lệ trung bình là 12,73%, kém là 7,27%. Với chúng tôi tỷ lệ rất tốt và tốt cao hơn (90,48%) có lẽ do bước đầu triển khai kỹ thuật này nên tỉ lệ sai sót và tai biến gặp phải là không đáng kể.

Tần suất nhiễm trùng sau thay khớp ở bệnh viện Mayo Clinic trong khoảng thời gian 1969-1996. Trong 30.000 ca khớp háng, nhiễm trùng 1.7 % ở kỳ thay khớp lần đầu và 3.2 % của thay khớp lần hai (Revision). Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa gặp trường hợp nhiễm trùng nào có lẽ số lượng bệnh nhân thay khớp háng trong một thời gian ngắn còn ít, đồng thời công tác chuẩn bị bệnh trước mổ luôn được quan tâm đầy đủ, bệnh nhân được dẫn lưu áp lực âm sau mổ, chăm sóc vết mổ kỹ lưỡng.

Theo Luke J.Grauke (2006) [8], tỉ lệ trật khớp háng bán phần sau phẫu thuật là vào khoảng 1,2% - 3,4 %. Biến chứng này mặc dù được mong đợi 1-2%, tuy nhiên thực tế vẫn chiếm 5%. Với chúng tôi là 1/21 (4,76%) bệnh nhân. Đây là một trường

hợp bệnh nhân đã sa sút trí tuệ, sau phẫu thuật bệnh nhân vận động quá sớm và sai tư thế.

Johnson và Charnley (1973) tổng kết 7.959 phẫu thuật thay khớp háng từ năm 1962-1973, tỉ lệ thuyên tắc phổi là 7,9 % và tử vong là 1,04%. Theo các tác giả khác viêm tắc tĩnh mạch sâu có tần suất 10- 20% [1], [2], chúng tôi có một trường hợp nghi ngờ nhồi máu não (trên hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não chưa thấy hình ảnh ổ nhồi máu), ở trường hợp này bệnh nhân chưa được sử dụng chống đông dự phòng sau mổ trong vòng 12-24 giờ.

Theo Barbara Boughton, tỉ lệ tử vong trong thay khớp háng toàn phần trong 13 năm là 0,34- 1,15% đến từ những trung tâm lớn của Mỹ và Châu Âu, ở bệnh viện chúng tôi chưa gặp trường hợp nào có thể do kỹ thuật này vừa mới được triển khai, số lượng bệnh nhân thay khớp trong một khoảng thời gian ngắn chưa thật sự nhiều.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân nữ chiếm đa số.
- Chủ yếu là gãy cổ xương đùi.
- Khớp hay dùng là khớp toàn phần.
- Tỉ lệ gãy quanh chuôi trong phẫu thuật: chưa có
- Tổn thương thần kinh: chưa có
- Chưa ghi nhận bệnh nhân nào nhiễm trùng sau mổ.
- Trật khớp nhân tạo sau mổ: 4,76%
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu: 4,76%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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 108, 2006, tr. 280- 281.
2. Nguyễn Văn Hỷ. 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 TƯ Huế. Hội nghị khoa học ngoại khoa chào mừng 105 năm ngày thành lập Đại học Y Hà Nội, 2007, tr. 50-51.
3. Lương Thiện Tích. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần qua đường mổ nhỏ điều trị gãy cổ xương đùi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 2012-2014.
4. Sean E . Nork, Gilles Pfander, Martin Beck. “Anatomic Considerations for the choice of surgical approach for Hip. Resurfacing arthroplasty”. Clin. Orthop. North Amer. 2005. 36:163-170.

5. Berry DJ, Berger RA, Callaghan JJ, Dorr LD, Duwelius PJ, Hartzband MA et al (2003): “Minimally invasive total hip arthroplasty. Development early results, and a critical analysis”, J Bone Joint Surg Am. 2003;85-A:2235-2246.
6. Kyung-Soon Park, Chang-Seon Oh, and Taek-Rim Yoon (2013): “Comparision of mini minimally invasive total hip arthroplasty versus conventional hemiarthroplasty for displaced femoral neck fractures in active elderly patients” Chonman Med J. Aug 2013;49(2):81-86.
7. Coleman S.H, Bansal M, Cornell CN, Sculcotp “Failure of bipolarhemiarthroplasty: a retrospective review of 31 consecutive bipolar prostheses converted to total hip arthroplasty” Am J. Orthp, 2001, 30(4):313-9, Medline.
8. Luke J. Grauke (2006) “Dissociation of a bipolar prosthesis after right hip hemiarthroplasty”. JBJS (Br).