

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI-MĂNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 120

Hứa Xuân Phương^{1*}, Lê Thị Mỹ Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả can thiệp không đối chứng 50 người bệnh phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng, tại Bệnh viện Quân y 120, từ tháng 01/2024-10/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $50,9 \pm 10,29$ tuổi. Tỷ lệ người bệnh nam/nữ $\approx 3,2/1$. Trước phẫu thuật 100% người bệnh có chức năng khớp háng trung bình và kém; tổng biên độ vận động khớp háng trung bình đạt $145,0 \pm 51,2^\circ$. Kết quả gần sau phẫu thuật: 100% người bệnh liền vết mổ khi đầu; 98,0% người bệnh có chức năng khớp háng tốt và rất tốt; tổng biên độ vận động của khớp háng trung bình đạt $288,5 \pm 29,0^\circ$. Sau phẫu thuật ít nhất 12 tháng: 100% người bệnh có chức năng khớp háng rất tốt, với điểm Harris trung bình là $98,9 \pm 2,1$ điểm. Biến chứng chỉ gặp nhiễm khuẩn nông sau mổ (2,0%), đau đùi (12,0%) và chênh lệch chiều dài chi (8,0%).

Kết luận: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng tại Bệnh viện Quân y 120 cho kết quả cải thiện chức năng khớp háng rõ rệt, giảm đau, phục hồi khả năng vận động và tỉ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, khớp háng không xi măng, điểm Harris.

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL OF HIP REPLACEMENT AT MILITARY HOSPITAL 120

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of cementless total hip replacement surgery.

Subjects and methods: A descriptive interventional study without a control group of 50 patients undergoing cementless total hip replacement surgery at Military Hospital 120, from January 2024 to October 2025.

Results: The average age of patients was 50.9 ± 10.29 . The male/female ratio was approximately 3.2/1. 100% of patients had average to poor hip function before surgery. The average total hip range of motion before surgery was $145.0 \pm 51.2^\circ$. Post-operative results of cementless total hip replacement surgery showed 100% of patients with primary wound healing, 98.0% of patients with good to very good hip function; the average total range of motion of the hip joint increased ($288.5 \pm 29.0^\circ$). Long-term results (over 12 months) showed 100% of patients with very good hip function, with an average Harris score of 98.9 ± 2.1 points. Complication rates were low, with only superficial postoperative infections, thigh pain, and limb length discrepancies.

Conclusions: Cementless total hip replacement surgery at Military Hospital 120 yielded good results, significantly improving hip function, reducing pain, and restoring mobility for patients, with a low complication rate.

Keywords: Total hip replacement, cementless hip replacement, Harris score.

Chịu trách nhiệm nội dung: Hứa Xuân Phương, Email: tructhuy0512@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/3/2026; mời phản biện khoa học: 3/2026; chấp nhận đăng: 07/4/2026.

1Bệnh viện Quân y 120.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật (PT) thay khớp háng là phương pháp sử dụng khớp nhân tạo để thay thế khớp háng bị tổn thương, nhằm khôi phục chức năng vận động và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh (NB). Từ ca PT thay khớp háng

toàn phần (KHTP) đầu tiên do John Charnley thực hiện vào những năm 1960 [1], kĩ thuật này không ngừng được cải tiến và hiện đã phổ biến rộng rãi trên toàn thế giới, với khoảng 1,5 triệu ca mỗi năm. Riêng tại Hoa Kỳ, ước tính hàng năm có khoảng 300.000 trường hợp thay KHTP

[2], [3]. Dù đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị, phương pháp này vẫn có thể gặp một số tai biến, biến chứng như nhiễm khuẩn, chảy máu, tổn thương thần kinh, thủng ổ cổ, lỏng khớp nhân tạo hoặc đau khớp háng, đau dọc xương đùi sau PT.

PT thay khớp háng đã được triển khai tại Việt Nam từ đầu những năm 1970, với ca phẫu thuật đầu tiên được thực hiện vào năm 1973, mang lại cải thiện rõ rệt chức năng vận động cho người bệnh. Trong những năm gần đây, phương pháp này tiếp tục được ứng dụng trong điều trị và được chứng minh có hiệu quả trong cải thiện chức năng khớp háng và chất lượng cuộc sống, tuy nhiên vẫn có thể gặp một số biến chứng như nhiễm khuẩn, trật khớp và lỏng khớp [16].

Bệnh viện Quân y 120 triển khai PT thay KHTP từ năm 2022, bước đầu đạt kết quả khả quan. Tuy nhiên, việc đánh giá kết quả điều trị và các tai biến, biến chứng sau PT vẫn chưa được nghiên cứu một cách hệ thống. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả PT thay KHTP không xi-măng tại Bệnh viện Quân y 120.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

50 NB có chỉ định và được PT thay KHTP không xi-măng (mỗi NB 1 khớp), tại Bệnh viện Quân y 120, từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB có chỉ định, được PT thay KHTP không xi-măng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Loại trừ: NB nhiễm trùng vùng khớp háng hoặc các bệnh lý xương ác tính vùng chỏm - cổ xương đùi; NB có kết hợp các chấn thương nặng ảnh hưởng đến đánh giá kết quả sau PT; NB mắc các bệnh lý mạn tính như suy thận, suy gan, suy tim...; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tuân thủ lịch tái khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả can thiệp không đối chứng.

- Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu này, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu $n = 45$. Thực tế nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn mẫu $n = 50$ NB.

- Phương pháp tiến hành: thu thập các thông tin nghiên cứu; thực hiện PT thay KHTP không xi-măng; theo dõi NB trong thời gian nằm viện và tái khám NB theo lịch hẹn; đánh giá kết quả PT thông qua các chỉ tiêu lâm sàng, hình ảnh X quang và thang điểm chức năng khớp háng.

- Quy trình cơ bản kĩ thuật PT thay KHTP theo đường mổ Gibson:

+ Chuẩn bị NB: đặt NB nằm nghiêng, cố định vững chắc khung chậu, sát khuẩn vùng mổ theo quy trình. Vô cảm bằng gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.

+ Thì 1: bộc lộ khớp háng, cắt chỏm xương đùi.

+ Thì 2: chuẩn bị ổ cổ.

+ Thì 3: chuẩn bị và đặt chuôi xương đùi.

+ Thì 4: nắn khớp và đóng vết mổ.

+ Chăm sóc và phục hồi chức năng sau PT: chỉ định kháng sinh dự phòng, giảm đau, chống huyết khối...; rút dẫn lưu sau PT 24-48 giờ. Hướng dẫn NB tập phục hồi chức năng sớm.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm NB: tuổi, giới tính, khớp háng tổn thương; giai đoạn thoái hóa và chức năng khớp háng trước PT, nguyên nhân thay KHTP.

+ Kết quả gần (trước khi NB ra viện): thời gian PT, tình trạng vết mổ, thời gian nằm viện, chức năng khớp háng sau PT.

+ Kết quả xa (sau PT 12 tháng): tình trạng đau, chức năng khớp háng; tai biến và biến chứng.

- Đánh giá giai đoạn tổn thương (thoái hóa) khớp háng theo Kellgren-Lawrence [4].

- Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris [5], gồm rất tốt: ≥ 90 điểm; tốt: 80-89 điểm; trung bình: 70-79 điểm; kém: < 70 điểm.

- Đạo đức: nghiên cứu đã thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 120. NB được giải thích rõ về mục đích, nội dung nghiên cứu, tiên lượng và các tai biến, biến chứng PT có thể xảy ra. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả trình bày dưới dạng tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch tiêu chuẩn, sử dụng χ^2 để so sánh các tỉ lệ, T test để so sánh các giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi NB từ 30-72 tuổi (trung bình $50,9 \pm 10,29$ tuổi); hay gặp NB từ 40- 49 tuổi (32,0%) và NB từ 50-59 tuổi (30,0%). Giới tính: 12 NB (24,0%) là

nữ giới và 38 NB (76,0%) NB là nam giới. Tỷ lệ NB nam/nữ ≈ 3,2/1.

Bảng 1. Phân bố NB theo độ tuổi

Độ tuổi (năm)	Số NB (n = 50)	Tỷ lệ (%)
30-39	6	12,0
40-49	16	32,0
50-59	15	30,0
60-69	10	20,0
≥ 70	3	6,0
$\bar{X} \pm SD$	50,9 ± 10,29	

Bảng 2. Đặc điểm khớp háng tổn thương

Đặc điểm khớp háng tổn thương		Số NB (n = 50)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Bên phải	26	52,0
	Bên trái	24	48,0
Giai đoạn thoái hóa	Độ 2	14	28,0
	Độ 3	28	56,0
	Độ 4	8	16,0
Nguyên nhân	Thoái hóa khớp	37	74,0
	Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi	13	26,0
Biên độ vận động	$\bar{X} \pm SD$	145,0 ± 51,2°	
	Nhỏ nhất-lớn nhất	0-275°	

Vị trí tổn thương khớp háng bên phải (52,0%) tương đương bên trái (48,0%). Chủ yếu NB thoái hóa khớp háng độ 3 (56,0%), nguyên nhân do thoái hóa khớp (74,0%). Biên độ vận động khớp háng trước PT phân bố từ 0-275°, trung bình đạt 145,0 ± 51,2°.

Bảng 3. Chức năng khớp háng trước PT

Chức năng khớp	Số NB (n = 50)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	0	0
Tốt	0	0
Trung bình	14	28,0
Kém	36	72,0
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)*	22,68 ± 7,73 (7-38)	
* Điểm Harris		

Điểm Harris trước PT của NB từ 7-38 điểm, trung bình là 22,68 ± 7,73 điểm. 100% NB trước PT có chức năng khớp háng trung bình và kém, trong đó, 72,0% NB chức năng khớp háng kém.

3.2. Đánh giá kết quả PT thay KHTP

- Thời gian PT: phân bố 50-80 phút, trung bình 75,5 ± 6,2 phút.

- Tình trạng vết mổ: 100% NB liền vết mổ kì đầu.
- Hình ảnh X quang sau PT (n = 50):
 - + Góc nghiêng ổ cối: 50 NB (100%) góc nghiêng ổ cối 40-45°.
 - + Trục chuỗi: 50 NB (100%) đúng kĩ thuật.

Bảng 4. Thời gian nằm viện sau PT

Thời gian nằm viện sau PT	Số NB (n = 50)	Tỷ lệ (%)
7-9 ngày	12	24,0
10-12 ngày	26	52,0
13-15 ngày	12	24,0
Tổng	50	100
$\bar{X} \pm SD$	11,0 ± 2,1 ngày	

Thời gian nằm viện sau PT trung bình 11,0 ± 2,1 ngày, trong đó, chủ yếu NB có thời gian nằm viện sau phẫu từ 10-12 ngày (52,0%).

Bảng 5. Chức năng khớp háng thời điểm ra viện

Chức năng khớp háng		Số NB (n = 50)	Tỷ lệ (%)
Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris	Kém	0	0
	Trung bình	1	2,0
	Khá	0	0
	Tốt	6	12,0
	Rất tốt	43	86,0
Biên độ vận động khớp	$\bar{X} \pm SD$	288,5 ± 29,0°	
	Min-max	180-315°	

Tại thời điểm ra viện, 98,0% NB có chức năng khớp háng tốt và rất tốt (86,0% khớp háng có chức năng rất tốt); biên độ vận động khớp háng dao động từ 180-315°, trung bình là 288,5 ± 29,0°.

Bảng 6. So sánh chức năng khớp háng trước PT và thời điểm sau PT ít nhất 12 tháng

Chức năng khớp háng	Điểm Harris		p
	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	
Trước PT (n = 50)	22,68 ± 7,73	7-38	< 0,05
Sau PT 12 ít nhất tháng (n = 36)	98,9 ± 2,1	93-100	

Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi sau PT ít nhất 12 tháng được 36 NB. Kết quả thấy sau PT ít nhất 12 tháng, 100% NB có chức năng khớp háng rất tốt, với điểm Harris phân bố từ 93-100 điểm, trung bình đạt 98,9 ± 2,1 điểm (tăng rõ rệt so với trước PT (22,68 ± 7,73 điểm)). Khác biệt trước và sau PT có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 7. Biến chứng trong và sau PT

Biến chứng		Số NB (n = 50)	Tỉ lệ (%)
Sốt	Nhiễm khuẩn nông sau mổ	1	2,0
Muộn (sau PT từ 3-12 tháng)	Đau đùi (tháng thứ 3)	6	12,0
	Ngắn chi	2	4,0
	Dài chi	2	4,0

Biến chứng sốt: có 1 NB (2,0%) nhiễm khuẩn nông sau mổ; không trường hợp gặp biến chứng sốt khác.

Biến chứng muộn (sau PT 3-12 tháng): 6 NB (12,0%) đau đùi, 2 NB (4,0%) ngắn chi, 2 NB (4,0%) dài chi. Không ghi nhận trường hợp nào lún chuôi, lỏng chuôi, lỏng ổ cối hoặc cốt hóa lạc chỗ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi đời: NB dao động từ 30-72 tuổi, trung bình là $50,9 \pm 10,29$ tuổi. Trong đó, 62,0% NB từ 40-59 tuổi, NB ≥ 70 tuổi chỉ chiếm 6,0%. Điều này cho thấy phần lớn NB thuộc lứa tuổi lao động và có nhu cầu vận động cao. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Mai Đắc Việt và cộng sự (2021) [6] (NB hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn muộn chủ yếu nằm trong khoảng 45-60 tuổi). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ bệnh lý khớp háng có chỉ định thay khớp, như thoái hóa khớp háng và hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi thường gặp ở nhóm tuổi trung niên. Nhìn chung, phân bố tuổi trong nghiên cứu phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý khớp háng có chỉ định thay khớp. Đồng thời, PT thay khớp háng không xi-măng thường chỉ định cho NB còn khả năng lao động, có nhu cầu vận động cao.

- Giới tính: NB nam (76,0%) nhiều hơn NB nữ (24%); phù hợp với xu hướng dịch tễ của bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, vốn gặp chủ yếu ở nam giới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng và cộng sự (2024) [7] (nam giới chiếm đa số NB chỉ định thay KHTP không xi-măng); Mai Đắc Việt (2021) [6] (NB hoại tử chỏm xương đùi giai đoạn IV-VI ở nam giới cao hơn so với nữ giới); Kim và cộng sự (2021) [8] (nam giới chiếm 70-75% trường hợp bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi); Singh (2022) [9] (tỉ lệ NB nam/nữ khoảng 3:1). Theo các tác giả, các yếu tố nguy cơ như sử dụng rượu bia, hút thuốc và lao động nặng góp phần làm tăng tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới hoặc do sự khác biệt nội tiết tố và kiểu hình hoạt động khiến nam giới dễ tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ

hơn, từ đó, gia tăng tần suất mắc của bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

- Vị trí khớp tổn thương: tỉ lệ tổn thương khớp háng phải và trái tương đối cân bằng (52,0% và 48,0%), phản ánh xu hướng bệnh lý khớp háng thường ảnh hưởng hai bên, nhưng biểu hiện lâm sàng không hoàn toàn đồng đều. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước ghi nhận tỉ lệ tổn thương hai bên cao ở người bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi [14], [15]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại ghi nhận tỉ lệ tổn thương hai bên thấp hơn, có thể do khác biệt về đối tượng nghiên cứu, giai đoạn bệnh, phương pháp chẩn đoán và tiêu chuẩn chỉ định PT.

- Giai đoạn thoái hóa khớp theo Kellgren Lavrence [4]: đa số NB nghiên cứu thoái hóa khớp háng giai đoạn muộn, (chủ yếu là giai đoạn 3 (56,0%) và giai đoạn 4 (16,0%), trong khi giai đoạn 2 chỉ chiếm 28% và không có trường hợp nào ở giai đoạn 0 hoặc 1). Điều này phản ánh rằng phần lớn NB đến khám và được chỉ định PT khi bệnh đã tiến triển rõ rệt, biểu hiện bằng hẹp khe khớp, gai xương lớn, biến dạng mặt khớp và đau kéo dài ảnh hưởng mạnh đến sinh hoạt. Kết quả này phù hợp với đặc điểm thường gặp trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam, khi người bệnh thường trì hoãn điều trị hoặc chỉ tìm đến PT sau khi các biện pháp bảo tồn không còn hiệu quả. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng [7] và Mai Đắc Việt [6] (nghiên cứu đều ghi nhận phần lớn NB thoái hóa hoặc hoại tử chỏm xương đùi đến bệnh viện khi tổn thương đã ở mức độ nặng, kèm theo đau nhiều, hạn chế vận động và biến dạng khớp).

- Nguyên nhân thay khớp háng: chủ yếu do thoái hóa khớp háng (74,0%), hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi chỉ chiếm 26,0%. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung trong thực hành lâm sàng, khi thoái hóa khớp háng vẫn là nguyên nhân hàng đầu của PT thay khớp. Kết quả nghiên cứu này cũng với những bổ sung từ tác giả Lê Tuấn Dũng (2021) [12] càng làm rõ hơn yếu tố quyết định trong chỉ định thay khớp háng, như mức độ tổn thương phải đủ nặng, ảnh hưởng rõ rệt chức năng vận động, đồng thời, người bệnh phải có điều kiện phù hợp để tiếp nhận PT. Điều này góp phần lí giải cơ cấu nguyên nhân trong nghiên cứu và sự phân bố NB trong các giai đoạn tổn thương khớp.

- Biên độ vận động khớp háng: dao động từ 0-275°, tổng biên độ vận động trung bình khớp háng trước PT đạt $145,0 \pm 51,2^\circ$, cho thấy phần lớn NB đã có giảm đáng kể khả năng vận động khớp trước khi chỉ định PT thay khớp, nhất là các trường hợp mắc bệnh giai đoạn muộn (có thể mất gần

hoàn toàn vận động khớp háng do đau nặng và biến dạng cấu trúc). Đây là biểu hiện thường gặp ở NB thoái hóa khớp háng và hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn tiến triển (khi đau, biến dạng khớp và co rút phần mềm làm hạn chế đáng kể tầm vận động khớp háng). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng [7], Mai Đắc Việt [6] (biên độ vận động trước mổ giảm rõ rệt, đặc biệt ở NB giai đoạn IV, VI theo phân loại Ficat). Nghiên cứu của Moya - Angeler [13] và Yamamoto [14] cũng ghi nhận xu hướng hạn chế vận động tương tự ở các NB giai đoạn muộn. Biên độ vận động là một trong những chỉ định quan trọng cho PT thay khớp háng, tầm vận động hạn chế trước mổ phản ánh đúng mức độ nặng của bệnh, góp phần lí giải nhu cầu can thiệp PT nhằm cải thiện chức năng vận động cho NB.

- Đánh giá chức năng khớp háng trước PT theo thang điểm Harris: kết quả nghiên cứu cho thấy chức năng khớp háng trước PT suy giảm rất nặng, với điểm Harris trung bình chỉ đạt $22,68 \pm 7,73$ (100% NB trước PT có chức năng khớp háng trung bình và kém, trong đó, 72,0% NB chức năng khớp háng kém). Điều này phản ánh rõ tình trạng đau nhiều, hạn chế vận động và ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, trong đó, NB thường nhập viện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, chức năng khớp háng suy giảm sâu [7], [6]. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận tình trạng tương tự ở NB hoại tử vô mạch chỏm xương đùi hoặc thoái hóa khớp háng giai đoạn muộn, với điểm Harris thấp, đau nhiều và mất khả năng sinh hoạt độc lập [10]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu phù hợp với xu hướng chung trong và ngoài nước, cho thấy NB thay khớp háng thường đến viện ở giai đoạn muộn, khi chức năng khớp đã suy giảm nghiêm trọng [6], [11].

4.2. Đánh giá kết quả PT

- Thông số PT: thời gian PT thay KHTP trung bình là $75,5 \pm 6,2$ phút. Đây là khoảng thời gian phù hợp, phản ánh quy trình mổ được chuẩn hóa và kĩ thuật PT ổn định; tương đương với một số nghiên cứu trong nước (thời gian PT thay KHTP thường dao động từ 70-90 phút [6], [12]).

- Đánh giá kết quả chung: thời gian nằm viện trung bình của NB sau PT thay khớp háng là $11,0 \pm 2,1$ ngày, trong đó, chủ yếu NB nằm viện từ 10-12 ngày (52,0%). Điều này phản ánh quá trình chăm sóc hậu phẫu và phục hồi chức năng thực hiện hiệu quả, NB hồi phục ổn định và ít gặp biến chứng sớm. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng [7], Mai Đắc Việt [6] (thời

gian nằm viện sau thay KHTP thường dao động từ 10-13 ngày).

- 100% ổ cối đặt trong khoảng $40-45^\circ$, hoàn toàn nằm trong “vùng an toàn”, không có trường hợp nào $< 40^\circ$ hoặc $> 45^\circ$, cho thấy kiểm soát kĩ thuật tốt. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Lê Hoàng Thế Hùng [7] và Mai Đắc Việt [6] (đều trên 90%). Điều này khẳng định sự chuẩn hóa kĩ thuật, góp phần giảm trật khớp, mài mòn và cải thiện độ vững lâu dài. 100% chuôi đặt đúng trục, không ghi nhận lệch trục, phản ánh độ chính xác cao của phẫu thuật. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trong nước (đều trên 90%) [6], [7]. Vị trí chuôi đúng giúp tăng độ vững, giảm nguy cơ lỏng chuôi và biến chứng, đảm bảo kết quả chức năng lâu dài.

- Biên độ vận động khớp nhân tạo: tổng biên độ vận động trung bình khớp háng nhân tạo đạt $288,5^\circ \pm 29,0^\circ$. Điều này phản ánh hiệu quả của PT, sự phù hợp của implant và chương trình phục hồi chức năng sau mổ, đồng thời, cho thấy NB có sự phục hồi vận động tốt sau PT. Kết quả này; tương đương với các nghiên cứu trong nước (trong đó biên độ vận động sau mổ thường dao động từ 260° đến gần 285°) [6], [7].

- Đánh giá chức năng khớp háng sau PT (thời điểm ra viện): 86,0% NB đạt mức rất tốt, 12,0% NB đạt mức tốt, chỉ có 2% NB ở mức trung bình và không trường hợp nào mức kém. Tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 98,0%, phản ánh hiệu quả điều trị cao và khá đồng đều giữa các NB. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng [7], Mai Đắc Việt [6] (tỷ lệ NB đạt kết quả tốt và rất tốt sau thay khớp háng từ 95-100%). PT thay KHTP không xi-măng cho hiệu quả phục hồi chức năng cao, góp phần cải thiện rõ rệt khả năng vận động và chất lượng sống của NB.

- Đánh giá kết quả điều trị xa (sau PT ít nhất 12 tháng): nghiên cứu theo dõi kết quả điều trị xa trên 36 NB. Kết quả thấy điểm Harris trung bình sau PT là $98,9 \pm 2,1$ điểm; 36/36 NB (100%) có chức năng khớp háng rất tốt. Kết quả này đã cải thiện rõ rệt so với trước PT (điểm Harris trung bình $22,68 \pm 7,73$ điểm; khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$). Điều này khẳng định hiệu quả vượt trội của PT trong phục hồi chức năng, giảm đau và cải thiện chất lượng sống NB.

- Tai biến và biến chứng: kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng sau PT thay KHTP thấp và chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Trong giai đoạn sớm sau PT, chỉ ghi nhận 1 trường hợp nhiễm khuẩn nông (2,0%), điều trị nội khoa hiệu quả, vết mổ liền tốt ngay kì đầu. Ở giai đoạn muộn, biến chứng thường gặp nhất là đau đùi sau

3 tháng (12,0%) và sai lệch chiều dài chi mức độ nhẹ (8,0%). Không ghi nhận các biến chứng nặng như trật khớp, lỏng chuỗi, lỏng ổ cối, gãy xương hay huyết khối tĩnh mạch sâu. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng [7], Mai Đắc Việt [6]. Nhìn chung, PT thay KHTP không xi-măng có độ an toàn cao, tỉ lệ biến chứng thấp và đa số biến chứng ở mức chấp nhận được trong thực hành lâm sàng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng cho kết quả khả quan: 100% người bệnh liền vết mổ kì đầu; 98,0% đạt chức năng khớp háng tốt và rất tốt; tổng biên độ vận động trung bình $288,5 \pm 29,0^\circ$. Kết quả xa (sau phẫu thuật 12 tháng) ghi nhận 100% người bệnh đạt chức năng khớp háng rất tốt, với điểm Harris trung bình $98,9 \pm 2,1$ điểm. Tỉ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là nhiễm khuẩn nông, đau đùi và chênh lệch chiều dài chi; không ghi nhận các biến chứng nặng như trật khớp, lỏng chuỗi, lỏng ổ cối hay cốt hóa lạc chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anderson D Lewis, Hamsa William, *et al.*, "Femoral head prosthesis", *The Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 46 - 4, No 5, pp. 1049-1065, 1964.
- Kim Y.H., "Cementless total hip replacement surgery for the treatment of avascular necrosis of the femoral head", *In J*, Parvizi & W, 2020.
- Kim H., & Park Y., "Clinical characteristics and pain severity in patients undergoing hip arthroplasty" *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23, pp. 112-120, 2022.
- Vaattovaara E, *et al.*, "Kellgren-Lawrence grading of knee osteoarthritis using deep learning: diagnostic performance with external dataset", *Diagnostics*, 2025.
- Chumchuen S, Janwantanakul P, Pensri P, *et al.*, "Validity and reliability of the Thai version of the modified Harris Hip Score in patients with hip aNBormalities", *BMC Musculoskeletal Disord.*; 23: p.1126. doi:10.1186/s12891-022-06015-0, 2022.
- Mai Đắc Việt., Nguyễn Thu Thủy, "Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng ở người bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn IV, V và VI", *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 62 (1), tr. 6-11, [https://doi.org/10.52163/yhc.v62i1\(2021\)](https://doi.org/10.52163/yhc.v62i1(2021)), 2021.
- Hoàng Thế Hùng, Đặng Hoàng Anh, Nguyễn Anh Dương, "Kết quả PT thay KHTP không xi măng qua đường mổ lồi sau cho người bệnh hoại tử tiêu chỏm xương đùi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542 (3), tr. 16-19. <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i3.11159>, 2024.
- Jokubynas V., "Femoral head avascular necrosis: Etiopathogenesis, diagnostics and treatment", *Journal of Medical Sciences*, 13 (1), pp. 1-15, 2025.
- Singh, A., Shah, S., & Gupta, R., "Epidemiological characteristics of avascular necrosis of the femoral head in adults: A cross-sectional study", *Indian Journal of Orthopaedics*, 56 (4), pp. 645-651, 2022.
- Ko Y.S., Ha, J.H., Koo, K.H., *et al.*, "Updating osteonecrosis of the femoral head", *Hip & Pelvis*, 35 (3), pp. 147-159. <https://doi.org/10.5371/hp.2023.35.3.147>, 2023.
- Parvizi J., & Hozack W.J., "Total hip arthroplasty", *Springer*, 2019.
- Lê Thùy Dương, Lưu Thị Bình, Nguyễn Minh Núi, "Mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương chỏm xương đùi trên phim cộng hưởng từ với mức độ đau và giai đoạn bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524 (1B), tr. 49-54, <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1B.4725>, 2023.
- Moore K.L., Dalley A.F., & Agur A.M.R. (Eds.), "Clinically oriented anatomy", *Wolters Kluwer*, 9th ed, pp. 620-630, 2024.
- Erasmus R.D., Fourie P.J., Janse van Rensburg C., & Jacobs, H.W.J.S., "An audit on the accuracy of freehand acetabular cup positioning in total hip arthroplasty with the direct lateral approach at a tertiary institution over seven years", *South African Orthopaedic Journal*, 21 (4), pp. 202-206, 2022.
- Sapienza M., Di Via D., Vaccalluzzo M.S., Costarella L., Pavone V., & Testa G., "Comparative analysis of cemented and cementless straight-stem prostheses in hip replacement surgery for elderly patients: A mid-term follow-up study", *Prosthesis*, 6 (3), pp. 540 - 550. <https://doi.org/10.3390/prosthesis6030038>, 2024.
- Trần Mạnh Hùng, *nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay lại khớp háng, luận án tiến sĩ y học*, trường Đại học Y Hà Nội; 2022. □