

<https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.870>

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI-MĂNG CHUYỂN ĐỘNG ĐÔI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 17

Nguyễn Hồng Hà^{1*}

Nguyễn Đình Kiên¹, Lê Hoài Nam¹

Phan Anh Nghĩa¹, Trần Thị Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm thay khớp háng toàn phần không xi-măng chuyển động đôi tại Bệnh viện Quân y 17.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang, tiến cứu theo dõi dọc 31 bệnh nhân thay khớp háng toàn phần không xi-măng chuyển động đôi, điều trị bệnh lý khớp háng tại Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01/2021 đến tháng 8/2022. Đánh giá kết quả theo thang điểm Merle d'Aubigné.

Kết quả: Điểm Merle d'Aubigné ở bệnh nhân sau phẫu thuật từ 1-3 tháng là $15,65 \pm 2,25$ điểm, sau phẫu thuật từ 3-6 tháng là $17,23 \pm 1,10$ điểm; theo đó, chức năng khớp háng sau phẫu thuật từ 3-6 tháng mức rất tốt và tốt chiếm tỉ lệ lần lượt là 80,0% và 16,7%. Không bệnh nhân nào bị trật khớp, lỏng ổ cối và lỏng cuống chỏm ở thời điểm thăm khám theo hẹn sau mổ lần cuối.

Kết luận: Thay khớp háng toàn phần không xi-măng chuyển động đôi mang lại kết quả tốt cho những bệnh nhân bị tổn thương khớp háng có nguy cơ cao trật khớp.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, không xi-măng, chuyển động đôi.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the early results of cementless dual-mobility total hip arthroplasty (THA) at Military Hospital 17.

Subjects and methods: A prospective longitudinal cross-sectional descriptive study was conducted on 31 patients who underwent cementless dual-mobility total hip arthroplasty for hip joint disorders at Military Hospital 17 from January 2021 to August 2022. Results were assessed using the Merle d'Aubigné scoring system.

Results: The mean Merle d'Aubigné score at 1–3 months postoperatively was 15.65 ± 2.25 points, and at 3-6 months postoperatively it was 17.23 ± 1.10 points. Accordingly, at 3–6 months after surgery, the proportions of patients with very good and good hip function were 80.0% and 16.7%, respectively. No patients experienced hip dislocation, acetabular loosening, or pedicle laxity at the time of the final scheduled postoperative examination.

Conclusions: Cementless dual-mobility total hip arthroplasty provided good results for patients with hip joint damage who were at high risk of postoperative dislocation.

Keywords: Total hip arthroplasty, cementless, dual mobility.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Hồng Hà, Email: panghia1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/9/2025; mời phản biện khoa học: 10/2025; chấp nhận đăng: 10/12/2025.

¹Bệnh viện Quân y 17.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật (PT) thay khớp háng (KH) là một thành tựu to lớn trong lĩnh vực điều trị chấn thương chỉnh hình, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho những bệnh nhân (BN) bị tổn thương vùng KH, tránh các biến chứng nặng nề [1]. Tuy nhiên, sau PT, BN có thể gặp các biến chứng như trật KH nhân tạo, gãy đầu trên xương đùi, tổn thương thần

kinh, mạch máu... Trong đó, 22,5% BN đã thay KH gặp phải trật KH nhân tạo. Đây là một trong những nguyên nhân chính khiến BN ở Hoa Kỳ phải thay lại KH, làm tăng chi phí điều trị lên tới 148% [1].

Ở Việt Nam, PT thay KH toàn phần được triển khai từ những năm 1970, chủ yếu được chỉ định trong các bệnh lý và chấn thương KH như thoái hóa KH, hoại tử vô mạch chỏm xương đùi giai đoạn

muộn gây biến dạng và mất chức năng KH, gãy cổ xương đùi di lệch ở BN cao tuổi... Có từ 1-1,5% BN đã thay KH gặp phải biến chứng trật KH sau PT. Biến chứng này thường gặp ở người cao tuổi, gãy cổ xương đùi, béo phì hoặc các bệnh lý KH giai đoạn muộn kèm biến đổi nặng cấu trúc giải phẫu [1].

Nhằm giảm nguy cơ trật KH sau PT thay khớp, nhiều cải tiến về kỹ thuật PT, vật liệu và sinh cơ học KH nhân tạo đã được nghiên cứu, áp dụng. Trong đó, nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi có hiệu quả vượt trội trong việc tăng độ vững và giảm đáng kể nguy cơ trật KH [2].

Bệnh viện Quân y 17 đã thực hiện PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi từ năm 2020. Tuy nhiên, cho đến nay, Bệnh viện vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả ứng dụng kỹ thuật này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi, tại Bệnh viện Quân y 17.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

31 BN được PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi, tại Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 01/2021 đến tháng 8/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ≥ 60 tuổi, có chỉ định và được PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi; BN có chức năng chân bên bệnh bình thường trước phẫu thuật; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có các bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối (suy thận, suy gan, suy tim...); BN có nguy cơ PT độ IV trở lên (theo đánh giá của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ - American Society of Anesthesiology: ASA) [7]; BN đang có nhiễm trùng chưa ổn định; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu theo dõi dọc.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, tổn thương cơ bản, BMI, bệnh lý nội khoa kèm theo.

+ Đặc điểm tổn thương trước PT: hình ảnh X quang; phân độ gãy cổ xương đùi (theo Garden [4]); hoại tử vô mạch chỏm xương đùi (theo Ficat [5] và ARCO [6]).

+ Đặc điểm PT: thời gian PT, lượng máu truyền trong và sau PT, biến chứng, thời gian nằm viện sau PT.

+ Đánh giá kết quả sớm sau PT (tại thời điểm sau PT từ 1-3 tháng và từ 3-6 tháng): tình trạng vết mổ, chức năng KH (theo thang điểm Merle d'Aubigné [8]).

- Chỉ định và kỹ thuật PT thay KH:

+ Chỉ định thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi: BN gãy cổ xương đùi di lệch độ III, IV theo phân loại Garden [4]; BN có khớp giả sau PT kết xương do gãy cổ xương đùi; BN thoái hóa KH giai đoạn III, IV theo phân loại Kellgren - Lawrence; BN hoại tử vô mạch chỏm xương đùi giai đoạn III, IV theo phân loại Ficat [5] và độ IV-VI theo phân độ ARCO [6].

+ Kỹ thuật cơ bản: BN ở tư thế nằm nghiêng, thực hiện đường mổ sau-ngoài theo mô tả của Lê Nghi Thành Nhân [1]. Bộc lộ KH qua đường rạch da sau mấu chuyển lớn. Sau khi cắt chỏm xương đùi và xử lý ổ cối, ổ cối nhân tạo được đặt với góc nghiêng ngoài so với mặt phẳng ngang từ $35-45^\circ$ và góc nghiêng trước từ $10-20^\circ$. Chuôi cán xương đùi được đặt dọc theo trục giải phẫu thân xương đùi, song song với mấu chuyển lớn và tạo góc nghiêng trước khoảng $25-30^\circ$ so với mấu chuyển bé, nhằm tối ưu hóa sinh cơ học khớp và hạn chế nguy cơ trật khớp nhân tạo sau mổ.

- Đạo đức: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 17. Các BN đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

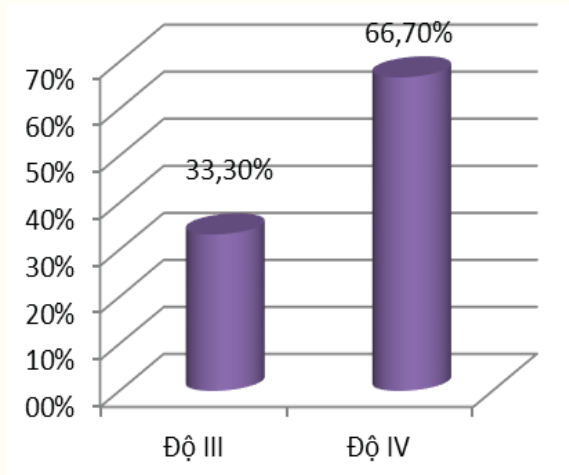
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN

Đặc điểm chung (n = 31)		Số BN (%)
Giới tính	Nam giới	18 (58,0)
	Nữ giới	13 (42,0)
Tuổi (năm)	< 40	2 (6,5)
	40-59	12 (38,7)
	≥ 60	17 (54,8)
	Trung bình	$59,97 \pm 12,13$
Tổn thương cơ bản	GCXĐ	12 (38,7)
	HTVMCXĐ	19 (61,3)
BMI (kg/m ²)	Trung bình	$20,14 \pm 2,81$
Bệnh lý nội khoa kèm theo	Có	19 (61,3)
	Không	12 (38,7)
HTVMCXĐ: Hoại tử vô mạch chỏm xương đùi; GCXĐ: Gãy cổ xương đùi		

Bảng 1 cho thấy đa số BN là nam giới (58,0%), ở độ tuổi ≥ 60 tuổi (54,8%), tổn thương hoại tử vô mạch chỏm xương đùi (61,3%), có bệnh lý nội khoa kèm theo (61,3%).



Biểu đồ phân độ gãy cổ xương đùi theo Garden.

Phân độ gãy cổ xương đùi theo Garden cho thấy đa số BN gãy cổ xương đùi độ IV (66,7%).

Bảng 2. Phân độ tổn thương hoại tử vô mạch chỏm xương đùi trên phim X quang

Phân độ hoại tử vô mạch chỏm xương đùi trên X quang (n = 19)		Số BN (%)
Theo phân độ Ficat	Độ III	11 (57,9)
	Độ IV	8 (42,1)
Theo phân độ Arco	Độ IV	4 (21,1)
	Độ V	7 (36,8)
	Độ VI	8 (42,1)

Trong 19 BN hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, tỉ lệ tổn thương độ III và IV theo Ficat lần lượt là 57,9% và 42,1%; tổn thương độ IV, V và VI theo ARCO lần lượt là 21,1%, 36,8% và 42,1%.

3.2. Kết quả PT

3.3. Kết quả sớm sau PT 1-3 tháng và sau 3-6 tháng

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau PT 1-3 tháng và 3-6 tháng

Căn cứ đánh giá		Thời điểm đánh giá (BN, %)	
		1-3 tháng (n = 31)	3-6 tháng (n = 30)
Mức độ đau	Không đau	0	20 (66,7)
	Thỉnh thoảng đau nhẹ	25 (80,6)	10 (33,3)
	Đau khi đi bộ trên 30 phút	3 (9,7)	0
	Đau khi đi bộ từ 10-30 phút	2 (6,5)	0
	Đau khi đi bộ dưới 10 phút	1 (3,2)	0
Biên độ gấp khớp háng	$\geq 90^\circ$	27 (87,1)	27 (90,0)
	$75^\circ-85^\circ$	3 (9,7)	3 (10,0)
	$55^\circ-75^\circ$	1 (3,2)	0

Bảng 3. Đặc điểm trong PT

Đặc điểm PT (n = 31)		Số BN (%)
Thời gian PT (n = 31)	60-90 phút	21 (67,7)
	> 90	10 (32,3)
	Trung bình	83,55 $\pm$ 13,55
Lượng máu truyền	250 ml	13 (41,9)
	500 ml	6 (19,4)
	Trung bình	201,61 $\pm$ 187,29
Tai biến trong PT	Có	1 (3,2)
	Không	30 (96,8)

Bảng 3 cho thấy, đa số các ca PT thực hiện trong khoảng 60-90 phút (67,7%), với 19 BN (61,3%) cần truyền máu. Có 1 BN (3,2%) biến chứng gãy vỡ đầu trên xương đùi trong lúc PT.

Bảng 4. Kết quả điều trị sớm

Kết quả sớm (n = 31)		Số BN (%)
Lệch chi	≤ 1 cm	26 (83,9)
	1-2 cm	4 (12,9)
	≥ 2 cm	1 (3,2)
Hình ảnh X quang	Khớp đúng vị trí	31 (100)
	Vị trí ổ cối đúng	31 (100)
	Cuống chỏm đúng trục	31 (100)
Biến chứng sớm sau PT		0

Đa số BN có chênh lệch chiều dài chi PT so với chi lành ≤ 1 cm (83,9%). Hình ảnh X quang cho thấy góc nghiêng ngoài ổ cối từ $35^\circ-52^\circ$, trung bình $45,03 \pm 3,42^\circ$. Không BN nào xảy ra biến chứng sớm sau PT.

- Thời gian nằm viện trung bình:
- + Trước PT: $5,23 \pm 3,48$ ngày.
- + Sau PT: $9,45 \pm 1,28$ ngày.
- + Tổng: $14,67 \pm 3,82$ ngày.

Căn cứ đánh giá		Thời điểm đánh giá (BN, %)	
		1-3 tháng (n = 31)	3-6 tháng (n = 30)
Độ vững khớp háng	Rất vững, đi lại không hạn chế	18 (58,0)	23 (76,7)
	Khập khiễng nhẹ, thỉnh thoảng dùng gậy	6 (19,4)	4 (13,3)
	Mất vững nhẹ, khập khiễng, thường dùng gậy	3 (9,7)	3 (10)
	Mất vững nặng, đi 2 gậy hoặc 1 nạng	3 (9,7)	0
	Không thể đứng được 1 chân, đi hai gậy hoặc dùng nạng tì khuỷu	1 (3,2)	0
Chức năng khớp háng	Rất tốt	17 (54,8)	24 (80,0)
	Tốt	8 (25,8)	5 (16,7)
	Khá	5 (16,1)	1 (3,3)
	Trung bình	1 (3,2)	0
	Điểm trung bình	15,65 ± 2,25	17,23 ± 1,10

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Có 12/31 BN tổn thương KH do gãy cổ xương đùi (38,7%), 19/31 BN do hoại tử vô mạch chỏm xương đùi (61,3%). BN gãy cổ xương đùi thường có tổn thương mô mềm và trương lực cơ vùng háng do chấn thương [1]. Đối với BN hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, PT thay KH thường được chỉ định ở giai đoạn muộn, khi BN không còn đáp ứng với điều trị nội khoa, xương và phần mềm quanh KH có nhiều tổn thương. Đây là các yếu tố làm tăng nguy cơ trật khớp nhân tạo ở hai loại tổn thương này. Vì vậy, việc lựa chọn thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi ở nhóm BN này có thể góp phần làm giảm nguy cơ trật KH sau mổ [1].

BN phân bố từ 31-79 tuổi, trung bình 59,97 ± 12,13 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Đào Xuân Thành [9] (BN từ 18-74 tuổi), Trần Trung Dũng [10] (BN trung bình 65,7 ± 8,33 tuổi), Bùi Hải Nam [11] (BN từ 20-70 tuổi), Timothy Voskuil [12] (BN gãy cổ xương đùi lớn tuổi nhất được thay KH toàn phần là 90 tuổi). Ở các BN cao tuổi, nguy cơ trật khớp gia tăng rõ rệt là do giảm khả năng vận động, suy giảm khả năng nhận thức làm gia tăng nguy cơ xảy ra các tai nạn trong sinh hoạt. Đồng thời, BN khó tuân thủ chế độ vận động hơn vì khó tránh được các động tác gây trật khớp như gập sâu hoặc xoay trong của KH. Ngược lại, ở BN trẻ tuổi, nhu cầu vận động KH linh hoạt trong sinh hoạt và lao động cũng làm gia tăng nguy cơ trật khớp nhân tạo. Vì vậy, việc lựa chọn thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi để hạn chế trật KH sau mổ là phương án phù hợp với mọi lứa tuổi [3].

Tỉ lệ giới tính nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,4/1. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Bùi Hải Nam [11] (tỉ lệ nam/nữ là 5,25/1), nghiên cứu của Hoàng Đình Anh Hào [13] (tỉ lệ BN nữ/nam là 4/1), nghiên cứu của M Benabid Mounir [14] (56% BN là nữ, 44% là nam). Các tác giả này cho rằng nữ giới có nguy cơ mắc bệnh lí KH cao hơn so với nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm nhỏ nên chưa thể đánh giá đầy đủ về vấn đề này.

Chỉ số BMI trung bình của BN là 20,14 ± 2,81 kg/m². Chỉ số BMI cao có thể gây ảnh hưởng đến chức năng KH sau 5 năm. A.M Davis [15] cho rằng, BN có BMI > 35 kg/m² thì có nguy cơ trật KH cao gấp 4,42 lần so với BN có BMI < 25 kg/m².

Trong nhóm BN gãy cổ xương đùi, phân độ Garden III, IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 33,3% và 66,7%. Ở nhóm BN hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, phân độ Ficat IV, IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 57,9% và 42,1%. Bên cạnh đó, theo phân loại ARCO, độ III, độ V và VI chiếm tỉ lệ lần lượt là 21,1%; 36,8% và 42,1%. Ở các BN gãy cổ xương đùi phân độ Garden III và IV hoặc BN từ 60 tuổi trở lên, thay KH toàn phần được xem là phương pháp điều trị tối ưu, giúp phục hồi chức năng khớp nhanh và hiệu quả [4]. Ngược lại, BN bị hoại tử vô mạch chỏm xương đùi thường được chỉ định PT ở giai đoạn muộn, khi tổn thương đã nặng, gây biến dạng ổ cối và phần mềm quanh khớp, gia tăng nguy cơ trật khớp nhân tạo sau PT thay khớp [1].

4.2. Kết quả PT

Thời gian PT trung bình là 83,55 ± 13,55 phút. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Bùi Hải Nam [11] (thời gian PT trung bình là 89,8 ± 20,6 phút, ngắn nhất là 55 phút, dài nhất là 145 phút)

và nghiên cứu của Grégoire Thürig [16] (thời gian PT trung bình là 90 phút, ngắn nhất là 70 phút và dài nhất là 110 phút).

PT thay KH toàn phần là một PT lớn, đôi lúc cần truyền máu trong và sau PT, lượng máu truyền ít hay nhiều phụ thuộc vào nhiều yếu tố. 61,3% BN có được truyền máu với lượng máu trung bình là $201,61 \pm 187,29$ ml. Tuy nhiên, chúng tôi chưa đánh giá được chính xác lượng máu BN mất khi PT trong nghiên cứu này.

1 BN bị gãy vỡ đầu trên xương đùi trong lúc PT (3,2%). Kết quả này ít hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Long [17] (6,1%) và của Grégoire Thürig [16] (4,7%). Ngay khi phát hiện, chúng tôi đã dùng chỉ thép để buộc tăng cường quanh xương đùi và tiếp tục theo dõi BN sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình của BN là $14,67 \pm 3,82$ ngày. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Quang Tôn Quyền [18] ($15,82 \pm 6,25$ ngày). Thời gian nằm viện phụ thuộc nhiều vào khả năng hồi phục của BN, việc nằm viện lâu có thể làm gia tăng chi phí và nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, đặc biệt ở BN lớn tuổi. Vì vậy, nên cho BN xuất viện sau khi được điều trị ổn định, tập được các bài tập phục hồi chức năng tại giường và không còn những vấn đề đáng lo ngại.

Chênh lệch chiều dài chi từ lâu đã được mô tả như là một trong những biến chứng thường gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi kiểm tra sau PT, có 83,9% BN có chênh lệch chiều dài chi bên PT so với chi lành dưới 1 cm. Sự chênh lệch này có thể chấp nhận và dễ dàng hỗ trợ bằng giày chỉnh hình [18]. Tuy nhiên điều này có thể khiến BN không hài lòng về kết quả PT [2]. Ngoài ra, sự chênh lệch quá mức sau mổ có thể làm tăng nguy cơ lỏng khớp, gây ảnh hưởng chức năng khớp hoặc tổn thương thần kinh. Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách đầy đủ và toàn diện các yếu tố này.

Trật khớp sau PT liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó vị trí đặt các thành phần KH nhân tạo đóng vai trò then chốt đối với độ vững khớp. Cuống khớp thường được cố định với góc xoay trước $5-15^\circ$; nếu góc xoay trước vượt quá 15° , nguy cơ trật khớp ra trước tăng lên, đặc biệt khi KH ở tư thế gấp và xoay ngoài. Góc đặt ổ cối nhân tạo có ảnh hưởng quan trọng đến kết quả sớm và lâu dài sau thay KH, nhất là tỉ lệ trật khớp sau PT. Nghiên cứu của Lewinnek [2] cho rằng khoảng an toàn của ổ cối nhân tạo là nghiêng trước $15^\circ \pm 10^\circ$, nghiêng ngoài $40^\circ \pm 10^\circ$ tối đa cho phép 54° . 100% BN của chúng tôi nằm trong khoảng an toàn này.

4.3. Đánh giá kết quả xa (sau PT 1-3 tháng và 3-6 tháng)

Một trong những mục tiêu chính phản ánh hiệu quả điều trị của PT thay KH toàn phần là làm mất hoặc giảm triệu chứng đau. Tuy nhiên, TKH toàn phần không thể loại bỏ hoàn toàn các triệu chứng đã tồn tại dai dẳng trong nhiều năm, đặc biệt ở những BN mắc bệnh lí thoái hóa. Sau PT 3-6 tháng tình trạng đau của BN đã được cải thiện nhiều, 100% BN không còn đau hoặc chỉ thỉnh thoảng đau nhẹ. Kết quả chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long [12] (81,8% BN không còn đau).

Trên lí thuyết, các KH nhân tạo có thể đạt được tầm vận động như một khớp bình thường, đặc biệt là KH chuyển động đôi với ưu điểm về mặt cấu tạo cho phép biên độ vận động lớn. Qua nghiên cứu của chúng tôi, biên độ vận động sau PT từ 3-6 tháng tăng hơn so với sau PT từ 1-3 tháng. Điều này cho thấy sự thích nghi dần của BN với KH nhân tạo.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đi lại của BN do đau vùng KH, khả năng gấp duỗi chưa có kết quả tiến triển rõ ràng, sự chênh lệch giữa 2 chi sau mổ, chưa thích nghi được với sự vận hành của KH nhân tạo... Sau PT từ 1-3 tháng, có 1 BN không thể đứng được bằng 1 chân, cần sử dụng 2 gậy hoặc dùng nạng tì khuỷu. BN này do tuổi cao, sức cơ yếu, cần nhiều thời gian tập vận động và phục hồi chức năng sau PT hơn các BN khác. Sau PT từ 3-6 tháng, 76,7% BN đi lại rất vững và không hạn chế. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thành Long [17] (54,5% đi lại rất vững, không hạn chế sau PT 6 tháng).

Có nhiều cách đánh giá chức năng KH sau PT thay khớp. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá theo Robert Merle d'Aubigné cải tiến do Revue de Chirurgie Orthopédique đưa ra năm 1970 [8]. Đây là thang điểm có sự tin cậy cao, các mục được mã hóa thành điểm số thích hợp trong thực hành lâm sàng. Kết quả sau PT, điểm trung bình chức năng KH là $15,65 \pm 2,25$ điểm. Sau PT từ 3-6 tháng, 96,7% BN có chức năng KH sau mổ tốt và rất tốt, chỉ có 3,3% đạt khá, điểm trung bình theo thang điểm đánh giá là $17,23 \pm 1,10$ điểm. Kết quả này cho thấy đa số BN đều có tình trạng cải thiện chức năng KH rõ rệt và đã quay trở lại sinh hoạt bình thường như trước khi bị bệnh. Năm 2017, Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Văn Hỷ và Hồ Mẫn Trường Phú báo cáo kết quả thay KH toàn phần không xi-măng tại Bệnh viện Trung ương Huế, cho thấy tỉ lệ biến chứng thấp, chức năng KH sau mổ phục hồi rõ rệt, tăng theo thời gian theo dõi [19].

Không có BN nào trật khớp, lỏng lún cuống chỏm trên phim X quang. Tuy chỉ nghiên cứu ở nhóm nhỏ, chưa có thời gian theo dõi lâu dài, các kết quả trên vẫn cho thấy PT thay KH toàn phần không xi-măng chuyển động đôi mang lại những kết quả tốt sau mổ. 96,7% BN sau PT đạt kết quả tốt và rất tốt, có những BN gần như đã bình phục và trở lại cuộc sống bình thường, đạt được mức cao nhất trong thang điểm của Merle D'Aubigné.

5. KẾT LUẬN

Thay khớp háng toàn phần không xi-măng chuyển động đôi điều trị bệnh lý khớp háng được chỉ định cho những bệnh nhân bị tổn thương khớp háng có nguy cơ cao trật khớp mang lại kết quả tốt. Sau phẫu thuật từ 3-6 tháng, 96,7% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt. Không bệnh nhân nào bị trật khớp, lỏng ổ cối và lỏng cuống chỏm ở thời điểm thăm khám cuối cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Nghi Thành Nhân (2016), *Phẫu thuật can thiệp tối thiểu ứng dụng trong thay khớp háng toàn phần*, Nhà xuất bản Đại học Huế.
2. Lewinnek G.E, Lewis J.L, Tarr Richard, Compere C.L, Zimmerman J.R (1978), "Dislocations after total hip-replacement arthroplasties", *J. J. Bone Joint Surg Am.* 60(2), pp. 217-220.
3. Wallob S (2004), "Chỉ định và chọn lựa khớp nhân tạo có hoặc không xi-măng", *Kỷ yếu Hội nghị khoa học thường niên của Hội Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh 2004*, tr. 151-167.
4. Garden R.S (1961), "Low-angle fixation in fractures of the femoral neck", *J Bone Joint Surg Br*, 43-B(4), pp. 647-663.
5. Jawad M.U (2012), "Ficat Classification Avascular Necrosis of the Femoral Head", *Springer*, pp. 2636-2639.
6. Keating J.F (2015), "Femoral Neck Fractures", *Rockwood and Green's Fractures in Adults*, *Wolters Kluwer Health*, pp. 2031-2073.
7. Mohamed Daabiss (2011), "American Society of Anaesthesiologists physical status classification", *Indian Journal of Anaesthesia*, vol. 55, issue 2, pp. 111- 115.
8. Ugino F.K, Righetti C.M, Alves D.P, et al. (2012), "Evaluation of the reliability of the modified Merle d'Aubigné and Postel Method", *Acta Ortop Bras*, 20(4), pp. 213-217.
9. Đào Xuân Thành (2012), *Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng và thay*

đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Trần Trung Dũng (2014), "Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ với đường mổ nhỏ điều trị gãy cổ xương đùi do chấn thương", *Tạp chí Y học thực hành*, số 3(907), tr. 9-12.

11. Bùi Hải Nam (2015), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 53-66.

12. Timothy Voskuilj, Michiel Hageman, David Ring (2014), "Higher Charlson Comorbidity Index Scores are Associated With Readmission After Orthopaedic Surgery", *The Association of Bone and Joint Surgeons*.

13. Hoàng Đình Anh Hào (2016), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần trong điều trị gãy cổ xương đùi ở bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Huế, pp. 45-60.

14. Benabid Mounir M (2010), *La Prothese Totale De La Hanche A Double Mobilite, Pour L'obtention Du Doctorat En Medecine, Universite SidiMohammed Ben Abdellah Faculte De Medecine Et De Pharmacie*.

15. Davis A.M, Wood A.M, Keenan A.C, et al. (2011), "Does body mass index affect clinical outcome post-operatively and at five years after primary unilateral total hip replacement performed for osteoarthritis? A multivariate analysis of prospective data", *J Bone Joint Surg Br*, 93(3).

16. Thürig G, et al. (2016), "Safety of total hip arthroplasty for femoral neck fractures using the direct anterior approach: a retrospective observational study in 86 elderly patients", *Patient Saf Surg*, 10, pp. 1178-1182.

17. Nguyễn Thành Long (2017), *Đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Huế, tr. 40-52.

18. Nguyễn Quang Tôn Quyền (2014), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi-măng trong điều trị bệnh lý khớp háng*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Huế, tr. 47-61.

19. Nguyễn Tiến Bình và cộng sự (2017), "Thay khớp háng toàn phần không xi-măng bằng kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, số 5 tr. 150-158. □