

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI BẰNG CHỖM LƯỠNG CỰC TẠI BỆNH VIỆN AN GIANG

*Nguyễn Triết Hiền; Võ Ngọc Toàn
Khoa CTCH, Bệnh Viện An Giang*

TÓM TẮT:

Thay khớp háng chỏm bipolar đã được áp dụng để phẫu thuật cho những bệnh nhân hoại tử chỏm, gãy cổ xương đùi. Tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã tiến hành thay khớp háng bán phần chỏm Bipolar cho 100 bệnh nhân. Kết quả bước đầu khá tốt, về biến chứng có 3 trường hợp trật khớp sớm, ngày thứ 10 sau mổ. Đánh giá từ sau mổ đến hơn 12 tháng kết quả tốt đạt 76%, khá 16% trung bình 8%.

Kết luận: Thay khớp háng bán phần là phẫu thuật đòi hỏi kỹ thuật cao và phẫu thuật viên có kinh nghiệm, chỉ định phẫu thuật chặt chẽ. Bệnh nhân sau mổ thay khớp háng bán phần có thể tập vận động sớm, tránh được các biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống.

ABSTRACT

100 patients were operated with bipolar hemiarthroplasty for hip arthrosis and femoral neck fracture in An Giang Center General Hospital. Dislocation was identified in 03 cases after 10 days post-operative. The outcome after 12 months operation was : 76% excellent, 16% good 16% and 8% average.

Conclusion: Bipolar hip hemiarthroplasty is a high-tech surgery. It requires experienced surgeons and close indications. Patients with bipolar hip hemiarthroplasty can rehabilitate soon, avoiding complications and improving their quality of live.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Gãy cổ xương đùi là thương tổn thường gặp ở người cao tuổi, liên quan chặt chẽ đến vấn đề chất lượng xương. Theo lý thuyết gãy cổ xương đùi có thể có các điều trị bảo tồn hoặc kết hợp xương. Tuy nhiên khả năng liền xương khá cao, nên việc phẫu thuật thay khớp háng được đặt ra nhằm giúp bệnh nhân vận động sớm, tránh biến

chúng do nằm lâu. Đồng thời phục hồi sớm khả năng đi lại cho bệnh nhân; nên có thể xem đây là phương pháp lý tưởng để điều trị gãy cổ xương đùi

Có nhiều phương pháp thay khớp háng khác nhau hiện nay để điều trị gãy cổ xương đùi như thay khớp háng toàn phần bao gồm thay chỏm xương đùi và ổ cối, hoặc thay bán phần là chỉ thay chỏm xương đùi đơn thuần. Mỗi loại có những ưu nhược điểm khác nhau và chỉ định cho những trường hợp khác nhau mà yếu tố liên quan trực tiếp là độ tuổi và chất lượng xương. Trước đây có chỏm Moore mà ngày nay hầu như không còn được sử dụng. Hiện nay, do những ưu điểm vượt trội như kỹ thuật mổ tương đối đơn giản, biên độ vận động lớn, độ bền cơ học cao, khi hỏng cũng dễ dàng thay lại nên chỏm 2 đầu hay còn gọi là chỏm bipolar (Duocore) được sử dụng rộng rãi.

Từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2015. Khoa CTCH Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang đã tiến hành phẫu thuật thay khớp háng bán phần chỏm bipolar cho 100 bệnh nhân gãy cổ xương đùi; đạt kết quả tốt. Vì vậy đề tài nhằm mục đích: Đánh giá kết quả điều trị gãy cổ xương đùi do chấn thương bằng thay khớp háng bán phần có hoặc không có xi măng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân gãy cổ xương đùi nhập viện điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.
- Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu
- Chỉ định phẫu thuật: Bệnh nhân gãy cổ xương đùi do chấn thương.
- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và bất cứ lúc nào cần thiết nếu có diễn biến bất thường. Đánh giá chức năng theo phương pháp Charnley.

Bảng 1. Đánh giá kết quả theo Charnley

Tiêu chuẩn	Đau	Biên độ	Đi lại	Trợ đỡ
Rất tốt	Không đau	Bình thường	Bình thường	Không nạng
Tốt	Không đau	50% Biên độ	Khập khiễng nhẹ	Đi 1 nạng
Trung bình	Đau nhẹ	Biên độ ít	Khập khiễng nhẹ	Đi 2 nạng
Kém	Đau	Hạn chế	Khập khiễng nhiều	Đi 2 nạng

- Xử lý kết quả bằng phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân là 100, thời gian theo dõi trung bình 6,8 tháng. Tuổi trung bình khi phẫu thuật 68,7+ 8,3 (57-100 tuổi) trong đó có 68 bệnh nhân nữ và 32 bệnh nhân nam. 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu, không có bệnh nhân nào có biểu hiện nhiễm trùng nông hay sâu.

Bảng 2. Tuổi

Tuổi	Dưới 65	Từ 65-75 tuổi	Trên 75 tuổi	Tổng số
Số bệnh nhân	28	58	14	100
Tỉ lệ%	28	58	14	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tuổi dưới 75 (86 BN chiếm tỉ lệ 86%). Điều này phù hợp vì chất lượng xương của nhóm bệnh nhân thay khớp háng không xi măng đòi hỏi phải tốt hơn.

Bảng 3. Phân loại gãy theo Garden

Phân loại	Garden I	Garden II	Garden III	Garden IV	Tổng số
Số bệnh nhân	8	12	54	26	100
Tỉ lệ%	8	12	54	26	100

Nhận xét: 80 bệnh nhân (80%) gãy cổ xương đùi Garden III và Garden IV, đây là loại gãy có tỉ lệ không liền xương và khớp giả cao nếu điều trị bảo tồn.

Bảng 4. Kết quả X-Quang sau mổ theo Jonh Craford Adam

Kết quả	Chỏm chính xác	Chỏm không chính xác	Tổng số
Số bệnh nhân	100	0	100
Tỉ lệ%	100	0	100

Phân loại theo John Craford Adam: Vị trí chính xác của chỏm gồm 3 yếu tố (1) Bề mặt tựa chỏm tỳ đúng vào bề mặt cắt của cổ xương đùi, chỏm hướng về phía máu chuyển lớn. (2) Cán chỏm ở tư thế vẹo ngoài, đầu xa cán chỏm tỳ vào thành trong của xương đùi. (3) Tâm chỏm ở ngang mức đỉnh máu chuyển lớn. Trong nghiên cứu của

Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang – 2015 11

Chúng tôi, hình ảnh X-Quang sau mổ không có trường hợp nào vị trí chỏm không chính xác.

Bảng 5. Đánh giá kết quả sau mổ theo Chanley

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng số
Số bệnh nhân	76	16	8	0	100
Tỉ lệ%	76	16	8	0	100

Nhận xét: Tỉ lệ kết quả rất tốt và tốt đạt 92% (92BN) không có kết quả kém. Bệnh nhân có khả năng đi lại với khung trợ đỡ sau mổ trung bình là 4,3+2,5 ngày (từ 2-7 ngày)

Bảng 6. Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng	Gãy xương	Trật khớp	Nhiễm trùng	Tổng số
Số bệnh nhân	0	3	4	100
Tỉ lệ%	0	3	4	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp 4 trường hợp nhiễm trùng nông, được điều trị khỏi sau đó và 3 trường hợp trật khớp do té, được nắn trật. Không có trường hợp nào gãy xương.

BÀN LUẬN

Gãy cổ xương đùi là thương tổn thương gặp ở người cao tuổi. Do đặc điểm cấu trúc về mô học và giải phẫu vùng cổ xương đùi, nên chất lượng xương vùng này thường giảm khi bệnh nhân tuổi cao. Do đó nguy cơ gãy tăng lên và khả năng liền xương giảm xuống, nhất là gãy có di lệch Garden III và Garden IV. Hiện nay tổn thương gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi, chỉ định điều trị chính là phẫu thuật thay khớp háng.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu chúng tôi là 68,7+8,3 tuổi, trong đó nhóm tuổi dưới 75 chiếm 86% (86BN); 28% bệnh nhân dưới 65 tuổi. Đối với người cao tuổi, tuổi càng cao chất lượng xương càng giảm. Chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có chất lượng xương còn tương đối tốt; được đánh giá trên hình ảnh X-Quang để phẫu thuật thay khớp háng không xi măng. Đa số các tác giả cũng đồng ý với chỉ định của

chúng tôi là thay khớp háng không xi măng được chỉ định cho các trường hợp loãng xương ở mức độ vừa, vì nguyên tắc làm vững khớp không xi măng là dựa vào sự ép cơ học của thân xương lên khớp và sự phát triển của tổ chức xương lên bề mặt của khớp nhân tạo. Nếu chất lượng xương kém thì nguy cơ gãy xương, lỏng khớp nhân tạo sau mổ sẽ rất cao.

Kết quả phẫu thuật của chúng tôi rất khả quan với tỉ lệ rất tốt và tốt chiếm 92%, không có kết quả kém. Khả năng hồi phục vận động rất sớm 4,3+2,5 ngày.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu theo dõi đánh giá trên 100 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được phẫu thuật thay khớp háng, chúng tôi nhận thấy rằng:

- Thay khớp háng là phương pháp điều trị có hiệu quả cao cho những bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi mà không thể bảo tồn chỏm.

- Việc chỉ định thay khớp háng có xi măng hay không có xi măng cần phải dựa vào nhiều yếu tố như: tuổi, chất lượng xương, đặc điểm của ổ gãy...

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, tr 280- 281.2006.
- 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, tr 50-51. 2007.
- 3. Sandy B. Ganz, Magaret . G. Peterson.** “Improvement in Driving Reaction Time Afer Total Hip arthroplasty”. Clin. Orthop. Vol 413. 2003, p. 192-200.
- 4. Paul E Beaulé, John Antoniadis.** “Patients Selection and surgical technique for Surface Arthroplasty of the Hip”. Clin. Orthop, North. Amer. 2005. 36.177-185.
- 5. 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.
- 6. Berry DJ, Berger RA, Callaghan JJ, Dorr LD, Duwelius PJ, Hartzband MA et al (2003):** “Minimally invasive total hip arthroplasty. Development early results, ang a critical analysis” J Bone Joint Surg Am. 2003;85-A:2235-2246.
- 7. Kyung-Soon Park, Chang-Seon Oh, and Taek-Rim Yoon (2013):** “Comparision of mini minimally invasive total hip arthroplasty versus conventional hemiarthroplasty for diplaced femoral neck fractures in active elderly patients” Chonman Med J.Aug 2013;49(2):81-86.
- 8. 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), pp. 313-9, Medline.
- 9. Parker M.J., Rajan D** “Arthroplasties (with and without bone cement) for proximal femoral fractures in adults” Cochranne database Syst Rev,2001 (3), pp. CD001706, Medline .
- 10. Phillips T.W, Thompson** “Hemiarthroplasty and Acetabular Erosion, The Journal of bone and Joint Surgery” 1989,Vol 71-A, July, pp.913-917.