

trạng giãn mạch của mạch máu xấu đi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rõ được điều này, biểu hiện FMD trong nghiên cứu của chúng tôi giảm rõ ở phụ nữ có estrogen giảm OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4).

## V. KẾT LUẬN

Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu ( $\geq 140$ mmHg), rối loạn lipid, đường máu ( $\geq 5,6$ mmol/l và  $\leq 6,9$  mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3- 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Chi (2010), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa và vai trò của kháng insulin, estradiol và testosterone ở phụ nữ mãn kinh", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
2. Trần Đình Đạt (2011), "Nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh qua siêu âm Doppler ở phụ nữ mãn kinh có hội chứng chuyển hóa", Luận án tiến sĩ Y học.
3. Trần Hữu Dàng, Trần Thừa Nguyên (2008), "Nghiên cứu kháng insulin ở phụ nữ mãn kinh", Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế.
4. Võ Bảo Dũng (2012), Nghiên cứu giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay và độ dày nội trung mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới phát hiện, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2014), Khuyến cáo 2014 của Hội Tim mạch học Việt Nam về: Rối loạn lipid máu, Tim mạch học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Carr M.C, et al. (2000), "Changes in LDL density across the menopausal transition". Journal Invest Med, Vol 48: p. 245-250.
7. Markku J and e. al, (2000), "Effects of hypertension and risk factors on diameters of abdominal aorta and common iliac and femoral arteries in middle-aged hypertensive and control subjects: A cross-sectional study with duplex ultrasound". Atherosclerosis. Vol 153(1): p. 99-106.
8. W. F. DeNino, A. Tchernof, I. J. Dionne, et al. (2001), "Contribution of abdominal adiposity to age-related differences in insulin sensitivity and plasma lipids in healthy nonobese women", Diabetes Care, 24 (5), pp. 925-932.
9. K. M. Gavin, D. R. Seals, A. E. Silver, et al. (2009), "Vascular endothelial estrogen receptor alpha is modulated by estrogen status and related to endothelial function and endothelial nitric oxide synthase in healthy women", J Clin Endocrinol Metab, 94 (9), pp. 3513-3520.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC-NGOÀI ROTTINGER

Trần Trung Dũng\*, Phạm Trung Hiếu\*, Nguyễn Trung Tuyển\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gần và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng 30 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội từ tháng 6 năm 2018 tới tháng 10 năm 2019. **Kết quả:** Chiều dài vết mổ trung bình  $7,8 \pm 0,9$  cm, thời gian phẫu thuật trung bình  $68,4 \pm 8,2$  phút, lượng máu mất trong mổ trung bình  $348,3 \pm 50$  mL. Bệnh nhân có thể bắt đầu tập đi sau mổ  $2,1 \pm 1$  ngày. 80% số ổ cối nhân tạo được đặt trong khoảng an toàn của Lewinnek, 63,3% chuỗi khớp ở vị trí trung gian. Có 4 trường hợp biến chứng vỡ mẫu chuyển lớn trong mổ. Sau 3 tháng, điểm chức năng khớp háng Harris là  $86,3 \pm 2,8$ , tổng biên độ vận động của khớp háng là

$265,2 \pm 14,7^\circ$ . Có 1 trường hợp trật khớp háng ra trước sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đem lại kết quả điều trị tốt, chức năng khớp háng được phục hồi sớm, tỷ lệ trật khớp sau mổ thấp. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó thực hiện và có nguy cơ gây biến chứng gãy mẫu chuyển lớn trong mổ nếu phẫu tích không tốt.

**Từ khóa:** Thay khớp háng toàn phần, đường mổ trước-ngoài, xâm lấn tối thiểu

### SUMMARY

#### EVALUATING THE OUTCOME OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY USING ROTTINGER ANTEROLATERAL APPROACH

**Objective:** Evaluating the outcome and related factors of cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach. **Patients and method:** A uncontrolled prospective cross-section study of 30 hip joints underwent cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach at SaintPaul General Hospital, Hanoi from June 2018 to October 2019. **Result:** Average incision length was  $7.8 \pm 0.9$  cm, average surgery time was  $68.4 \pm 8.2$  minutes, the average blood loss in surgery was  $348.3 \pm 50$  mL. The average first mobilization day was  $2.1 \pm 1$  day. 80% of cup position were placed in the safe-zone of Lewinnek, 63.3% of stem axis were

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

center axis. There were 4 cases of complications of great trochanter fractures during surgery. After 3 months, the Harris hip score was  $86.3 \pm 2.8$ , the total range of motion of the hip was  $265.2 \pm 14.70$ . There was only 1 case of hip dislocation after surgery.

**Conclusion:** Total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach has good treatment results, hip function is restored early, the rate of dislocated joints after surgery is low. However, this is a difficult technique to perform and there is a risk of complications of great trochanter fracture during surgery if the dissection skill is not good.

**Keywords:** Total hip arthroplasty, anterolateral approach, minimally invasive

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo được coi là một trong những phát minh vĩ đại nhất trong thế kỷ XX của ngành Chấn thương chỉnh hình. Trải qua hơn 100 năm hình thành và phát triển, các kỹ thuật thay khớp cùng với các vật liệu, thiết kế của khớp háng nhân tạo ngày càng được cải tiến, phát minh để hoàn thiện hơn; giúp nâng cao rõ rệt hiệu quả điều trị.

Theo nghiên cứu của Wang (2018) cho thấy hiện nay trên thế giới, hầu hết các ca thay khớp sử dụng các đường mổ phía sau hoặc phía trước trực tiếp. Tuy nhiên, đường mổ phía sau với nhược điểm phải mổ bao khớp sau và cắt điểm bám của khối cơ xoay ngoài ngăn khiến làm tăng nguy cơ trật khớp háng nhân tạo ra sau sau phẫu thuật. Còn đường mổ phía trước lại khó thực hiện hơn và có nguy cơ tổn thương thần kinh hoặc gây đau trên xương đùi trong mổ [1]. Để giải quyết các nhược điểm này đã có nhiều đường mổ khác vào khớp háng ra đời, một trong số đó là đường tiếp cận lối trước-ngoài đi vào khớp qua khoảng gian cơ giữa cơ căng mạc đùi và cơ mỏng nhỏ. Từ năm 1935 Watson-Jones là những người đầu tiên sử dụng đường mổ này, sau đó nhiều phẫu thuật viên khác cũng áp dụng và ghi nhận những kết quả khả quan. Tuy nhiên đường mổ trước-ngoài cổ điển có nhược điểm phải cắt một phần điểm bám của cơ mỏng nhỏ và mỏng bé, khiến cho bệnh nhân sau phẫu thuật có dấu hiệu yếu khối cơ giang (dấu hiệu Trendelenburg). Năm 2004, Rottinger đã đề xuất ra phương pháp cải tiến đường mổ lối trước-ngoài xâm lấn tối thiểu, không làm tổn thương khối cơ giang giúp giải quyết vấn đề này [2].

Từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 10 năm 2019, bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội đã áp dụng đường mổ thay khớp háng toàn phần lối trước-ngoài Rottinger. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị ban đầu cũng như nhận xét những yếu tố liên quan tới phẫu thuật này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân với 30 khớp háng được điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội từ tháng 6 năm 2018 tới tháng 10 năm 2019.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được thay khớp háng lần đầu với một trong các chẩn đoán:

- Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi độ III hoặc IV theo phân loại Arlet Ficat.
- Thoái hóa khớp háng nguyên phát giai đoạn 3, 4 theo phân loại của Kellgren
- Lawrence.

- Gãy mới cổ xương đùi độ III, IV theo phân loại Garden hoặc di chứng khớp giả, hoại tử chỏm sau gãy cổ xương đùi.

- Bệnh nhân chỉ bị bệnh lý ở 1 bên khớp còn khớp còn lại bình thường.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng khớp háng hoặc đầu trên xương đùi.

- Bệnh nhân có các bệnh lý về vận động khác vùng khớp háng và chi dưới, gây ảnh hưởng trực tiếp tới phẫu thuật và tập phục hồi chức năng.

- Bệnh nhân có tình trạng bệnh lý toàn thân và tại chỗ chống chỉ định với thay khớp háng hoặc không hợp tác điều trị.

**Phương pháp nghiên cứu:**

- Trước phẫu thuật tiến hành chụp Xquang và Cắt lớp vi tính vùng khung chậu. Đo đạc và đánh giá các chỉ số của khớp háng theo kỹ thuật được mô tả bởi Trần Trung Dũng và cs (2019) [3]. Từ các chỉ số này, dự kiến kích cỡ và vị trí đặt của các cấu phần khớp nhân tạo.

- Phương pháp vô cảm: 100% các ca phẫu thuật được tiến hành vô cảm bằng phương pháp gây tê tủy sống.

- Phương tiện phẫu thuật, bao gồm: bộ trợ cụ phẫu thuật thay khớp và khớp háng nhân tạo của hãng Zimmer – Biomet. Bộ Hohmann gập góc 90° chuyên dụng cho đường mổ xâm lấn tối thiểu trước-ngoài.

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân được nằm nghiêng 90° về bên không phẫu thuật, lưng sát thành bàn mổ và được cố định bởi hệ thống giá chặn. Bàn mổ được tháo bỏ phần chân bàn tương ứng bên không phẫu thuật của bệnh nhân, đây cũng là vị trí đứng của phẫu thuật viên.

- Đường rạch da và bộc lộ ổ khớp: xác định 2 mốc giải phẫu có thể sờ được dưới da là gai chậu trước trên và gờ bám cơ rộng trong của mấu chuyển lớn. Tiến hành kẻ một đường thẳng nối 2 điểm này với nhau, chia làm 3 phần, gọi là

đường định hướng. Sau khi rạch da, bóc tách vào bao khớp trước thông qua vách gian cơ của cơ căng mạc đùi và cơ mỏng nhỡ. Mở bao khớp theo hình chữ H (có thể bảo tồn hoặc cắt bỏ một phần bao khớp trước), cắt cổ xương đùi theo 2 đường cắt (một đường cắt sát chỏm, một đường cắt ở nền cổ).



**Hình 1. Tư thế và đường mổ bệnh nhân**

- Tóm lược kỹ thuật mổ: sau khi lấy bỏ chỏm và bộc lộ ổ cối, các bước roa ổ cối tương tự với các đường mổ thay khớp háng khác. Vị trí roa ổ cối và đặt cấu phần khớp nhân tạo dựa trên việc xác định các mốc giải phẫu là dây chằng ngang và các bờ của ổ cối. Đối với đóng chuôi khớp nhân tạo, người phụ cần đưa chân phẫu thuật khớp, duỗi và xoay trong hết cỡ, kết hợp với

Hohmann để nâng đầu trên xương đùi vênh lên. Sau đó, kỹ thuật rasp ống tủy và đóng chuôi khớp nhân tạo được thực hiện tương tự các kỹ thuật mổ thay khớp háng khác.

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá lại vị trí của khớp nhân tạo trên phim Xquang và cắt lớp vi tính khung chậu.

**Các chỉ số nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm chung như tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), chẩn đoán bệnh, bên phẫu thuật, biên độ vận động khớp và điểm Harris trước mổ. Các chỉ số sau mổ bao gồm thời gian nằm viện, ngày đầu tiên tập đi của bệnh nhân, mức độ đau sau mổ, biên độ vận động khớp và điểm Harris sau mổ ở tháng thứ 3. Ngoài ra, còn đánh giá các chỉ số về kích thước, vị trí của khớp nhân tạo.

- Các số liệu thu thập được trong nghiên cứu, được tiến hành thống kê, so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình dựa vào T-test, xác định các mối tương quan tuyến tính bằng phần mềm SPSS 23.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Tuổi	54 ± 11,3	25	71
BMI	22,2 ± 2,1	17,6	26,1
<b>Giới tính</b>	Nam: 26 (86,7%)		Nữ: 4 (13,3%)
<b>Chẩn đoán</b>	Hội tử vô khuẩn chỏm xương đùi: 25 (83,3%)		Gãy cổ xương đùi: 5 (16,7%)
<b>Bên khớp được thay</b>	Phải: 11 (36,7%)		Trái: 19 (63,3%)

**Kết quả điều trị ngay sau phẫu thuật:**

**Bảng 2. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật**

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Chiều dài vết mổ (cm)	7,8 ± 0,9	7	10,2
Thời gian phẫu thuật (phút)	68,4 ± 8,2	60	90
Tổng lượng máu mất trong mổ (mL)	348,3 ± 50	300	450
Thời gian bắt đầu tập đi sau mổ (ngày)	2,1 ± 1	1	5
Số ngày nằm viện (ngày)	6,9 ± 1,1	5	9
Mức độ đau sau mổ (tính vào thời điểm ngày đầu tiên sau mổ – theo thang điểm VAS)	5,9 ± 0,7	5	7
Chênh lệch chiều dài giữa 2 chân (cm)	0,4 ± 0,3	0	1,5
Biến chứng trong mổ: có 4 ca vỡ mấu chuyển lớn (13,3%)			

**Bảng 3. Vị trí của cấu phần khớp nhân tạo**

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max
Góc nghiêng ổ cối (độ)	46,2 ± 5,8	36,8	66
Góc ngả trước ổ cối (độ)	19,8 ± 5,3	12	35
Góc ngả trước của chuôi khớp (độ)	15,3 ± 1,1	10	20
Trục của chuôi khớp: trục trung gian 19 trường hợp (chiếm 63,3%), 33,3% là trục chếch trong và chỉ có 1 trường hợp trục chếch ngoài			

**Kết quả điều trị sau 3 tháng:****Bảng 4. Kết quả điều trị sau 3 tháng**

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min	Max	P
Tổng biên độ vận động trước mổ (độ)	168,9 ± 24	120	240	< 0,01
Tổng biên độ vận động sau mổ 3 tháng (độ)	265,2 ± 14,7	220	280	
Điểm chức năng khớp háng Harris trước mổ	50,7 ± 3,6	46	57	< 0,01
Điểm chức năng khớp háng Harris sau mổ	86,3 ± 2,8	80	90	
Không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm khuẩn, gãy xương quanh khớp nhân tạo. Có 1 trường hợp (chiếm 3,3%) trật khớp háng nhân tạo ra trước				
Có 3 bệnh nhân (chiếm 10%) có dấu hiệu Trendelenburg sau mổ				

**IV. BÀN LUẬN****Về kết quả điều trị ngay sau phẫu thuật:**

Chiều dài vết mổ từ 7 đến 10,2cm, trung bình là 7,8cm, chiều dài này với kỹ thuật mổ được miêu tả của Rottinger là phù hợp để thực hiện phẫu thuật thay khớp háng. Với việc vào khớp qua khoảng gian cơ cùng với sự hỗ trợ của Hohmann vén chuyên dụng nên dù đường rạch da nhỏ vẫn đủ để quan sát rõ ràng phẫu trường, thực hiện được các thao tác nhưng không làm dập nát, tổn thương mép da và phần mềm quanh ổ khớp. Chiều dài vết mổ có liên quan chặt chẽ tới chỉ số BMI của bệnh nhân, trong các trường hợp bệnh nhân to béo hoặc cơ bắp phát triển để thao tác thuận lợi yêu cầu bắt buộc phải sử dụng đường mổ dài hơn [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình 68,4 phút (dao động từ 60 tới 90 phút) được coi là thời gian thuận lợi để thực hiện phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và không có nhiều khác biệt với thời gian mổ sử dụng đường mổ lối sau như trong nghiên cứu của Lê Ngọc Hải (2012) là 71,2 phút [5]. Tuy nhiên, trong thời gian đầu triển khai thực hiện kỹ thuật này thời gian phẫu thuật thường kéo dài hơn, đồng thời lượng máu mất trong phẫu thuật cũng nhiều hơn. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là 348,3 mL, so với các nghiên cứu khác thì lượng máu mất này không nhiều hơn so với phẫu thuật sử dụng đường mổ lối sau [6]. Có được kết quả này bởi kỹ thuật mổ đường trước ngoài hạn chế tối đa việc cắt vào phần mềm quanh khớp, đồng thời trong mổ các mạch máu cũng được kiểm soát tốt. Trong nghiên cứu, lượng máu mất tương quan tuyến tính chặt chẽ với chiều dài vết mổ và thời gian phẫu thuật.

**Bảng 5. Tương quan của một số yếu tố trong mổ**

Mối liên quan	Yếu tố	Hệ số tương quan	p
BMI	Chiều dài vết mổ	0,398	0,015
	Thời gian	0,366	0,023

	phẫu thuật		
Lượng máu mất trong mổ	Chiều dài vết mổ	0,685	0,000
	Thời gian phẫu thuật	0,725	0,000

Một trong những khó khăn của phẫu thuật thay khớp háng lối trước-ngoài đó là kỹ thuật phẫu tích cần được thực hiện cẩn thận và thành thực, từ đó mới có thể sử dụng các dụng cụ vén bóc lộ phẫu trường rõ ràng cũng như thao tác được dễ dàng. Có 4 trường hợp có biến chứng vỡ máu chuyển lớn trong mổ, nguyên nhân chính là do đặt Hohmann phía sau quá thô bạo trong thì đóng chuôi khớp. Các trường hợp này được cố định lại máu chuyển lớn bằng đinh Kirschner và chỉ thép néo ép; đánh giá trên Xquang vào thời điểm 3 tháng sau mổ thấy 100% số trường hợp này có cal xương liền, không có sự khác biệt về kết quả điều trị của nhóm này với những bệnh nhân còn lại.

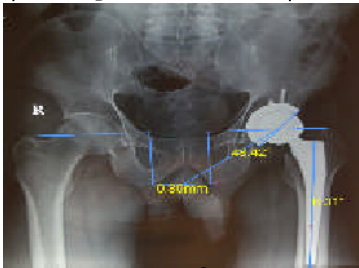
Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13 trường hợp ở giai đoạn sau của nghiên cứu được tiến hành cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ bao khớp phía trước-ngoài trong phẫu thuật. Kết quả điều trị (mức độ đau, biên độ vận động và chức năng khớp háng) của nhóm này không có sự khác biệt với nhóm bảo tồn bao khớp, tuy nhiên nhóm cắt bỏ bao khớp có thời gian phẫu thuật ngắn hơn và lượng máu mất trong mổ cũng ít hơn, tỷ lệ biến chứng trong mổ thấp hơn, đồng nghĩa với thao tác phẫu thuật ở nhóm này thuận lợi hơn.

**Bảng 6. Mối tương quan của việc cắt bỏ khớp háng với các yếu tố trong mổ**

Yếu tố	Cắt bỏ khớp	Giá trị trung bình	P
Thời gian phẫu thuật (phút)	Cắt bỏ khớp	63,4 ± 3,6	0,001
	Bảo tồn	72,3 ± 8,7	
Lượng máu mất trong mổ (mL)	Cắt bỏ khớp	311,5 ± 30	< 0,01
	Bảo tồn	376 ± 43,7	
Biến chứng trong mổ (4 trường hợp)	Cắt bỏ khớp	75%	< 0,01
	Bảo tồn	25%	

Về vị trí đặt của khớp nhân tạo trên phim Xquang và Cắt lớp vi tính sau mổ, có 80% số ca

có ổ cối được đặt ở vị trí nằm trong khoảng an toàn của Lewinnek (góc nghiêng ổ cối  $40 \pm 10^\circ$  và góc ngả trước ổ cối  $15 \pm 10^\circ$ ) [7]. Tương tự với ổ cối, chuỗi khớp cũng được đặt dựa trên các mốc giải phẫu của bệnh nhân, với góc ngả trước trung bình  $15,3^\circ$  và  $63,3\%$  trục chuỗi ở vị trí trung gian. Các kết quả này cho thấy kỹ thuật này hoàn toàn đảm bảo việc bộc lộ các mốc giải phẫu khớp háng rõ ràng, kết hợp với việc xác định trước vị trí đặt các cấu phần khớp đã giúp ích cho việc đặt khớp nhân tạo ở những vị trí mong muốn. Với những vị trí đặt khớp thuận lợi này sẽ giúp cải thiện biên độ vận động khớp sau mổ, giảm tỷ lệ biến chứng trật khớp, lỏng cấu phần khớp hoặc giảm tuổi thọ khớp sau này.



**Hình 2. Xquang sau mổ và đo đạc các chỉ số của khớp háng**

Về thời gian bắt đầu tập đi với khung tập đi,  $33,3\%$  bệnh nhân trong nghiên cứu có thể tập đi từ ngày thứ nhất sau mổ (trung bình là vào ngày thứ 2); mức độ đau sau mổ ngày đầu tiên hậu phẫu  $80\%$  ở mức độ trung bình (trung bình 5,9 điểm theo VAS). Thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày, tương tự với kết quả nghiên cứu của Siebert và cs. (2010) [4]. Đánh giá về sự chênh lệch chiều dài giữa 2 chân sau phẫu thuật, giá trị trung bình là 0,4cm, trong đó có  $96,7\%$  số trường hợp có chênh lệch  $\leq 1$ cm tương ứng với kết quả nghiên cứu của Abid (2014) với tỷ lệ này là  $91,7\%$ . Đây là mức chênh lệch mà bệnh nhân có thể chấp nhận cũng như ít gây ảnh hưởng tới chức năng vận động cũng như chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau này [8].

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều đạt được tầm vận động cải thiện rõ rệt sau mổ, phục hồi chức năng thuận lợi và không cần sử dụng gối chữ A để phòng trật khớp như các trường hợp thay khớp lồi sau. Việc đi vào vách gian cơ trước, không cắt qua cơ giúp bệnh nhân bảo tồn chức năng của bao khớp sau và khối cơ xoay ngoài gần, thể hiện ở việc bệnh nhân có thể làm được động tác như ngồi xổm và ngồi khoanh chân ngay những ngày đầu sau phẫu thuật. Những kết quả trên là minh chứng cho hiệu quả của đường mổ xâm lấn tối thiểu, hạn

chế tổn thương đến các cấu trúc phần mềm quanh khớp, do đó giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và sớm đạt được các chức năng vận động bình thường như trước mổ.



**Hình 3. Sẹo mổ và tư thế bệnh nhân sau mổ thay khớp háng trái 1 tháng**

Về biến chứng sau phẫu thuật, chỉ có 1 trường hợp trật khớp háng nhân tạo ra trước do tai nạn sinh hoạt tự ngã tại nhà vào ngày thứ 7 sau mổ. Sau đó đã được tiến hành gập mê, nắn trật thành không, cố định bằng nẹp chống xoay, bất động tại giường trong 3 tuần. Đánh giá các thời điểm về sau không thấy nguy cơ trật lại. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân biến chứng nhiễm khuẩn hoặc lỏng cấu phần khớp sau mổ.

**Về kết quả điều trị sau 3 tháng:** Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần được nhiều tác giả đồng tình là thời điểm bệnh nhân chuyển qua giai đoạn ổn định hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng, biên độ vận động của khớp háng được cải thiện rõ rệt ở tất cả các tư thế, đặt biệt với các động tác gập háng, giạng và xoay ngoài. Sự cải thiện này giúp bệnh nhân có thể đi lại, lên xuống cầu thang, ngồi ghế thấp cũng như tham gia các hoạt động thường ngày một cách thoải mái.

Đánh giá về chức năng khớp háng, điểm Harris sau mổ cải thiện rõ rệt với  $100\%$  trường hợp có chức năng khớp háng thuộc nhóm tốt và rất tốt, giá trị trung bình là 86,3 (dao động từ 80 tới 90 điểm và có thể tiếp tục cải thiện ở những tháng tiếp theo). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Jerosch (2006) với điểm Harris của bệnh nhân tăng từ 44 lên 90 sau phẫu thuật 1 năm [9]. Về chức năng của khối cơ giạng khớp háng sau phẫu thuật, hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu phục hồi sức cơ giạng về mức tương đồng với bên lành. Điều này đã cho thấy việc sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đã giúp bảo tồn chức năng của nhóm cơ giạng háng. Chỉ có 2 trường hợp có dấu hiệu tổn thương, giảm cơ lực khối cơ mông nhỏ và mông bé (dấu hiệu Trendelenburg) và cả 2 trường hợp này đều là những trường hợp có biến chứng vỡ máu chuyển lớn trong mổ. Có thể việc cố định lại

mẫu chuyển lớn đã làm tổn thương điểm bám của gân cơ hông nhỏ và hông bé [4].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng sử dụng đường mổ trước-ngoài Röttinger đem lại kết quả phục hồi tốt về chức năng và biên độ vận động khớp háng của bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng trật khớp háng sau mổ và tổn thương chức năng khối cơ giãn đối với đường mổ này ở mức thấp.

Tuy nhiên, đây là kỹ thuật mổ khó và cần thời gian thực hành lâu hơn các kỹ thuật thay khớp háng sử dụng đường mổ lối sau. Phẫu thuật viên cần lưu ý việc phẫu tích khi bóc lộ ống tủy xương đùi trước khi đóng chuôi khớp vì nguy cơ biến chứng gãy mẫu chuyển lớn trong mổ. Ngoài ra, việc cắt bỏ một phần bao khớp trước giúp phẫu thuật diễn ra thuận tiện hơn mà không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhao Wang, Jing-zhao Hou, Can-hua Wu và cộng sự (2018). A systematic review and meta-analysis of direct anterior approach versus posterior approach in total hip arthroplasty. 13 (1), 229.
2. Kim C Bertin, Heinz Röttinger (2004). Anterolateral mini-incision hip replacement

surgery: a modified Watson-Jones approach. J Clinical Orthopaedics, 429, 248-255.

3. Trần Trung Dũng và cộng sự (2019). The anatomical characteristics of Vietnamese adult hip joint: a multiplanar reconstruction computer tomographic study. Muscle Ligaments and Tendons Journal, 09, 165.
4. Joachim Pfeil và Werner E Siebert (2010). Minimally invasive surgery in total hip arthroplasty, Springer.
5. Trần Đình Chiên, Lê Ngọc Hải (2012). Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật ít xâm lấn lối sau. Chân thương chinh hình Việt Nam, Số đặc biệt.
6. Malin S Carling, Anders Jeppsson và cộng sự (2015). Transfusions and blood loss in total hip and knee arthroplasty: a prospective observational study. Journal of orthopaedic surgery and research, 10 (1), 48.
7. George E Lewinnek, JL Lewis, RICHARD Tarr và cộng sự (1978). Dislocations after total hip-replacement arthroplasties. The Journal of bone and joint surgery. American volume, 60 (2), 217-220.
8. Hatim Abid, Mohammed Shimi, Abdelhalim El Ibrahimy và cộng sự (2014). The Total Hip Arthroplasty in Ankylosing Spondylitis. Open Journal of Orthopedics, 4 (05), 117.
9. Jörg Jerosch, Claus Theising, Mohie Eldin Fadel và cộng sự (2006). Antero-lateral minimal invasive (ALMI) approach for total hip arthroplasty technique and early results. J Archives of orthopaedic ,126 (3), 164-173.

## THỰC TRẠNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN, TỈNH THÁI NGUYÊN

Lê Hoài Thu<sup>1</sup>, Đào Thị Minh An<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 780 đối tượng người cao tuổi trên địa bàn thành phố Thái Nguyên. **Kết quả:** tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi là 42,2%; tỷ lệ nam giới bị tăng huyết áp là 45,1% cao hơn so với nữ giới là 39,5%; tỷ lệ bị tăng huyết áp tăng theo tuổi. Về phân độ tăng huyết áp thì độ 1 là 22,8%; độ 2 là 5,3% và độ 3 là 0,9%. Trong nhóm tăng huyết áp, tỷ lệ tăng cả huyết áp tâm thu và tâm trương chiếm cao nhất là 46,0%; sau đó đến tăng huyết áp tâm thu là 38,5% và tăng huyết áp tâm trương là 15,5%. Có mối liên quan giữa uống rượu, bia và bệnh tăng huyết áp.

**Từ khóa:** tăng huyết áp, người cao tuổi, huyết áp tâm trương, huyết áp tâm thu.

### SUMMARY

#### THE STATUS OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN THAI NGUYEN CITY, THAI NGUYEN PROVINCE

**Objective:** To describe the status of hypertension in the elderly people and related factors in Thai Nguyen city. **Methods:** A cross-sectional study conducted on 780 elderly people in Thai Nguyen city. **Results:** The rate of hypertension in the elderly was 42,2%; the proportion of men with hypertension was 45,1% higher than that of women was 39,5%; the rate of hypertension increased with age. The rate of hypertension at the stage 1 was 22,8%; at the stage 2 was 5,3% and at the stage 3 was 0,9%. In the group with hypertension, the rate of both systolic and diastolic blood pressure was highest (46,0%); then to systolic hypertension was 38,5% and diastolic hypertension was 15,5%. There was an association between drinking alcohol, beer and hypertension.

**Keywords:** hypertension, elderly, systolic blood pressure, diastolic blood pressure

<sup>1</sup>Đại học Y – Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoài Thu

Email: lehoaithu.tump@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020