

SHORT-TERM OUTCOMES OF REVERSE SHOULDER ARTHROPLASTY: A CASE SERIES STUDY

Pham Thanh Tan¹, Le Gia Anh Thy¹

¹Department of Upper Extremity, Ho Chi Minh City Orthopaedic Hospital - 929 Tran Hung Dao, Cho Quan Ward, Ho Chi Minh City

Received: 10/04/2026

Revised: 13/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the short-term functional outcomes and complications of reverse shoulder arthroplasty in an initial case series with different indications.

Methods: A prospective case series study of 12 patients who underwent reverse shoulder arthroplasty from January 2025 to September 2025. Outcomes were assessed using the VAS, ASES scores, and shoulder range of motion at a minimum follow-up of 6 months postoperatively.

Results: The mean age was 64.8 ± 9.8 years. Humeral head osteonecrosis and secondary glenohumeral osteoarthritis following rotator cuff tear were the most common indications (58.3%). Other indications included primary glenohumeral osteoarthritis (16.7%), complex proximal humerus fractures in the elderly, massive irreparable rotator cuff tears, and failed open reduction and internal fixation, each accounting for 8.3%. Mean follow-up was 6.0 ± 0.5 months. Functional outcomes: VAS 2 ± 0.8 , ASES 68.8 ± 5.2 , forward flexion $122.5^\circ \pm 18.3^\circ$, abduction $111.7^\circ \pm 27.9^\circ$, external rotation $23.3^\circ \pm 6.6^\circ$. No serious complications or revision surgeries were recorded.

Conclusion: In this initial case series, reverse shoulder arthroplasty showed low postoperative pain, acceptable functional outcomes, and no serious complications at short-term follow-up. Further studies with larger sample sizes and longer follow-up are needed to better evaluate the effectiveness of this procedure.

Keywords: reverse shoulder arthroplasty, humeral head osteonecrosis, cuff tear arthropathy, glenohumeral osteoarthritis.

*Corresponding author

Email: thymd2011@gmail.com Phone: (+84) 913155488 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5489

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN THAY KHỚP VAI ĐẢO NGƯỢC: NGHIÊN CỨU HÀNG LOẠT CA

Phạm Thanh Tân¹, Lê Gia Ánh Thùy¹

¹Khoa Chi trên, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh - 929 Trần Hưng Đạo, phường Chợ Quán, Thành phố Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 10/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả chức năng và biến chứng ngắn hạn của phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược trong một loạt ca bước đầu với các chỉ định khác nhau.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên 12 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược từ 01/2025 đến 09/2025, đánh giá kết quả dựa trên thang điểm VAS, ASES, và biên độ vận động khớp vai tại thời điểm tối thiểu 6 tháng sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình $64,8 \pm 9,8$ tuổi. Hoại tử chỏm xương cánh tay và thoái hóa khớp vai thứ phát sau rách chóp xoay là chỉ định phổ biến nhất (58,3%). Các chỉ định khác bao gồm thoái hóa khớp vai nguyên phát (16,7%), gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay ở người lớn tuổi, rách rộng gân chóp xoay và thất bại sau phẫu thuật kết hợp xương đều cùng chiếm 8,3%. Thời gian theo dõi $6,0 \pm 0,5$ tháng. Kết quả chức năng: VAS $2 \pm 0,8$, ASES $68,8 \pm 5,2$, gấp trước $122,5^\circ \pm 18,3^\circ$, dạng $111,7^\circ \pm 27,9^\circ$, xoay ngoài $23,3 \pm 6,6^\circ$. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng hoặc cần mổ lại.

Kết luận: Trong loạt ca bước đầu này, phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược ghi nhận mức đau sau mổ thấp, điểm chức năng khớp vai chấp nhận được và chưa ghi nhận biến chứng nghiêm trọng tại thời điểm theo dõi ngắn hạn. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả của phương pháp này.

Từ khóa: thay khớp vai đảo ngược, hoại tử chỏm xương cánh tay, bệnh khớp do rách chóp xoay, thoái hóa khớp vai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm về khớp vai đảo ngược lần đầu tiên được Paul Grammont giới thiệu vào đầu những năm 1980, dựa trên nguyên lý đảo ngược vị trí của chỏm xương cánh tay và ổ chảo: (1) trung tâm xoay của khớp vai được di chuyển xuống dưới và vào trong, làm tăng cánh tay đòn của cơ delta; (2) làm ổn định khớp vai bằng lực nén thay vì phụ thuộc vào chóp xoay; và (3) cho phép cơ delta trở thành động cơ chính của dạng vai, ngay cả khi chóp xoay bị rách hoàn toàn hoặc không hoạt động [1]. Chỉ định thay khớp vai đảo ngược cũng được mở rộng hơn ngoài chỉ định ban đầu cho bệnh khớp do rách chóp xoay, các nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh hiệu quả của phẫu thuật này trong điều trị gãy đầu trên xương cánh tay phức tạp ở người cao tuổi, rách chóp xoay rộng không thể khâu phục hồi, các bệnh lý về khớp vai (viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, u xương...) và thất bại phẫu thuật thay khớp vai trước đó [2]. Các kết quả lâm sàng và tỷ lệ sống còn thuận lợi ở ngắn hạn và dài hạn sau phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược đã được phân tích rộng rãi trong y văn quốc tế. Tuy nhiên, vẫn còn thiếu dữ liệu về kết quả tại Việt Nam. Mục đích của nghiên cứu này là báo cáo kết quả lâm sàng và X-quang tại

thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, đặc biệt tập trung vào các chỉ định phẫu thuật, kỹ thuật thực hiện, và kết quả chức năng sớm. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả lâm sàng, X-quang và biến chứng ngắn hạn sau phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Chi trên, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chỉ định phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM từ tháng 01/2025 đến tháng 09/2025, có đầy đủ dữ liệu lâm sàng tại thời điểm theo dõi tối thiểu 6 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu. Do số lượng bệnh nhân còn hạn chế, nghiên cứu không phân

*Tác giả liên hệ

Email: thymd2011@gmail.com Điện thoại: (+84) 913155488 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5489

tích riêng kết quả theo từng nhóm chỉ định mà chỉ mô tả kết quả chung của loạt ca bước đầu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân, đa chấn thương nặng, mất chức năng cơ delta trước mổ, suy giảm hoặc rối loạn nhận thức, mất theo dõi hoặc dữ liệu không đầy đủ.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu. Tổng số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là 12 ca.

Biến số và chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, bên vai bệnh, chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ. Kết quả lâm sàng tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật: Thang điểm đau VAS; thang điểm chức năng khớp vai ASES; biên độ vận động chủ động khớp vai: gấp vai trước (độ), dạng vai (độ), xoay ngoài (độ), xoay trong (đo theo mức đốt sống cao nhất mà tay chạm được phía sau lưng). Hình ảnh X-quang khớp vai được đánh giá về tình trạng liên xương, vị trí khớp nhân tạo, hiện tượng tiêu xương và dấu hiệu lỏng khớp. Các biến chứng được ghi nhận gồm nhiễm trùng vết mổ sâu, trật khớp vai nhân tạo, gãy quanh khớp nhân tạo, gãy mỏm cùng vai và phẫu thuật lại. Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2019. Các biến số liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất. Các biến số phân loại được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Do chưa thu thập đầy đủ số liệu trước mổ, nghiên cứu không phân tích mức độ cải thiện trước và sau phẫu thuật.

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê toàn thân và nằm ngửa tư thế Fowler. Sử dụng đường mổ tách cơ delta-ngực. Cơ dưới vai được bóc tách hoặc cắt rời khỏi mấu động bé tùy theo tình trạng mô. Với các trường hợp gãy xương, cố gắng bóc lộ mấu động lớn và mấu động bé, ít nhất có thể và cố định vào implant để cải thiện chức năng xoay. Thực hiện thay khớp vai toàn phần đảo ngược theo các bước từ ổ chảo đến phần cánh tay. Để kim loại được cố định bằng chốt trung tâm và các vít ngoại vi. Hướng bắt vít cố định để kim loại phụ thuộc vào cấu trúc ổ chảo của từng bệnh nhân. Vít trên sẽ được bắt hướng vào chân mỏm quạ và vít dưới sẽ hướng theo trụ của xương bả vai, cố gắng nằm trong khối xương dày nhất của ổ chảo và không để thủng vỏ xương. Trong trường hợp rách rộng gân, gân dưới vai thường được khâu lại để tăng cường vững trước khớp vai. Các trường hợp gãy 3-4 mảnh đầu trên xương cánh tay, cố gắng khâu phục hồi mấu động lớn và mấu động bé đúng vị trí và vững chắc bằng chỉ siêu bền, có thể tăng cường bằng chỉ thép. Bệnh

nhân được theo dõi hậu phẫu và kháng sinh khoảng 3-5 ngày. Dẫn lưu vết mổ được rút vào hậu phẫu ngày 2. Bệnh nhân được mang đai vai chi trên từ ngay sau mổ ở tư thế vai dạng 30°, khuỷu gấp 90° và cẳng tay trung tính. Tập vật lý trị liệu với bài tập thụ động khớp vai và chủ động các khớp khuỷu, cổ, bàn tay từ tuần 2. Các bài tập khớp vai chủ động được thực hiện tại thời điểm 6 tuần sau mổ. Củng cố cơ lực được bắt đầu sau 3 tháng. Bệnh nhân được tái khám và đánh giá sau mổ 1 tuần, 3 tuần, 6 tuần, 3 tháng và 6 tháng.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ quy định về y đức của Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Các bệnh nhân được giữ nguyên chế độ điều trị khác của bệnh viện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 12 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và được đưa vào phân tích (Bảng 3.1.). Tuổi trung bình $64,8 \pm 9,8$ (từ 46 đến 81 tuổi). Đa số là nữ giới (66,7%). Bên vai phải chiếm đa số (66,7%). Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình $6,0 \pm 0,5$ tháng (Bảng 1). Hoại tử chỏm xương cánh tay và thoái hóa khớp vai thứ phát sau rách chóp xoay là chỉ định phổ biến nhất với 7/12 ca (58,3%). Các chỉ định khác bao gồm thoái hóa khớp vai nguyên phát 2 ca, gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay ở người lớn tuổi, rách rộng gân chóp xoay và thất bại sau phẫu thuật kết hợp xương đều cùng chiếm 1 ca mỗi loại. Thời gian phẫu thuật trung bình $118,8 \pm 32,4$ phút (từ 85 đến 165 phút). Tại thời điểm tái khám, về mức độ đau, điểm VAS trung bình $2 \pm 0,8$. Về mặt chức năng khớp vai, điểm ASES trung bình đạt $68,8 \pm 5,2$, với 11/12 trường hợp đạt mức tốt (≥ 60 điểm), 6/12 bệnh nhân đạt điểm ASES rất tốt (≥ 70 điểm). Biên độ vận động cho thấy gấp vai trước trung bình $122,5 \pm 18,3^\circ$, dạng vai đạt trung bình $111,7 \pm 27,9^\circ$. Xoay ngoài đạt trung bình $23,3 \pm 6,6^\circ$, xoay trong từ ngang đốt thắt lưng 4 đến mỏng. Phim X-quang tại thời điểm tái khám ghi nhận có sự liền xương của các mảnh xương gãy. Ngoài ra, chưa ghi nhận hiện tượng tiêu xương ổ chảo và xương cánh tay quanh khớp nhân tạo, chưa phát hiện trường hợp khuyết xương bờ dưới ổ chảo gây ra bởi hội chứng bắt chẹn. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, trật khớp vai nhân tạo, gãy quanh khớp vai nhân tạo, gãy mỏm cùng vai hoặc cần phẫu thuật lại. Một số ca lâm sàng thể hiện ở Hình 3.1. và Hình 3.2.

Bảng 1. Đặc điểm và kết quả sau phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược

STT	Tuổi	Giới	Bên	Chẩn đoán	VAS	ASES	Gấp trước (°)	Dạng (°)	Xoay ngoài (°)	Xoay trong
1	67	Nữ	Trái	Hoại tử xương chỏm xương cánh tay trái sau mổ rách chóp xoay trái	2,0	69	100	100	10	Mỏng
2	68	Nam	Phải	Rách rộng gân trên gai dưới gai phải/ thoái hóa khớp vai	2,0	70	150	150	30	L3
3	47	Nam	Phải	Rách gân trên gai phải, hoại tử chỏm xương cánh tay, thoái hóa khớp vai	2,0	78	140	120	30	L3
4	71	Nữ	Phải	Rách rộng, co rút chóp xoay tay Phải/ thoái hóa khớp vai	4,0	57	140	150	30	Xương cùng
5	70	Nữ	Phải	Hoại tử chỏm xương tay phải / Thoái hóa khớp vai phải	3,0	67	120	150	20	Xương cùng

STT	Tuổi	Giới	Bên	Chẩn đoán	VAS	ASES	Gấp trước (°)	Dạng (°)	Xoay ngoài (°)	Xoay trong
6	46	Nữ	Trái	Gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay Trái đã mổ 2 lần/hoại tử chỏm/ thoái hóa khớp vai	1,0	70	130	60	35	L2
7	62	Nữ	Trái	Thoái hóa khớp vai Trái	2,0	74	110	80	20	L4
8	60	Nam	Trái	Hoại tử chỏm đầu trên xương cánh tay trái - rách gân trên gai trái	1,0	72	100	90	20	Mông
9	70	Nam	Phải	Thoái hóa khớp vai Phải do Rách hoàn toàn chóp xoay co rút / Chèn ép rễ C5-C7, thoái hóa cột sống cổ	2,0	68	90	90	20	Xương cùng
10	81	Nữ	Phải	Gãy trật đầu trên xương cánh tay phải/ thoái hóa khớp vai	2,0	62	120	120	20	Xương cùng
11	74	Nữ	Phải	Rách rộng hoàn toàn gân trên gai phải, viêm bao hoạt dịch dưới móm cùng	1,0	70	140	120	30	L2
12	62	Nữ	Phải	Thoái hóa khớp vai phải/đã mổ rách gân chóp xoay phải	2,0	67	130	110	20	L3

4. BÀN LUẬN

Chỉ định thay khớp vai đảo ngược hiện nay đã mở rộng ngoài bệnh khớp do rách chóp xoay, bao gồm rách chóp xoay không thể phục hồi, gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay ở người cao tuổi, thoái hóa khớp vai có khuyết xương ổ chảo và các trường hợp phẫu thuật vai thất bại [2-4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ định phẫu thuật cũng tương đối đa dạng. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, kết quả chỉ mang tính mô tả bước đầu và chưa đủ cơ sở để so sánh hiệu quả giữa từng nhóm chỉ định.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy thay khớp vai đảo ngược có thể đạt kết quả chức năng chấp nhận được trong nhiều nhóm chỉ định khác nhau. Tại Việt Nam, Lê Trọng Tấn và cộng sự (2023) báo cáo kết quả bước đầu trên 5 ca gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay ở bệnh nhân >60 tuổi (gãy di lệch 3-4 mảnh), ghi nhận điểm Constant $65 \pm 6,1$ và ASES $68 \pm 4,8$ tại thời điểm theo dõi trung bình 10,4 tháng, không có biến chứng nghiêm trọng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Boileau và cộng sự (2006) trên 60 ca gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay, cho thấy cải thiện đáng kể điểm Constant từ 22 trước mổ lên 66 sau mổ, với tỷ lệ hài lòng 97%. [5] Tương tự, trong tổng quan hệ thống của Galvin và cộng sự (2022) bao gồm 52 nghiên cứu, điểm ASES cải thiện từ 36,7 trước mổ lên 67,6 sau mổ, chứng minh tính hiệu quả của thay khớp vai đảo ngược không chỉ giới hạn ở bệnh khớp do rách chóp xoay [6].

Kết quả tầm vận động khớp vai của chúng tôi tương đương hoặc cao hơn so với nghiên cứu của Lê Trọng Tấn và cộng sự (2023) trên 5 ca gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay, ghi nhận điểm ASES $68 \pm 4,8$, gấp trước $97 \pm 13,96^\circ$, dạng $89 \pm 7,42^\circ$, và xoay ngoài $24 \pm 5,47^\circ$ tại thời điểm theo dõi trung bình 10,4 tháng [5]. Có thể thấy mặc dù chỉ định trong nghiên cứu của chúng tôi đa dạng hơn, kết quả chức năng vẫn đạt mức tương tự hoặc cao hơn. So sánh với y văn quốc tế, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Galvin và cộng sự đưa ra kết quả điểm ASES cải thiện trung bình 42,0 điểm (từ 36,7 trước mổ lên 67,6 sau mổ, gấp trước cải thiện 56° , dạng 50° , và xoay ngoài 14°). Các kết quả này gợi ý rằng thay khớp vai đảo ngược có thể đạt kết quả chức năng chấp nhận được trong nhiều tình huống lâm sàng khác nhau. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu hiện tại cần được diễn giải thận trọng do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biên độ gấp trước và dạng vai tại thời điểm 6 tháng đạt mức chấp nhận được, trong khi xoay ngoài và xoay trong còn hạn chế hơn. Xu hướng này phù hợp với y văn hiện có về đặc điểm biên độ vận động sau thay khớp vai đảo ngược. Bacle và cộng sự (2017) trong nghiên cứu dài hạn tại 150 tháng sau mổ trên 47 ca bệnh khớp do rách chóp xoay và rách chóp xoay không sửa được báo cáo có cải thiện đáng kể về gấp trước (từ 71° lên 124°) và dạng (từ 66° lên 121°), trong khi xoay ngoài không thay đổi có ý nghĩa thống kê, và xoay trong thậm chí giảm từ đốt sống thắt lưng 5 xuống xương cùng [7]. Cải thiện xoay ngoài hạn chế phù hợp với đặc điểm sinh cơ học của khớp vai đảo ngược do thiếu chức năng của cơ dưới gai và cơ tròn bé có thể không phục hồi hoàn toàn ngay cả sau phẫu thuật thành công. Bệnh nhân cần được tư vấn trước mổ về kỳ vọng thực tế liên quan đến biên độ vận động. Tuy nhiên, đối với hầu hết bệnh nhân, cải thiện về dạng vai trước và dạng vai là đủ để thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.



Hình 1. Trường hợp thay khớp đảo ngược sau thất bại kết hợp xương

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay trái đã mổ 2 lần, hoại tử chỏm, thoái hóa khớp vai. Bệnh nhân đã trải qua 2 lần phẫu thuật kết hợp xương thất bại, đau nhiều và cứng khớp vai nặng. Hình ảnh học cho thấy chỏm xương cánh tay hoại tử. Bệnh nhân được chỉ định thay khớp vai đảo ngược. Sau phẫu thuật 6 tháng, điểm VAS giảm từ 8 xuống còn 1,0,

điểm ASES đạt 70. Biên độ vận động gấp trước đạt 130°, dạng vai 60°, xoay ngoài 35°, xoay trong đạt ngang đốt thắt lưng 2. X-quang kiểm tra cho thấy khớp nhân tạo ổn định, không có dấu hiệu lỏng, không có hiện tượng cắn ổ chảo bả vai. “Nguồn: Tác giả”



Hình 2. Thay khớp đảo ngược ở bệnh nhân thoái hóa khớp sau rách rộng chóp xoay

Bệnh nhân nam, 68 tuổi, rách rộng gân trên gai dưới gai phải, thoái hóa khớp vai phải. Bệnh nhân đau vai phải kéo dài, mất chức năng nâng vai và hạn chế vận động. MRI cho thấy rách hoàn toàn gân trên gai và dưới gai, thoái hóa mỡ cơ trên gai (Goutallier ≥ 3), co rút gân chóp xoay nặng (Patte III), kèm theo thoái hóa khớp vai. Sau phẫu thuật 6 tháng, Sau phẫu thuật 6 tháng, bệnh nhân ghi nhận mức đau thấp với điểm VAS 2, điểm ASES đạt 70, điểm ASES đạt 70. Biên độ vận động phục hồi tốt với gấp trước 150°, dạng vai 150°, xoay ngoài 30°, xoay trong đến mức đốt thắt lưng 3. Bệnh nhân có thể tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày. X-quang kiểm tra không ghi nhận biến chứng, khớp nhân tạo ổn định tốt, không có dấu hiệu lỏng khớp. “Nguồn: Tác giả”

Về biến chứng, trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm theo dõi 6 tháng sau phẫu thuật, không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ sâu, trật khớp vai nhân tạo, gãy quanh khớp nhân tạo, gãy mỏm cùng vai hoặc cần phẫu thuật lại. Ngoài ra, chúng tôi chưa ghi nhận hiện tượng tiêu xương ổ chảo và xương cánh tay quanh khớp nhân tạo, chưa phát hiện trường hợp lỏng khớp hoặc trật khớp vai. Tuy nhiên, với thời gian theo dõi còn ngắn, cần lưu ý các biến chứng có thể xuất hiện như biến chứng trật khớp, gãy mỏm cùng vai, lỏng khớp... ở các lần tái khám tiếp theo.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chỉ định phẫu thuật không đồng nhất. Ngoài ra, nghiên cứu chưa có nhóm chứng và chưa phân tích đầy đủ số liệu trước và sau mổ đối với các thang điểm chức năng và biên độ vận động. Do đó, kết quả cần được

xem là dữ liệu bước đầu và cần được kiểm chứng bằng các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn.

5. KẾT LUẬN

Trong loạt ca bước đầu này, phẫu thuật thay khớp vai đảo ngược ghi nhận mức đau sau mổ thấp, điểm chức năng khớp vai chấp nhận được và biên độ vận động đạt mức phù hợp với sinh hoạt hàng ngày tại thời điểm theo dõi ngắn hạn. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng hoặc trường hợp cần phẫu thuật lại. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và dữ liệu trước và sau mổ đầy đủ hơn để đánh giá chính xác hiệu quả lâu dài của phương pháp này.

Đóng góp của tác giả:

Phạm Thanh Tân: Đóng góp ý tưởng nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, thu thập số liệu, phân tích số liệu và viết bản thảo, tham gia phẫu thuật.

Lê Gia Ánh Thy: Hướng dẫn chuyên môn, tham gia phẫu thuật, chỉnh sửa và hoàn thiện bản thảo.

Tất cả các tác giả đã đọc và đồng ý với nội dung bản thảo cuối cùng.

Tuyên bố xung đột lợi ích:

Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

Lời cảm ơn:

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc và Khoa Chi trên, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nghiên cứu này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Boileau P, Watkinson DJ, Hatzidakis AM, Balg F. Grammont reverse prosthesis: design, rationale, and biomechanics. *J Shoulder Elbow Surg.* 2005;14(1 Suppl S):147s-61s. doi: 10.1016/j.jse.2004.10.006.
- [2] Franceschi F, Giovannetti de Sanctis E, Gupta A, Athwal GS, Di Giacomo G. Reverse shoulder arthroplasty: State-of-the-art. *J ISAKOS.* 2023;8(5):306-317. doi: 10.1016/j.jisako.2023.04.001.
- [3] Jobin CM, Galdi B, Anakwenze OA, Ahmad CS, Levine WN. Reverse shoulder arthroplasty for the management of proximal humerus fractures. *J Am Acad Orthop Surg.* 2015;23(3):190-201. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00105.
- [4] Young AA, Walch G, Pape G, Gohlke F, Favard L. Secondary rotator cuff dysfunction following total shoulder arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2012;94(8):685-693. doi: 10.2106/JBJS.J.00727.
- [5] Boileau P, Watkinson D, Hatzidakis AM, Hovorka I. Neer Award 2005: The Grammont reverse shoulder prosthesis: Results in cuff tear arthritis, fracture sequelae, and revision arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15(5):527-540. doi:10.1016/j.jse.2006.01.003.
- [6] Galvin JW, Kim R, Ment A, Durso J, Joslin PMN, Lemos JL, et al. Outcomes and complications of primary reverse shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg.* 2022;31(11):e534-e544. doi: 10.1016/j.jse.2022.04.018.
- [7] Bacle G, Nové-Josserand L, Garaud P, Walch G. Long-Term Outcomes of Reverse Total Shoulder Arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2017;99(6):454-461. doi: 10.2106/JBJS.16.00575.