

EVALUATION OF OUTCOMES OF TOTAL HIP ARTHROPLASTY WITH MODIFIED LATERAL APPROACH AT SAIGON ITO HOSPITAL

Nguyen Thanh Tam*

Saigon ITO Hospital, Ho Chi Minh city - 305 Le Van Sy, Tan Son Hoa ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 12/6/2025

Revised: 23/7/2025; Accepted: 28/7/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of total hip arthroplasty in 360 patients using a modified lateral approach at Saigon ITO Hospital over a 10-year period.

Research objects and methods: This study included 360 cases, comprising 200 males and 160 females, aged 39-76 years, diagnosed with femoral neck fractures or hip joint necrosis, who underwent total hip arthroplasty using a modified lateral approach at Saigon ITO Hospital between 2014 and 2024.

Results: The surgical time ranged from 60-90 minutes, with blood loss ranging from 200-300 ml. Hip joint function was assessed using the Harris Hip Score, with 84.4% achieving good to excellent results, 15.6% achieving fair results, and no poor results. Twelve cases (3.33%) experienced partial gluteus medius atrophy but without limitation in hip abduction function. There were two cases of infection and two cases of thromboembolism (0.55%). Postoperative wound bleeding occurred in five cases (1.38%), and one case (0.27%) of periprosthetic fracture was observed. Notably, there were no cases of postoperative hip dislocation.

Conclusion: Total hip arthroplasty using a modified lateral approach is easy to perform, causes minimal soft tissue damage, yields good functional recovery of the hip joint, limits complications, and overcomes some existing drawbacks of the anterior and posterior approaches.

Keywords: Femoral neck fracture, femoral head necrosis, total hip arthroplasty with modified lateral approach.

*Corresponding author

Email: tambsito@gmail.com **Phone:** (+84) 918474716 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2941**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN VỚI ĐƯỜNG MÔ LỎI BÊN CẢI BIÊN TẠI BỆNH VIỆN SÀI GÒN ITO

Nguyễn Thành Tâm*

Bệnh viện Sài Gòn ITO thành phố Hồ Chí Minh - 305 Lê Văn Sỹ, phường Tân Sơn Hòa, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/6/2025

Ngày chỉnh sửa: 23/7/2025; Ngày duyệt đăng: 28/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho 360 bệnh nhân với đường mô lõi bên cải biên tại Bệnh viện Sài Gòn ITO trong 10 năm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 360 trường hợp, 200 nam và 160 nữ, tuổi từ 39-76, chẩn đoán gãy cổ xương đùi hay hoại tử khớp háng và được điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần với đường mô lõi bên cải biên tại Bệnh viện Sài Gòn ITO trong giai đoạn từ năm 2014-2024.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật 60-90 phút, số lượng máu mất 200-300 ml. Chức năng khớp háng được đánh giá theo thang điểm Harris, trong đó 84,4% đạt tốt và rất tốt, 15,6% trung bình, không có trường hợp nào xấu. 12 trường hợp có teo một phần cơ mông trung chiếm 3,33% nhưng không hạn chế chức năng dạng háng. 2 trường hợp nhiễm trùng, và 2 trường hợp thuyên tắc mạch chiếm 0,55%. Chảy máu vết mổ 5 trường hợp chiếm 1,38%, 1 trường hợp gãy quanh chuôi chiếm 0,27%. Đặc biệt không có trường hợp nào trật khớp sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần với đường mô lõi bên cải biên dễ thực hiện, ít tổn thương mô mềm, cho kết quả phục hồi chức năng vận động khớp háng tốt, hạn chế biến chứng và khắc phục được một số nhược điểm còn tồn tại của các đường mô lõi trước và lõi sau.

Từ khóa: Gãy cổ xương đùi, hoại tử chỏm xương đùi, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần với đường mô lõi bên cải biên.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật thay khớp háng đã có nhiều tiến bộ và được thực hiện rộng rãi ở nhiều quốc gia trên thế giới. Việc áp dụng kỹ thuật này đã giúp khôi phục lại chức năng vận động của khớp háng cho những bệnh nhân không may bị gãy cổ xương đùi, hoại tử chỏm, hay thoái hóa khớp háng nặng... có cơ hội được đi lại, tránh nguy cơ tàn phế.

Đường mô để thay khớp háng được chia thành 3 nhóm chính, mỗi nhóm được nghiên cứu và thực hiện bởi nhiều tác giả khác nhau: đường mô lõi trước (Smith-Petersen, Watson-Jones, Von Sprengel, Bauer, Somerville...), lõi bên (Mcfarland, Osborne, Hardinge, Harris, Rottinger, Muller, Frndak...) và lõi sau (Benard von Langenbeck, Southern, Kocher Moore, Gibson...). Mỗi đường mô đều có ưu điểm và cũng tồn tại những nhược điểm riêng, việc sử dụng đường mô nào còn tùy thuộc vào thói quen được đào tạo của từng phẫu thuật viên, sự đặc thù về bệnh lý của từng bệnh nhân.

Đến nay, đường mô lõi sau đã được nhiều tác giả thực hiện nhất vì có ưu điểm là dễ thực hiện, tuy nhiên cũng còn nhiều hạn chế, như phải cắt nhóm cơ xoay mông phía sau, gây yếu thành sau và dễ gây trật khớp. Ngược lại, đường mô lõi trước thì ít cắt cơ và hạn chế gây trật

khớp hơn, nhưng khó thao tác vì phẫu trường hẹp và với tư thế bệnh nhân nằm ngửa. Đường mô lõi bên được xem là trung gian giữa 2 lõi trước và lõi sau, đường mô này ít gây trật khớp, nhưng còn hạn chế là phải cắt khối máu chuyển lớn hay cơ mông trung gây hạn chế chức năng dạng khớp háng và nguy cơ tổn thương thần kinh mông trên. Xuất phát từ những nhược điểm còn tồn tại của các đường mô trên, từ năm 2014-2024 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 360 trường hợp thay khớp háng toàn phần với đường mô lõi bên cải tiến, với hy vọng khắc phục những nhược điểm còn tồn tại của các đường mô này. Vì vậy mục đích của chính của đề tài là: mô tả kỹ thuật thay khớp háng toàn phần với đường mô lõi bên cải biên, đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần của 360 bệnh nhân tại Bệnh viện Sài Gòn ITO.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Cách chọn mẫu: các bệnh nhân bị hoại tử chỏm xương đùi, thoái hóa khớp háng, gãy cổ xương đùi có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

- Số lượng bệnh nhân nghiên cứu: theo tiêu chí chọn mẫu trên, chúng tôi chọn được 360 bệnh nhân được

*Tác giả liên hệ

phẫu thuật thay khớp háng toàn phần từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2024.

- Nơi thực hiện: tại Bệnh viện Sài Gòn ITO thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu: thăm khám lâm sàng, chụp X quang thường quy khớp háng 2 bình diện thẳng và nghiêng, chụp CT.scan.

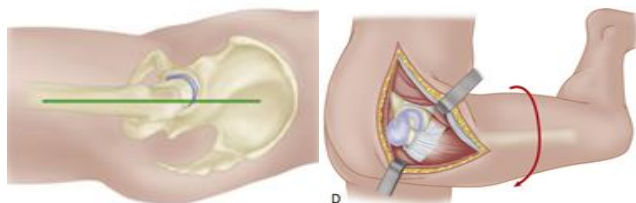
- Loại khớp nhân tạo: khớp háng toàn phần không xi măng.

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng 90°, kê chân cho háng dạng tư thế trung tính.

+ Vô cảm: gây tê tùy sống hoặc gây mê.

+ Đường mổ: chọn đường mổ vào khớp háng theo lối bên ngoài cải biên. Đường rạch da bắt đầu từ vị trí trên mấu chuyển lớn 5 cm, đi thẳng qua mấu chuyển lớn và tiếp tục xuống dưới thân xương đùi 5 cm.



Hình 1. Tư thế chi và đường rạch da

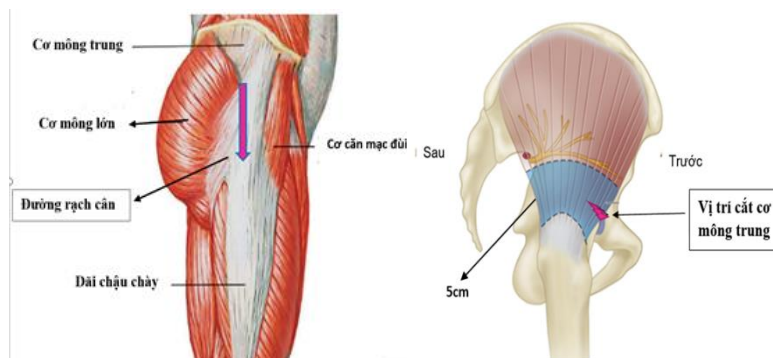
Lớp cân: đường rạch cân theo đường rạ da, tách giữa cơ mông lớn và dải chậu chày.

Lớp cơ: bộc lộ nơi bám cơ mông trung tại mấu chuyển

lớn, cách vị trí bám ở phía trước 1 cm, ngay vị trí cơ chuyển thành gân, cắt 1 đường khoảng 2 cm, sau đó vén phần cắt của cơ mông trung ra sau, sẽ lộ rõ bao khớp và cơ mông bé phía dưới, cắt bao khớp hình chữ T để vào khớp.

Tư thế chi: xoay chi phẫu thuật ra phía trước 90° và cho vào túi. Ở tư thế này chỏm xương đùi được trật ra sau, bộc lộ và cắt cổ xương đùi.

Dùng 2 đinh Steinman đóng chặn bờ trên ổ cối, dùng 2 Hoffmann chặn bờ dưới vị trí 5 giờ và 7 giờ để bộc lộ ổ cối.



Hình 2. Đường rạch cân vị trí cắt cơ mông trung

2.3. Đánh giá kết quả

- Thời gian theo dõi: hẹn tái khám theo lịch, mỗi tháng 1 lần trong 3 tháng đầu sau mổ, sau đó mỗi 3 tháng 1 lần trong năm đầu tiên, và mỗi 6 tháng 1 lần trong 2 năm tiếp theo.

- Kết quả X quang dựa theo tiêu chuẩn của John Craford Adams.

- Chức năng khớp háng theo thang điểm của Harris.

- Lượng giá sức cơ, đo điện cơ, đánh giá dấu hiệu Trendelenburg để đánh giá chức năng dạng háng của nhóm cơ mông.

2.4. Phác đồ tập luyện và chăm sóc hậu phẫu

- Tuần đầu sau mổ: tập gồng cơ, đứng và đi với khung dưới hỗ trợ của nhân viên vật lý trị liệu.

- Tuần 2-4: tập đi với 1 nạng và bỏ nạng hoàn toàn ở cuối giai đoạn này.

- Tuần 4-8 tuần: tập đá tạ, tập đi bộ lấy lại dáng đi không dùng nạng.

- Tháng thứ 3: tập bơi lội, đạp xe.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 360)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	39-60	245	68,1
	61-76	115	31,9
	Min-max	39-76	
Giới	Nam	200	55,6
	Nữ	160	44,4

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý	Gãy cổ xương đùi	120	33,3
	Hoại tử chỏm, thoái hóa khớp háng	240	66,7
Thời gian phẫu thuật		60-90 phút	
Tổng số lượng máu mất		200-300 ml	
Thời gian nằm viện trung bình		7 ngày	
Thời gian theo dõi trung bình		36 tháng	
Loại khớp thay	Metal on polyethylene	96	26,7
	Ceramic on ceramic	264	73,3

Chức năng dạng khớp háng sau mổ: tất cả bệnh nhân đều có thể dạng háng từ 45-90° và không có trường hợp nào mất hoàn toàn chức năng này.

Bảng 2. Đánh giá chức năng theo Harris (n = 360)

Chức năng (Harris)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rất tốt (90-100 điểm)	124	34,4
Tốt (80-89 điểm)	180	50,0
Trung bình (70-79 điểm)	56	15,6
Xấu (< 70 điểm)	0	0

Bảng 3. Tỷ lệ các biến chứng (n = 360)

Loại phẫu thuật Biến chứng	Hoại tử chỏm, thoái hóa	Gãy cổ xương đùi	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Trật khớp	0	0	0	0
Nhiễm trùng	1	1	2	0,55%
Chảy máu	2	3	5	1,38%
Đau	2	4	6	1,66%
Tổn thương mạch máu, thần kinh	0	0	0	0
Teo cơ mông	4	8	12	3,33%
Thuyên tắc mạch	1	1	2	0,55%
Gãy quanh chuôi	0	1	1	0,27%
Lông chuôi	0	2	2	0,55%
Thay lại khớp	0	0	0	
Tử vong	0	0	0	0



Hình 4. Bệnh nhân Võ Thanh H., thay khớp háng hai bên năm 2017 (trái), tái khám năm 2025 (phải)



Hình 5. Bệnh nhân Ng.V.T., phẫu thuật thay khớp háng hai bên năm 2015

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi và nhóm bệnh

Về độ tuổi, bệnh nhân trẻ nhất 39 tuổi và lớn nhất 76 tuổi, được chia thành 2 nhóm từ 39-60 và 61-76. Đa số bệnh tập trung ở độ tuổi còn sức lao động (≤ 60 tuổi) với 245 trường hợp chiếm 68,1%. Bệnh cũng có sự khác biệt rõ về nhóm bệnh lý, chủ yếu tập trung ở nhóm hoại tử chỏm, thoái hóa khớp háng chiếm 66,7% so với nhóm gãy cổ xương đùi chỉ 33,3 %.

Thời gian phẫu thuật và số lượng máu mất

Thời gian phẫu thuật trung bình từ 60-90 phút. So với nhiều tác giả khác, đây cũng là thời gian lý tưởng cho một phẫu thuật thay khớp háng toàn phần.

Số lượng máu mất từ 200-300 ml, vì với đường mổ này cũng không có nhiều mạch máu lớn, nên gần như chúng tôi rất ít gặp những trường hợp mất máu do tổn thương mạch máu trong lúc mổ; ngoại trừ một số bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền đi kèm như: tăng huyết áp, tiểu đường, tim mạch, hội chứng Cushing hay đang dùng thuốc chống đông... được ghi nhận có chảy máu nhiều hơn từ việc khoan và cắt xương và phải truyền máu sau phẫu thuật.

Kỹ thuật mổ

Đường rạch da dài 10 cm và lớp cân tách giữa dải chậu chày ra trước và khối cơ mông lớn ra sau là vừa đủ rộng để thực hiện các thao tác trong thay khớp háng, tránh các tổn thương mô mềm và không che khuất phẫu trường như các đường mổ nhỏ hay phẫu thuật theo lối trước.

Lối vào khớp háng được thực hiện cải biên từ đường mổ của lối bên truyền thống. Từ bên ngoài, đường mổ bắt đầu theo lối bên, sau khi qua lớp cân được chuyển thành hướng lối trước, bằng cách tách giữa cơ căng mạc đùi và cơ mông trung. Cắt khoảng 2 cm ngay điểm bám phía trước của cơ mông trung và vén phần này ra sau sẽ bộc lộ toàn bộ bao khớp háng phía dưới. Việc này vừa bảo tồn gần như toàn bộ khối cơ mông trung và tạo ra một phẫu trường khá rộng để thực hiện các thao tác thay khớp. Đây là điểm cải biên của đường mổ lối bên so với các tác giả khác như McFarland, Osborne, Hardinge, Harris... khi thực hiện đường mổ này là phải cắt xương khối máu chuyển lớn hoặc cắt hay tách gần như toàn bộ phần lớn khối cơ mông trung ra, gây ảnh

hưởng đến chức năng dạng khớp háng của nhóm cơ này.

Đường mổ lối bên cải biên này cũng có nhiều ưu thế hơn so với các đường mổ lối sau, vì đi vào khớp háng qua lối sau phải cắt các cơ xoay mông như cơ hình lê, cơ bịt, cơ sinh đôi, cơ vuông đùi. Điều này sẽ làm yếu thành sau khớp háng, đây là yếu tố quan trọng gây trật khớp háng sau mổ của đường mổ lối sau.

Khoan ống tủy và doa ổ cối là một kỹ thuật rất quan trọng trong phẫu thuật thay khớp háng. Chúng tôi đã thực hiện với tư thế bệnh nhân nằm nghiêng, chân mổ đưa ra trước và vuông góc với thân mình. Điều này giúp cho việc khoan và rasp ống tủy được thực hiện một cách dễ dàng hơn so với tư thế nằm ngửa và đường mổ lối trước. Phần ổ cối để tránh bị vướng bởi đầu trên xương đùi che khuất, nên cần dùng những dụng cụ che chắn như: 2 đinh Steinman đóng chặn bờ trên, 2 Hoffmann chặn bờ dưới ổ cối.

Thần kinh và mạch máu: có 2 thần kinh quan trọng liên quan đến đường mổ này là thần kinh mông trên xuất phát từ 3 nhánh L4, L5 và S1 chi phối vận động cho cơ mông trung, cơ mông bé và thần kinh bì đùi ngoài từ nhánh L2, L3 chi phối cảm giác da ở trước ngoài đùi. Nếu bị tổn thương sẽ làm hạn chế chức năng dạng khớp háng và mất cảm giác mặt trước ngoài đùi. Tuy nhiên, với đường mổ này và việc cắt cơ mông trung chỉ 2 cm ngay vị trí bám là nằm trong phạm vi an toàn và tránh tổn thương các thần kinh này.

Về mạch máu, có 2 nhánh động mạch quan trọng là động mạch mũ đùi ngoài và mũ đùi trong xuất phát từ động mạch đùi sâu nằm sát bờ trong của khớp háng. Với đường mổ lối bên nên cũng ít gây tổn thương các mạch máu này, trên thực tế chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào có biến chứng về mạch máu trong khi mổ.

Kết quả phẫu thuật

Trong 360 ca với 2 nhóm bệnh lý được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và theo dõi trong 10 năm tại Bệnh viện Sài Gòn ITO, chúng tôi đã ghi nhận kết quả rất khả quan về chức năng vận động của khớp háng sau mổ, phần lớn đạt tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 84,4% và không có trường hợp nào có chức năng xấu. Điều này góp phần thay đổi chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân bị bệnh lý hoại tử chỏm, cũng như trả lại hoạt

động cho những bệnh nhân không may bị gãy cổ xương đùi.

Tuy nhiên, có 15,6% phục hồi chức năng khớp háng sau mổ ở mức trung bình. Tỷ lệ này đa số rơi vào nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi và có teo một phần cơ mông trung. Kết quả này có thể liên quan đến quá trình tập vận động trị liệu và phục hồi chức năng sau mổ chưa phù hợp với nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Biến chứng

Các biến chứng của thay khớp như nhiễm trùng, đau sau mổ, lỏng chuôi, chảy máu... trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp như các tác giả khác nhưng với một tỷ lệ khá ít và rất đáng được khích lệ. Riêng có 2 trường hợp đặc biệt cần lưu ý là biến chứng thuyên tắc mạch sau mổ, trong đó một ca tắc động mạch đùi và một ca bị thuyên tắc phổi. Cả 2 trường hợp này đều có bệnh lý tim mạch và đang dùng thuốc chống đông trước đó, nhưng phải tạm ngừng 1 tuần trước khi phẫu thuật để tránh chảy máu vết mổ. Đây cũng là vấn đề đang được quan tâm trong những năm gần đây, về việc xây dựng phác đồ chống thuyên tắc mạch sau phẫu thuật thay khớp háng.

Đặc biệt trong 360 ca trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào trật khớp sau mổ. Đây cũng có thể là ưu điểm lớn nhất của phương pháp phẫu thuật thay khớp háng bằng lối bên cải biên.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần bằng lối bên cải biên có nhiều ưu điểm vượt trội và khắc phục được các nhược điểm còn tồn tại của các đường mổ lối trước và lối sau.

Kỹ thuật mổ hạn chế tối đa tổn thương giải phẫu, đặt biệt không ảnh hưởng đến chức năng dạng khớp háng của nhóm cơ mông, giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng và gần như có thể thực hiện được các động tác của một khớp háng bình thường.

Kết quả chức năng khớp háng sau mổ hầu hết đều đạt tỷ lệ tốt và rất tốt. Biến chứng trong và sau mổ chiếm tỷ lệ rất thấp và trong phạm vi cho phép, đặc biệt đáng lưu ý là không có trường hợp nào trật khớp sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Quang Quyền. Atlas giải phẫu người (dịch theo Frank H Netter). Nhà xuất bản Y học, 1995.
- [2] Baker A.S, Bitounis V.C. Abductor function after total hip replacement: an electromyographic and clinical review. J Bone Joint Surg Br, 1989, 71: 47-50.
- [3] Bertin K.C, Rottinger H. Anterolateral mini-incision hip replacement surgery: a modified Watson-Jones approach. Clin Orthop Relat Res, 2004, 429: 248-255.
- [4] Hardinge K. The direct lateral approach to the hip. J Bone Joint Surg Br, 1982 64: 17-19.
- [5] Harris W.H. A new lateral approach to the hip joint. J Bone Joint Surg Am, 1967, 49: 891-898.
- [6] Kwon M.S, Kuskowski M, Mulhall K.J, Macaulay W, Brown T.E, Saleh K.J. Does surgical approach affect total hip arthroplasty dislocation rates? Clin Orthop Relat Res, 2006, 447: 34-38.
- [7] Mallory T.H, Lombardi A.V Jr, Fada R.A, Herrington S.M, Eberle R.W. Dislocation after total hip arthroplasty using the anterolateral abductor split approach. Clin Orthop Relat Res, 1999, 358: 166-172.
- [8] Masonis J.L, Bourne R.B. Surgical approach, abductor function, and total hip arthroplasty dislocation. Clin Orthop Relat Res, 2002, 405: 46-53.
- [9] Pfirrmann C.W, Notzli H.P, Dora C, Hodler J, Zanetti M. Abductor tendons and muscles assessed at MR imaging after total hip arthroplasty in asymptomatic and symptomatic patients. Radiology, 2005, 235: 969-976.
- [10] Ritter M.A, Harty L.D, Keating M.E, Faris P.M, Meding J.B. A clinical comparison of the anterolateral and posterolateral approaches to the hip. Clin Orthop Relat Res, 2001, 385: 95-99.