Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 6 (2022) 115-121

THE EVALUATION OF THE RESULTS CEMENTLESS CORAIL TOTAL HIP ARTHROPLASTY IN PATIENTS YOUNGER THAN FIFTY WITH FEMORAL HEAD OSTEONECROSIS

Mai Dac Viet*, Nguyen Thu Thuy, Tran Thi Kieu Oanh

108 Mililary Central Hospital - 01 Tran Hung Dao, Cua Nam, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 02/08/2022
Revised 07/09/2022; Accepted 14/10/2022

ABSTRACT

Objective: This study aimed to report the outcome of total hip arthroplasty (THA) with an extensive hydroxyapatite (HA) coating for the fixation of a tapered femoral stem (Corail) in patients younger than fifty years with osteonecrosis of the femoral head.

Subject and method: Seventy-four osteonecrotic hips in fifty-eight patients were available for clinical and radiographic analyses at minimum follow-up of 10 years and at maximum follow-up 12 years.

Results: The mean Harris hip score improved from 41.68 ± 21,78 points preoperatively to 98.82 ± 2.29 points at final follow-up. Seventy-four (100%) hips demonstrated stable bone ingrowth. No hips showed loosening or required revision for aseptic loosening.

Conclusion: We believe that cementless THA with a Corail stem is a promising procedure for young patients with osteonecrosis of the femoral head.

Keywords: Osteonecrosis of the femoral head, total hip arthroplasty.

*Corressponding author
Email address: vietmaidac64@gmail.com
Phone number: (+84) 989 195 569
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i6.461

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG SỬ DỤNG CHUÔI KHỚP CORAIL Ở BỆNH NHÂN HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỎM XƯƠNG ĐÙI DƯỚI 50 TUỔI

Mai Đắc Việt*, Nguyễn Thu Thủy, Trần Thị Kiều Oanh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 01 Trần Hưng Đạo, Cửa Nam, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02 tháng 08 năm 2022
Chỉnh sửa ngày: 07 tháng 09 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 10 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích thông báo kết quả thay khớp háng toàn phần (TKHTP) không xi măng sử dụng chuôi khớp Corail được phủ hydroxyapatite (HA) toàn bộ ở bệnh nhân dưới 50 tuổi bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (HTVKCXĐ).

Đối tượng nghiên cứu: 74 khớp háng bị HTVKCXĐ ở 58 bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, Xquang với thời gian theo dõi tối thiểu 10 năm và dài nhất là 12 năm.

Kết quả: Điểm Harris khớp háng trước phẫu thuật từ 41.68 ± 21,78 điểm tăng lên 98.82 ± 2.29 điểm sau phẫu thuật tại thời điểm theo dõi cuối cùng. 74 khớp háng (100%) được chứng minh ổn định với sự mọc xương vào bề mặt chuôi khớp. Không có khớp háng nào lỏng hoặc yêu cầu thay lại do lỏng vô khuẩn.

Kết luận: Chúng tôi tin rằng TKHTP không xi măng với chuôi khớp Corail là một lựa chọn đầy hứa hẹn với bệnh nhân trẻ bị HTVKCXĐ.

Từ khóa: Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, thay khớp háng toàn phần.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi thường diễn biến ngày càng nặng dẫn đến thoái hóa khớp háng, ở giai đoạn cuối của bệnh, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần (TKHTP) là một lựa chọn điều trị. Bệnh HTVKCXĐ thường gặp ở những bệnh nhân trẻ, hoạt động nhiều và thường có tỷ lệ thay lại khớp cao [1], [3]. Ngoài ra, các yếu tố bệnh nguyên của HTVKCXĐ như sử dụng cortiocoid, lạm dụng rượu liên quan đến chất lượng xương kém và khả năng cố định của chuôi khớp và ổ cối nhân tạo kém [1]. Mặc dù gần đây, những tiến bộ trong kỹ thuật mổ, thiết kế các bộ phận của khớp háng nhân tạo dẫn đến kết quả tốt hơn, hầu hết các báo cáo vẫn hiển thị kết quả phần nào kém hơn ở những bệnh nhân HTVKCXĐ so với những bệnh nhân có chẩn đoán khác [4], [5], [6]. Hydroxyapatit (HA) là một vật liệu dẫn xương kích thích nguyên bào

*Tác giả liên hệ
Email: vietmaidac64@gmail.com
Điện thoại: (+84) 989 195 569
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i6.461

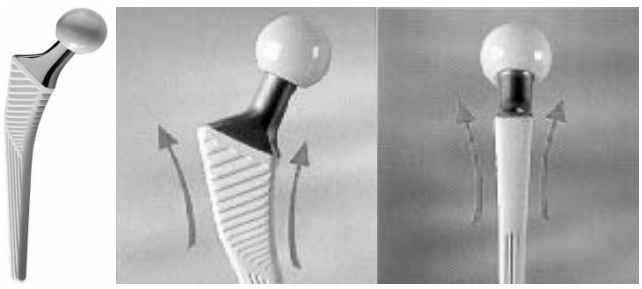
xương tạo xương mới để lấp đầy khoang trống giữa xương và chuôi khớp, ngăn chặn sự phát triển của tế bào sợi vào bề mặt giữa chúng do đó đạt được sự phát triển mạnh mẽ, bền vững của xương lên bề mặt khớp đảm bảo chuôi khớp được cố định vững chắc lâu dài. Chuôi khớp Corail được đưa vào sử dụng trên người từ năm 1986 và từ đó đến nay thiết kế không thay đổi, chuôi khớp có dạng hình nêm, thẳng và toàn bộ chuôi khớp được phủ lớp HA dày 150 micromet. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là thông báo kết quả lâm sàng và xquang của PTTKHTP không xi măng lần đầu sử dụng chuôi khớp Corail ở bệnh nhân trẻ dưới 50 tuổi bị HTVKCXĐ với thời gian theo dõi tối thiểu 10 năm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 58 bệnh nhân (74 khớp háng) HTVKCXĐ giai đoạn IV, V và VI (theo phân loại của Steinberg) được phẫu thuật TKHTP không xi măng sử dụng cùng một loại chuôi khớp Corail, ổ cối Pinacal tại Khoa Phẫu thuật khớp – Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 8 năm 2010 đến tháng 8 năm 2012. Trong đó có 3 bệnh nhân nữ và 55 bệnh nhân nam, tuổi thấp nhất là 28 và cao nhất là 49 tuổi, trung bình 41.2 ± 6.3. Thay khớp háng 2 bên có 16 bệnh nhân. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 10 năm, trung bình là 11.15 năm.

Hình 1. Chuôi Corail cấu trúc hình nêm 2 chiều phủ HA



2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mổ tả tiến cứu, theo dõi dọc.

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Thăm khám lâm sàng, X.quang, xét nghiệm để xác định nguyên nhân

+ Toàn bộ bệnh nhân đều được thăm khám kỹ, nhằm loại trừ hoặc có biện pháp điều trị dự phòng những bệnh mãn tính. Được thảo luận và đặt chỉ định TKHTP không xi măng.

- Thực hiện phẫu thuật: Chúng tôi sử dụng 1 đường vào khớp háng với lối vào khớp ít xâm lấn sau bên, kỹ thuật cụ thể như sau: Gây tê tuỷ sống. Bệnh nhân nằm nghiêng 90^0 sang bên lành, thực hiện thay khớp háng với đường vào sau ngoài. Sau phẫu thuật 24h bệnh nhân được hướng dẫn ngồi dậy tập thở, tập đứng tại chỗ và đi lại bằng 02 nạng.

Đánh giá lâm sàng

Tất cả bệnh nhân được đánh giá trước phẫu thuật, tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và sau đó mỗi năm 1 lần.

Điểm Harris của khớp háng được đánh giá trước phẫu thuật và mỗi lần kiểm tra sau phẫu thuật: Rất tốt: từ 90 đến 100 điểm; Tốt: 80 đến 89 điểm; Trung bình: 70 đến 79 tuổi; Kém: dưới 70 điểm.

Triệu chứng đau phía trước ngoài giữa đùi đánh giá theo bảng Pain Score (theo nghiên cứu đa trung tâm về đau đùi sau TKHTP) [7]

Đánh giá Xquang

Chất lượng xương trước phẫu thuật được phân loại theo Dorr. Vị trí của của chuôi khớp được phân loại là trục vẹo ngoài, vẹo ngoài nhẹ, vẹo trong, vẹo trong nhẹ và trục trung gian theo phân loại được mô tả bởi Christie [8].

Sự di chuyển của chuôi khớp được đánh giá bằng phương pháp đo khoảng cách theo phương thẳng đứng từ mép dưới của bờ trên của chuôi khớp đến đỉnh của mấu chuyển lớn hoặc góc vẹo ngoài (vẹo trong) chuôi khớp hình thành giữa trục chuôi khớp và trục xương đùi. Sự lún của chuôi khớp trên 4mm, một sự thay đổi góc vẹo ngoài lớn hơn 2 độ hoặc một đường thấu quang hoàn toàn được coi là chỉ điểm của lỏng khớp.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân loại hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi theo Steinberg

Giai đoạn / Số lượng chỏm	IV	V	VI	Tổng
N	28	34	12	74
%	37,8	45,9	16,3	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân bị HTVKCXĐ giai đoạn IV, V chiếm đa số 83,7%.

Phân loại xương đùi theo Dorr: Loại xương đùi chủ yếu gặp là loại B chiếm 69,9%. Hai loại xương đùi A và C có tỷ lệ tương đương nhau, tương ứng 15,7% và 14,4%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả gần

- 100% bệnh nhân liền vết mổ thì đầu, cắt chỉ sau phẫu thuật 10 ngày.

- Kết quả chụp X-quang sau phẫu thuật: không có dấu hiệu nứt, gãy xương đùi và ổ cối. Vị trí khớp nhân tạo được mô tả theo các bảng dưới đây.

- Vị trí trục chuôi khớp: Trục trung gian là loại trục đúng vị trí, chiếm tỷ lệ cao nhất 79,7%. Tỷ lệ chuôi có trục vẹo ngoài là 17,6%. Tỷ lệ vị trí chuôi vẹo trong tương đối thấp 2.7%.

Bảng 3.2: Liên quan mức độ chiếm dụng đầu trên xương đùi của chuôi khớp và loại xương đùi

Mức độ / Loại xương	≥80%		<80%		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
A	13	19.1	1	16.6	14	18.9
B	46	67.6	5	83.4	51	68.9
C	9	13.3	0	0.0	9	12.2
Tổng	68	100.0	6	100.0	83	100.0

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa 2 loại mức độ chiếm dụng đầu trên xương đùi từ 80% trở lên và dưới 80% của chuôi khớp trong cả 3 loại xương đùi (p>0,05).

Bảng 3.3: Liên quan mức độ chiếm dụng đầu trên xương đùi và trục chuôi khớp

Mức độ / Trục	≥80%		<80%		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Trung gian	57	83,8	2	33.3	59	79.7
Vẹo trong	2	2.9	0	0	2	2.7
Vẹo ngoài	9	13.3	4	66.7	13	17.6
Tổng	68	100.0	6	100.0	74	100.0

Nhận xét: Tỷ lệ chuôi lệch trục vẹo ngoài chiếm dụng đầu trên xương đùi dưới 80% cao hơn chuôi lệch trục vẹo trong và trục trung gian.

3.2.2. Kết quả xa

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật ít nhất là 10 năm, lâu nhất là 12 năm. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 11.15 năm.

Bảng 3.4: Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Harris

	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
N	72	1	1	0
%	97.2	1.4	1.4	0

Nhận xét:

Trước phẫu thuật không có bệnh nhân nào có chức năng khớp háng tốt, rất tốt. Điểm trung bình Harris trước phẫu thuật là 41.68 ± 21,78, sau phẫu thuật là 98.82 ± 2.29. Điểm Harris tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Không có bệnh nhân nào có kết quả kém sau phẫu thuật.

Khớp háng có chức năng trung bình sau phẫu thuật chỉ có 1 chiếm tỷ lệ 1.4%, còn lại là tốt và rất tốt chiếm tổng tỷ lệ 98.67%.

Triệu chứng đau giữa đùi

Tại các thời điểm kiểm tra 3, 6, 12, 24 tháng và thời điểm kiểm tra cuối cùng mức độ đau giữa đùi giảm dần theo thời gian với tỷ lệ không đau đùi tương ứng là 60.8%, 79.79%, 98.6%, 100%.

Sau phẫu thuật 3 tháng chỉ có 1 bệnh nhân có triệu chứng đau đùi ở mức độ đau vừa. Sau 6 và 12 tháng không có bệnh nhân nào có mức độ đau đùi ở mức độ đau vừa và đau nhiều. Sau 12 tháng chỉ còn 1 bệnh nhân với 1 xương đùi (1 bệnh nhân thay 2 khớp háng) có triệu chứng đau đùi ở mức độ nhẹ.

Sau 24 tháng và tại thời điểm cuối cùng của 58 bệnh nhân (tỷ lệ 100%) với 74 khớp háng (tỷ lệ 100%). Tại thời điểm theo dõi trung bình là 11,15 năm không ghi nhận bệnh nhân nào có triệu chứng đau đùi, do vậy chúng tôi chỉ thực hiện so sánh mối liên quan giữa triệu chứng đau đùi và các đặc điểm khác trong khoảng thời gian sau phẫu thuật 12 tháng.

Chuôi khớp chiếm dụng đầu trên xương đùi dưới 80% gây mức độ đau đùi nhiều hơn và kéo dài hơn so với loại chuôi khớp có độ chiếm dụng đầu trên xương đùi từ 80% trở lên.

Liên quan mức độ đau đùi và trục chuôi khớp: Không có khác biệt về mức độ đau giữa đùi giữa 2 loại chuôi có trục trung gian và vẹo ngoài, giữa 2 loại chuôi có trục vẹo trong và vẹo ngoài ($p > 0,05$).

3.3. Tai biến và biến chứng

Chúng tôi không gặp tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sớm sau mổ.

Biến chứng muộn sau mổ: Không gặp các biến chứng như lỏng khớp nhân tạo, vỡ ổ cối, gãy thân xương đùi. Chúng tôi gặp 4 trường hợp sau phẫu thuật 3 tháng xuất hiện cốt hóa lạc chỗ và không tiến triển thêm trong suốt quá trình theo dõi sau phẫu thuật trung bình 11.15 năm.

3.4. Đánh giá các thay đổi X-quang quanh khớp háng nhân tạo

Lún chuôi khớp: Gặp 1 trường (1.4%) sau 3 tháng. Bệnh nhân này bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn VI, loãng xương với xương đùi loại C, được thay cả 2 khớp háng bằng khớp nhân tạo không xi măng. Chỉ có 1 chuôi khớp bị lún 3mm sau 3 tháng và không tiến triển thêm trong suốt thời gian theo dõi đến hiện tại trung bình 11,15 năm.

Di lệch: Không có chuôi khớp, hay vỏ ổ cối nhân tạo nào bị di lệch so với vị trí ban đầu.

Bệ xương: Có bệ xương xuất hiện tại đầu mút do 1/3 dưới chuôi được phủ vật liệu kết xương bề mặt và phủ HA.

Mối hàn xương: Các mối hàn xương xuất hiện tại một vài vùng quanh 2/3 trên của chuôi khớp quan sát được trên phim X-quang sau 12 tháng của 66 chuôi khớp (89.2%). Tại thời điểm kiểm tra cuối cùng 100% chuôi khớp có mối hàn xương ở đầu mút và 2/3 trên của chuôi khớp.

Phì đại vỏ xương thân xương đùi: Gặp tương đối nhiều, xuất hiện sau 12 đến 36 tháng quanh 70 chuôi khớp (94,6%).

Tiêu xương quanh khớp: Không gặp trường hợp nào, kể cả quanh ổ cối và quanh chuôi khớp.

Đường thấu quang: Không xuất hiện đường thấu quang quanh chuôi khớp.

4. BÀN LUẬN

Tất cả các bệnh nhân đều liền vết mổ thì đầu và được cắt chỉ sau 10-14 ngày. Ngay ngày thứ 2 sau phẫu thuật bệnh nhân được hướng dẫn các bài tập chủ động ngay trên giường bệnh. Ngày thứ 2 đến 6 tuần được tập đi có khung hỗ trợ, chịu lực một phần lên chân thay khớp.

Qua kiểm tra đánh giá chức năng của 54 bệnh nhân với 74 khớp được thay, với thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 11.15.± 0.54 chúng tôi thu được kết quả như sau: rất tốt 97.2% (72/74), tốt 1.4%(1/74), trung bình 1.4%(1/74), không có kết quả xấu. Tổng số bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác [1], [3], [5]. Chúng tôi không có kết quả khá, xấu, tỷ lệ kết quả trung bình có khác so với một vài tác giả do cách đánh giá kết quả theo các thang điểm khác nhau, thêm vào đó các tác giả khác đánh giá kết quả TKHTP sử dụng nhiều loại khớp nhân tạo khác nhau, có và không có sử dụng xi măng. Kết quả bước đầu chúng tôi đạt được là khả quan và cần được tiếp tục theo dõi trong khoảng thời gian lâu hơn nữa, do tuổi thọ của khớp háng không xi măng trung bình là từ 15-20 năm.

Sử dụng loại khớp không xi măng kiểu ổ cối press-fit với lớp áo bề mặt xốp titanium và chuôi khớp kiểu hình nêm 3 chiều phủ HA toàn bộ cho kết quả ban đầu rất tốt. Bằng chứng là kết quả đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm Harris của bệnh nhân trước phẫu thuật trung bình là là 41.68 ± 21,78, sau phẫu thuật là 98.82 ± 2.29. Tất cả các bệnh nhân đều có biên độ vận động gấp khớp háng sau phẫu thuật không dưới 90^0. Theo Merle d'Aubigne khi động tác gấp của khớp háng toàn phần trên 90^0 được coi là tốt. Bệnh nhân có thể ngồi ghế, lên xuống cầu thang, đạp xe. Không có bệnh nhân nào còn đau tại khớp háng sau phẫu thuật, tuy nhiên xuất hiện triệu chứng đau giữa đùi ngay sau phẫu thuật khi bệnh nhân bắt đầu tập đi.

Triệu chứng đau giữa đùi và loại xương đùi, độ chiếm dụng chuôi khớp

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa triệu chứng đau đùi và loại xương đùi theo Dorr trong suốt quá trình theo dõi sau phẫu thuật 3, 6, 12 tháng. Sau 24 tháng không có bệnh nhân nào có triệu chứng đau đùi trong số 74 khớp đã kiểm tra lại. Tỷ lệ chiếm dụng đầu trên xương đùi của chuôi khớp cũng không có sự khác biệt đối với các loại xương đùi khác nhau. Mức độ và số lượng bệnh nhân đau đùi giảm theo thời gian, tuy nhiên triệu chứng đau đùi có mối liên quan đến mức độ chiếm dụng đầu trên xương đùi của chuôi khớp. Chuôi khớp chiếm dụng xương đùi trên 80% gây tỷ lệ đau đùi ít hơn chuôi khớp chiếm dụng dưới 80%, không liên quan đến xương đùi có chất lượng A, B hay C theo Dorr.

Các thay đổi trên X-quang

Lún chuôi khớp: Chỉ gặp 1 trường (1,4%) sau 3 tháng trên bệnh nhân có xương đùi loại C, chuôi lún 3mm ngay sau 3 tháng và không tiến triển thêm, không di lệch. Bệnh nhân này bị HTVKCXĐ giai đoạn VI, loãng xương, được thay cả 2 khớp háng cách nhau 3 tháng, chuôi bị lún là chuôi thay đầu tiên. Như vậy theo chúng tôi, mặc dù chuôi khớp Corail kiểu hình nêm 3 chiều có thể sử dụng cho các bệnh nhân xương đùi loại C, tuy nhiên nếu chịu lực tỳ đè sớm có thể gây lún chuôi khi mà lực cơ học ban đầu phải dồn hoàn toàn lên 1/3 trên chuôi khớp, do 2/3 dưới của chuôi thuôn nhỏ và ít tiếp xúc với bề mặt ống tủy xương đùi loại C hình ống khói rộng.

Di lệch: Không có chuôi khớp, hay vỏ ổ cối nhân tạo nào bị di lệch so với vị trí ban đầu chứng tỏ khớp nhân tạo đảm bảo tốt cố định cơ sinh học.

Mối hàn xương: Các mối hàn xương xuất hiện tại một vài vùng quanh 2/3 trên và 1/3 dưới của chuôi khớp trong đó: 2/3 trên của chuôi khớp mối hàn xương quan sát được trên phim X-quang sau 12 tháng của 66 chuôi khớp (89.2%). Như vậy sự xuất hiện của các mối hàn xương này chứng tỏ khớp được cố định cơ học ban đầu tốt, sau đó xương liền kề đã phát triển lên bề mặt khớp nhân tạo, đây là bằng chứng để kiểm tra sự cố định cơ sinh học của chuôi khớp. 1/3 dưới chuôi khớp có xuất hiện các mối hàn xương và bệ xương đặc biệt các chuôi khớp có vị trí vẹo ngoài hoặc vẹo trong do cấu tạo chuôi khớp Corail được cấu tạo bề mặt nhám và phủ HA toàn bộ.

Phì đại vỏ xương thân xương đùi: gặp quanh 70 chuôi khớp (94.6%) chủ yếu ở phần giữa chuôi khớp. Điều này chứng tỏ khớp vững và lực đã truyền tải ra vỏ xương liền kề theo định luật Wolff.

Đường thấu quang: Không xuất hiện đường thấu quang quanh chuôi khớp tuy nhiên đường phản ứng ở vùng 1 gặp 5 trường hợp từ tháng thứ 6 sau phẫu thuật và đường phản ứng này không tiến triển nặng thêm, bệnh nhân không xuất hiện triệu chứng đau ở đùi. Nguyên nhân do cân bằng phần mềm không tốt gây căng cơ mông và tạo ra đường phản ứng này ở vùng I.

Tai biến và biến chứng

Tai biến trong phẫu thuật

Không có trường hợp nào trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phải truyền máu trong mổ. Điều này đạt được là do quá trình phẫu thuật được thực hiện nhanh, chính xác, thực hiện cầm máu ngay trong khi phẫu thuật, thời gian phẫu thuật chỉ từ 50 phút đến tối đa 90 phút. Chúng tôi sử dụng đường mổ ít xâm lấn phía sau bên với đường rạch da chỉ khoảng 8-12cm do vậy ít gây tổn thương phần mềm và chảy máu.

Về tổn thương mạch máu, thần kinh, chúng tôi không gặp trường hợp nào. Sử dụng lối vào sau bên, sau khi cắt chỗ bám tận của khối cơ chậu hông mấu chuyển chúng tôi không bóc tách thêm ra phía sau mà cắt ngay bao khớp phía sau, không đặt banh vết mổ quá sâu và ra sau, do đó tránh được tổn thương thần kinh ngồi nếu có các bất thường giải phẫu của thần kinh này.

Biến chứng

Trật khớp: Chúng tôi gặp một trường hợp (1,4%) bị trật khớp sau phẫu thuật, bệnh nhân không phát hiện bị sai khớp lúc nào, sau phẫu thuật 1 tháng kiểm tra lại phát hiện sai khớp, bệnh nhân nữ bị lupus ban đỏ hệ thống nên thể trạng béo, sử dụng vỏ ổ cối 50 mm và chỏm đường kính 28 mm. Bệnh nhân được phẫu thuật đặt lại khớp trong phẫu thuật kiểm tra chuôi khớp, vỏ ổ cối không bị lỏng, sau phẫu thuật đặt lại khớp từ đó bệnh nhân không bị sai khớp lại. Đối với các loại chỏm to từ 36mm trở lên ít xảy ra biến chứng này. Thông thường vỏ ổ cối nhân tạo không xi măng được đặt theo góc nghiêng 45^o so với phương nằm ngang và chếch ra trước 20^o, tuy nhiên nếu cứ đặt vỏ ổ cối theo các góc nghiêng này có thể đặt sai vị trí vỏ ổ cối do khung chậu bệnh nhân và bàn mổ có thể bị nghiêng sai tư thế. Do vậy ngoài việc chỉnh lại bàn mổ theo đúng phương nằm ngang, cố định bệnh nhân thật tốt theo đúng tư thế nằm nghiêng 90^0, khi đặt vỏ ổ cối chúng tôi thường đặt vỏ ổ cối sao cho bờ trên vỏ ổ cối khoảng 10^0 nhỏ hơn độ nghiêng tự nhiên của ổ cối bệnh nhân, bờ dưới không lấp hết dây chằng ngang, bờ trước vỏ ổ cối không cao hơn bờ trước ổ cối của bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Thực tế nghiên cứu 58 bệnh nhân với 74 khớp háng tuổi trung bình 41.2 ± 6.3 tuổi được TKHTP ở bệnh nhân dưới 50 tuổi bị HTVKCXĐ, theo dõi trung bình 11,15 năm. Chúng tôi có một số nhận xét như sau:

Kết quả rất tốt và tốt 98.6%, trung bình 1.4%, không có kết quả xấu. Điểm trung bình Harris trước phẫu thuật là 41.68 ± 21,78, sau phẫu thuật là 98.82 ± 2.29 cho thấy phẫu thuật TKHTP không xi măng đã góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, phục hồi khả năng lao động.

Chuôi khớp Corail được cố định chắc bởi xương là 100%, không gặp lún chuôi khớp tiến triển và lỏng chuôi khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Radl R, Hungerford M, Materna W et al., Higher failure rate and stem migration of an uncemented femoral component in patients with femoral head osteonecrosis than in patients with osteoarthrosis. Acta Orthop 2005;76:49.

[2] Saito S, Saito M, Nishina T et al., Long-term results of total hip arthroplasty for osteonecrosis of the femoral head. A comparison with osteoarthritis. Clin Orthop Relat Res 1989:198.

[3] Lieberman JR, Berry DJ, Mont MA et al., Osteonecrosis of the hip: management in the 21st century. Instr Course Lect 2003;52:337.

[4] Fyda TM, Callaghan JJ, Olejniczak J et al., Minimum ten-year follow-up of cemented total hip replacement in patients with osteonecrosis of the femoral head. Iowa Orthop J 2002;22:8.

[5] Hartley WT, McAuley JP, Culpepper WJ et al., Osteonecrosis of the femoral head treated with cementless total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 2000;82-A: 1408.

[6] Schneider W, Knahr K, Total hip replacement in younger patients: survival rate after avascular necrosis of the femoral head. Acta Orthop Scand 2004;75:142.

[7] Cameron HU, Keppler L, McTighe T, The role of modularity in primary total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2006;21:89.

[8] Christie MJ, DeBoer DK, Trick LW et al., Primary total hip arthroplasty with use of themodular S-ROMprosthesis. Four to seven-year clinical and radiographic results. J Bone Joint Surg Am 1999;81:1707.