

## MỐI LIÊN QUAN CỦA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHÂN TRẮC VỚI THIẾT KẾ VẬT DA CÂN ĐÙI TRƯỚC NGOÀI TRONG PHẪU THUẬT TẠO HÌNH

Phan Văn Tân\*, Trần Thiết Sơn\*, Phạm Thị Việt Dung\*

### TÓM TẮT

Bài báo này nhằm mô tả các đặc điểm nhân trắc học vùng đùi và mối liên quan của các đặc điểm này tới khả năng đóng trực tiếp nơi cho vật đùi trước ngoài. Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân từ tháng 01/2017 đến 07/2021 tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Kết quả cho thấy có mối tương quan chặt chẽ giữa chỉ số BMI và chiều dày lớp mỡ dưới da vùng đùi theo phương trình: Độ dày vật =  $-0.6591 + 0.1021 \cdot \text{BMI}$  ( $r=0.7679$ ) ở nhóm nam và phương trình: Độ dày vật =  $-0.5126 + 0.1129 \cdot \text{BMI}$  ( $r=0.8717$ ) ở nhóm nữ. 22 bệnh nhân được đóng trực tiếp nơi cho vật (nhóm A), 16 bệnh nhân cần sử dụng ghép da hoặc vật tại chỗ (nhóm B). Chiều rộng trung bình và tỉ lệ chiều rộng/chu vi đùi trung bình trong nhóm A là 7.91 cm và 0.17, trong nhóm B là 11.2 cm và 0.24. Khả năng đóng trực tiếp vật cao nhất khi tỉ lệ chiều rộng vật/chu vi đùi dưới 0.1886. Có thể tính tỉ lệ đóng trực tiếp nơi cho vật theo phương trình hồi quy logistic... Kết luận có mối tương quan chặt chẽ giữa chỉ số BMI và độ dày lớp mỡ dưới da vùng đùi, khi thiết kế vật đùi trước ngoài có thể ước tính khả năng đóng nơi cho vật dựa vào tỉ lệ chiều rộng/chu vi đùi và độ dày lớp mỡ dưới da đùi.

**Từ khóa:** Nhân trắc vùng đùi, vật đùi trước ngoài, đóng trực tiếp, tỉ lệ chiều rộng/chu vi đùi, độ dày lớp mỡ dưới da.

### SUMMARY

#### THE CORRELATION OF ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS WITH ANTERIOR LATERAL THIGH FLAP'S DESIGN IN PLASTIC SURGERY

The purpose of this study is to describe thigh's anthropometric characteristics and their effect on the ability to primarily close the donor site of anterior lateral thigh flap. The study included 38 patient, from 01/2017 to 07/2021 at Xanh Pon general hospital. The result exhibited a stricted relationship between BMI and the thick of flap following the fomular: "the thick of cutaneous layer =  $-0.6591 + 0.1021 \cdot \text{BMI}$  ( $r=0.7679$ )" at male group and "the thick of cutaneous layer =  $-0.5126 + 0.1129 \cdot \text{BMI}$  ( $r=0.8717$ )" at female group. 22 patients were primarily closed the donor site (group A), when 16 patients were closed the donor site by skin graft or local flap (group B). In group A, the mean width flap and flap width to thigh circumference ratio were 7.91 cm and 0.17, comparing to 11.2cm and 0.24 in group B. The cut-off value of flap width to thigh circumference ratio to directly close

the donor site was less than 0.1886. We could estimate the ability of primary closure the donor site base on logistic regression formular. In conclusion, there are a strict relationship between BMI index and the thick of anterior lateral thigh flap. The ability to directly close the donor site can be estimated base on flap width to thigh circumference ratio and the thick of cutaneous layer.

**Keywords:** Thigh's anthropometry, anterior lateral thigh flap, primary closure, flap width to thigh circumference ratio, thick of cutaneous layer

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật đùi trước ngoài (Anterior lateral thigh: ALT) được Song Y.G và cộng sự giới thiệu lần đầu năm 1984 với thiết kế vật có nhánh nuôi từ nhánh xuyên cân da của động mạch mũ đùi ngoài để điều trị các tổn khuyết vùng mặt cổ.<sup>1</sup> Đã có nhiều tài liệu y văn nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu và ứng dụng, tuy nhiên các phương pháp đóng nơi cho vật và các thông số quyết định khả năng đóng trực tiếp nơi cho vật đùi trước ngoài chưa được nhiều tác giả nghiên cứu rõ. Đóng nơi cho trực tiếp, không cần sử dụng đến da ghép hay chuyển vật luôn là mục tiêu hàng đầu của các phẫu thuật viên khi thiết kế vật đùi trước ngoài. Một số tác giả kết luận với vật đùi trước ngoài có chiều rộng từ 6 – 8cm có thể đóng trực tiếp trong đa số các trường hợp.<sup>2</sup> Với vật có chiều rộng lớn hơn sẽ cần sử dụng đến ghép da, vật mạch xuyên, giãn da hoặc kéo liên tục hai mép vết mổ... để đóng trực tiếp nơi cho vật...<sup>3</sup> Các yếu tố khác được cho là có liên quan đến đóng trực tiếp nơi cho vật như chỉ số BMI, tuổi, chiều dài xương đùi, tỉ lệ giữa diện tích cắt ngang của cơ vùng đùi so với toàn bộ đùi, độ chun giãn của da vùng đùi. Tuy nhiên các nghiên cứu hiện nay mới chỉ ra mối liên quan riêng biệt của từng chỉ số nhân trắc học tới khả năng đóng nơi cho vật đùi trước ngoài, chưa chỉ rõ được mối liên quan của nhiều yếu tố nhân trắc học trên cùng một bệnh nhân khi đánh giá khả năng đóng trực tiếp nơi cho. Để có thể làm rõ hơn về mối liên quan của các yếu tố nhân trắc học trong thiết kế vật đùi trước ngoài, xác định các thông số dự đoán khả năng đóng trực tiếp nơi cho vật, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm nhân trắc vùng đùi và xác định mối tương quan giữa một số đặc điểm nhân trắc học với thiết kế vật đùi trước ngoài.*

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Tân.

Email: Drphanvantan@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 14/8/2021

Ngày duyệt bài: 28/8/2021

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu gồm 38 bệnh nhân trong đó có 5 bệnh nhân được thăm khám lâm sàng tiến cứu và 33 bệnh nhân được hồi cứu qua hồ sơ bệnh án.

### - Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Tất cả các bệnh nhân có các khuyết tổn được tạo hình bằng vật ALT.

+ Có bệnh án, hồ sơ lưu trữ, thông tin ghi chép đầy đủ về hành chính, ảnh chụp tổn thương, ảnh thiết kế vật trước, trong và sau phẫu thuật...

### - Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh lý: bệnh về mạch máu, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa...

+ Tổn thương vùng đùi nơi cho vật từ trước

+ Có rối loạn về tâm thần - thần kinh

- **Địa điểm:** Khoa Phẫu thuật tạo hình bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

- **Thời gian:** Từ 01/2017 đến 07/2021.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

- Thu thập số liệu:

+ Số liệu thu thập: tuổi, giới, BMI, chiều rộng tổn khuyết, chiều dài tổn khuyết, diện tích tổn khuyết, chiều rộng vật, chiều dài vật, diện tích vật, chu vi đùi, tỉ lệ chiều rộng vật/chu vi đùi, chiều dày lớp mỡ dưới da, phương pháp đóng nơi cho vật, các biến chứng gần sau đóng nơi cho vật.

- Tính giá trị P và OR khi so sánh giữa 2 nhóm đóng trực tiếp và ghép da.

- Sử dụng hàm covariance và corelation chứng minh hàm đồng biến và độ mạnh, sử dụng phương trình hồi quy logistic chứng minh mối quan hệ giữa biến số nhị phân và các biến độc lập, sử dụng mô hình nghiên cứu tiên lượng

Receiver Operating Characteristic (ROC) ước lượng giá trị biến số mang tính liên tục.

- Kết quả phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS, Inc., Chicago, Ill.)

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 38 bệnh nhân nghiên cứu có 26 bệnh nhân nam (68,4%) và 12 bệnh nhân nữ (31,6%). Tuổi trung bình phẫu thuật là  $33,97 \pm 13,07$  tuổi, tuổi trung bình nhóm nam là  $32,08 \pm 13,77$ , tuổi trung bình nhóm nữ là  $38,08 \pm 10,81$ , có sự khác biệt về tuổi trung bình của nhóm nam và nhóm nữ với  $P=0.0296$  (Bảng 1). Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 8 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 62 tuổi.

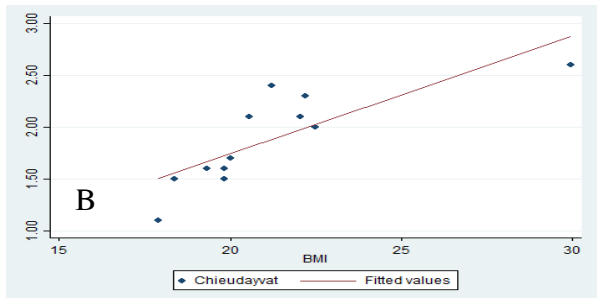
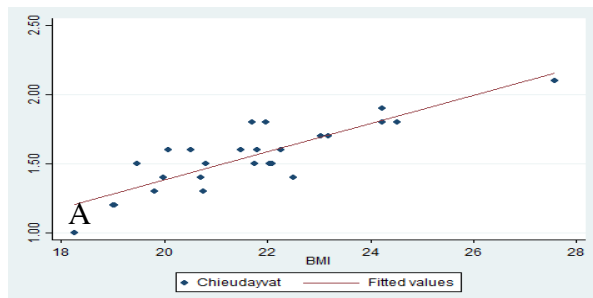
37/38 bệnh nhân có giá trị BMI nằm trong khoảng bình thường với giá trị trung bình nhóm đóng trực tiếp là  $21.6910 \pm 2.3141$  và nhóm không đóng trực tiếp là  $21.2037 \pm 2.5882$ , 1 bệnh nhân có giá trị BMI cao 29.9688. Không có sự khác biệt về giá trị trung bình BMI giữa 2 nhóm với  $P=0.1883$ .

Trong 38 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân đóng vật trực tiếp (nhóm A) và 16 bệnh nhân không đóng vật trực tiếp (nhóm B). Độ dày lớp mỡ dưới da giữa 2 nhóm đóng trực tiếp và không đóng trực tiếp không có sự khác biệt với  $P=0.1203$ , tuy nhiên độ dày lớp mỡ dưới da nhóm nữ là  $1.88 \pm 0.44$  cm dày hơn nhóm nam là  $1.55 \pm 0.24$  cm với  $P = 0.0059$ . Có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với hệ số  $r = 0.7679$  giữa BMI và độ dày lớp mỡ dưới da ở nhóm nam theo phương trình:

$$\text{Độ dày vật} = -0.6591 + 0.1021 \cdot \text{BMI}.$$

Ở nhóm nữ, có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ với hệ số  $r = 0.8717$  giữa BMI và độ dày lớp mỡ dưới da theo phương trình:

$$\text{Độ dày vật} = -0.5126 + 0.1129 \cdot \text{BMI}.$$



**Hình 1.** Mối tương quan tuyến tính BMI và chiều dày vật. (A) nhóm nam, (B) nhóm nữ.

Phân tích đường cong Receiver Operating Characteristic (ROC) tìm điểm cut-off cho kết quả khi tỉ lệ chiều rộng vật/chu vi đùi (CRV/CVĐ) dưới 0.1886 có khả năng cao đóng trực tiếp nơi cho vật.

Dựa trên phép phân tích hồi quy logistic, khả năng đóng trực tiếp nơi cho vật dựa vào tỉ lệ CRV/CVĐ và độ dày lớp mỡ dưới da đùi có công thức:

$$p = \frac{e^{15.589 - 4.489 \cdot A - 39.345 \cdot B}}{1 + e^{15.589 - 4.489 \cdot A - 39.345 \cdot B}}$$

(P: khả năng đóng trực tiếp nơi cho vạt, A: độ dày lớp mỡ dưới da, B: tỉ lệ CRV/CVĐ)

**Bảng 1.** Số liệu thống kê của các biến nghiên cứu

Biến	Chung	Đóng trực tiếp (nhóm A)	Không đóng trực tiếp (nhóm B)	Giá trị P
Tuổi	33,9737±13.0705	37.5 ± 13.0339	29.125 ± 11.8428	0.9751
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21.4858 ± 2.4113	21.6910 ± 2.3141	21.2037 ± 2.5882	0.1883
Độ dày lớp mỡ dưới da(cm)	1.65 ± 0.35	1.58 ± 0.25	1.76 ± 0.44	0.1203
Chiều rộng vạt (cm)	9.2632 ± 2.5248	7.9091 ± 1.9557	11.125 ± 1.9958	0.0000
Chu vi đùi (cm)	47.5132 ± 4.4120	47.5909 ± 4.1936	47.4063 ± 4.8347	0.5497
Chiều dài đường chuẩn(cm)	43.3947± 2.73406	43.8636 ± 2.0481	42.75 ± 3.4351	0.8901
Tỉ lệ chiều rộng vạt/ chu vi đùi (CRV/CVĐ)	0.1976±0.0601	0.1690 ± 0.0500	0.2371 ± 0.0503	0.0001



**Hình 2.** Bệnh nhân số 26 N.V.H mã hồ sơ 18123441. (A) thiết kế vạt kích thước 13x24cm. (B) Bóc vạt dạng da cân kèm theo đảo cơ. (C) Đóng trực tiếp nơi cho vạt

#### IV. BÀN LUẬN

Do có nhiều ưu điểm về số lượng và thành phần chất liệu đa dạng, tổn thương nơi cho tối thiểu và dễ che dấu, ngày nay vạt đùi trước ngoài ngày càng được sử dụng rộng rãi để tái tạo các tổn khuyết vùng chi thể và đầu mặt cổ trong chuyên ngành phẫu thuật tạo hình.<sup>4-6</sup> Đóng trực tiếp nơi cho vạt ALT luôn là mục tiêu ưu tiên của các phẫu thuật viên. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay chưa đề xuất phương pháp đánh giá toàn diện ảnh hưởng các thông số nhân trắc học vùng đùi tới khả năng đóng nơi cho vạt. Các tác giả đầu tiên báo cáo có thể đóng trực tiếp nơi cho vạt khi chiều rộng vạt dưới 8 cm.<sup>2</sup> Boca R và cộng sự kết luận có thể đóng trực tiếp vạt đùi trước ngoài nếu chiều rộng của vạt không vượt quá 16% chu vi vòng đùi, lớn hơn 18% chu vi vòng đùi thường không thể đóng trực tiếp nơi cho vạt, tác giả cũng chỉ ra rằng khi chỉ số BMI tăng thì khả năng đóng trực tiếp nơi cho vạt trong nhóm nghiên cứu giảm xuống, tuy nhiên chưa đưa BMI vào thông số ước lượng khả năng đóng nơi cho vạt.<sup>2</sup> Kyeongho Song và cộng sự đề xuất tỉ số diện tích cắt ngang cơ vùng đùi/điện tích cắt ngang toàn bộ đùi nhỏ hơn 0.821 là chỉ số tin cậy cho phép đóng nơi cho vạt.<sup>7</sup> Chúng tôi cho rằng tỉ số diện tích này có mối liên quan trực tiếp với độ dày lớp mỡ dưới

da, tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả không đề cập tới mối liên quan này. Hung và cộng sự đề xuất sử dụng vạt nhánh xuyên từ động mạch mũ đùi ngoài và động mạch mũ đùi trong để đóng trực tiếp tổn khuyết có kích thước lớn.<sup>3</sup>

Với cùng một chu vi đùi, độ dày lớp mỡ dưới da là khác nhau theo tình trạng giới tính, tuổi, BMI. Khả năng đóng trực tiếp vạt ALT khó khăn hơn khi độ dày lớp mỡ dưới da tăng. Chúng tôi tập trung nghiên cứu sâu về độ dày lớp mỡ dưới da đùi và tỉ lệ CRV/CVĐ do đây là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp trong thực hành lâm sàng và đồng thời biến đổi khi tuổi, giới, tình trạng BMI thay đổi. Vị trí đo độ dày lớp mỡ dưới da là bờ ngoài của vạt tại vị trí trung điểm đường nối gai chậu trước trên và điểm trên ngoài xương bánh chè, nơi số lượng mạch xuyên đi ra da là lớn nhất và có khả năng thiết kế vạt có diện tích lớn nhất.

Về kết quả số liệu thống kê, 36/38 bệnh nhân của chúng tôi nằm trong độ tuổi từ 16 đến 59, chỉ có 1 trường hợp trẻ em 8 tuổi và 1 trường hợp 62 tuổi. Độ dày lớp mỡ dưới da đùi khác biệt ở nhóm nam giới và nữ giới, và có mối tương quan chặt chẽ giữa chỉ số BMI và độ dày lớp mỡ dưới da đùi, kết quả này tương tự với tác giả Radovan Boca và cộng sự.<sup>7</sup> Từ dữ liệu thống kê, có thể thiết lập phương trình tuyến tính xác định độ dày lớp mỡ dưới da đùi theo công thức "Độ

dày vạt =  $-0.6591 + 0.1021 \cdot \text{BMI}$  ở nhóm nam giới và "Độ dày vạt =  $-0.5126 + 0.1129 \cdot \text{BMI}$ " ở nhóm nữ giới (Hình 1). Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận thấy sự khác biệt về độ dày lớp mỡ dưới da đùi ở nhóm đóng trực tiếp (nhóm A) và nhóm không đóng trực tiếp, khác với kết quả của tác giả Kyeongho Song và cộng sự.

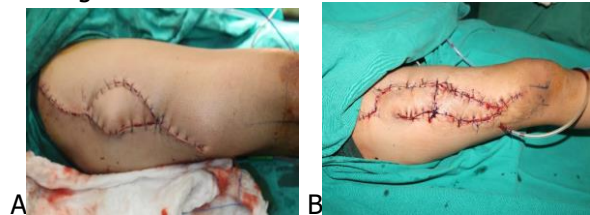
Khi so sánh nhóm A và nhóm B, chiều rộng trung bình của vạt ở nhóm A là 7.9 cm, có sự khác biệt so ở nhóm B là 11.1 cm. Tỷ lệ CRV/CVĐ ở 2 nhóm A và B cũng ghi nhận sự khác biệt rõ với kết quả lần lượt là 0.169 và 0.237. Các kết quả này tương tự với các nghiên cứu đã công bố.<sup>2</sup> Phân tích đường cong ROC cho kết quả khi tỷ lệ CRV/CVĐ dưới 0.1886 sẽ có khả năng cao đóng trực tiếp nơi cho vạt, lớn hơn giá trị tham chiếu 0.16 của tác giả Radovan B. đã đề xuất trước đó.<sup>2</sup> Tuy nhiên chúng tôi cho rằng dựa vào tỷ lệ CRV/CVĐ hay chiều rộng vạt đơn thuần còn nhiều hạn chế và tỷ lệ sai số cao, do đã bỏ qua các yếu tố tuổi, giới, tình trạng BMI hay độ dày vạt. Trong case nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân số 26 có chiều rộng vạt 13cm, tỷ lệ CRV/CVĐ 0.2889 vẫn có thể đóng trực tiếp nơi cho vạt trực tiếp (Hình 2). Do đó cần đưa yếu tố độ dày lớp mỡ dưới da và BMI vào công thức ước tính khả năng đóng trực tiếp nơi cho. Do chỉ số BMI và độ dày lớp mỡ dưới da có mối tương quan tuyến tính chặt chẽ, chúng tôi lựa chọn chỉ số độ dày lớp mỡ dưới da kết hợp tỷ lệ CRV/CVĐ, khác với tác giả Kyeongho Song lựa chọn chỉ số diện tích cơ đùi/điện tích toàn bộ đùi. Dựa trên phép phân tích hồi quy logistic, có thể ước lượng xác suất đóng trực tiếp nơi cho vạt dựa vào các biến độc lập là độ dày vạt và tỷ lệ CRV/CVĐ theo công thức:

$$p = \frac{e^{15.589 - 4.489 \cdot A - 39.345 \cdot B}}{1 + e^{15.589 - 4.489 \cdot A - 39.345 \cdot B}}$$

Với p là xác suất đóng trực tiếp nơi cho vạt, A là độ dày lớp mỡ dưới da đùi, B: tỷ lệ CRV/CVĐ. Kiểm định cho thấy tỷ lệ CRV/CVĐ và độ dày lớp mỡ dưới da đùi đều có tác động độc lập lên xác suất đóng nơi cho vạt với Sig = 0.002 và 0.028 < 0.05. Kết quả này đề xuất công thức đánh giá bám sát thực hành lâm sàng hơn so với các y văn đã công bố khi đưa nhiều chỉ số nhân trắc để đánh giá khả năng đóng trực tiếp nơi cho vạt.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số điểm hạn chế. Bên cạnh các yếu tố nhân trắc học ảnh hưởng khả năng đóng trực tiếp, thủ thuật véo da kiểm tra khả năng đóng vạt và bác sĩ trực tiếp đóng vạt không được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên trong nhóm bệnh

nhân hồi cứu. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của chúng tôi cũng chưa đủ lớn để các kết luận thuyết phục. Với các tổn khuyết nơi cho kích thước lớn, một số tác giả đề xuất phương pháp sử dụng vạt mạch xuyên, thiết kế vạt dạng chùm để đóng nơi cho vạt,<sup>3,8</sup> chúng tôi mặc dù đã sử dụng các phương pháp này (Hình 3) cho kết quả thành công nhưng cỡ mẫu còn nhỏ, chưa đủ số liệu đánh giá.



**Hình 3.** Các bệnh nhân sử dụng vạt nhánh xuyên đóng trực tiếp nơi cho vạt. (A) D.V.T mã hồ sơ 18035968. (B) L.V.D mã hồ sơ 18139452.

## V. KẾT LUẬN

Trong các đặc điểm nhân trắc học vùng đùi, có mối liên quan tuyến tính chặt chẽ giữa chỉ số BMI và độ dày lớp mỡ dưới da vùng đùi ở giới nam và giới nữ. Khả năng đóng trực tiếp nơi cho vạt đùi trước ngoài có thể được xác định dựa theo tỉ số chiều rộng vạt/chu vi đùi và độ dày lớp mỡ dưới da.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Song YG, Chen GZ, Song YL.** The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. *Br J Plast Surg.* 1984;37(2):149-159. doi:10.1016/0007-1226(84)90002-x
- Boca R, Kuo Y-R, Hsieh C-H, Huang E-Y, Jeng S-F.** A reliable parameter for primary closure of the free anterolateral thigh flap donor site. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(5):1558-1562. doi:10.1097/PRS.0b013e3181ef8cb7
- Hung K-S, Chen S-H, Chen W-C, Tseng W-L, Lee Y-C.** Surgical Algorithmic Approach to Facilitate Primary Closure of the Anterolateral Thigh Flap Donor Site in Head and Neck Reconstruction. *Ann Plast Surg.* December 2018. doi:10.1097/SAP.0000000000001729
- Dương Mạnh Chiến, Trần Thiết Sơn.** Nhận xét đặc điểm vạt đùi trước ngoài tự do dạng chùm trong tạo hình khuyết phần mềm bàn tay. *In: Tạp chí Y học Việt Nam (449), tháng 12 - số chuyên đề; 2016:154-161.*
- Trần Thiết Sơn, Phạm Thị Việt Dung.** Tính linh hoạt của vạt đùi trước ngoài trong phẫu thuật tạo hình. *In: Tạp chí Y học thực hành; 2011:8-11.*
- Trần Thiết Sơn, Sekido Mitsuru.** Atlas Phương Pháp Giãn Da Trong Phẫu Thuật Tạo Hình và Thẩm Mỹ. Nhà xuất bản Y học; 2019.
- Song K, Nam S, Choi S, Kim J, Lee J, Bae Y.** Objective preoperative estimation of the ability of primary closure on anterolateral thigh free flap

donor site: circumference and area ratios of deep tissue to thigh. *Microsurgery*. 2013;33(4):270-274. doi:10.1002/micr.22080

8. **Visconti G, Salgarello M.** Anteromedial thigh perforator-assisted closure of the anterolateral

thigh free flap donor site. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2013;66(7):e189-e192. doi:10.1016/j.bjps.2013.02.021

## KHỚP HÁNG CÁN NGẮN: PHÂN LOẠI VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

Mai Đức Thuận\*, Nguyễn Quốc Dũng\*, Nguyễn Tùng Lâm\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Cập nhật, hệ thống lại phân loại cũng như kết quả trên lâm sàng của khớp háng cán ngắn. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng của chúng tôi là các bài báo trên dữ liệu Pubmed, qua các tài liệu tìm được tiến hành phân tích, phân loại khớp háng cán ngắn và tổng hợp kết quả điều trị phẫu thuật theo từng phân loại đó. **Kết quả:** Có hai phân loại được sử dụng nhiều hơn cả đó là phân loại theo Khanuja H.S. (4 loại) và phân loại theo Hội nghiên cứu và phẫu thuật khớp (Joint implant surgery and research foundation-JISRF) 2 loại: Nhóm cố định vùng cổ và nhóm cố định vùng hành xương. Tại Việt Nam chỉ mới có khớp háng cán ngắn Spiron. **Kết luận:** khớp háng cán ngắn được phân loại tùy theo hình dáng, vị trí cố định và mức độ bảo tồn xương. Kết quả theo dõi chủ yếu tập trung trong thời gian ngắn hạn và trung hạn và tương đối khả quan.

**Từ khóa:** Khớp háng cán ngắn, phân loại, kết quả

### SUMMARY

#### SHORT-STEM HIP PROSTHESES: CLASSIFICATION SYSTEM AND TREATMENT OUTCOMES

**Objective:** An update on the classification systems and treatment outcomes of short-stem hip prostheses. **Materials and methods:** From electronic database of PubMed, relevant articles involving classification and treatment outcomes of different types of short-stem hip prostheses were identified and organized. **Results:** The most popular classification systems were developed by Khanuja H.S. (four categories) and Joint implant surgery and research foundation (JISRF) (two categories: neck-stabilized and metaphyseal-stabilized). In Vietnamese literature, the Spiron prosthesis was the only femoral short-stem with published studies. **Conclusions:** Short-stem hip prostheses were classified according to their morphology, fixation principles and preservation of proximal bone stock. The short to mid-term outcomes published by authors have been promising.

**Keyword:** Short-stem hip prostheses, classification systems, outcomes.

\**Bệnh viện TUQĐ 108,*

Chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/7/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2021

Ngày duyệt bài: 27/8/2021

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nếu khớp háng toàn phần ra đời vào những năm của thập niên thứ 4 thì mãi đến thập niên thứ 8 của thế kỷ thứ XX khớp háng cán ngắn mới ra đời, đánh dấu bằng việc chế tạo thành công của khớp bảo tồn xương Thrust-Plate [1].

Có nhiều thuật ngữ được sử dụng để nói đến khớp cán ngắn như: Khớp bảo tồn xương, khớp có kích thước ngắn, khớp cố định ở vùng cổ. Vì không có định nghĩa chính xác nên khớp cán ngắn được phân loại dựa theo mức độ bảo tồn xương, vị trí cố định và hình dáng cấu tạo. Vị trí cố định của khớp cán ngắn thường ở cổ xương đùi hoặc ở hành xương [2]. Tuy nhiên, một vài khớp được cố định mở rộng xuống dưới mẫu chuyển bé. Phần cổ xương đùi thường được bảo tồn một phần hoặc toàn bộ [2]. Sau hơn 30 năm sau, lần đầu tiên Việt Nam mới ứng dụng thành công khớp háng cán ngắn. Tuy nhiên ở Việt Nam khớp háng cán ngắn chưa thực sự được quan tâm đúng mực và sự hiểu biết về các loại khớp háng cán ngắn còn rất hạn chế, việc phân loại và kết quả phẫu thuật còn nhiều tranh cãi. Xuất phát từ lý do trên chúng tôi cập nhật, hệ thống lại phân loại cũng như kết quả trên lâm sàng của khớp háng cán ngắn.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng của chúng tôi là các bài báo trên dữ liệu Pubmed. Từ khóa đầu tiên để tìm kiếm là: "khớp háng cán ngắn", sau đó tài liệu được lọc lại bằng từ khóa thứ 2: "Phân loại khớp háng cán ngắn" hoặc "Kết quả thay khớp háng cán ngắn". Chúng tôi đã tìm được nhiều tài liệu theo cách trên và qua sàng lọc lại chọn được 20 tài liệu, trong đó có 2 tài liệu độ tin cậy mức II, 7 tài liệu độ tin cậy mức III, 11 tài liệu độ tin cậy mức IV, các tài liệu này có thời gian theo dõi trên lâm sàng ít nhất 2 năm.

- Nhiều nhất là các tài liệu nói về khớp cán ngắn cong, có 4 tài liệu nói về khớp háng cán ngắn cố định vùng cổ, 16 tài liệu về các loại cán ngắn cong, 6 tài liệu về khớp cán ngắn cố định vùng hành xương và có phần lõi ra lấp đầy vùng