

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP BIPOLAR CÓ XI MĂNG ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI VÀ KHỚP GIẢ CỔ XƯƠNG ĐÙI DO CHẤN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

VŨ ĐỨC LƯU

## TÓM TẮT

*Cơ sở: Một trong những phương pháp điều trị gãy cổ xương đùi di lệch ở người già là phẫu thuật thay khớp háng. Phương pháp: 47 bệnh nhân bị gãy cổ xương đùi đã được điều trị bằng phẫu thuật thay khớp Bipolar có xi-măng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 01/8/2005 đến 31/8/2008. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 75,94. Kết quả: Sau thời gian theo dõi từ 8 đến 29 tháng, trung bình 16,61 tháng, có 5 ca có cốt hoá lạc chỗ, 5 ca lỏng chuôi, 1 ca tử vong. Tỷ lệ: rất tốt đạt 22,73%, tốt là 38,64%, trung bình 15,92%, và kém là 22,73%. Kết luận: Phẫu thuật thay khớp Bipolar có xi-măng là một phương pháp điều trị tốt trong điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi.*

## SUMMARY:

*Background: One of the most common treatments of displaced fracture of femoral neck in elderly is bipolar hemiarthroplasty. Method: 47 patients of displaced fracture of femoral neck were treated by cemented bipolar hemiarthroplasty in the Central Military Hospital 108 from 1/8/2005 to 31/8/2005. The mean age of the patients at the time of surgery was 75.94 years. Result: Follow up ranged between 8 months and 29 months, mean 16.61 months. There were 5 case of osteo heterotopic, 5 cases of loosening, 1 cases died. There were 22.73% excellent results, 38.64% good results, 15.92% fair and 22.73% poor. Conclusion: Cemented bipolar hemiarthroplasty is good treatment for displaced fracture of femoral neck in elderly patients.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ xương đùi là một trong những gãy xương thường gặp nhất ở người già, liên quan nhiều đến bệnh lý loãng xương. Cùng với sự gia tăng tuổi thọ, số bệnh nhân gãy cổ xương đùi xuất hiện ngày càng nhiều. Hậu quả của gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi là rất nặng nề, làm tăng chi phí điều trị cho bản thân người bệnh cũng như cho xã hội. Việc chọn lựa phương pháp điều trị tối ưu cho tổn thương này ở người cao tuổi thật không đơn giản và đang là chủ đề được bàn luận nhiều.

Có rất nhiều phương pháp điều trị gãy cổ xương

đùi ở người cao tuổi.

Phương pháp điều trị bảo tồn ra đời sớm nhất, nhưng hiện nay chỉ còn mang ý nghĩa lịch sử hoặc để chuẩn bị cho các phương pháp khác.

Phẫu thuật KHX cũng không phải là lựa chọn phù hợp, vì tỷ lệ không liền xương, hoại tử chỏm và mổ lại cao. Tuy nhiên nó vẫn được áp dụng trong một số trường hợp nhất định.

Phẫu thuật thay khớp đường như là chỉ định phù hợp cho nhóm bệnh nhân này. Vấn đề đặt ra trong phẫu thuật này là nên thay khớp toàn phần hay chỉ thay bán phần, sử dụng chỏm Unipolar hay chỏm Bipolar.

Ở Việt Nam, phẫu thuật thay khớp háng mới được triển khai trong vài năm gần đây. Các nghiên cứu về khớp Bipolar trong điều trị gãy cổ xương đùi ở người cao tuổi còn rất ít.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu sử dụng khớp Bipolar có xi măng trong điều trị gãy cổ xương đùi do chấn thương ở bệnh nhân cao tuổi, nhằm:

1- Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp Bipolar có xi măng trong điều trị gãy cổ xương đùi do chấn thương và khớp giả cổ xương đùi ở bệnh nhân cao tuổi.

2- Rút ra một số nhận xét về chỉ định và kỹ thuật của phương pháp.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng

Là những BN GCXĐ đã được thay khớp háng Bipolar có xi măng tại Viện CTCH – Bệnh viện TƯQĐ 108, từ 01/8/2005 đến 31/8/2008.

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN

- Tuổi từ 60 trở lên.
- GCXĐ nội khớp **do chấn thương** và khớp giả cổ xương đùi.
- Có đủ bệnh án, phim XQ trước và sau mổ; địa chỉ rõ ràng.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ BN

- Những BN không đáp ứng đủ các yêu cầu trên.  
**2. Phương pháp nghiên cứu**  
**2.1. Nghiên cứu hồi cứu**  
 - Lập danh sách BN, mời BN tái khám theo hẹn.  
**2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu**  
 - Các yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, nguyên nhân)  
 - Quy trình điều trị (chẩn đoán, chỉ định, phương pháp mổ, vật lý trị liệu và PHCN).  
 - Kết quả theo dõi định kỳ, gồm LS và XQ.

**2.3. Chỉ định phẫu thuật**  
 Điều kiện: sụn ổ cối còn bình thường  
 - Gãy cổ xương đùi nội khớp di lệch (Garden III, IV).

- Khớp giả cổ xương đùi sau GCXĐ.  
 \* **Chống chỉ định**  
 - Tình trạng toàn thân, tại chỗ không đủ điều kiện PT hay vô cảm.  
 - BN không đồng ý thay khớp Bipolar.

**2.4. Đánh giá kết quả sau PT**  
 a. Đánh giá kết quả gần (trong 3 tháng đầu sau PT).  
 b. Đánh giá kết quả với thời gian trên 3 tháng sau phẫu thuật.

**3. Phương pháp xử lý số liệu:** theo chương trình Epi 6.0.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm phân bố số liệu

##### 1.1. Tuổi và giới (n = 47)

Tuổi trung bình: 75,94 (66 tuổi - 93 tuổi).

##### 1.2. Có bệnh lý nội khoa kết hợp: (n = 47) 9 BN

##### 1.3. Thời gian theo dõi (n = 44)

Thời gian theo dõi trung bình: 16,61 tháng (8 tháng - 29 tháng).

#### 2. Kết quả theo dõi

##### 2.1. Kết quả gần

a. Diễn biến tại vết mổ: (n = 47) Nhiễm khuẩn: 0 BN.

b. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: (n = 47) 13,94 ngày.

##### 2.2. Kết quả xa

a. Biên độ khớp: (n = 39)

Trung bình: 201,54<sup>o</sup> (từ 120 – 290<sup>o</sup>).

Biên độ gấp / duỗi: trung bình: 106,57<sup>o</sup> (từ 80 – 130<sup>o</sup>).

b. Mức độ đau (n = 44)

Mức độ đau	44 điểm	40 điểm	30 điểm	< 30 điểm
Số BN	18	21	5	0
Tỉ lệ %	40,91	47,73	11,36	0

c. Biến dạng chi: không có BN nào ở mức 0 điểm của Harris.

d. Kết quả chung: Kết quả lâm sàng theo Harris (n=44)

Mức độ	rất tốt	tốt	trung bình	kém	cộng
Số BN	10	17	7	10	44
Tỉ lệ	22,73%	38,64%	15,92%	22,73%	100%

\* Tổng số rất tốt và tốt là 27 BN, chiếm 61,37%.

\* Điểm Harris trung bình 81,14 điểm (48 – 100).

#### 2.3. Tai biến, biến chứng

a. Tai biến trong mổ: 0 BN

b. Biến chứng gần: 0 BN

c. Biến chứng xa

\* Mòn ổ cối: (n = 39) 0 BN

\* Lồng chuôi: (n = 39) 5 BN (12,82%)

\* Tiêu xương quanh khớp nhân tạo: (n = 39) 0 BN

\* Cốt hoá quanh khớp nhân tạo: (n = 39) 5 BN

\* Gãy xương quanh khớp nhân tạo: (n = 39) 0 BN

\* Trật khớp: (n = 44) 0 BN

d. Tử vong: (n = 45)

Tổng số tử vong sau mổ: 4 ca (17,76%).

### BÀN LUẬN

#### 1. Chỉ định

Vấn đề còn được bàn cãi nhiều là lựa chọn PT nào cho GCXĐ. Với gãy không hoặc ít di lệch, chất lượng xương còn tương đối tốt, KHX là lựa chọn phù hợp có thể áp dụng cho mọi lứa tuổi. Nhưng với GCXĐ di lệch, hoặc với những BN loãng xương nặng, thì việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp là không hề đơn giản do biến chứng không liền xương và hoại tử chỏm cao.

GCXĐ ở người cao tuổi liên quan nhiều với tình trạng loãng xương. Chúng tôi cho rằng PT thay khớp kỳ đầu là lựa chọn hợp lý vì: sau PT bệnh nhân hết đau ngay, có thể ngồi dậy và tập vận động đi lại sớm, khôi phục nhanh chóng chức năng khớp háng cũng như ngăn ngừa được các biến chứng do nằm bất động kéo dài; và trong một thời gian dài (trên 10 năm) BN sẽ không phải mổ lại. Nếu chọn KHX thì kết quả sẽ không chắc chắn, nguy cơ mổ lại sớm là rất cao.

Với nhóm BN có độ tuổi từ 65 - 75: theo Zuckerman và cs, cần đánh giá các yếu tố BN và ổ gãy. Các yếu tố BN gồm: tuổi, khả năng đi lại, tình trạng chức năng, tinh thần, khả năng tuân thủ quy trình tập luyện và phục hồi chức năng sau mổ, các bệnh lý kết hợp. Các yếu tố ổ gãy gồm: mức độ di lệch, loãng xương, mức độ gãy nát, tuổi ổ gãy.

Việc chọn lựa Unipolar hay Bipolar cũng là một chủ đề còn đang gây nhiều tranh cãi. Tuy trong một vài n/c gần đây cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về kết quả LS; tỉ lệ tử vong và tỉ lệ biến chứng giữa chúng... song có nhiều n/c cho thấy hiệu quả giảm mòn ổ cối của Bipolar là hơn hẳn Unipolar và chất lượng cuộc sống sau mổ của những BN thay khớp Bipolar được cải thiện tốt hơn. Mặt khác, trong trường hợp phải mổ lại chuyển thành KHXP thì khớp Bipolar sẽ thuận lợi hơn so với khớp Unipolar.

Theo chúng tôi, nếu tuổi thọ BN không còn nhiều, yêu cầu điều trị không cao, BN không muốn dùng khớp Bipolar thì có thể sử dụng khớp Unipolar cho những BN này với lợi ích chi phí thấp và kết quả lâm sàng ở mức chấp nhận được. Nhưng nếu có điều kiện thì nên sử dụng khớp Bipolar.

Về chọn lựa cách cố định, tuy cố định không xi măng có ưu điểm là tuổi thọ khớp kéo dài hơn, nhưng sau mổ BN phải mất 6 - 12 tuần để xương mọc bám chắc vào chuôi. Nếu BN đi lại tỷ nén sớm sẽ phá vỡ quá trình này và làm mất tác dụng cố định. Trong khi đó, với cố định xi măng, ngay sau mổ BN đã có thể đứng tỷ nén hoàn toàn lên chân bệnh và đi lại được

ngay. Điều này đặc biệt có ý nghĩa với BN cao tuổi vì sẽ hạn chế được các biến chứng. Hơn nữa, ở những BN này, tình trạng loãng xương thường không đảm bảo cho cách cố định không xi măng.

## 2. Kết quả

Các chỉ số quan trọng của Harris là mức độ giảm đau và khả năng đi lại đã đạt điểm khá cao sau PT thay khớp Bipolar. Vì không đau, nên BN có thể tập PCHN, khôi phục chức năng khớp háng tốt hơn; điều này cho thấy ưu thế của PT thay khớp so với PT KHX.

Khả năng đi lại của BN: trong số 38 BN mà trước khi gãy đi lại bình thường, khả năng đi bộ sau khi thay khớp đã được khôi phục tới 70,94%. Có 31 BN (81,56%) khôi phục hoàn toàn. Phần lớn các BN đều tự phục vụ đáp ứng các nhu cầu sinh hoạt hàng ngày. Những BN đi lại khập khiễng nhiều, phải dùng gậy thường xuyên, khoảng cách đi bộ ngắn là những BN khớp giả, hoặc tình trạng trước mổ kém (Parkinson).

Các chỉ tiêu đánh giá khả năng trở lại các sinh hoạt liên quan nhiều đến mức độ khôi phục tâm hoạt động khớp trên cả 3 chiều không gian. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tâm hoạt động khớp háng trung bình đạt 201,54<sup>o</sup> (thấp nhất 120<sup>o</sup>, cao nhất 290<sup>o</sup>), biên độ gấp duỗi trung bình đạt 106,67<sup>o</sup> (thấp nhất 80<sup>o</sup>, cao nhất 130<sup>o</sup>); với biên độ này, BN có thể đi lại và sinh hoạt tương đối tốt.

Kết quả trên cho thấy: chỉ định PT thay khớp ở những BN này là hợp lý.

Trong nhóm 9 BN có bệnh nội khoa kết hợp: 4 ca tốt; 2 ca trung bình; 2 ca kém; 1 ca tử vong có 3 bệnh kết hợp. Nhận xét: tỉ lệ trung bình và kém liên quan nhiều tới các bệnh lí nội khoa kết hợp, đặc biệt là những bệnh như TBMMN, Parkinson.

Một nguyên nhân quan trọng dẫn đến tăng tỉ lệ kém, là vấn đề tập PHCN. Có hai xu hướng ở các BN sau mổ thay khớp: hoặc không dám đi lại vận động, hoặc đi lại quá nhiều. Cả hai xu hướng này đều dẫn đến giảm chức năng khớp, mòn ổ cối và lỏng chuôi sớm.

## 3. Tai biến, biến chứng

### a. Lỏng chuôi

Lỏng chuôi cũng là một nguyên nhân làm tăng tỉ lệ mổ lại sau PT thay khớp. Trong n/c của chúng tôi có 2 ca có dấu hiệu lỏng và 3 ca nghi ngờ lỏng. Có một vấn đề cần xem xét: những BN có dấu hiệu lỏng chuôi trên film XQ có thực sự bị lỏng không? Hay đây là phần tổ chức xơ sợi quanh khớp?

### b. Cốt hoá quanh khớp nhân tạo

Nguyên nhân chưa được xác định rõ, nhưng các n/c cho thấy có hai nhóm yếu tố nguy cơ liên quan tới biến chứng này: nhóm các yếu tố liên quan tới BN, và nhóm các yếu tố liên quan tới kỹ thuật mổ. Chúng tôi đã hạn chế biến chứng này bằng cách: kỹ thuật mổ ít gây sang chấn, bơm rửa sạch vùng mổ, lấy bỏ các chồi xương và tổ chức xơ sợi, các vụn xương, xi măng, đặt dẫn lưu; dùng các thuốc giảm đau sau mổ. Tuy vậy vẫn không loại trừ được biến chứng này.

c. Tử vong: Có 1 ca (2,22%) tử vong sau mổ 28 ngày. Phải **rất thận trọng** khi chỉ định thay khớp cho những BN có các bệnh lí nội khoa kết hợp.

## KẾT LUẬN

### 1. Kết quả

- Hiệu quả của Bipolar trong điều trị GCXĐ do chấn thương ở BN cao tuổi là khá quan. Tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm đa số (61,36%), thậm chí cả với các BN có kết quả trung bình (15,92%) và kém (22,73%) thì tỉ lệ hài lòng của những BN đó với kết quả PT rất cao, vì chất lượng cuộc sống sau mổ của họ được cải thiện nhiều.

Tỉ lệ tốt và rất tốt ở nhóm được mổ sớm (81,82%) cao hơn nhiều so với nhóm mổ muộn (36,36%). Đặc biệt với những trường hợp khớp giả thì tỉ lệ tốt rất thấp (25%). Điều này cho thấy nên chủ động mổ sớm khi có thể.

- Tai biến biến chứng: so le chi (dưới 1 cm) 10,65%; lỏng chuôi (trên XQ): 12,85%, cốt hoá: 12,85%, chiếm tỉ lệ khá cao. Tuy nhiên việc xác định những biến chứng này còn chưa rõ ràng vì chúng chỉ biểu hiện trên XQ ở mức độ nhẹ, lâm sàng vẫn bình thường. Hiện tại không cần can thiệp. Những trường hợp này đã được chú ý theo dõi.

- Kết quả trung bình và kém thường gặp ở nhóm có nhiều bệnh nội khoa kết hợp và nhóm mổ muộn.

- Việc tập PHCN và tuân thủ tốt các hướng dẫn của thầy thuốc cũng như vai trò của kỹ thuật mổ là các yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng tới kết quả lâm sàng.

### 2. Chỉ định

- Là chỉ định thích hợp trong điều trị GCXĐ nội khớp và khớp giả cổ xương đùi ở BN cao tuổi khi tình trạng sun ổ cối còn tốt.

- Cần cân nhắc khi chỉ định cho những BN có nhiều bệnh nội khoa kết hợp (đặc biệt các bệnh tim mạch, TBMMN cũ) và những BN sức khoẻ kém.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Asnis SE, L Wanek-Sgaglion: Intracapsular fractures of the femoral neck. Results of cannulated screw fixation. *JBJS (Am)* Vol 76, Issue 12, 1793-1803.(1994).
2. Callaghan J.J et al: The Adult Hip. *L.W.W (2007)*
3. Cornell, Charles N. et al: Unipolar versus Bipolar hemiarthroplasty for the treatment of femoral neck fractures in the elderly. *Clin Orthop* 348: 67-71, March 1998.
4. Eiskjaer S. et al: Component motion in bipolar cemented hemiarthroplasty. *J Orthop Trauma*, 1989 3: (Medline Abstract).
5. Jame S.E, Gallanaugh S.C: Bi-articular hemiarthroplasty of the hip: a 7 year follow – up. *Injury*; 1991; 22: 391-393.
6. Lu-Yao GL et al: Outcomes after fractures of the femoral neck: A meta-analysis of one hundred and six published reports. *JBJS (Am)* 1994; 76: 12-25.
7. Nikolopoulos K.E et al: Long – term outcome of patients with avascular necrosis, after internal fixation of femoral neck fractures. *Injury* 2003 Jul; 34(7): 525-8.
8. Oren Ellis : Displaced femoral neck fractures in the elderly. *Health and age*. July 2, 2001.
9. Schulte KR, Callaghan JJ et al: The outcome of Charnley total hip replacment after a minimum twenty years follow up. The results of one surgeon. *JBJS*; 1993; 75A: 961-975.