

nguyên cứu nhận thấy thể khởi phát ở trẻ em hay gặp kiểu gen đồng hợp tử (32%)[1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2/52 bệnh nhân có kiểu gen đồng hợp tử c.2010+1G>C là có CRIM âm tính. Trong khi đó cá nghiên cứu khác thấy có tới 46% bệnh nhân CRIM âm tính[2]. Đây là một trong những tiên lượng tốt cho việc điều trị ERT cho bệnh nhân Việt Nam: kết quả tốt hơn và tránh được liệu trình điều trị dung nạp miễn dịch.

Cho tới nay, rất khó có thể tìm mối liên quan giữa kiểu gen và kiểu hình ở nhóm bệnh này (20% không tìm thấy mối liên quan)[1].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã phát hiện ra đặc điểm riêng biệt của bệnh nhân Pompe tại Việt Nam giúp lên kế hoạch điều trị và tư vấn di truyền phù hợp: Hầu hết mang kiểu hình thể điển hình khởi phát ở trẻ nhỏ (94,2%). Phát hiện đột biến phổ biến c.1933G>C (50%) và kiểu gen phổ biến là đồng hợp tử c.1933G>C (41%). 96% bệnh nhân có CRIM dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Taverna, S., Cammarata, G., Colomba, P., Sciarrino, S., Zizzo, C., Francofonte, D., ... Duro, G. (2020). Pompe disease: pathogenesis, molecular genetics and diagnosis. *Aging (Albany NY)*, 12(15), 15856–15874.

2. Peruzzo, P., Pavan, E., & Dardis, A. (2019). Molecular genetics of Pompe disease: a comprehensive overview. *Annals of Translational Medicine*, 7(13).
3. Fukuhara, Y., Fuji, N., Yamazaki, N., Hirakiyama, A., Kamioka, T., Seo, J.-H., ... Okuyama, T. (2017). A molecular analysis of the GAA gene and clinical spectrum in 38 patients with Pompe disease in Japan. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, 14, 3–9.
4. Kim, M.-S., Song, A., Im, M., Huh, J., Kang, I.-S., Song, J., ... Jin, D.-K. (2018). Clinical and molecular characterization of Korean children with infantile and late-onset Pompe disease: 10 years of experience with enzyme replacement therapy at a single center. *Journal of the Korean Pediatric Society*.
5. Ngiwsara, L., Wattanasirichaigoon, D., Tim-Aroon, T., Rojnueangnit, K., Noojaroen, S., Khongkraparn, A., ... Svasti, J. (2019). Clinical course, mutations and its functional characteristics of infantile-onset Pompe disease in Thailand. *BMC Medical Genetics*, 20.
6. Al-Hasnani, Z. N., Khalifa, O. A., Bubshait, D. K., Tulbah, S., Alkorashy, M., Alzaidan, H., ... Al-Sayed, M. (2018). The phenotype, genotype, and outcome of infantile-onset Pompe disease in 18 Saudi patients. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, 15, 50–54.
7. Capelle, C. I. van, Poelman, E., Frohn-Mulder, I. M., Koopman, L. P., Hout, J. M. P. van den, Régal, L., ... Ploeg, A. T. van der. (2018). Cardiac outcome in classic infantile Pompe disease after 13 years of treatment with recombinant human acid alpha-glucosidase. *International Journal of Cardiology*, 269, 104–110.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY LẠI KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Võ Thành Toàn*, Ngô Hoàng Viễn*, Nguyễn Minh Dương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật thay lại khớp háng tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu mô tả 30 bệnh nhân (BN) thay lại khớp háng tại Bệnh viện Thống Nhất từ 6/2015 đến tháng 6/2019. Các BN sau mổ được theo dõi triệu chứng lâm sàng và X-quang trong 3 năm để đánh giá các biến chứng, điểm chức năng Harris và mức độ hài lòng. **Kết quả:** tuổi trung bình là 53 (từ 36 đến 65 tuổi). Giới nam chiếm ưu thế 63,3%. BMI trung bình là 23,5. Thời gian giữa 2 lần thay khớp trung bình 15 năm. Nguyên nhân thay lại khớp háng chủ yếu là nhiễm

trùng chiếm 43,3%. Khớp háng loại không xi măng chiếm 86,7%, 73,3% chuỗi phủ HA, 76,7% là loại ceramic (trong đó 40% là ceramic/ ceramic), 43,3% kích thước cổ chuỗi >32mm. Vị trí đặt ổ chảo khi thay khớp lần đầu dao động chủ yếu xung quanh trị số ngả trước 18° và nghiêng 41°. Biến chứng sau thay lại khớp háng chiếm 40%, chủ yếu là gãy quanh dụng cụ chiếm 16,7%. Thời gian nằm viện trung bình 10 ngày. Đa phần các BN có cải thiện điểm đau, chỉ có 2 BN đau từ trung bình đến nặng. Điểm Harris từ tốt đến xuất sắc chiếm 71%, trung bình 17%, tệ 12%. **Kết luận:** mất vững khớp háng và lỏng cơ học là những chỉ định phổ biến nhất cho phẫu thuật thay lại khớp háng. Việc phẫu thuật thay lại khớp háng đặt ra khi khớp háng cũ đã không còn đảm bảo chức năng và giúp cho BN cải thiện được chất lượng vận động khớp háng và cuộc sống.

Từ khóa: thay lại, thay khớp háng nhân tạo toàn phần

SUMMARY

PRIMARY EVALUATION THE RESULTS OF

*Bệnh viện Thống Nhất,

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 4.01.2021

Ngày duyệt bài: 18.01.2021

REVISION TOTAL HIP ARTHROPLASTY AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: Primary evaluation the results of revision total hip arthroplasty at Thong Nhat hospital. **Methods:** A descriptively prospective study of 30 patients with revision total hip replacement at Thong Nhat Hospital, from 6/2015 to 6/2019. Postoperative, patients were monitored for clinical symptoms and radiographs for 3 years to evaluate complications, Harris functional score and satisfaction level. **Results:** the mean age is 53 (from 36 to 65 years). Men dominate 63,3%. Average BMI is 23.5. The mean time between two hip replacements is 15 years. The main cause of revision hip replacement was infection, accounting for 43.3%. Cementless prosthetic account for 86.7%, 73.3% stem coated HA, 76.7% are ceramic types (of which 40% are ceramic on ceramic), 43.3% neck components are size of more than 32mm. The position of the acetabular components when primary total hip replacement fluctuated mainly around the anteversion of 18° and inclination of 41°. Complications after revision hip accounted for 40%, mainly fracture periprosthetic, accounting for 16.7%. The average time of hospital stay is 10 days. The majority of patients had improvement in pain score, only 2 patients had moderate to severe pain. Harris scores from good to excellent are 71%, averaging 17%, and bad 12%. **Conclusion:** hip instability and mechanical loosening are the most common indications for revision hip replacement. The revision hip replacement surgery is set out when the old hip joint is no longer functional and helps the patient improve the quality of hip mobility and life.

Key words: revision, total hip arthroplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay lại khớp háng là một thách thức đối với các bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình và thường đòi hỏi nguồn lực của bệnh viện cao (1), (2).

Thay khớp háng toàn phần được đưa ra từ thập niên 60 và tới nay đã được cải tiến cả về kỹ thuật mổ và thiết kế khớp nhân tạo, đem lại kết quả thỏa mãn trong 15 – 20 năm theo dõi. Với sự gia tăng tuổi thọ dân số và chất lượng sống ngày càng cao, việc phẫu thuật thay lại khớp háng gần đây đã được đặt ra. Nguyên nhân thay lại chủ yếu là hao mòn, trôi, trật, mất vững hay nhiễm trùng. Trong số đó, nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất. Chúng ta phải đặt ra câu hỏi: tại sao một số trường hợp thay khớp háng toàn phần lại thất bại, dẫn đến phẫu thuật thay lại phức tạp và tốn kém về mặt kỹ thuật? Câu hỏi này ngày nay có tầm quan trọng đặc biệt trong thời điểm các nhà cung cấp dịch vụ y tế kinh tế đang đặt ra những câu hỏi đầy thách thức (3).

Các yếu tố nguy cơ thay lại khớp háng bao gồm: béo phì, vị trí đặt ổ cối, nhiễm trùng, có hay không dùng xi măng. Nguy cơ thay lại khớp

háng ở BN trẻ hơn 55 tuổi tùy thuộc vào đường mổ, kích thước chỏm và loại chống đỡ. Đường mổ trước giảm nguy cơ thay lại so với đường mổ sau ngoài, trong khi việc sử dụng chỏm ≥ 38 mm và loại chống đỡ kim loại trên kim loại (MoM – metal on metal) làm tăng nguy cơ phải thay lại khớp háng dù do bất kì nguyên nhân gì (4).

Các dự báo gần đây cho thấy gánh nặng của việc thay lại khớp háng dự kiến sẽ tăng 137% trong vòng 25 năm tới. Trong khi phần lớn BN hài lòng với khớp thay lại, trong khi một số khác không thực sự kỳ vọng vào tuổi thọ lâu dài của khớp thay lại nhân tạo (5). Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm: *Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật thay lại khớp háng tại Bệnh viện Thống Nhất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả 30 BN thay lại khớp háng tại Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh từ 6/2015 đến tháng 6/2019.

2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: các BN được thay khớp háng toàn phần trước đó vì các lý do không phải nhiễm trùng hay ác tính, các loại khớp khác nhau được sử dụng. Các BN đều khỏe mạnh và không có bệnh lý nền đặc biệt ảnh hưởng đến tiên lượng sống lâu dài, các BN đi lại khó khăn trước khi thay lại khớp háng, các BN được chụp X-quang và cắt lớp để đánh giá trước phẫu thuật, lấy lại các thông tin và hình ảnh cũ khi phẫu thuật thay khớp lần đầu. Các BN sau mổ được theo dõi triệu chứng lâm sàng và X-quang trong 3 năm để đánh giá các biến chứng và mức độ hài lòng.

Tiêu chuẩn loại trừ: các BN có chấn thương hay bệnh lý thần kinh, mạch máu chi cùng bên, các BN không thể tiến hành phẫu thuật do nhiễm trùng nặng hay loãng xương nặng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi: Tuổi trung bình là 53 (từ 36 đến 65 tuổi). Nhóm tuổi của chúng tôi có trẻ hơn so với trong nghiên cứu của Arkan S và cộng sự (6), có thể liên quan đến nguyên nhân thay khớp lần đầu, đặc biệt là các bệnh lý khớp trước đó, thói quen uống rượu vườn, hút thuốc lá và sử dụng thuốc đông y không rõ loại ở Việt Nam.

3.2. Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 nam và 11 nữ. Tỷ lệ nam: nữ là 1,7. Trong đó giới nam chiếm 63,3%. Kết quả này có khác với số liệu trong nghiên cứu của Thụy Điển, có thể do khác nhau trong thống kê và dịch tễ học (6). Lý giải giới nam chiếm ưu thế có thể do ở Việt

Nam vẫn đề sử dụng bia rượu, thuốc lá, cũng như vấn đề lao động nặng ở nam giới.

3.3. BMI: BMI trung bình là 23,5 (từ 17 đến 29). BMI trung bình nằm ở mức cân nặng bình thường theo tổ chức y tế thế giới (WHO), điều này phù hợp với cơ địa người Việt Nam. Theo Arkan S và cộng sự theo dõi 83.146 BN, các nhóm BMI khác nhau có liên quan đến nguy cơ phẫu thuật lại sau thay khớp háng lần đầu hay thay lại khớp háng, trong đó BN béo phì có nguy cơ cao hơn gấp đôi so với BN tiền béo phì hoặc cân nặng bình thường. Vì nhiễm trùng đường như là nguyên nhân chính, việc tùy chỉnh cân nặng, kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật và đặt máy hút áp lực âm vết mổ sau phẫu thuật cho BN béo phì có thể giúp giảm nguy cơ. Điều này sẽ giúp thông báo cho bác sĩ phẫu thuật và BN của họ về những rủi ro liên quan đến các mức BMI khác nhau (6).

3.4. Thời gian giữa 2 lần thay khớp: Trung bình 15 năm (từ 7 năm đến 32 năm). Độ bền hay tuổi thọ của khớp phù hợp với nhiều nghiên cứu, trung bình từ 10 đến 15 năm (3).

3.5. Nguyên nhân thay lại khớp háng:

Bảng 3.1. Các nguyên nhân thay lại khớp háng

Chẩn đoán ban đầu	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng trôi dụng cụ	13	43,3%
Mất vững/ Trật khớp	5	16,7%
Hao mòn (Tiêu xương)	6	20,0%
Gãy quanh dụng cụ	4	13,3%
Nguyên nhân khác	2	6,7%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng gây lỏng dụng cụ chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%, có thể do yếu tố nhiệt đới dễ tạo điều kiện cho vi trùng phát triển, cũng như các yếu tố sử dụng thuốc giảm đau không rõ nguồn gốc (thường có corticoide) trước khi thay khớp lần đầu làm suy giảm đề kháng của người bệnh. Nguyên nhân hao mòn cũng chiếm tỉ lệ thứ 2, có thể do yếu tố hoạt động nhiều, thói quen ngồi xổm của người Việt Nam; cũng như yếu tố thiết kế khớp của người châu Âu chưa phù hợp hoàn toàn với người châu Á và Việt Nam. Các nguyên nhân khác cũng được ghi nhận nhưng chiếm tỉ lệ thấp hơn. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của S. Mehdi và cộng sự (1).

Vấn đề hao mòn dụng cụ sản sinh ra từ các bề mặt chịu lực được cho là yếu tố chính làm giảm tuổi thọ lâu dài của khớp háng toàn phần. Chôm coban-chrome hoặc ceramic trên lớp lót cũ (được sử dụng chủ yếu bởi nhóm khớp Charnley) hoặc lớp lót polyethylene (PE) thông thường

(được phát triển để tránh sự phân hủy oxy hóa) đã được sử dụng ở đa số BN, nhưng có liên quan đến hao mòn và tiêu xương quanh dụng cụ. Bề mặt chịu lực thay thế đã được phát triển để giảm lượng hao mòn. PE đã trải qua nhiều cải tiến, từ sự phát triển của PE trọng lượng phân tử siêu cao đến PE liên kết chéo (XL). Các PE được cải tiến này đã cho thấy các đặc tính hao mòn tốt hơn khi kết hợp với các chỏm kim loại. Chịu lực cứng-cứng, chẳng hạn như ceramic-ceramic (CoC), với tỷ lệ tồn tại khoảng 97% sau 10 năm, hoặc kim loại-kim loại (MoM), với tỷ lệ tồn tại khoảng 90% sau 10 năm, ban đầu được coi là những lựa chọn hấp dẫn do giảm sản xuất các phần hao mòn, nhưng chúng không phù hợp với tất cả BN. Chịu lực CoC đã ghi nhận có tiếng kêu và vỡ, và chúng yêu cầu vị trí tối ưu để tránh nguy cơ xung đột từ cổ và ổ cối (3).

Nhiều lý thuyết khác nhau đã được đưa ra để giải thích nguyên nhân gây ra hiện tượng lỏng vô trùng dựa trên các nghiên cứu mô tả, thực nghiệm và lâm sàng. Cơ chế chính dường như là sự sản sinh dư thừa các phần hao mòn, gây ra phản ứng tiền viêm dẫn đến gia tăng biệt hóa tế bào hủy xương, sản xuất đại thực bào, tiêu xương tuyến tính hoặc khu trú và rời lỏng vô trùng (tiêu xương qua trung gian viêm). Tính nhạy cảm của bệnh nhân với việc lỏng vô trùng, có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố liên quan đến vật chủ, di truyền, phẫu thuật và vật liệu cấy ghép (3).

Trật khớp là một vấn đề khó khăn cho cả BN và bác sĩ phẫu thuật và việc quản lý nó rất tốn kém đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe. Yếu tố nguy cơ của BN bao gồm phẫu thuật trước đó, rối loạn thần kinh cơ, không có khả năng tuân thủ các hạn chế hoạt động và lạm dụng rượu. Hoại tử vô trùng, bệnh háng bẩm sinh, thay khớp háng toàn phần do gãy xương háng và phẫu thuật thay lại cũng là những yếu tố dễ mắc phải. Các yếu tố phẫu thuật liên quan đến trật khớp bao gồm định vị các bộ phận khớp giả, không khôi phục được chiều dài chân, cơ chế dạng và khiếm khuyết bao khớp và đường mổ sau. Định vị bộ phận giả trong vùng "an toàn" là quan trọng (chống ngã trước phối hợp quan trọng hơn). Tuy nhiên, các yếu tố khác như độ nghiêng và độ xoắn của khung chậu cũng quan trọng không kém. Các yếu tố liên quan đến vật liệu cấy ghép làm giảm tỷ lệ chỏm-cổ làm tăng nguy cơ trật khớp. Chỏm lớn hơn so với cổ thể hệ mới giúp cải thiện tỷ lệ đầu-cổ, tăng khoảng cách bước nhảy, giảm xung đột các thành phần và tăng phạm vi chuyển động. Khi cổ giả xung đột với chồi xương, mô sẹo, miếng lót, xi măng

hoặc can xương lạc chỗ sẽ có nguy cơ trật khớp. Căn nguyên của sự mất vững muôn thường do nhiều yếu tố và bao gồm sự hao mòn PE, sự sai lệch lâu dài của các bộ phận, chấn thương và rối loạn chức năng thần kinh và cơ (3).

Gãy xương đùi quanh khớp nhân tạo là một biến chứng quan trọng về mặt lâm sàng sau thay khớp háng toàn phần lần đầu và thay lại khớp háng. Những gãy xương này có liên quan đến kết quả lâm sàng kém và phục hồi chức năng và tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ mắc của chúng dường như đang tăng lên do tuổi thọ BN tăng, mức độ hoạt động đòi hỏi nhiều hơn và tỷ lệ thay lại ngày càng tăng. Yếu tố nguy cơ gãy xương sau mổ là tuổi cao, giới tính nữ, thoái hóa khớp sau chấn thương, loãng xương, viêm khớp dạng thấp, dị dạng đầu trên xương đùi, phẫu thuật háng trước đó, loại vật liệu cấy ghép và cố định, chấn thương nặng lượng thấp, tiêu xương, lỏng và thay lại khớp háng (3).

3.6. Vật liệu sử dụng:

3.6.1. Xi măng: Theo Kelly L. và cộng sự trong một nghiên cứu tổng hợp, các khớp có xi măng được Kaplan-Meier ước tính về khả năng bền vững của dụng cụ mà không cần phẫu thuật chỉnh sửa trong 10 năm, từ 88% đến 95%; các khớp không xi măng được Kaplan-Meier ước tính từ 80% đến 85% (7). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 BN (chiếm 86,7%) được thay lần đầu là loại khớp không có xi măng, và 4 BN là loại có xi măng (chiếm 13,3%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Kelly L. và cộng sự.

3.6.2. Phủ HA (adoption of hydroxyapatite): Có 22 BN (chiếm 73,3%) được sử dụng chuỗi khớp háng nhân tạo có phủ HA.

Theo Maria C Inacio và cộng sự, phủ HA vào chuỗi xương đùi giảm 17% nguy cơ phải sửa chữa lại khớp háng dù bất kì nguyên nhân gì (8).

3.6.3. Vật liệu cấu tạo khớp:

Bảng 3.2. Các loại khớp háng được sử dụng khi thay khớp háng lần đầu, trong đó XLPE là polyethylene liên kết chéo, Ceramic là gốm

Loại khớp háng	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
Ceramic/ Ceramic	12	40,0
Ceramic/ Non XLPE	5	16,7
Ceramic/ XLPE	6	20
Metal/ Metal	1	3,3
Metal/ Non XLPE	1	3,3
Metal/ XLPE	3	10,0
Ceramicised metal/ XLPE	2	6,7

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần là khớp loại ceramic/ ceramic chiếm 40%; chỉ có 6,7% là loại Ceramicised metal/ XLPE; có thể do yếu tố cung cấp và nguồn lực của các bệnh viện.

Theo nghiên cứu của Richard de Steiger và cộng sự theo dõi 41.265 BN thay khớp háng toàn phần lần đầu, cho thấy loại Ceramic/ Ceramic có tỉ lệ thay lại cao nhất; ngược lại, loại Ceramicised metal/ XLPE có tỉ lệ thay lại thấp nhất (9).

3.6.3. Kích thước cổ chuỗi:

Bảng 3.3. Kích thước cổ chuỗi khớp háng thay lần đầu

Kích thước	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
XLPE <32mm	7	23,3
XLPE 32mm	10	33,3
XLPE > 32mm	13	43,3

Kích thước cổ chuỗi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa phần là loại > 32mm (chiếm 43,3%), có thể do yếu tố ổ cối lớn do tư thế ngồi xõm đặc biệt của người Việt Nam.

Cũng theo nghiên cứu của Richard de Steiger và cộng sự, loại cổ chuỗi 32mm ít phải thay lại nhất, trong khi loại cổ chuỗi >32mm cho tỉ lệ thay lại cao nhất.

3.7. Vị trí ổ chảo: Vị trí đặt ổ chảo khi thay khớp lần đầu dao động chủ yếu xung quanh trị số ngả trước 18° và nghiêng 41°. Số liệu này phù hợp với phân bố vị trí ổ chảo theo nghiên cứu của Richard de Steiger và cộng sự, tập trung chủ yếu ở ngả trước 15° và nghiêng 42° cho tỉ lệ an toàn cao nhất (ít thay lại khớp nhất).

3.8. Đường mổ và khớp háng khi thay khớp háng lần đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87% BN được vào khớp háng bằng đường mổ sau ngoài, 13% sử dụng đường mổ trước.

Yếu tố này có thể ảnh hưởng bởi thói quen của phẫu thuật viên, cũng như yếu tố hư hại nặng do để lâu của người Việt cần đường mổ bộc lộ rộng và giải phóng cơ rút.

Trong y văn, có rất ít bằng chứng về ảnh hưởng của đường mổ đối với nguy cơ ngắn hạn khi thay lại khớp háng ở BN trẻ tuổi. Các báo cáo gần đây, đánh giá tỷ lệ biến chứng ngắn hạn giữa đường mổ trước và sau ngoài, không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật và nguy cơ thay lại. Một số báo cáo khẳng định kết quả thuận lợi của đường mổ trước so với đường mổ sau ngoài khi quan sát thời gian phục hồi và độ vững của háng. Tuy nhiên, những nghiên cứu này không tập trung vào bệnh nhân trẻ tuổi và kết luận rằng cần thêm bằng chứng (4).

3.9. Cải thiện điểm đau sau mổ: sử dụng thang điểm VAS: 28 BN (chiếm 93,3%) có cải

thiện điểm đau, chỉ có 2 (chiếm 6,7%) BN đau từ trung bình đến nặng, đã được cải thiện sau phẫu thuật chỉnh sửa lần 3.

3.10. Điểm Harris háng sửa đổi: Điểm Harris từ tốt đến xuất sắc chiếm 71%, trung bình 17%, tệ 12%. Số liệu này phù hợp với nghiên cứu của B F Kavanagh và cộng sự.

Tuy nhiên, theo Muiyat A. và cộng sự, điểm Harris cải thiện sau thay lại khớp háng thấp hơn so với khi thay khớp lần đầu. Điều này cho thấy việc thay lại khớp háng không hẳn đem lại chất lượng cuộc sống tốt như khi sau thay khớp lần đầu.

3.11. Biến chứng:

Bảng 3.5. Biến chứng sau thay lại khớp háng

Biến chứng	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng	2	6,6
Trật khớp	3	10,0
Lỏng dụng cụ	2	6,7
Gãy quanh dụng cụ	5	16,7
Tổn thương thần kinh	0	0
Thuyên tắc huyết khối	0	0

Biến chứng sau thay lại khớp háng chiếm 40%. Trong đó, biến chứng chủ yếu là gãy quanh dụng cụ chiếm 16,7%, gặp ở những BN lớn tuổi và do té ngã sau thay khớp toàn phần, có thể do chất lượng xương kém.

They Bryan D. và cộng sự nghiên cứu hồi cứu 1100 khớp háng thay lại với thời gian theo dõi dài nhất là 20 năm, nguyên nhân thất bại sau phẫu thuật thay lại khớp háng bao gồm: mất ổn định (35%), lỏng vô trùng (30%), tiêu xương hay hao mòn (12%), nhiễm trùng (12%), và các nguyên nhân khác (9%), gãy quanh khớp nhân tạo (2%) (5). Cũng theo nghiên cứu này, tỷ lệ tồn tại tổng thể của thay lại toàn bộ khớp háng sử dụng thời điểm tái thay lại làm điểm cuối có kết quả là 82% sau 10 năm và 72,6% sau 15 năm. Phần lớn các thất bại trong việc lỏng vô trùng xảy ra ở phần xương đùi có liên quan đến phủ xốp của chuôi đầu trên xương đùi. Các báo cáo gần đây về việc cố định ổ cối không xi măng trong phẫu thuật thay lại đã cho thấy kết quả đầy hứa hẹn với tỷ lệ còn sử dụng tốt được báo cáo là 97% sau 15 năm theo dõi.

Mất vững là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến thất bại trong thay lại toàn bộ khớp háng và kết quả trong y văn dao động từ 2% đến 16%. Nguyên nhân của trật khớp có liên quan đến nhiều căn nguyên, bao gồm các yếu tố BN, thiết kế các bộ phận và vị trí đặt, tình trạng của mô mềm và cơ xung quanh. Không có mẫu chuyển và kích thước chỏm nhỏ (22 mm) có liên quan đến tỷ lệ trật khớp cao hơn. Chỉ 57% háng vững vào lần theo dõi gần nhất. Một phần do việc

thiếu công nghệ chỏm lớn sẵn có và các tùy chọn bộ phận bị hạn chế (5).

3.12. Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình 10 ngày (từ 8 đến 21 ngày). Trong đó, BN nằm viện lâu nhất 21 ngày do trong quá trình nằm viện có sưng nề vết mổ. Số liệu này có khác biệt so với nghiên cứu của Kevin J và cộng sự theo dõi 51.345 BN thay lại khớp háng tại Mỹ. Tuy nhiên, thời gian nằm trung bình, chi phí trung bình và tần suất phẫu thuật thay đổi đáng kể theo khu vực điều tra dân số, loại bệnh viện và loại phẫu thuật thay lại khớp háng được thực hiện. Số liệu này có khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do yếu tố cơ địa người châu Á và dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà chưa phổ biến ở Việt Nam nên BN thường lưu trú lại bệnh viện lâu hơn để tập luyện sau mổ.

IV. KẾT LUẬN

Mất vững khớp háng và lỏng cơ học là những chỉ định phổ biến nhất cho phẫu thuật thay lại khớp háng ở bệnh viện chúng tôi. Việc phẫu thuật thay lại khớp háng đặt ra khi khớp háng cũ đã không còn đảm bảo chức năng và giúp cho BN cải thiện được chất lượng vận động khớp háng và cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Revision Hip Arthroplasty:** Infection is the Most Common Cause of Failure. S. Mehdi Jafari, Catelyn Coyle, S. M. Javad Mortazavi, Peter F. Sharkey, Javad Parvizi. 468 (8), Philadelphia, USA: Clin Orthop Relat Res, 2010 Aug, pp. 2046–2051. 20195808.
- 2. Risk Factors for Early Revision after Total Hip Arthroplasty.** Christopher J. Dy, Kevin J. Bozic, Ting Jung Pan, Timothy M. Wright, Douglas E. Padgett, Stephen Lyman. New York: Arthritis Care Res (Hoboken), 2014 Jun, Vol. 66(6), pp. 907–915. 24285406.
- 3. Total hip arthroplasty:** Survival and modes of failure. Theofilos Karachalios, George Komnos, and Antonios Koutalos. Greece: EFORT Open Rev, 2018 May, Vol. 3(5), pp. 232–239. 29951261.
- 4. The risk of revision after total hip arthroplasty in young patients depends on surgical approach, femoral head size and bearing type; an analysis of 19,682 operations in the Dutch arthroplasty register.** M. F. L. Kuijpers, G. Hannink, S. B. W. Vehmeijer, L. N. van Steenberg, B. W. Schreurs. 20: 385, Nijmegen, The Netherlands: BMC Musculoskelet Disord, 2019 Aug. 31438921.
- 5. Why Revision Total Hip Arthroplasty Fails.** Bryan D. Springer, Thomas K. Fehring, William L. Griffin, Susan M. Odum, John L. Masonis. Charlotte, NC USA: Clin Orthop Relat Res, 2009 Jan, Vol. 467(1), pp. 166–173. 18975043.
- 6. Body mass index is associated with risk of reoperation and revision after primary total hip arthroplasty: a study of the Swedish Hip Arthroplasty Register including 83,146 patients.**

- Arkan S Sayed-Noor, Sebastian Mukka, Maziar Mohaddes, Johan Kärrholm, Ola Rolfson. Sweden: Acta Orthop, 2019 Jun, Vol. 90(3), pp. 220–225. 30931664.
7. **Population-Based Rates** of Revision of Primary Total Hip Arthroplasty: A Systematic Review. Kelly L. Corbett, Elena Losina, Akosua A. Nti, Julian J. Z. Prokopetz, Jeffrey N. Katz. Massachusetts, USA: PLoS One, 2010 Oct, Vol. 5(10), p. e13520. 20976011.
8. **What Is the Risk of** Revision Surgery in Hydroxyapatite-coated Femoral Hip Stems? Findings From a Large National Registry. Maria C Inacio, Michelle Lorimer, David C Davidson, Richard N De Steiger, Peter L Lewis, Stephen E Graves. s.l: Clin Orthop Relat Res, 2018 Dec, Vol. 476(12), pp. 2353-2366. 30303878.
9. **The Effect of Size for** a Hydroxyapatite-Coated Cementless Implant on Component Revision in Total Hip Arthroplasty: An Analysis of 41,265 Stems. Wayne T Hoskins, Roger J Bingham, Michelle Lorimer, Richard N de Steiger. s.l: J Arthroplasty, 2020 Apr, Vol. 35(4), pp. 1074-1078. 31787355.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG BẰNG VẬT DƯỚI CẨM TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ KHOANG MIỆNG

Lê Văn Quảng^{1,2}, Ngô Quốc Duy¹, Lê Thế Đường¹,
Trần Đức Toàn¹, Nguyễn Văn Trọng², Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 25 BN mắc ung thư khoang miệng được phẫu thuật cắt bỏ u và tạo hình bằng vật dưới cằm tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K giai đoạn từ T1/2015 đến T3/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Trong số 25 BN nghiên cứu, tuổi mắc bệnh trung bình là 56,4 ± 10,3 tuổi; Tỷ lệ Nam/ Nữ 7,3/1. Trong đó: 17 BN ung thư sàn miệng, 4 BN niêm mạc má, 3 BN lưỡi, 1 BN lợi hàm dưới; BN chủ yếu ở giai đoạn T2 (64%) và N0 (72%). Kích thước u trung bình 22,4 ± 6,2 mm. Kích thước vật dưới cằm, chiều dài trung bình 42,8 ± 7,9mm, chiều rộng trung bình 30,2 ± 6,8 mm. Tình trạng vật tạo hình sau mổ 88% sống, có 3 TH vật hoại tử một phần chiếm 12%. Chức năng phát âm và nuốt sau mổ đều đạt kết quả tốt và trung bình ở tất cả các bệnh nhân. Có 68% được xạ trị hoặc hóa xạ trị sau mổ, không có mối liên quan giữa điều trị tia xạ sau mổ với tỷ lệ vật sống ($p = 0,527$), chức năng nói ($p = 0,114$) và chức năng nuốt ($p = 0,432$). **Kết luận:** Vật dưới cằm là lựa chọn thích hợp cho các khuyết hồng khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình sau cắt bỏ u nguyên phát do đây là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ biến chứng thấp, kèm theo kết quả chức năng tốt, thẩm mỹ.

Từ khóa: ung thư khoang miệng, tạo hình, vật dưới cằm.

SUMMARY

OUTCOMES OF SUBMENTAL FLAP RECONSTRUCTION FOR ORAL DEFECTS IN

¹Bệnh viện K Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quảng

Email: Lequang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 5.01.2021

Ngày duyệt bài: 18.01.2021

SURGICAL TREATMENT OF ORAL CANCER

Objectives: To evaluate the result of OCC treatment using nasolabial flap reconstruction. **Patients and methods:** 25 cases of carcinoma of oral cavity who had undergone excision and reconstruction using a submental flap between January 2015 and March 2020. **Results:** The mean age was 56,4±10,3. Male/Female was 7,3/1. In total 25 patients, there were 17 floor of the mouth cancer patients, 4 buccal mucosa cancer patients, 3 tongue cancer patients, and 1 lower gingiva cancer patient. The mean tumor size was 31,2±8,0 mm. The mean length of flap was 42,8±7,9mm, and the mean width was 30,2±6,8mm. Flap survival was 88% and partial necrosis occurred in 3 patients (12%). The postoperative speech and swallowing function were good and intermediate level. **Conclusion:** Submental flap is simple and viable option in the reconstruction of small to medium oral defects after excision of oral cancer with good functional outcome and minimal complications.

Key words: oral cavity cancer, reconstruction, submental flaps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến, chiếm tới 30 – 40% ung thư vùng đầu cổ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, với nguyên tắc phẫu thuật cắt u rộng rãi, nạo vét hạch hệ thống kết hợp với phẫu thuật tạo hình lại khuyết hồng[1]. Việc phục hồi các khiếm khuyết vùng miệng sau khi phẫu thuật cắt bỏ u cần đảm bảo cả về hình thái và chức năng. Vật dưới cằm được mô tả lần đầu năm 1993 bởi Martin và ngày càng được sử dụng rộng rãi với nhiều ưu điểm: hình thái, màu sắc và tổ chức đồng đều với mô cắt, vật dài (có thể dài tới 8cm), cuống chắc sức sống tốt, sẹo nơi tạo vật được che bởi bờ dưới cằm [2]. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu cho thấy vật dưới cằm an toàn và hiệu quả khi tạo hình cho nhóm bệnh nhân