

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



NGUYỄN TRUNG TUYẾN

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ
THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN
DO DÍNH KHỚP TRÊN BỆNH NHÂN
VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

=====

NGUYỄN TRUNG TUYẾN

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ
THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN
DO DÍNH KHỚP TRÊN BỆNH NHÂN
VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP**

Chuyên ngành : Chấn thương chỉnh hình và tạo hình

Mã số : 62720129

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. NGUYỄN XUÂN THÙY

HÀ NỘI - 2020

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập và hoàn thành luận án này, ngoài sự nỗ lực của bản thân, tôi còn nhận được sự hướng dẫn, giúp đỡ tận tình của các thầy, các cô, Nhà trường, các anh, chị, bạn học, và sự động viên vô cùng cần thiết của gia đình tôi.

Trước hết, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn và sự kính trọng tới PGS.TS. Nguyễn Xuân Thùy, nguyên trưởng khoa Chấn thương 2 - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, giảng viên cao cấp bộ môn Giải phẫu - Trường Đại học Y Hà Nội, người thầy đã hướng dẫn và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình học tập và hoàn thành luận án.

Tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới các thầy và các quý đồng nghiệp trong Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội, những người đã truyền đạt, chia sẻ, giúp đỡ cho tôi có nhiều kiến thức quý báu trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi cũng xin cảm ơn sự giúp đỡ nhiệt tình của Khoa điều trị theo yêu cầu 1C, các khoa trực thuộc Viện chấn thương chỉnh hình, cùng các phòng ban trực thuộc Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, các phòng ban Sau Đại học, phòng Thư viện - Trường Đại học Y Hà Nội, khoa Ngoại A - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, cùng các đơn vị đào tạo khác đã tạo mọi điều kiện cho tôi trong quá trình thu thập, xử lý số liệu hoàn thành luận án.

Cuối cùng, tôi xin dành sự tri ân sâu sắc tới cha mẹ, và vợ con tôi cùng những người bạn bè, anh em thân thiết đã giúp đỡ, động viên tôi hoàn thành luận án này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Nguyễn Trung Tuyển

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Nguyễn Trung Tuyển**, Nghiên cứu sinh khóa 32 Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình và tạo hình xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Nguyễn Xuân Thùy.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Tác giả luận án

Nguyễn Trung Tuyển

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ASA	: American Society of Anesthesiologists Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ
ASAS	: Assessment in Spondyloarthritis International Society Hội bệnh lý cột sống
ASQoL	: Bảng đánh giá chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp
BASDAI	: Chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm cột sống dính khớp
BASFI	: Chỉ số khả năng vận động chức năng của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp
BASRI-h	: Chỉ số đánh giá tình trạng khớp háng của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp trên Xquang
BASRI-s	: Chỉ số đánh giá tình trạng cột sống của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp trên Xquang
BN	: Bệnh nhân
CXĐ	: Cổ xương đùi
HLA	: Human leukocyte antigen - Kháng nguyên bạch cầu người
TB	: Trung bình
TKHTP	: Thay khớp háng toàn phần
VAS	: Visual analogue scale - Thang đo mức độ đau trực quan
VCSDK	: Viêm cột sống dính khớp

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý của khớp háng.	3
1.1.1. Ổ cối	3
1.1.2. Chỏm xương đùi.....	4
1.1.3. Cổ xương đùi.....	5
1.1.4. Khối máu chuyển	6
1.1.5. Hệ thống nối khớp.....	7
1.1.6. Cấu trúc xương vùng máu chuyển và vùng cổ.....	10
1.1.7. Mạch máu nuôi vùng cổ chỏm xương đùi.	12
1.1.8. Chức năng của khớp háng.....	13
1.2. Bệnh viêm cột sống dính khớp.....	15
1.2.1. Triệu chứng lâm sàng.....	16
1.2.2. Cận lâm sàng	18
1.2.3. Chẩn đoán.....	24
1.2.4. Điều trị.....	26
1.2.5. Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK	29
1.2.6. Phòng bệnh.....	30
1.3. Tổn thương khớp háng trong viêm cột sống dính khớp.....	30
1.3.1. Tổn thương đại thể khớp háng trong viêm cột sống dính khớp....	30
1.3.2. Tổn thương mô bệnh học khớp háng trong viêm cột sống dính khớp....	30
1.3.3. Tổn thương khớp háng trên siêu âm trong bệnh lý VCSDK	31
1.3.4. Tổn thương khớp háng trên cộng hưởng từ trong bệnh lý VCSDK...	31
1.4. Tình hình thay khớp háng trên thế giới.....	32
1.5. Tình hình thay khớp háng tại Việt Nam	40
1.6. Một số đường mổ trong thay khớp háng.....	44

1.7. Một số biến chứng hay gặp trong và sau mổ thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK	48
1.7.1. Biến chứng trong mổ.....	48
1.7.2. Biến chứng sớm sau mổ	48
1.7.3. Biến chứng xa sau mổ.....	48
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	49
2.1. Đối tượng nghiên cứu	49
2.1.1. Các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.....	49
2.1.2. Các tiêu chuẩn loại trừ	50
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	50
2.2.1. Nghiên cứu hồi cứu	50
2.2.2. Nghiên cứu tiến cứu	51
2.3. Cỡ mẫu	51
2.4. Chuẩn bị phẫu thuật và kỹ thuật mổ.	52
2.5. Điều trị sau phẫu thuật	59
2.6. Kết quả nghiên cứu sau mổ.....	62
2.7. Tai biến và biến chứng.....	66
2.8. Phân tích và xử lý số liệu.....	67
2.9. Khía cạnh đạo đức của đề tài	67
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	68
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	68
3.1.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu	68
3.1.2. Các chỉ số đánh giá	71
3.1.3. Cận lâm sàng.....	75
3.2. Phương pháp điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.....	77
3.2.1. Đánh giá trong mổ.....	77
3.2.2. Đánh giá sau mổ.....	79
3.3. Đánh giá kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.....	83

3.3.1. Điểm BASDAI trung bình (mức độ hoạt động bệnh) trước và sau mổ..	83
3.3.2. Điểm BASFI trung bình (chức năng vận động) trước và sau mổ.....	84
3.3.3. Điểm Harris trung bình trước và sau mổ	85
3.3.4. Điểm chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân dính khớp háng (ASQoL) trước và sau mổ	86
3.3.5. Mối tương quan giữa điểm Harris - và điểm ASQoL	87
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	88
4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	88
4.1.1. Tuổi và giới	88
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng.....	92
4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng (X quang).....	98
4.2. Kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp	99
4.2.1. Đánh giá kết quả trong mổ.....	99
4.2.2. Đánh giá kết quả gần sau mổ	102
4.2.3. Đánh giá kết quả xa sau mổ	109
KẾT LUẬN	113
KIẾN NGHỊ.....	115
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Phạm vi vận động trung bình của khớp háng	14
Bảng 1.2.	Vận động thụ động của khớp háng theo tuổi	14
Bảng 2.1.	Biên độ vận động của khớp háng bình thường	63
Bảng 3.1.	Phân bố đối tượng theo tuổi	68
Bảng 3.2.	Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi được thay khớp	69
Bảng 3.3.	Vị trí dính khớp háng	70
Bảng 3.4.	Dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp.....	70
Bảng 3.5.	Chỉ số BASDAI đánh giá mức độ hoạt động bệnh.....	71
Bảng 3.6.	Chỉ số BASFI đánh giá khả năng vận động chức năng của bệnh nhân	71
Bảng 3.7.	Dấu hiệu đau khớp háng (mức độ đau).....	72
Bảng 3.8.	Chức năng khớp háng.	73
Bảng 3.9.	Biên độ vận động khớp háng	74
Bảng 3.10.	Phân độ chức năng khớp háng theo điểm Harris	75
Bảng 3.11.	Giai đoạn viêm khớp cùng chậu trên Xquang	75
Bảng 3.12.	Đánh giá giai đoạn viêm khớp háng theo chỉ số BASRI-h	76
Bảng 3.13.	Đặc điểm hình dạng ống tủy đầu trên xương đùi theo Dorr.....	76
Bảng 3.14.	Số khớp đã thay.....	77
Bảng 3.15.	Phương pháp vô cảm.....	77
Bảng 3.16.	Thời gian phẫu thuật	78
Bảng 3.17.	Khối lượng máu truyền trong mổ	78
Bảng 3.18.	Khối lượng máu truyền sau mổ.....	79
Bảng 3.19.	Thời gian nằm viện với mỗi lần mổ thay khớp.....	79
Bảng 3.20.	Biến chứng sau phẫu thuật	80
Bảng 3.21.	Vị trí chuôi khớp háng kiểm tra sau mổ.....	82
Bảng 3.22.	Chênh lệch chiều dài chân sau mổ	82
Bảng 3.23.	Mối tương quan giữa điểm Harris - và điểm ASQoL	87

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo giới.....	69
Biểu đồ 3.2.	Tương quan các vị trí đặt ổ cối nhân tạo so với khoảng an toàn của Lewinnek	81
Biểu đồ 3.3.	Điểm BASDAI trung bình (mức độ hoạt động bệnh) trước và sau mổ.....	83
Biểu đồ 3.4.	Điểm BASFI trung bình (khả năng vận động chức năng) trước và sau mổ	84
Biểu đồ 3.5.	Điểm Harris trung bình trước và sau mổ	85
Biểu đồ 3.6.	Điểm chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân dính khớp háng TB (ASQoL) trước và sau mổ	86

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Minh họa các thành phần khớp háng	4
Hình 1.2.	Minh họa đầu trên xương đùi	5
Hình 1.3.	Góc cổ thân và góc ngả trước	6
Hình 1.4.	Sơ đồ minh họa hệ thống dây chằng của khớp háng	7
Hình 1.5.	Hệ thống bề xương vùng đầu trên xương đùi	11
Hình 1.6.	Hệ thống mạch máu cổ chỏm xương đùi	12
Hình 1.7.	Viêm khớp cùng chậu giai đoạn 0 (XQ)	19
Hình 1.8.	Viêm khớp cùng chậu giai đoạn 1 (XQ)	20
Hình 1.9.	Viêm khớp cùng chậu giai đoạn 2 (XQ)	20
Hình 1.10.	Viêm khớp cùng chậu giai đoạn 3 (XQ)	21
Hình 1.11.	Viêm khớp cùng chậu giai đoạn 4 (XQ)	21
Hình 1.12.	Hình ảnh viêm khớp háng	22
Hình 1.13.	Đường mổ của Gibson	44
Hình 1.14.	Đường mổ bên ngoài của Hardinge	45
Hình 1.15.	Đường mổ phía trước của Smith Peterson	46
Hình 1.16.	Đường mổ phía ngoài của Harris	47
Hình 2.1.	Bộ dụng cụ phẫu thuật khớp háng toàn phần của hãng Stryker..	52
Hình 2.2.	Tư thế của bệnh nhân trước phẫu thuật ở tư thế co rút, dính khớp háng, rất khó khăn để gây tê, kê tư thế và sát khuẩn.	53
Hình 2.3.	Tư thế bệnh nhân và đường rạch da theo đường Gibson	54
Hình 2.4.	Mở cân căng mạc đùi	54
Hình 2.5.	Cắt chỗ bám của khối cơ chậu hông máu chuyển (chỗ bám vào máu chuyển lớn)	55
Hình 2.6.	Đường mở bao khớp và bộc lộ cổ xương đùi.....	55
Hình 2.7.	Cắt cổ xương đùi, lấy bỏ chỏm xương đùi.....	56
Hình 2.8.	Bộc lộ ổ cối, giải phóng phần mềm và gai xương, xơ dính quanh ổ cối, sau đó tiến hành doa ổ cối	57
Hình 2.9.	Đặt ổ cối nhân tạo theo thước định hướng và bắt vis cố định.....	57

Hình 2.10.	Bộ lộ đầu trên xương đùi và doa ống tủy, chọn cỡ chuỗi khớp phù hợp và đóng chuỗi khớp	58
Hình 2.11.	Nắn trật lại khớp và kiểm tra vận động trước khi lựa chọn cỡ chỏm cuối cùng	59
Hình 2.12.	Cấu tạo của thước đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS .	62
Hình 2.13.	Thước chuyên dụng xác định góc nghiêng và góc ngả trước của ổ cối nhân tạo trên Xquang khung chậu thường quy theo Liaw (2006)	64
Hình 2.14.	Xác định góc nghiêng của ổ cối trên phim Xquang	66
Hình 4.1.	Biến dạng dính và co rút khớp háng 2 bên ở bệnh nhân VCSDK.....	95
Hình 4.2.	Phim Xquang của BN Vi Văn T. (MS: 41661/M16) trước và sau nắn trật khớp nhân tạo trái.....	103
Hình 4.3.	Kết quả phục hồi của bệnh nhân sau mổ thay khớp háng 2 bên sau mổ 5 năm.....	109

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính, chưa rõ nguyên nhân, gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi trong độ tuổi 20-30, gây tổn thương các khớp góc chi và cột sống, nhanh chóng dẫn đến dính khớp, biến dạng và tàn phế. Bệnh lý này biểu hiện bởi tình trạng viêm của các thành phần của cột sống và khớp, có liên quan đến một số yếu tố như kháng nguyên HLA-B27 (HLA - Human leukocyte antigen - Kháng nguyên bạch cầu người). Bệnh diễn tiến theo nhiều giai đoạn, thường khởi phát từ từ với biểu hiện đau và hạn chế vận động vùng cột sống thắt lưng, tuy nhiên cũng có thể bắt đầu bằng viêm các khớp chi dưới (háng, gối, cổ chân). Sau một thời gian toàn bộ cột sống dính không còn khả năng vận động (cổ, lưng, thắt lưng), hai khớp háng có thể dính hoàn toàn ở tư thế nửa co, bệnh nhân bị gù, vẹo cột sống, chân co quắp (dính khớp háng), không đứng thẳng, không ngồi xổm được, rất khó vận động và đặc biệt, bệnh có thể gây ra những biến chứng như suy hô hấp, tâm phế mãn, lao phổi, liệt hai chi dưới... [1],[2],[3],[4],[5].

Ở giai đoạn sớm của bệnh, bên cạnh việc điều trị thuốc thì các biện pháp vật lý trị liệu nhằm giảm thiểu các ảnh hưởng đến vận động của cột sống và khớp là cần thiết. Ở giai đoạn muộn, khi đã có các tổn thương cột sống và khớp, phẫu thuật là biện pháp hỗ trợ giúp cải thiện được về chức năng và hình thái của người bệnh, giúp người bệnh có khả năng sinh hoạt vận động tương đối bình thường, bên cạnh đó là yếu tố thẩm mỹ. Đặc biệt đối với tổn thương dính khớp háng ở bệnh nhân VCSDK giai đoạn muộn có chỉ định phẫu thuật thay khớp nhân tạo. Nhờ phẫu thuật, biên độ vận động khớp được cải thiện, chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện hơn hẳn so với trước điều trị. Tuy nhiên, do đặc điểm tổn thương khớp háng phức tạp trong bệnh lý này nên phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo cho bệnh

nhân dính khớp do VCSDK là một phẫu thuật tương đối khó khăn, ẩn chứa nhiều nguy cơ rủi ro và cần được thực hiện bởi những phẫu thuật viên kinh nghiệm tại các cơ sở y tế chuyên sâu. Muốn kết quả phẫu thuật này thực sự khả quan, phẫu thuật viên luôn cần đánh giá kỹ nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, đặc điểm thương tổn của khớp háng và cột sống, cũng như tình trạng co rút của phần mềm xung quanh khớp. Ngoài ra vì đặc điểm dịch tễ bệnh thường xảy ra ở người trẻ tuổi, nên việc lựa chọn loại khớp háng được thiết kế đặc biệt có độ bền cao, cùng tầm vận động lớn cũng là yếu tố quan trọng cần được đặt ra.

Trên thế giới việc thay khớp háng trên bệnh nhân VCSDK đã được thực hiện từ 1965 bởi G. P. Arden [6] sử dụng khớp McKee - Farrar và năm 1966 bởi J. Harris [7], sử dụng khớp của Charnley [8].

Tại Việt Nam, phương pháp thay khớp háng toàn phần (TKHTP) được thực hiện lần đầu vào thập kỷ 70 của thế kỷ 20, nhưng trong khoảng hơn 10 năm gần đây thì mới được áp dụng phổ biến tại một số bệnh viện trong cả nước. Đã có nhiều nghiên cứu về TKHTP, tuy nhiên chưa có nhiều công trình nào đi sâu vào nghiên cứu kết quả TKHTP cho những bệnh nhân VCSDK bị dính khớp ở trong nước. Nhằm mục đích nghiên cứu phương pháp TKHTP điều trị dính khớp háng cho bệnh nhân VCSDK và những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh chúng tôi tiến hành đề tài:

“Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp”, với hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý dính khớp háng có viêm cột sống dính khớp.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.*

CHƯƠNG 1

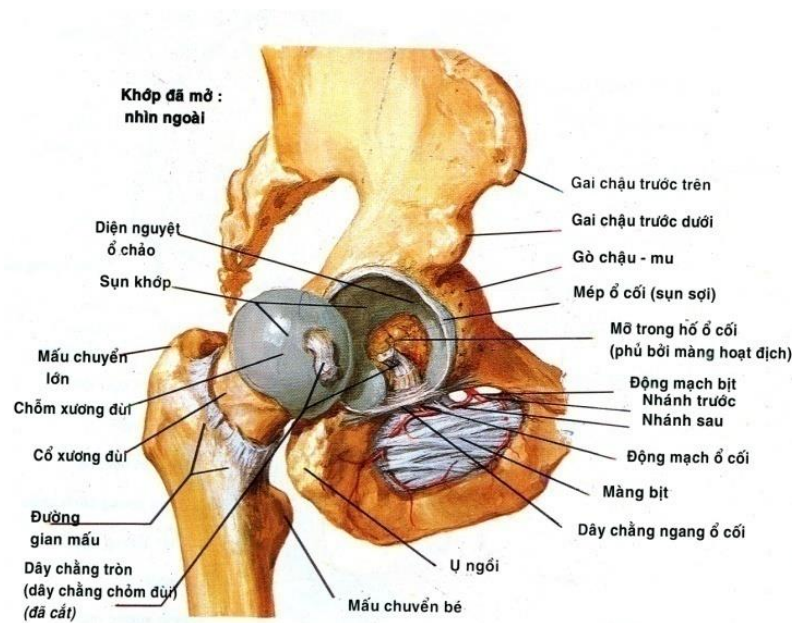
TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu sinh lý của khớp háng.

Khớp háng là khớp chỏm cầu lớn nhất của cơ thể tiếp nối đầu trên xương đùi với ổ cối. Cấu tạo gồm có các thành phần chính như sau: ổ cối, đầu trên xương đùi, bao khớp, dây chằng, mạch máu thần kinh và các cơ xung quanh [9],[10].

1.1.1. Ổ cối

Ổ cối hình lõm bằng $\frac{2}{5}$ khối cầu do một phần xương chậu, xương mu, xương ngồi và sụn viền tạo thành. Ổ cối hướng xuống dưới ra ngoài và hơi ra trước. Bờ dưới ổ cối hơi vát tạo thành vành khuyết ổ cối, đây là nơi xuất phát của dây chằng tròn [9],[10] ổ cối gồm 2 phần: phần tiếp khớp với chỏm đùi gọi là diện nguyệt có sụn bao bọc, phần còn lại là hố ổ cối chứa tổ chức mỡ, mạch máu... quanh ổ cối xương nhô lên thành viền ổ cối, phía dưới viền ổ cối có khuyết ổ cối [10]. Khi bệnh nhân bị VCSDK, sẽ xảy ra hiện tượng viêm dính tại khớp háng, đặc biệt ở những giai đoạn muộn xuất hiện nhiều gai xương xung quanh viền ổ cối, kèm theo sự biến dạng của ổ cối khi tình trạng viêm dính làm biến dạng chỏm xương đùi kèm theo, lúc này ổ cối không còn hình bán cầu mà trở nên dẹt hơn và nông hơn, đáy ổ cối mất sụn và mỏng hơn rất nhiều.



Hình 1.1. Minh họa các thành phần khớp háng [11]

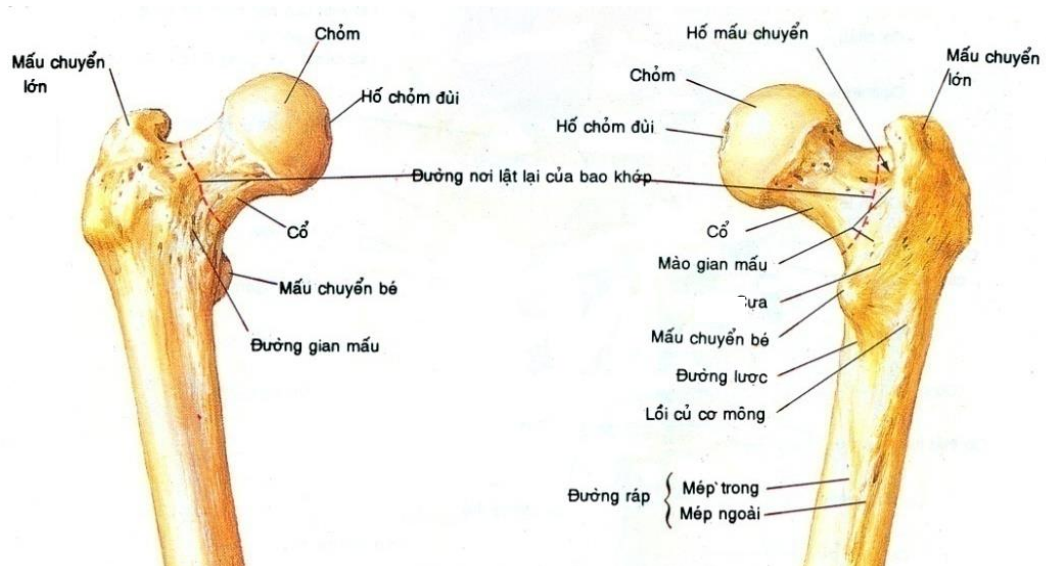
+ Sụn ổ cối: lót bên trong ổ cối trừ hố ổ cối, bề dày của sụn $\approx 6\%$ đường kính của chỏm và thường dày nhất ở thành trên, sụn có cấu trúc đặc biệt cho phép chịu lực lớn. Có một khoảng trống của ổ cối không có lớp sụn, đó là hố của dây chằng tròn [12]. Ở bệnh nhân VCSDK, lớp sụn lót này nhanh chóng bị tiêu và bào mòn theo thời gian, là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân bị đau khi vận động và hạn chế biên độ các động tác.

+ Sụn viền ổ cối: là một vòng sợi bám vào viền ổ cối làm sâu thêm ổ cối để ôm lấy chỏm xương đùi, phần sụn viền vắt ngang qua khuyết ổ cối gọi là dây chằng ngang ổ cối. Khi tình trạng viêm dính tiến triển, lớp sụn viền và dây chằng ngang thường viêm dày lên và xơ hóa, dính nhiều vào cấu trúc phần mềm xung quanh, gây khó khăn khi giải phóng để vào khớp trong phẫu thuật.

1.1.2. Chỏm xương đùi

Chỏm xương đùi có hình 2/3 khối cầu hướng lên trên vào trong ra trước, chỏm có sụn che phủ, dày nhất ở trung tâm. Phía sau dưới đỉnh chỏm có một chỗ lõm không có lớp sụn bao phủ gọi là hố dây chằng tròn đây là nơi bám của dây chằng tròn. Đường kính của chỏm xương đùi từ 38-60 mm. Khi

có tình trạng viêm dính của khớp háng, hình dạng và chức năng của chỏm xương đùi bị biến đổi thoái triển dần theo thời gian, biểu hiện bằng tình trạng biến dạng xẹp chỏm, mất sụn, gãy xương dưới sụn và viêm dính vào ổ cối cũng như phần mềm xung quanh. Những thương tổn này là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân xuất hiện đau khớp háng sớm, giảm biên độ vận động và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Hiện tượng gãy xẹp chỏm và dính chỏm - ổ cối cũng khiến giảm chiều dài chân bên tổn thương, ảnh hưởng nhiều tới khả năng đi lại và sinh hoạt của bệnh nhân.



Nhìn từ phía trước

Nhìn từ phía sau

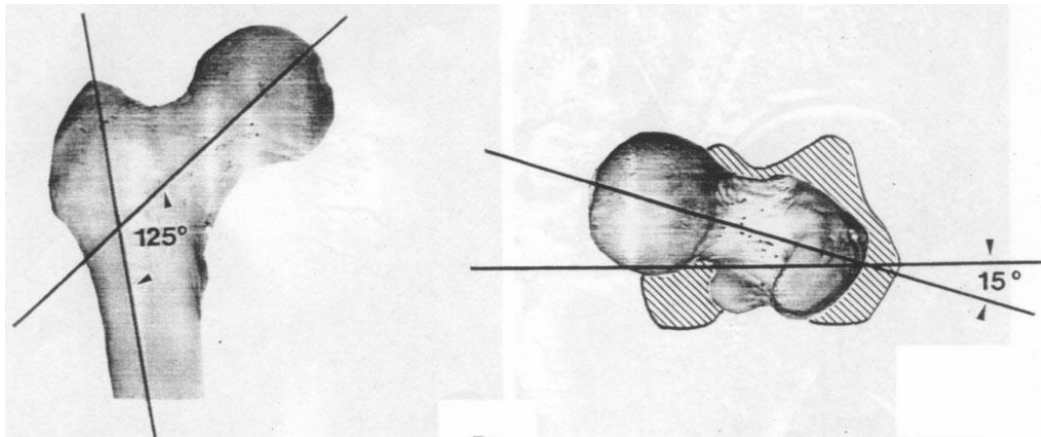
Hình 1.2. Minh họa đầu trên xương đùi [11].

1.1.3. Cổ xương đùi

Cổ xương đùi là phần tiếp nối giữa chỏm xương đùi và khối mấu chuyển có hình ống dẹt trước sau hướng lên trên, vào trong, dài khoảng 30 -40mm [9],[13].

+ Góc nghiêng là góc hợp bởi trục của cổ xương đùi và trục của thân xương đùi (góc cổ thân), bình thường bằng 125-130°.

+ Góc ngả trước: là góc hợp bởi trục cổ xương đùi và mặt phẳng qua hai lõi cầu đùi, bình thường khoảng $10-15^\circ$ có khi tới 30° . Hiểu rõ về góc nghiêng, góc ngả trước sẽ giúp cho việc thực hiện kỹ thuật thay khớp háng một cách chính xác [10],[11]. Ở bệnh nhân VCSDK, với tình trạng viêm và nhuyễn xương nên góc cổ thân và góc ngả trước có xu hướng giảm dần so với bình thường do khả năng chịu lực suy giảm, do đó khi mổ thay khớp háng toàn phần đặt đúng vị trí của chuỗi khớp đã là một biện pháp khôi phục lại giải phẫu bình thường của bệnh nhân.



Hình 1.3. Góc cổ thân và góc ngả trước [11]

1.1.4. Khối mấu chuyển

- Phía trên gắn liền với cổ, giới hạn bởi đường viền bao khớp.
- Phía dưới tiếp với thân xương đùi, giới hạn bởi bờ dưới mấu chuyển bé.
- Mấu chuyển lớn có hai mặt và bốn bờ.

+ Mặt trong dính vào cổ, ở phía sau là hố ngón tay, là nơi bám của khối cơ chận hông mấu chuyển.

+ Mặt ngoài thì lõi có bốn bờ là điểm bám của khối cơ xoay đùi (cơ mông nhỏ).

+ Bờ trên có một diện để cơ tháp bám, bờ dưới có cơ rộng ngoài bám, bờ trước có gờ để cơ mông nhờ bám, bờ sau liên tiếp với mào liên máu có cơ vuông đùi bám.

- Máu chuyển bé lồi ở phía sau trong, là nơi bám tận của cơ thắt lưng chậu.

- Đường liên máu: Là gờ gồ ghề nối giữa máu chuyển lớn và máu chuyển nhỏ ở phía trước là chỗ bám của dây chằng chậu đùi. Nơi cao nhất ở đường liên máu là mặt trước của máu chuyển lớn, mặt trước phần dưới của đường liên máu là chỗ bám của phần trước bao khớp hông.

- Mào gian máu: Chạy quanh ở mặt sau của xương, liên tục với máu chuyển nhỏ ở dưới có củ tròn nhỏ ở giữa là nơi bám của cơ vuông đùi.

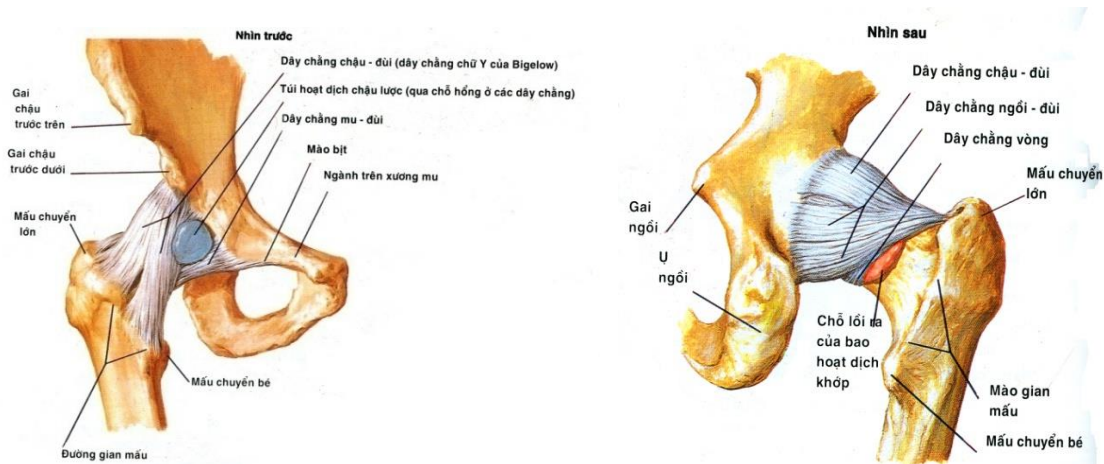
- Lồi củ của cơ vuông đùi: Là nướm gồ nhỏ ở trung tâm của mào gian máu, ngang với máu chuyển nhỏ.

- Hố ngón tay: Là phần lõm nhỏ và nằm sát ngay chỗ nối của phần sau cổ xương đùi với diện giữa của máu chuyển lớn, có cơ bịt ngoài bám vào. Hố ngón tay nằm lệch ra phía sau cổ là nơi để tạo lỗ khoan để đóng đinh.

1.1.5. Hệ thống nối khớp.

1.1.5.1. Dây chằng

Có hai loại dây chằng khớp đó là dây chằng bên trong và dây chằng bên ngoài [9],[13].



Hình 1.4. Sơ đồ minh họa hệ thống dây chằng của khớp háng [12]

- Dây chằng bên trong: chính là dây chằng tròn đi từ hố dây chằng tròn đến khuyết ổ cối. Dây chằng này có tác dụng buộc chỏm xương đùi vào ổ cối. Dây chằng tròn ở bệnh nhân VCSDK thường bị xơ hóa và tiêu đi từ giai đoạn rất sớm.

- Dây chằng bên ngoài: gồm có ba dây chằng.

+ Dây chằng chậu đùi: Dây chằng chậu đùi là dây chằng rộng, dài và khỏe nhất của khớp háng [13]. Dây chằng này ở mặt trước của bao khớp đi từ gai chậu trước dưới tới đường gian mấu phía trước, gồm 2 bó tỏa ra theo hình tam giác [9],[10],[14].

. Bó trên (hay còn gọi là bó chậu): dày $\approx 8 - 10\text{mm}$; rộng 1-2 cm đi từ gai chậu trước dưới tới mấu chuyển lớn bó này nằm ngang nên bị căng khi xoay chân ra ngoài.

. Bó dưới: đi từ gai chậu trước dưới tới mấu chuyển bé, bó này đứng thẳng nên có tác dụng giữ đùi không cho duỗi ra sau quá mức, làm cho ta đứng được.

+ Dây chằng mu đùi: ở mặt trước dưới bao khớp, đầu trên bám vào ngành lên xương mu, đầu dưới bám vào hố trước mấu chuyển bé, dây chằng này hợp với 2 bó của dây chằng chậu đùi thành 3 nét hình chữ N hoa (dây chằng Bertin) [15].

+ Dây chằng ngồi đùi: Ở mặt sau khớp, đi từ xương ngồi tới mấu chuyển lớn [9],[16].

Ngoài các dây chằng kể trên ở phía sau và phía dưới bao khớp còn có dây chằng vòng: là những sợi ở lớp sau của dây chằng ngồi đùi vòng quanh mặt sau cổ xương đùi. Dây chằng này có tác dụng ấn chỏm vào ổ cối khi duỗi khớp háng và khi gấp thì các sợi dần dần ra để kéo chỏm ra xa ổ cối.

Hệ thống dây chằng bên trong và bên ngoài khớp háng có một sự liên kết chắc chắn đảm bảo cho một sự hoạt động đa dạng của khớp háng vì vậy khi phẫu thuật không được làm tổn thương nhiều và phải phục hồi tối đa dây chằng để đảm bảo tốt cho chức năng khớp háng về sau.

1.1.5.2. Bao khớp

Là một bao sợi dây chắc bọc quanh khớp bám vào xương chậu và xương đùi [10],[13],[15].

- Về phía xương chậu: bao khớp bám vào chu vi ổ cối và mặt ngoài sụn viền ổ cối.

- Về phía xương đùi:

+ Phía trước: bao khớp bám vào đường gian mấu.

+ Phía sau: bao khớp bám vào 2/3 trong cổ giải phẫu xương đùi và cách mào gian mấu $\approx 1\text{cm}$ [15].

1.1.5.3. Bao hoạt dịch khớp

Là một màng mỏng phủ mặt trong bao khớp gồm 2 phần [9].

* Phần chính: đi từ chỗ bám của bao khớp ở quanh sụn viền ổ cối, lột mặt trong bao khớp rồi quặt lên tới chỏm đùi để dính vào sụn của chỏm xương đùi.

* Phần phụ: Bọc quanh dây chằng tròn bám vào chu vi hố dây chằng tròn và hố ổ cối.

Trong bao hoạt dịch có chứa chất nhầy gọi là hoạt dịch giúp cho khớp hoạt động dễ dàng. Khi thay khớp háng hầu như bao hoạt dịch không còn tiết dịch khớp, vì vậy làm cho ổ cối dễ bị mòn.

Ngoài ra, khớp háng được giữ chắc còn nhờ vào một hệ thống cơ dày và lớn ở xung quanh.

1.1.6. Cấu trúc xương vùng máu chuyển và vùng cổ

- Vùng CXĐ được cấu tạo bởi hai hệ thống xương đó là hệ thống các bè xương và hệ thống vỏ xương đặc.

+ Lớp vỏ xương cứng đi từ thân xương phát triển lên trên và mở rộng ra giống hình lọ hoa, vỏ xương cứng dày nhất ở vòng cung của cổ xương gọi là vòng cung Adam. Lớp vỏ xương cứng ở phía trước, phía trên và phía sau mỏng, ở phía dưới dày hơn.

+ Hệ thống các nhóm bè xương đó là:

- Nhóm chịu lực ép chính gọi là hệ quạt, nâng đỡ tạo lên trụ ngoài của vòm chòm. Hệ này đi từ mào Meckel toả lên trên và vào trong ở 1/4 trên trong của chòm.

- Nhóm néo chính gọi là hệ vòm, đi từ nửa dưới của chòm tạo lên cột trụ trong của vòm chòm và bắt chéo của cột trụ ngoài ở tâm chòm, đi đến tiếp xúc bờ trên của cổ, sau đó đi ra ngoài tạo nên cột trụ ngoài của vùng máu chuyển.

- Một bè xương cuối cùng đi từ xương đặc phía giữa sau của thân xương đùi, dưới máu chuyển bé và xếp như nan hoa ở bên tới máu chuyển lớn và tăng cường cho mặt sau dưới của cổ xương đùi. Bè xương này tạo một vách đứng dày đặc xương, đó chính là cựa xương. Cựa xương dày nhất ở giữa và mỏng dần khi nó ở mặt bên.

* Như vậy các bè xương đã tạo ra các vùng chịu lực rất chắc đó là:

+ Mào Meckel: Đó là đường cong phía dưới của cổ xương đùi. Các hệ quạt tập trung lại, nên đường này đậm vôi và rất khoẻ.

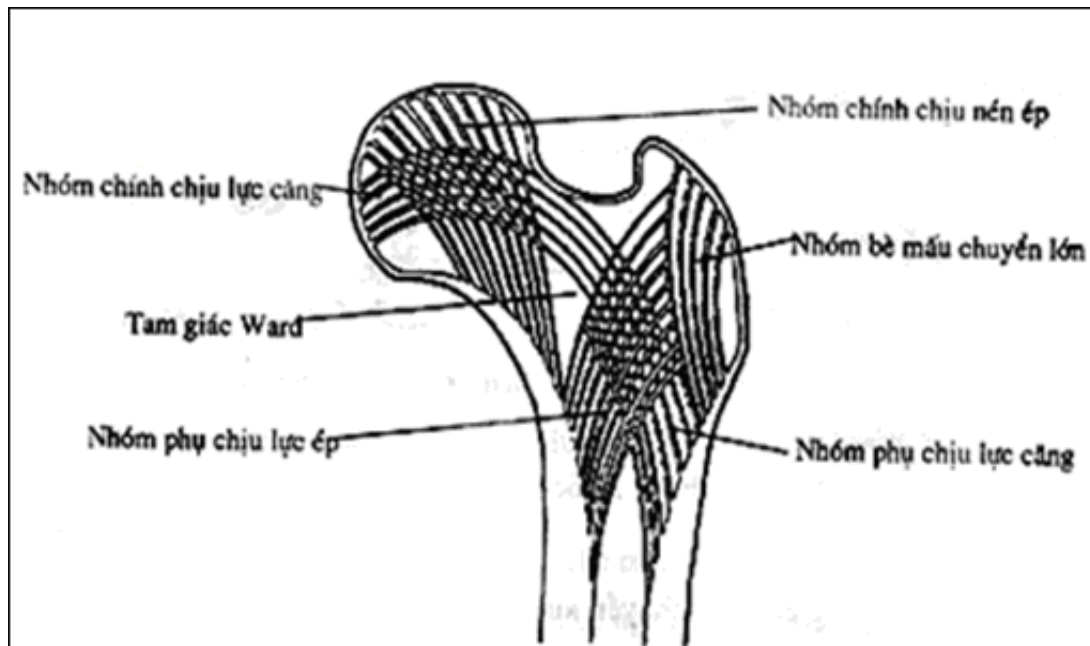
+ Tâm chỏm xương đùi: Đường nối dài của hệ vòm và hệ quạt giao nhau tạo nên sự vững chắc ở tâm chỏm (cấu trúc giải phẫu Kyle R. F.).

* Có 2 điểm yếu chính đó là:

+ Tam giác Ward: Điểm ở giữa cổ xương đùi nơi mà các bè xương chịu lực không tập trung. Điểm yếu này cho mọi lứa tuổi do cấu trúc tạo lên.

+ Vùng tâm máu chuyển: Là điểm loãng xương tối đa ở người già.

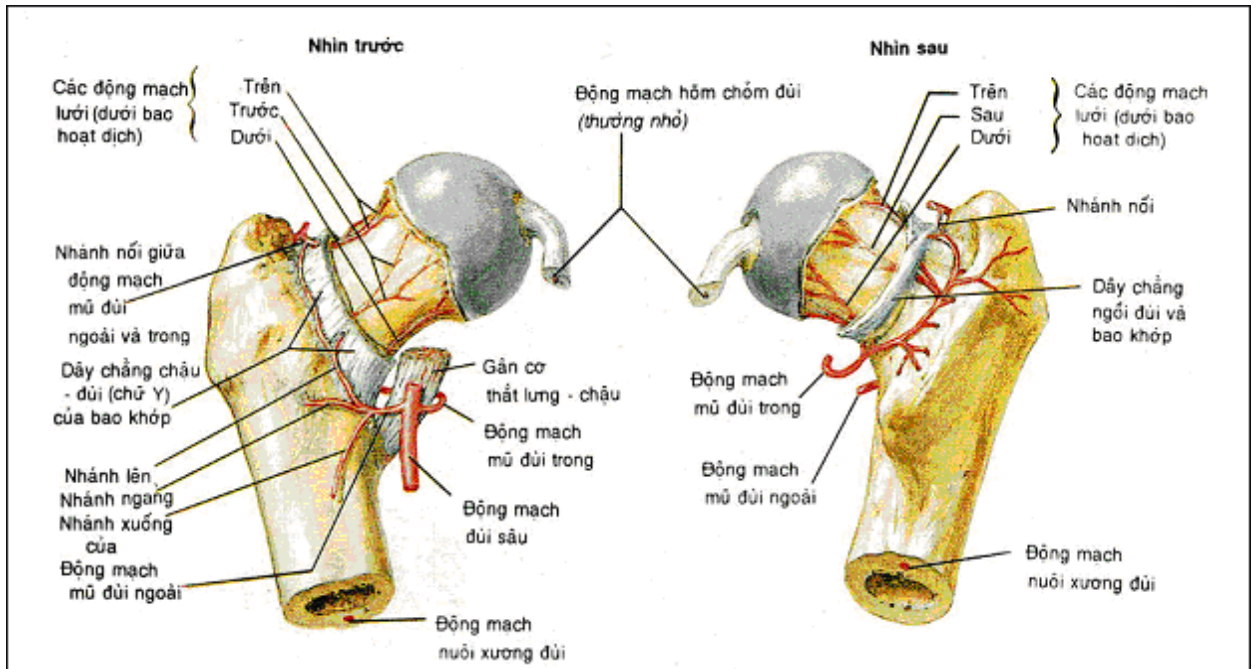
* Đối với bệnh nhân VCSDK: do tình trạng viêm xơ toàn thân và tại chỗ, quá trình thoái hóa của sụn và xương diễn ra với mức độ tiến triển tăng dần. Hậu quả của quá trình này là làm giảm lắng đọng calci, khiến cấu trúc các bè xương thưa, khả năng tái tạo xương kém do đó dần dần dẫn đến các ổ khuyết xương và các điểm gãy xương dưới sụn, làm khả năng chịu lực của đầu trên xương đùi suy giảm. Kết quả cuối cùng của những biến đổi này là hiện tượng gãy xẹp chỏm xương đùi và thay đổi góc cổ-thân và góc ngả trước của cổ xương đùi.



Hình 1.5. Hệ thống bè xương vùng đầu trên xương đùi [12]

1.1.7. Mạch máu nuôi vùng cổ chỏm xương đùi.

Vùng cổ chỏm xương đùi có 3 nguồn mạch nuôi [9],[17].



Hình 1.6. Hệ thống mạch máu cổ chỏm xương đùi [12]

- Động mạch mũ đùi ngoài: xuất phát từ động mạch đùi sâu chạy vòng ra trước và ra ngoài cho các nhánh xuống, nhánh ngang và nhánh lên để nối với động mạch mũ đùi trong.

- Động mạch mũ đùi trong: cũng xuất phát từ động mạch đùi sâu chạy vòng ra sau, cũng cho các nhánh trên, trước dưới để nối với động mạch mũ đùi ngoài và đi vào cổ chỏm xương đùi.

Tất cả các nhánh nhỏ này đều nằm dưới bao hoạt dịch.

- Động mạch dây chằng tròn: xuất phát từ động mạch bịt, động mạch này nhỏ chỉ cung cấp cho một phần chỏm xương đùi xung quanh hố dây chằng tròn và lại không hằng định.

1.1.8. Chức năng của khớp háng

1.1.8.1. Chức năng chịu lực

Khớp háng 2 bên chịu toàn bộ trọng lực phần trên cơ thể, góc tối đa giữa sức chịu lực của khớp háng và trục dọc của xương khoảng 10° . Tuy nhiên có sự phân chia mức độ chịu lực ở trong xương chậu, xương đùi qua cấu tạo hình cung cổ bịt [11]. Khi làm các động tác khác nhau như đi, đứng, ngồi... thì khớp háng chịu lực nén khác nhau.

- Nếu đi với vận tốc 0,8 - 1,6 m/s thì lực tối đa tác động lên khớp háng ở giai đoạn cuối của chu kỳ đi là 4,1 tới 6,9 lần trọng lượng cơ thể [18].

- Còn ở tư thế đứng thì Mc Leish và Charnley cho rằng lực tác động lên khớp háng gấp 2 lần trọng lượng cơ thể [18].

- Khi chuyển từ tư thế ngồi sang đứng, lên xuống cầu thang hay chạy nhảy thì lực này có thể gấp 10-12 lần cơ thể.

Xác định mức độ chịu lực của khớp háng giúp ta lựa chọn nguyên liệu, kỹ thuật điều trị đạt kết quả tốt, đặc biệt cần thiết trong phẫu thuật thay khớp háng.

1.1.8.2. Chức năng vận động

Biên độ vận động khớp háng tính theo chiều gấp duỗi, dạng khép, xoay trong xoay ngoài. Theo Robert Judet thì biên độ vận động của khớp háng bình thường của người lớn [8].

Gấp / duỗi: $130^\circ/0^\circ/10^\circ$

Dạng / khép: $50^\circ/0^\circ/30^\circ$

Xoay trong / xoay ngoài: $50^\circ/0^\circ/45^\circ$

Đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu về biên độ vận động khớp háng và có rất nhiều số liệu khác nhau, ở các lứa tuổi khác nhau thì biên độ vận động cũng khác nhau [19].

Bảng 1.1. Phạm vi vận động trung bình của khớp háng (tính theo độ) [13]

Vận động trung bình	Số tài liệu			Trung bình
	N.Tiến Bình	Trần Lê Đồng	Đỗ Xuân Hợp	
Gấp	100	120	120	113
Duỗi	30	20	30	28
Dạng	40	55	45	48
Khép	20	45	30	31
Xoay				
Gấp: xoay trong			45	45
Gấp: xoay ngoài			45	45
Duỗi: xoay trong	40	20	45	35
Duỗi: xoay ngoài	50	45	45	48
Dạng ở trong tư thế gấp 90°			45-60	

Bảng 1.2. Vận động thụ động của khớp háng theo tuổi (Kaufman Kento R.; Chao Edmun Y., Stauffer Riachard N.) (tính theo độ) [20]

Vận động	Nhóm tuổi		
	25-39 (n=433)	40-59 (n=727)	60-74 (n=523)
Gấp	122 ± 12	120 ± 14	118 ± 13
Duỗi	22 ± 8	18 ± 7	17 ± 8
Dạng	44 ± 11	42 ± 11	39 ± 12
Xoay trong	33 ± 7	31 ± 8	30 ± 7
Xoay ngoài	34 ± 8	32 ± 8	39 ± 9

Đây là một trong những cơ sở để đánh giá chức năng khớp nhân tạo sau phẫu thuật thay khớp.

1.2. Bệnh viêm cột sống dính khớp

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính. Bệnh VCSDK có mối liên hệ chặt chẽ với yếu tố kháng nguyên bạch cầu HLA-B27 (80-90%) của hệ thống kháng nguyên hòa hợp tổ chức, bệnh thường gặp ở nam giới (80-90%), trẻ tuổi (dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 80%) [1],[2],[3],[4],[21].

Bệnh ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động khớp, khả năng lao động, sinh hoạt, chất lượng sống của người bệnh và là nguyên nhân gây tàn phế nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân của bệnh VCSDK hiện nay chưa rõ hoàn toàn, nhưng bệnh có hai đặc điểm chính đó là viêm và tạo xương mới, đặc biệt tại cột sống thắt lưng. Dưới đây là một số yếu tố nguyên nhân của bệnh VCSDK:

- Yếu tố di truyền: Nhiều gia đình có nhiều người cũng bị VCSDK, tỉ lệ những người có quan hệ huyết thống với bệnh nhân mắc bệnh VCSDK cao gấp 30-40 lần so với tỉ lệ mắc bệnh chung trong quần thể. Trong đó khoảng 90-95% số bệnh nhân VCSDK có kháng nguyên HLA B27 (+), trong khi đó HLA B27 chỉ (+) 7% ở quần thể. Một số giả thuyết về vai trò HLA B27 trong VCSDK là HLA B27 nằm trên bề mặt của tế bào, làm cho tổ chức liên kết dễ nhạy cảm với các tác nhân nhiễm khuẩn. Kháng nguyên vi khuẩn dưới tác động của HLA B27 dễ bị chuyển thành tự kháng nguyên kích thích cơ thể gây ra quá trình tự miễn dịch. Các gen điều hoà phức bộ kháng nguyên hoà hợp tổ chức (bao gồm cả HLA B27) cùng nằm trên nhiễm sắc thể số 6. Các gen này cùng chịu trách nhiệm về điều hoà đáp ứng miễn dịch. Mặc dù có mối liên quan chặt chẽ giữa HLA B27 với VCSDK, nhưng không phải tất cả những người mang HLA B27 đều bị VCSDK [22].

- Vai trò nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu-sinh dục, nhiễm khuẩn tiêu hoá do klebsiella, chlamydia, salmonella, shigella có thể giữ vai trò là yếu tố khởi động quá trình bệnh trong VCSDK. Nhưng chưa tìm được bằng chứng trực tiếp và điều trị bằng kháng sinh không làm thay đổi diễn biến bệnh.

- Vai trò của yếu tố miễn dịch: Trong VCSDK các xét nghiệm về miễn dịch IgA; IgG, IgM... trong huyết thanh bệnh nhân ít có thay đổi, vì vậy vai trò của yếu tố miễn dịch trong VCSDK ít biểu hiện.

- Yếu tố loạn sản sụn và canxi hoá tổ chức sụn loạn sản: Một số tác giả cho rằng khi bị VCSDK trong cơ thể bệnh nhân xuất hiện một chất đặc biệt có khả năng kích thích làm tăng sự biệt hoá của tổ chức liên kết dẫn đến loạn sản sụn, chất này có thể được hình thành do hậu quả của các tác nhân như chấn thương, nhiễm khuẩn, viêm mạn tính ở đường tiết niệu- sinh dục, ống tiêu hoá..., điều này giải thích mối liên quan thường gặp giữa VCSDK với viêm đường tiết niệu, sinh dục [21].

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

1.2.1.1. Khởi phát

- Tuổi mắc bệnh: Trên thế giới: Gần 70% trước tuổi 30, Việt Nam: 80% trước tuổi 30, 60% trước tuổi 20.

- 70% bắt từ từ, 30% bắt đầu đột ngột, 75% bắt đầu từ khớp háng 25% bắt đầu từ cột sống.

- Dấu hiệu ban đầu: Đau vùng hông, đau kiểu thần kinh tọa, viêm gân Achille...ở nước ta thường bắt đầu bằng viêm các khớp ở chi dưới (cổ chân, gối, háng) và đau cột sống thắt lưng. Các triệu chứng này kéo dài nhiều tháng, nhiều năm.

1.2.1.2. Toàn phát

Sưng đau, hạn chế vận động nhiều khớp, teo cơ, biến dạng nhanh. Viêm khớp thường có tính chất đối xứng, đau tăng về đêm.

- Các khớp ở chi

+ Háng: 90% thường bắt đầu một bên, sau đó cả hai bên.

+ Gối: 80% có thể có tràn dịch khớp gối.

+ Khớp cổ chân: 30%, có thể không để lại di chứng.

+ Khớp vai: 30%, thường khỏi không để lại di chứng.

+ Các khớp khác: Hiếm gặp hơn như khuỷu, ức đòn, cổ tay, không bao giờ thấy tổn thương các khớp nhỏ bàn tay.

- Cột sống: Thường xuất hiện muộn hơn các khớp ở chi.

+ Cột sống thắt lưng: 100% đau liên tục và âm ỉ, hạn chế vận động, teo cơ cạnh cột sống.

+ Cột sống lưng: thường muộn hơn vùng thắt lưng, đau âm ỉ, hạn chế vận động, biến dạng (gù) hoặc cứng, teo cơ.

+ Cột sống cổ: có thể muộn hơn hoặc sớm hơn các đoạn khác, biến dạng hạn chế vận động.

- Khớp cùng chậu

+ Là dấu hiệu sớm, đặc hiệu (chủ yếu trên Xquang)

+ Đau vùng cùng chậu, lan xuống đùi

+ Teo cơ mông

+ Nghiệm pháp giãn cánh chậu (+)

- Những biểu hiện khác

- + Sốt, gầy sút
- + Mắt: viêm màng mắt, viêm màng mắt thể mi. Nước ngoài: chiếm 20 - 30% trường hợp, Việt Nam: khoảng 3%.
- + Tim: 5% có rối loạn dẫn truyền, hở van động mạch chủ.
- + Các biểu hiện hiếm gặp khác: Xơ teo da, xơ phổi, chèn ép rễ thần kinh tuỷ, thoát vị bẹn, rốn.

1.2.1.3. Tiến triển

- Xu hướng chung: nặng dần, dẫn đến dính khớp, biến dạng. Nếu không được điều trị sớm, đúng, bệnh nhân có nhiều tư thế xấu, tàn phế.
- Biến chứng: suy hô hấp, tâm phế mạn, lao phổi, liệt hai chi do chèn ép tuỷ và rễ thần kinh.
- Tiên lượng:
 - + Xấu: Trẻ tuổi, viêm nhiều khớp ngoại vi, sốt, gầy sút nhiều.
 - + Tốt hơn: Bị bệnh sau 30 tuổi, thể cột sống là chủ yếu.
- 50% tiến triển liên tục, 10% tiến triển nhanh.

1.2.2. Cận lâm sàng

1.2.2.1. Xét nghiệm

- Xét nghiệm chung: ít có giá trị chẩn đoán.
 - + Lắng máu tăng (90%).
 - + Sợi huyết tăng (80%).
 - + Xét nghiệm miễn dịch: Waaler Rose, kháng thể kháng nhân, tế bào Hargraves phần lớn âm tính và không có giá trị chẩn đoán.
 - + Các xét nghiệm khác ít thay đổi.

- Dịch khớp: thường lấy dịch khớp gối, dịch lỏng và nhạt, lượng Mucin giảm, số lượng tế bào tăng, nhất là đa nhân trung tính, Dịch khớp chỉ biểu hiện viêm không đặc hiệu.

- Khảo sát sự có mặt của HLA-B27 trong huyết thanh: Brewerton (Anh) và Schlosstein (Mỹ) nhận thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa HLA B27 và bệnh VCSDK. Người ta thấy rằng trong VCSDK, 75-95% bệnh nhân mang yếu tố này (Việt nam: 87%), trong khi đó thì ở người bình thường chỉ có 4-8% mang HLA B27 (Việt nam 4%).

- Có thể có bằng chứng nhiễm Chlamydia [23].

1.2.2.2. X quang

X quang khớp cùng chậu:

Viêm khớp cùng-chậu hai bên là tiêu chuẩn bắt buộc để chẩn đoán VCSDK (vì viêm khớp cùng chậu là tổn thương sớm nhất và thường xuyên nhất ở bệnh VCSDK) [24],[25],[26]. Braun (2002) chia hình ảnh tổn thương X quang khớp cùng-chậu theo 5 mức độ từ 0-4 (trước đây nhiều tác giả sử dụng phân loại theo Forestier chỉ có 4 độ từ 1-4) [4]:

- Mức độ 0: bình thường



Hình 1.7. Hình ảnh X quang viêm khớp cùng chậu giai đoạn 0 (XQ) [27]

- Mức độ 1: thưa xương vùng xương cùng và cánh chậu, khe khớp rõ, khớp gần như bình thường.



Hình 1.8. Hình ảnh X quang viêm khớp cùng chậu giai đoạn 1 [27]

- Mức độ 2: khe khớp hơi rộng ra do vôi hoá lớp xương dưới sụn. Mặt khớp không đều, có ổ khuyết xương nhỏ.



Hình 1.9. Hình ảnh X quang viêm khớp cùng chậu giai đoạn 2 [27]

- Mức độ 3: khe khớp hẹp, mặt khớp không đều, có các dải xơ nhưng vẫn còn nhìn rõ khe khớp, có nhiều ổ khuyết xương.



Hình 1.10. Hình ảnh X quang viêm khớp cùng chậu giai đoạn 3 [27]

- Mức độ 4: mất hoàn toàn khe khớp, dịch khớp, vôi hoá toàn bộ khớp.



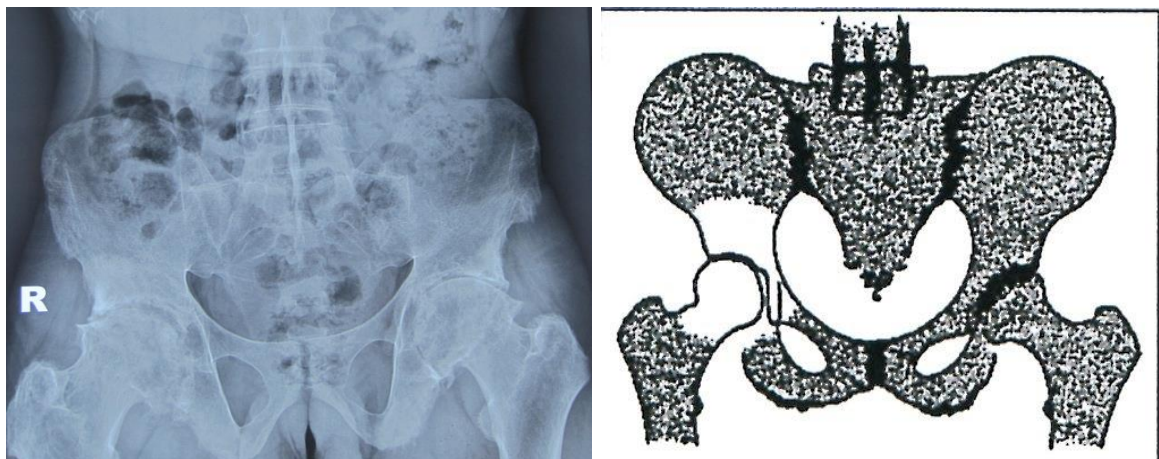
Hình 1.11. Hình ảnh X quang viêm khớp cùng chậu giai đoạn 4 [27]

Thực tế lâm sàng tổn thương khớp cùng-chậu ở mức độ 3- 4 mới có giá trị chẩn đoán.

X quang khớp háng:

Viêm khớp háng được đánh giá bằng chỉ số BASRI-h, chia 5 giai đoạn [27],[28],[29]:

Giai đoạn	Đặc điểm tổn thương
0	Bình thường
1	Hẹp khe khớp từng phần
2	Hẹp khe khớp, khe khớp còn lại > 2 mm
3	Hẹp khe khớp, khe khớp < 2 mm hoặc có gai xương
4	Biến dạng xương hoặc gai xương ≥ 1 cm



Hình 1.12. Hình ảnh X quang viêm khớp háng [30]

Trên X quang, cả hai quá trình viêm và tạo xương bệnh lý mới đều tạo ra những thay đổi có thể nhìn thấy trên X quang thông thường bởi hai đặc điểm điển hình: loãng xương với các gai xương quanh cổ xương đùi và các ổ khuyết xương ổ cối. Chỉ số được sử dụng rộng rãi và được xác nhận tốt nhất để đánh giá mức độ nghiêm trọng và sự tiến triển của sự tham gia của khớp háng là chỉ số BASRI-h.

Chỉ định thay khớp háng ở giai đoạn 3-4 hoặc giai đoạn 1-2 mà bệnh nhân đau nhiều, ảnh hưởng nhiều đến chức năng khớp háng.

X quang cột sống-dây chằng:

- Hình ảnh X quang cột sống và dây chằng đặc hiệu để chẩn đoán VCSDK, nhưng chỉ thấy rõ khi bệnh ở giai đoạn muộn.

- Ở giai đoạn sớm các biến đổi không đặc hiệu dễ bị bỏ sót [2],[29],[31],[32],[33].

+ Hình ảnh thân đốt sống mất đường cong. Trên phim nghiêng thấy bờ thân đốt sống thẳng do vôi hoá tổ chức liên kết quanh đốt sống.

+ Hình cầu xương: trên phim thẳng thấy các hình cản quang đi từ giữa thân đốt sống phía dưới đến giữa thân đốt phía trên có thể liên tục, hoặc ngắt quãng, một bên hoặc hai bên, giống hình bắc cầu. Mức độ cản quang có thể mờ nhạt, cũng có thể cản quang rõ, tạo hình ảnh dính liền hai thân đốt, có khi cả một đoạn cột sống làm mất khe liên đốt, cột sống trông như hình cây tre.

- Các dây chằng vôi hoá tạo hình cản quang đậm chạy dọc cột sống, giống hình “đường ray”.

- Phim nghiêng: cột sống mất đường cong sinh lí, các khớp mỏm phía sau dính nhau.

Chia tổn thương cột sống thành 5 giai đoạn theo BASRI-s [27] trên thang điểm từ 0-4 [27],[30],[34].

+ Độ 0 = bình thường

+ Độ 1 = nghi ngờ

+ Độ 2 = nhẹ

+ Độ 3 = vừa phải

+ Độ 4 = nặng

1.2.3. Chẩn đoán

1.2.3.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán New York năm 1984 [1],[2],[3]:

** Tiêu chuẩn lâm sàng*

- Tiền sử hay hiện tại có đau vùng thắt lưng hay vùng lưng-thắt lưng kéo dài trên 3 tháng

- Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-ngiên và quay.

- Độ giãn lồng ngực giảm.

** Tiêu chuẩn X quang*

Viêm khớp cùng chậu 1 bên ở giai đoạn III hoặc IV. Viêm khớp cùng chậu hai bên từ giai đoạn II trở lên.

Chẩn đoán xác định bệnh VCSDK khi có một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn Xquang.

Để chẩn đoán bệnh và theo dõi tiến triển của bệnh cần làm thêm các xét nghiệm về phản ứng viêm (tốc độ máu lắng, protein C phản ứng).

Trong giai đoạn sớm của bệnh để giúp chẩn đoán xác định nếu có điều kiện có thể làm thêm các xét nghiệm HLA-B27 (dương tính > 80% trường hợp), chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp cùng chậu. Cần hỏi về tiền sử bệnh của các thành viên trong gia đình về các bệnh lý trong nhóm bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp phản ứng....).

Hội bệnh lý cột sống (ASAS) năm 2009 đã đưa ra những hướng dẫn mới để chẩn đoán bệnh lý viêm cột sống dính khớp với những nội dung như sau [35]:

- Trường hợp 1: Bệnh nhân đau lưng mạn tính kéo dài trên 3 tháng và tuổi khởi phát < 45 và có 1 trong 2 đặc điểm sau:

+ Hình ảnh viêm khớp cùng chậu trên: Cộng hưởng từ, X quang, cắt lớp vi tính, xạ hình xương và kèm theo ≥ 1 tiêu chuẩn phụ bên dưới.

+ HLA-B27 (+) kèm theo ≥ 2 tiêu chuẩn phụ bên dưới.

+ Các tiêu chuẩn phụ bao gồm:

- Đau lưng kiểu viêm, cải thiện khi vận động, không giảm khi nghỉ ngơi.
- Viêm khớp.
- Viêm gân.
- Viêm màng bồ đào.
- Đáp ứng tốt với chống viêm không steroid.
- Có người thân bị VCSDK.
- HLA-B27 (+)
- CRP tăng.

- Trường hợp 2: bệnh nhân chỉ có các biểu hiện triệu chứng ngoại biên như viêm khớp hoặc viêm gân kèm theo ≥ 1 tiêu chuẩn sau:

+ Viêm màng bồ đào.

+ HLA-B27 (+)

+ Viêm khớp cùng chậu trên X quang hoặc Cộng hưởng từ.

1.2.3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các bệnh cột sống: viêm đốt sống đĩa đệm do vi khuẩn, do lao: tình trạng nhiễm khuẩn, tổn thương thân đốt và đĩa đệm trên phim xquang,....

- Thoái hóa cột sống: gặp ở người lớn tuổi, hình ảnh gai xương thân đốt sống, các xét nghiệm về phản ứng viêm bình thường.

- Các bệnh lý khớp ngoại vi: lao khớp háng (bệnh nhân đau và hạn chế vận động thường một bên khớp háng, tổn thương xương và khớp trên phim., có thể có lao phổi phối hợp...), thoái hóa khớp háng (các xét nghiệm về phản ứng viêm bình thường, tổn thương gai xương...).

1.2.4. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: bao gồm nội khoa, vật lý trị liệu và ngoại khoa. Mục đích kiểm soát tình trạng đau và viêm, duy trì chức năng vận động của các khớp, cột sống và phòng biến dạng khớp, và cột sống [4],[22],[36].

Phác đồ điều trị theo khuyến cáo của ASAS (2009) [37].

- Giáo dục người bệnh tuân thủ điều trị, luyện tập thường xuyên, kết hợp vật lý trị liệu.
- Điều trị thuốc chống viêm không steroid, kết hợp giảm đau và thuốc giãn cơ vân.
- Thở ngoại biên phối hợp thêm sulfasalazin, điều trị glucocorticoid tại chỗ.
- Thở nặng (kháng lại thuốc chống viêm) chỉ định điều trị sinh học (thuốc kháng TNF α).
- Giai đoạn di chứng viêm dính khớp háng, gù vẹo cột sống quá mức ảnh hưởng đến chức năng vận động: thay khớp háng và chỉnh sửa cột sống.

1.2.4.1. Vận động liệu pháp

Tư vấn, hướng dẫn cho người bệnh các bài tập vận động khớp và cột sống, tham gia các hoạt động thể dục (bơi, đi bộ, đi xe đạp...) phù hợp với tình trạng bệnh và giai đoạn bệnh.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập thở, nằm đúng tư thế (không dùng gối cao, không nằm đệm mềm, không nằm co khớp gối...).
- Điều trị vật lý trị liệu: chiếu tia hồng ngoại, siêu âm, tắm nước khoáng nóng, tắm bùn, xoa bóp...

1.2.4.2. Điều trị thuốc

* *Thuốc giảm đau*: Có thể lựa chọn một trong các thuốc giảm đau.

- Acetaminophen (Paracetamol, Dolodon, Tylenol...) 0,5g x 2-4 viên /24h

** Thuốc chống viêm không steroid*

Theo nhiều nghiên cứu ngày nay các thuốc nhóm này vẫn có hiệu quả tốt trong điều trị VCSDK. Có thể lựa chọn một trong các loại thuốc kháng viêm không steroid sau phụ thuộc vào đáp ứng của thuốc, tình trạng bệnh và khả năng kinh tế của người bệnh (lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng phụ). Nên ưu tiên dùng các loại thuốc có thời gian bán hủy kéo dài để tránh đau về ban đêm.

- Piroxicam 20mg/ngày.

- Diclofenac 150mg/ngày.

** Thuốc tác dụng chậm* (điều trị cơ bản): hiện nay nhiều nghiên cứu cho thấy các thuốc này ít hiệu quả

- Sulfasalazine (Salazopyrine) 1000-2000mg/24h. Chỉ có chỉ định với thể có tổn thương khớp ngoại vi.

- Methotrexat 7,5-15mg/tuần: đối với trường hợp viêm cột sống dính khớp thể khớp ngoại vi.

** Thuốc Corticoid:*

Điều trị corticoid tại chỗ: tiêm khớp, tiêm các điểm bám gân. (:Hydrocortison acetat: 125mg/5ml, Depo-medrol 40mg/ml...).

Điều trị corticoid toàn thân trong các trường hợp bệnh tiến triển nặng không đáp ứng với các thuốc chống viêm không steroid hoặc trường hợp bệnh nhân phụ thuộc corticoid, liều dùng 1-1,5 mg/kg/24h và giảm liều dần theo tình trạng tiến triển và đáp ứng của bệnh nhân.

** Nhóm thuốc sinh học mới:* các kháng thể đơn dòng chống yếu tố hoại tử u TNF- α (Remicade, Entanecept....) điều trị các trường hợp kháng với các thuốc điều trị. Đây là các thuốc có tác dụng điều trị đích, là cuộc cách mạng trong điều trị các bệnh lý tự miễn những thập niên gần đây. Trước khi sử dụng cần làm các bilan kiểm soát lao, chức năng gan.

** Thuốc điều trị phối hợp*

- Bệnh nhân có dùng thuốc Methotrexat: acid folic 5mg x 2 viên/tuần.
- Bệnh nhân có biểu hiện viêm dạ dày hành tá tràng: Omeprazole 20mg/24h.
- Bệnh nhân dùng corticoid, có loãng xương: Calcitonin (Miacalcic, Rocalcic) 50-100UI/24h (tiêm bắp hoặc xịt mũi); Biphosphonat (Fosamax, Alenta...) 70mg/tuần; Calcium 0,5-1g/24h.
- Bệnh nhân có thoái hóa khớp thứ phát: Diacerin (Artrodar) 50-100mg/25h; Glucosamin sulfat (Viartril-s, Bosamin, Lubrex-F...) 1g-1,5g/24h, Chondroitin 0,5-1g/ngày [37].

1.2.4.3. Điều trị phẫu thuật

Thay khớp háng, thay khớp gối, giải phóng khớp dính hoặc khớp bị biến dạng. Thay khớp háng trên bệnh nhân VCSDK gặp nhiều khó khăn do:

- VCSDK là bệnh ảnh hưởng tới toàn thân như tim phổi, các khớp, cột sống, bản thân người bệnh được điều trị nhiều loại thuốc kháng viêm không steroid và steroid nên trước, trong và sau mổ phải hết sức thận trọng tránh để xảy ra biến chứng.

- Vô cảm trong thay khớp háng trên bệnh nhân VCSDK là một trong những khó khăn lớn vì cột sống thường bị cứng ở một tư thế do các cầu xương: gây tê tủy sống hoặc ngoài màng cứng khó thực hiện được vì không thể chọc được tủy sống vùng thắt lưng, gây mê khó do cổ cứng khó cho việc đặt nội khí quản.

- Thay khớp trong VCSDK cũng là một khó khăn vì khớp thường cứng ở một tư thế, giải phóng khớp khó khăn, cắt và lấy bỏ chỏm xương đùi nhiều khi rất khó khăn. Trong các trường hợp chỏm và ổ cối dính nhau hoàn toàn, ban đầu là dính xơ sau đó là dính xương hay chỏm và ổ cối hòa làm một khối, quanh viên ổ cối nhiều gai xương và biến dạng phức tạp, kèm theo phần mềm

co rút lâu dài có khi phải cắt 2 đường, 1 đường cắt sát chỏm và 1 đường cắt của cổ xương đùi trước, sau đó mới đánh trật để lấy bỏ chỏm sau hoặc thậm chí phải mở vào ổ khớp theo đường đục mẫu chuyển lớn xương đùi.

- Đối với dính khớp háng trong viêm cột sống dính khớp, thay khớp háng toàn phần là chỉ định bắt buộc vì cả chỏm, ổ cối bị hỏng và dính vào nhau không còn hình dạng, vì vậy TKHTP mới đảm bảo được việc cải thiện chức năng vận động của khớp háng.

Các phương pháp điều trị ngoại khoa [38],[39],[40]:

- Tạo khớp giả: cắt cổ xương đùi đầu trên hai mẫu chuyển.
- Phẫu thuật Voss: cắt tổ chức xơ cứng xung quanh khớp.
- Thay khớp háng: là phương pháp điều trị ngoại khoa mang lại kết quả tốt nhất.

1.2.4.4. Điều trị phục hồi chức năng sau thay khớp háng

Đây là điều hết sức quan trọng vì nếu phục hồi chức năng không tốt việc cải thiện chức năng sau thay khớp sẽ rất kém, ảnh hưởng xấu đến kết quả TKHTP. Cần phải tập phục hồi chức năng rất sớm sau mổ theo hướng dẫn của bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng và có kỹ thuật viên phục hồi chức năng tập liên tục hàng ngày [37].

1.2.5. Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK

Thang điểm BASDAI ra đời năm 1994 do viện Bath, nước Anh xây dựng, có ưu điểm sử dụng đơn giản, bệnh nhân tự đánh giá rất nhanh. Bệnh nhân tự đánh giá triệu chứng của mình theo thang điểm 10 trong vòng 1 tuần trước với 0: không có triệu chứng, 10: trầm trọng, qua 6 câu hỏi (Xin xem phụ lục). Bệnh hoạt động khi chỉ số BASDAI ≥ 4 . Nhiều tác giả đã sử dụng chỉ số BASDAI để đánh giá sự cải thiện của bệnh sau điều trị trong cả ngoại khoa và nội khoa [41].

Ngoài ra còn có thể sử dụng thang điểm BASFI để kiểm tra sau giai đoạn cấp của bệnh thì chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ảnh hưởng thế nào. BASFI là chỉ số đánh giá chức năng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. Bệnh nhân tự đánh giá khả năng của mình trong một tuần trước theo thang điểm 10: với 0: dễ, 10: không thể làm được. Qua 10 câu hỏi (Xin xem phần Phụ lục). Điểm BASFI càng cao thì mức độ giảm hoạt động chức năng của bệnh nhân càng nhiều [6].

1.2.6. Phòng bệnh

- Giáo dục và hướng dẫn bệnh nhân, người nhà bệnh nhân có những hiểu biết về bệnh để thực hiện đúng liệu trình điều trị và theo dõi quá trình điều trị.

- Áp dụng các biện pháp điều trị nhằm hạn chế di chứng bệnh: chống teo cơ, dính khớp, nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân.

1.3. Tổn thương khớp háng trong viêm cột sống dính khớp

1.3.1. Tổn thương đại thể khớp háng trong viêm cột sống dính khớp

Về mặt đại thể, viêm cột sống dính khớp khiến nhiều thành phần trong cấu trúc của khớp háng bị tổn thương. Khớp háng có thể bị ảnh hưởng bởi viêm màng hoạt dịch, viêm dày bao khớp háng, phù tủy xương và nhiều tổn thương khác chưa được xác định đầy đủ nhưng kết quả cuối cùng là dẫn đến thoái hóa khớp háng. Các cơn đau có thể được tạo ra bởi viêm cấp tính hoặc do tổn thương dây thần kinh ngồi và cấu trúc phần mềm xung quanh như đã thấy ở những bệnh nhân mắc các bệnh khớp háng khác [42].

1.3.2. Tổn thương mô bệnh học khớp háng trong viêm cột sống dính khớp

Về tổn thương mô bệnh học, khớp háng là một khớp khó tiếp cận để tiến hành sinh thiết hơn so với khớp gối. Tuy nhiên, dữ liệu từ sinh thiết cho thấy có sự tham gia của hai quá trình, cũng được mô tả trong sinh bệnh học trong VCSDK, đó là: quá trình viêm và hình thành xương bệnh lý mới. Quá

trình viêm đường như được điều khiển bởi các cytokine, chủ yếu là yếu tố hoại tử khối u (TNF) -alpha và interleukin (IL) -6 và bởi sự tương tác tế bào, đặc biệt trong đó HLA-B27 có thể đóng vai trò quan trọng. Sự hình thành xương bệnh lý đường như được thúc đẩy bởi protein WNT và protein hình thái xương. Tuy nhiên, các đặc điểm mô học của khớp háng này có thể khác với những gì nhìn thấy trong khớp cùng chậu hoặc cột sống. Quá trình thứ hai là sự hình thành xương bệnh lý mới (gai xương), đó là quá trình sửa chữa lại lacer chỗ của các tế bào xương. Tuy nhiên, điều này có thể được nhìn thấy ở những bệnh nhân bị thoái hóa khớp, gây khó khăn cho việc phân biệt liệu quá trình này có thể được quy cho là do VCSDK hay bệnh lý thoái hóa khớp háng.

1.3.3. Tổn thương khớp háng trên siêu âm trong bệnh lý VCSDK

Tương tự như những tổn thương viêm khác của khớp ngoại biên, siêu âm khớp háng có thể cho thấy phì đại hoạt dịch và giảm mạch máu nuôi chỏm là dấu hiệu của viêm. Sự tương quan giữa các biểu hiện lâm sàng và bất thường trên siêu âm chỉ ở mức trung bình, nhưng siêu âm có mối tương quan tốt hơn với protein phản ứng C so với đau khớp háng lâm sàng.

Siêu âm đặc biệt được khuyến nghị để đánh giá tình trạng tràn dịch khớp ở trẻ em. Độ dày của dịch khớp trên 5 mm và chênh lệch hơn 2 mm so với khớp háng không có triệu chứng là tiêu chí siêu âm được mô tả cho tràn dịch khớp hông ở trẻ em. Ở trẻ em, tràn dịch khớp háng có thể là triệu chứng đầu tiên của bệnh nhưng các bệnh khác cần được loại trừ, bao gồm viêm màng hoạt dịch thoáng qua của khớp háng và viêm khớp nhiễm trùng.

1.3.4. Tổn thương khớp háng trên cộng hưởng từ trong bệnh lý VCSDK

Những tổn thương của VCSDK lên khớp háng có thể gây ra những biến dạng nghiêm trọng và gây tiên lượng xấu. Tuy nhiên, chưa có phương pháp tiêu chuẩn vàng nào để đánh giá tổn thương khớp trên bệnh nhân mắc

VCSDK. Do vậy, cộng hưởng từ đã được sử dụng như một công cụ nhạy cảm ở bệnh nhân mắc VCSĐK để phát hiện tràn dịch màng hoạt dịch tiềm ẩn và các biểu hiện viêm sớm. Cộng hưởng từ cho thấy những lợi thế khác biệt ở bệnh nhân VCSĐK có tổn thương khớp háng ở giai đoạn đầu, đặc biệt ở một số bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng tại khớp háng nhưng kết quả X quang là âm tính.

Những tổn thương khớp háng trên cộng hưởng từ phổ biến nhất ở những bệnh nhân VCSĐK giai đoạn đầu là tràn dịch khớp và tăng cường hoạt dịch, sau đó là dày bao khớp và phù tủy xương. Trong thực hành lâm sàng, nên thực hiện kiểm tra MRI ở những bệnh nhân bị VCSĐK bị đau khớp háng nếu kiểm tra lâm sàng, X quang và siêu âm không hữu ích trong việc chẩn đoán nguồn gốc của vấn đề [1].

1.4. Tình hình thay khớp háng trên thế giới

Thay khớp nhân tạo đã được bác sĩ người Đức Themistocles Gluck nêu ra ý tưởng dùng ngà voi để làm ra chỏm nhân tạo từ 1880, tuy nhiên thời kỳ này do chưa có sự phát triển của kiểm soát vô khuẩn nên đa phần các ca mổ đều thất bại vì nhiễm trùng [43].

Hầu hết các tác giả đã chứng minh sự cải thiện tình trạng đi lại của bệnh nhân VCSĐK sau thay khớp háng toàn phần, ngay cả ở những bệnh nhân bị cứng khớp trước phẫu thuật. Walker và Sledge (1991) [44] đã phân tích kết quả thay khớp háng toàn phần ở 19 bệnh nhân VCSĐK, với thời gian theo dõi trung bình 4,5 năm. Trước phẫu thuật, chỉ có 15,7% (3/19) bệnh nhân có thể đi lại mà không cần hỗ trợ; sau phẫu thuật, con số này được cải thiện lên 53% (10/19). Sau phẫu thuật, 42% (8/19) đã có thể đi bộ khoảng cách không giới hạn.

Sochart và Porter năm 1997 [45] đã nhận thấy sự cải thiện về chức năng là không đồng đều vì nhiều bệnh nhân bị hạn chế bởi các bệnh lý đa

khớp khác. Tuy nhiên, 71% bệnh nhân trong loạt bệnh nhân trong nghiên cứu có thể đi bộ đường dài mà không cần gậy. Một số tác giả đã sử dụng thang điểm Harris (HHS) để đánh giá kết quả chức năng sau thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân VCSDK. HHS đã cải thiện từ trung bình 27,4 trước phẫu thuật lên 88,8 sau phẫu thuật trong nghiên cứu của Tang và Chiu [46], từ trung bình 49,5 trước khi phẫu thuật lên trung bình 82,5 trong nghiên cứu của Bhan [47] và từ mức 48,4 trước khi phẫu thuật lên mức 89,1 với thời gian theo dõi là 6 năm trong nghiên cứu của Brinker [48].

Nhiều nghiên cứu đánh giá độ bền (tuổi thọ) của khớp háng nhân tạo ở bệnh nhân mắc VCSDK đã được ghi nhận rõ ràng. Tuổi thọ trung bình của thay khớp háng toàn phần lần đầu ở bệnh nhân VCSDK tương tự như tuổi thọ của thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân thoái hóa khớp thông thường. Sweeny [49] đã báo cáo về 276 lần thay khớp lần đầu và 64 lần thay lại khớp háng ở bệnh nhân VCSDK. Phân tích tuổi thọ của khớp bằng cách sử dụng ước tính Kaplan-Meier cho thấy tuổi thọ sau 10, 15 và 20 năm là 90%, 79% và 65% cho thay lần đầu, và lần lượt là 75%, 61% và 61% cho các lần thay lần sau. Đây là một nghiên cứu đánh giá chung vì tác giả chưa tách 2 nhóm thay khớp không xi măng và có xi măng.

Một số tác giả đã báo cáo kết quả dài hạn của thay khớp háng toàn phần bằng cách sử dụng khớp nhân tạo có xi măng Sochart và Porter [45] đã đánh giá 43 khớp Charley với thời gian theo dõi trung bình là 23 năm. Tuổi thọ của khớp là 92% sau 10 năm, 72% sau 20 năm và 70% sau 30 năm. Theo tác giả, lỏng các thành phần ổ cối là nguyên nhân phổ biến nhất phải mổ lại.

Lehtimaki và cộng sự (2001) [50] đã phân tích kết quả thay 76 khớp háng viêm cột sống dính khớp với theo dõi từ 8 đến 28 năm. Trung bình tuổi của bệnh nhân là 40 tuổi (16-67). Tuổi thọ của các thành phần khớp trong lần thay đầu là 80% sau 10 năm, 66% sau 15 năm và 62% tại 20 năm.

Joshi và cộng sự (2002) [51] đã phân tích kết quả thay 181 khớp háng trên 103 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, với thời gian theo dõi trung bình 10 năm (từ 2 - 27 năm) và tuổi trung bình 47 tuổi (từ 17 đến 77 tuổi). Tuổi thọ của cả hai thành phần ban đầu là 87% ở mức 10 năm, 81% sau 15 năm và 72% sau 27 năm. Có 17 khớp háng phải mổ lại vì lỏng khớp.

Shih và cộng sự (1995) [52] đã báo cáo về kết quả xa của thay khớp háng toàn phần ở 46 bệnh nhân (74 khớp háng) với VCSDK. Khớp háng nhân tạo của xi măng (52 khớp háng) và không có xi măng (22 khớp háng) đã được sử dụng trong nghiên cứu của họ. Theo đường cong sinh tồn Kaplan-Meyer, 78% các khớp vẫn hoạt động sau 10 năm. 28% khớp xi măng đã được tìm thấy bị lỏng trong quá trình theo dõi, trong khi chỉ có 5% khớp không xi măng có lỏng thân xương đùi. Mặc dù họ không thể đưa ra bất kỳ kết luận chắc chắn nào về tính ưu việt của cố định không xi măng, nhưng sự phát triển của xương tốt trên phim X-quang tiếp theo cho thấy rằng có thể có một vai trò quan trọng hơn của cố định không xi măng ở bệnh nhân trẻ mắc VCSDK.

Atul B. Joshi [51] tổng kết 103 bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp với 181 khớp háng được thay; 72 bệnh nhân (69,9%) đã phẫu thuật hai bên. Thời gian theo dõi trung bình là 10,3 năm. Tuổi trung bình của bệnh nhân khi phẫu thuật là 47 tuổi. Trước khi phẫu thuật, 42 khớp háng (23,2%) đã bị dính khớp. Phẫu thuật lại được thực hiện trong 25 khớp (13,8%). Cốt hóa lạc chỗ xuất hiện ở 21 khớp (11,6%); không có bệnh nhân nào bị suy giảm chức năng khớp háng. Trong lần kiểm tra cuối cùng, 173 khớp (96%) có điểm đau thấp và 53 khớp háng có điểm số chức năng bình thường hoặc gần bình thường (29,2%). Tuổi thọ của khớp là 71% sau 27 năm. Thay khớp háng đã cung cấp sự cải thiện lâu dài cho bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp.

Năm 2017, Lee SH [53] đã so sánh kết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng ở bệnh nhân VCSDK với bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương

đùi. Tác giả chia làm 2 nhóm, mỗi nhóm có 30 bệnh nhân tương đồng nhau về tuổi, giới và các đặc điểm nhân khẩu học trước phẫu thuật. Tác giả thấy rằng: Thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể trong nhóm VCSDK ($120,2 \pm 26,2$ phút) so với nhóm hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ($79,5 \pm 11,1$ phút). Thể tích dẫn lưu sau phẫu thuật lớn hơn đáng kể trong nhóm VCSDK ($764,5 \pm 355,4$ mL so với $510,5 \pm 195,6$ mL). Điểm Harris trước phẫu thuật thấp hơn ở nhóm VCSDK ($55,6 \pm 13,8$ so với $59,2 \pm 2,8$). Tương tự, điểm Harris sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể trong nhóm VCSDK ($92,8 \pm 2,7$ so với $97,4 \pm 2,6$). Tầm vận động đã được cải thiện từ $146,5^\circ \pm 13,2^\circ$ trước phẫu thuật thành $254,7^\circ \pm 17,2^\circ$ sau phẫu thuật trong nhóm VCSDK và từ $182,6^\circ \pm 15,5^\circ$ đến $260,4^\circ \pm 13,7^\circ$ trong nhóm hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Vị trí đặt ổ cối và chênh lệch chiều dài chân sau phẫu thuật không khác nhau giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, ba trường hợp cốt hóa lạc chỗ đã được quan sát trong nhóm VCSDK, trong khi chỉ có 1 trường hợp được tìm thấy trong nhóm hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Một trường hợp nhiễm khuẩn sâu và một trường hợp lỏng chuôi đã được tìm thấy trong nhóm VCSDK, trong khi không có trường hợp nào được quan sát thấy trong nhóm hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Tác giả kết luận, thay khớp háng không xi măng cho thấy kết quả lâm sàng và X quang khả quan ở cả hai nhóm, mặc dù thời gian phẫu thuật lâu hơn, lượng máu mất nhiều hơn và điểm Harris thấp hơn của nhóm VCSDK. Điều đó cho thấy thay khớp háng không xi măng là một điều trị hiệu quả và đáng tin cậy cho cả VCSDK và hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

Ding L [54] năm 2018 đã nghiên cứu mức độ hài lòng ở 2 nhóm bệnh nhân viêm cột sống dính khớp sau thay khớp háng có dính khớp háng và không dính khớp háng. Các bệnh nhân được chia thành hai nhóm, bao gồm 20 bệnh nhân không dính khớp háng, với 25 khớp được phẫu thuật và 23 bệnh nhân có dính khớp háng, với 40 khớp háng được phẫu thuật. Bệnh nhân được

theo dõi trung bình 27 tháng. Bệnh nhân trong nhóm dính khớp có điểm hài lòng cao hơn. Những cải thiện về chức năng khớp và khả năng tự chăm sóc sau khi phẫu thuật khớp toàn bộ là những yếu tố quyết định trong việc xác định sự hài lòng của bệnh nhân đối với bệnh nhân bị viêm cột sống dính khớp mà có tình trạng dính khớp háng.

Năm 2017, Xu J [55] hồi cứu 54 bệnh nhân VCSDK với 81 phẫu thuật thay khớp háng không xi măng từ năm 2008 đến 2014. Thời gian theo dõi trung bình là 3,6 năm (khoảng 2 - 8 năm). Độ nghiêng và ngả trước của cup lần lượt là $36,3^\circ \pm 4,5^\circ$ ($30^\circ - 50^\circ$) và $12,3^\circ \pm 4,9^\circ$ ($0^\circ - 25^\circ$). Thang điểm đau (VAS) giảm từ $6,7 \pm 2,1$ (4-10) trước phẫu thuật xuống $1,5 \pm 1,0$ (0-4) ở lần theo dõi cuối cùng và điểm Harris (HHS) được cải thiện từ $31,2 \pm 11,6$ (15-45) đến $86,1 \pm 4,3$ (80-95) ($p < 0,05$). Phạm vi chuyển động sau phẫu thuật (ROM) gấp háng được cải thiện từ $6,7^\circ \pm 13,5^\circ$ ($0^\circ - 50^\circ$) trước phẫu thuật lên $82,5^\circ \pm 6,4^\circ$ ($70^\circ - 100^\circ$) ở lần theo dõi cuối cùng và ROM duỗi háng đã được cải thiện từ $1,8^\circ \pm 5,7^\circ$ ($0^\circ - 15^\circ$) đến $15,4^\circ \pm 2,6^\circ$ ($10^\circ - 20^\circ$) ($p < 0,05$). Cốt hóa lạc chỗ đã được ghi nhận trong 9 khớp háng (11,1%). Đau thần kinh tọa xảy ra trong 3 trường hợp và được điều trị bảo tồn. Không có dấu hiệu gãy xương quanh chuôi, trật khớp hoặc lỏng chuôi.

Năm 2015, Thilak J [56] nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố nguy cơ gây ra cốt hóa lạc chỗ ở 47 khớp háng (23 bệnh nhân) VCSDK. Tỷ lệ cốt hóa lạc chỗ trong nghiên cứu này là 14,9%. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi bao gồm: giới nữ, dính khớp trước mổ, sự xuất hiện của cốt hóa lạc chỗ trước mổ. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi: tăng máu lắng, tăng CRP, kéo dài thời gian phẫu thuật. Đánh giá các yếu tố máu lắng, CRP và giảm thiểu thời gian phẫu thuật có thể giúp giảm thiểu tỉ lệ biến chứng này.

Năm 2014, Ye C [57] phẫu thuật thay khớp háng không xi măng 2 bên cùng lúc trên bệnh nhân 15 bệnh nhân VCSDK với 30 khớp háng được thay.

Thời gian theo dõi trung bình là 29,3 tháng. Điểm BASFI giảm từ $7,53 \pm 0,99$ xuống $2,40 \pm 0,91$, Điểm Harris tăng từ $24,8 \pm 7,42$ trước phẫu thuật lên $83,8 \pm 4,61$ sau phẫu thuật. Tổng biên độ vận động tăng từ $78,73 \pm 14,53^0$ trước phẫu thuật lên $209,73 \pm 16,19^0$ sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, có một trường hợp trật khớp háng sớm, một trường hợp chấn thương căng dây thần kinh xương đùi và một trường hợp nhiễm trùng vết mổ nông. Không có trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu. Xquang sau thay khớp không cho thấy lỏng chuôi hoặc di lệch khớp nhân tạo.

Năm 2019, Zhu XB [58] công bố kết quả sớm của phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng trên bệnh nhân VCSDK phẫu thuật đường trước với 21 khớp được thay, độ tuổi trung bình 34,4 tuổi (từ 21 đến 57 tuổi), theo dõi trong 26 tháng. Trong phẫu thuật, 1 trường hợp gãy máu chuyển lớn đã được buộc chỉ thép và 1 trường hợp rạn xương đùi cũng được buộc chỉ thép. Không có khối máu tụ, tổn thương thần kinh và huyết khối tĩnh mạch sâu của chi dưới. Không lỏng khớp nhân tạo trong quá trình theo dõi phim X-quang sau khi phẫu thuật. Không cốt hóa lạc chỗ sau phẫu thuật. Sau khi phẫu thuật, 18 khớp háng đã thuyên giảm đau hoàn toàn và 3 khớp háng còn đau khi đi bộ, tất cả đều hài lòng với các yêu cầu tự chăm sóc cuộc sống hàng ngày. Thang điểm Harris, tổng chuyển động khớp háng và điểm VCSDK sau 1 tuần sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước khi phẫu thuật ($p < 0,05$). Ở lần theo dõi cuối cùng, điểm Harris là $91,2 \pm 5,3$, tổng độ biên độ di động của khớp háng là $217,1 \pm 29,7$ và điểm đau VCSDK sau phẫu thuật là $1,2 \pm 0,5$, khác biệt đáng kể so với điểm trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Phương pháp thay khớp háng đường trước có hiệu quả tốt trong điều trị viêm dính khớp háng do VCSDK với ưu điểm ít đau và hồi phục nhanh. Nó có tác dụng ngắn hạn tốt, có thể cải thiện hiệu quả chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Về kết quả xa, Yim SJ [59] năm 2018 hồi cứu 12 bệnh nhân (16 khớp) VCSDK phẫu thuật thay khớp háng có xi măng theo dõi tối thiểu 10 năm. Điểm Harris được cải thiện đáng kể từ mức trước phẫu thuật (58 điểm; phạm vi, 39-81 điểm) đến sau phẫu thuật (92 điểm; phạm vi, 68-100 điểm). Mức độ co rút cơ gấp giảm từ trước phẫu thuật (13°) xuống sau phẫu thuật (5°), và phạm vi chuyển động trung bình sau phẫu thuật được cải thiện 106° so với mức trước phẫu thuật. Không có tổn thương hủy xương mới được phát triển hoặc nói lỏng khớp đã được quan sát trong những lần chụp X-quang tiếp theo. Một trường hợp cốt hóa lạc chỗ và một trường hợp gãy máu chuyển lớn đã được quan sát. Gãy máu chuyển lớn được điều trị bảo tồn, và kết quả là liền xương. Không có bệnh nhân trải qua mổ lại.

Năm 2014, Wanchun Wang [60] thay 26 khớp háng của 13 bệnh nhân bị dính khớp 2 bên do VCSDK gây ra đã được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần từ tháng 1 năm 2000 đến tháng 1 năm 2008. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,7 tuổi (khoảng 22-57 tuổi). Có 11 nam và 2 nữ. Tất cả các bệnh nhân đều bị dính khớp háng 2 bên với phạm vi chuyển động 0° . Điểm trung bình Harris Hip (HSS) là 22,1 (10-38). Theo dõi trung bình 128,4 tháng, chỉ số HSS trung bình tại lần kiểm tra tiếp theo gần nhất là 91,7 điểm (trong khoảng 75-98 điểm). Tất cả các bệnh nhân báo cáo giảm nhẹ các triệu chứng đau. Tuổi thọ của các khớp là 100% sau 5 năm và 92,3% sau 10 năm, nhưng nó đã giảm mạnh xuống 73,1% sau 13 năm.

Năm 2014, Zang L [61] phân tích hồi cứu để đánh giá kết quả trung và dài hạn ở 131 bệnh nhân (195 khớp háng) đã trải qua phẫu thuật thay khớp háng cho VCSDK trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2001 đến tháng 8 năm 2011 với thời gian theo dõi hơn 2 năm. Có 100 nam (152 khớp háng) và 31 nữ (43 khớp háng), tuổi từ 17-69 (trung bình, 33,7 tuổi). Khoảng thời gian trung bình giữa khởi phát VCSDK và phẫu thuật thay khớp háng là 13,7 năm

(khoảng từ 1-50 năm). Điểm khớp háng Harris trước phẫu thuật là $18,0 \pm 13,7$; tổng phạm vi thụ động của chuyển động là $36,2 \pm 51,2^0$. Dựa trên phim X-quang trước phẫu thuật và cắt lớp vi tính, 195 khớp háng được chia thành phân nhóm không dính khớp (86 khớp háng), nhóm dính phần mềm (43 khớp háng) và nhóm dính xương (66 khớp háng); và sự phục hồi của chức năng khớp háng được so sánh giữa các nhóm nhỏ sau khi phẫu thuật. Các biến chứng trong phẫu thuật bao gồm gãy cổ xương đùi ở 4 trường hợp, gãy cột trụ sau ổ cối ở 1 trường hợp, gãy thân xương đùi ở 2 trường hợp và chấn thương dây thần kinh tọa ở 3 trường hợp. Biến chứng trật khớp háng sau phẫu thuật ở 2 trường hợp. Thời gian theo dõi trung bình là 51,3 tháng. Ở lần theo dõi cuối cùng, điểm Harris trung bình tăng lên $86,4 \pm 14,1$, phạm vi chuyển động thụ động tổng cộng tăng lên $202,0 \pm 28^0$ và gấp thụ động khớp háng tăng lên $93,2 \pm 15,3^0$, tất cả cho thấy sự khác biệt đáng kể khi so sánh với những người trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Cốt hóa lạc chỗ được quan sát trong 49 khớp háng. Không có sự khác biệt đáng kể về điểm khớp háng Harris giữa 3 nhóm nhỏ sau thay khớp háng toàn phần ở lần theo dõi cuối cùng ($p > 0,05$). Ở lần theo dõi cuối cùng, mức độ gấp thụ động trong phân nhóm dính xương và dính khớp thấp hơn đáng kể so với phân nhóm không bị dính khớp ($p < 0,05$), và phạm vi chuyển động thụ động trong nhóm dính khớp là thấp hơn đáng kể so với nhóm không bị dính khớp ($p < 0,05$).

Năm 2016, tác giả Yavuz Saglam [62] tổng kết 105 khớp háng của 61 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp thay toàn bộ khớp háng từ năm 1997 đến 2012. Thay khớp háng toàn phần không xi măng được sử dụng cho 83 khớp háng (79%) và có xi măng được sử dụng cho 22 khớp háng (21%). Tỷ lệ lỏng chuôi là 7,6% với thời gian theo dõi trung bình sau 5,4 năm. Lỏng chuôi tương tự nhau ở nhóm có xi măng và không xi măng (14% và 8%). Lỏng ổ cối cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các bệnh nhân có cốt hóa lạc chỗ. Bất kể

loại chuỗi nào thì tỉ lệ lỏng chuỗi đều cao hơn ở nhóm bệnh nhân có xương đùi Dorr type C. Điểm HSS trước mổ là $46,6 \pm 16,3$ và cải thiện lên $80,7 \pm 18,7$ sau phẫu thuật. Tác giả khẳng định tỉ lệ mổ lần 2 là tương tự nhau giữa các bệnh nhân có và không có viêm cột sống dính khớp và phẫu thuật thay khớp háng toàn phần ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có biến chứng cao hơn nhưng phẫu thuật đã mang lại sự cải thiện chức năng khớp, chất lượng cuộc sống đáng kể cho bệnh nhân.

1.5. Tình hình thay khớp háng tại Việt Nam

Năm 1973, Trần Ngọc Ninh đã phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho 1 bệnh nhân nam 37 tuổi bị cứng khớp háng 2 bên do viêm dính cột sống, chức năng vận động khớp háng sau phẫu thuật của bệnh nhân phục hồi tốt và được theo dõi trên 10 năm [15]. Ông là phẫu thuật viên thay khớp háng toàn phần đầu tiên của Việt Nam. Kết quả TKHTP tốt và rất tốt 58%, trung bình 33%, kém 9%. Thay khớp háng bán phần tốt và rất tốt 72,5%, trung bình 22,5%, kém 5%.

Năm 1980 Trần Quốc Đô và cộng sự báo cáo về điều trị phẫu thuật cho 30 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 1976-1977. Trong đó thay khớp háng cho 3 bệnh nhân (4 khớp được thay) cho kết quả tốt, 7 trường hợp đục liên mấu chuyển bả cổ và chỏm xương đùi đạt tỉ lệ 5/7, 20 trường hợp dùng phẫu thuật Voss để điều trị với kết quả 12 trường hợp đạt kết quả tốt, 3 đạt kết quả trung bình, 5 trường hợp không đạt kết quả như mong muốn. Vào thời kỳ thập niên 80 của thế kỷ XX, chính nhóm tác giả đã khẳng định thay khớp háng là biện pháp tích cực nhất để điều trị biến chứng dính khớp ở bệnh nhân VCSDK. Tuy nhiên, do điều kiện lúc đó việc nhập khớp nhân tạo từ nước ngoài về còn khó khăn, thiết kế khớp nhân tạo chưa hoàn thiện như ngày nay cũng như kỹ thuật mổ và phục hồi

chức năng còn nhiều hạn chế nên nhóm các tác giả cũng khuyến cáo sử dụng phẫu thuật Voss (giải phóng phần mềm xơ dính quanh khớp) để điều trị [38].

Năm 2000, Đoàn Việt Quân và Đoàn Lê Dân đã báo cáo kết quả phẫu thuật của 185 bệnh nhân thay khớp háng bán phần và toàn phần: với tỷ lệ tốt và rất tốt của TKHTP là 82,5% và của thay chỏm xương đùi là 77,1%; trong đó có 1 ca gãy đùi và 2 ca trật khớp sau mổ. Như vậy, sau thời gian 2 thập kỷ, phẫu thuật thay khớp háng ở Việt Nam đến thời điểm này đã có nhiều bước tiến quan trọng và vững chắc, xứng đáng là phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân có bệnh lý thương tổn tại khớp háng mạn tính như VCSDK [63].

Năm 2002 Đỗ Hữu Thắng và cộng sự đánh giá kết quả 133 trường hợp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần: có 5 trường hợp bị nhiễm trùng, 7 trường hợp bị trật khớp sau mổ, 3 trường hợp gãy xương đùi, 3 ca tổn thương thần kinh tọa [64].

Năm 2004, Tôn Quang Nga và cộng sự báo cáo kết quả thay khớp háng toàn phần và bán phần cho 80 trường hợp trong 10 năm từ 1994-2004 cho tỉ lệ tốt 80%, vừa 20% [65].

Năm 2004, Nguyễn Hữu Tuyên công bố kết quả thay khớp háng cho 80 ca từ 1997-2003 cho thấy tỉ lệ tốt và rất tốt là 97,5%, trung bình 1,25%, xấu 1,25%. Trong đó nhiễm trùng gặp 1 bệnh nhân, trật khớp là 1 bệnh nhân, lỏng khớp 1 ca và thay lại 1 ca [66].

Năm 2010, Trần Đình Chiến báo cáo về kết quả thay khớp toàn phần không xi măng cho 19 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (đều bị hai bên) với 36 khớp được thay. Những bệnh nhân này đều được điều trị nội khoa nhiều năm, với độ tuổi trung bình là 32 tuổi. Với thời gian theo dõi trung bình 4 năm, tác giả báo cáo kết quả 100% liền vết mổ thì đầu, kết quả xa bệnh nhân đều hài lòng với chất lượng cuộc sống, không ghi nhận trường hợp biến

chứng nào. Tuy nhiên, trong nghiên cứu tác giả cũng nhấn mạnh, thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK là một kỹ thuật khó hơn so với thay khớp háng thông thường do khớp háng bị dính cứng trong tư thế biến dạng, khi cắt cổ xương đùi cần bảo vệ thần kinh hông to và khi roa ổ cối, do lớp sụn tổn thương nặng, nên cần roa nhẹ tay tránh biến chứng thủng đáy ổ cối. Nghiên cứu của Trần Đình Chiến có thể được coi là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đánh giá riêng về vấn đề thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK [40].

Năm 2011 Ngô Văn Toàn - Bệnh viện Việt Đức báo cáo 65 trường hợp TKHTP không xi măng tỉ lệ phục hồi vận động gấp háng $> 90^\circ$ đạt 95,38% vận động đi lại bình thường [67].

Trong báo cáo khác của Ngô Văn Toàn năm 2011 cho nhận xét: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần có hiệu quả về giảm đau rõ rệt, làm cho người bệnh không còn cảm giác đau khi vận động khớp háng cũng như khi đi lại, nó cho phép phục hồi lại chức năng của khớp háng, phục hồi lại khả năng lao động, nâng cao chất lượng cuộc sống, tạo điều kiện cho người bệnh hội nhập lại với cuộc sống cộng đồng [68].

Năm 2014, Phạm Văn Long và cộng sự, báo cáo từ 01/2013-01/2014 trên 36 bệnh nhân thoái hóa khớp háng thay 39 khớp cho thấy rất tốt và tốt theo Harris là 80,64%, khá 12,9% và xấu là 6,46% [69].

Năm 2015, Mai Đắc Việt và cộng sự, báo cáo 90 khớp háng bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn IV, V, VI được thay khớp háng toàn phần sử dụng chuỗi khớp Corail được phủ HA, điểm Harris trung bình trước mổ $41,68 \pm 21,78$ tăng lên $98,82 \pm 2,29$; được chứng minh ổn định ở 100% khớp với sự mọc xương vào bề mặt chuỗi khớp [70].

Năm 2015, Ngô Hạnh và cộng sự, từ 01/2012- 06/2013 phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cho 96 bệnh nhân (102 khớp), trong đó có 60 ca hoại tử vô mạch chỏm xương đùi, 28 ca thoái hóa khớp háng và 8 ca

viêm dính khớp háng trong bệnh lý viêm cột sống dính khớp cho kết quả tốt và rất tốt chiếm 94,12%, khá 5,88%. Trong nghiên cứu này tác giả cũng nhấn mạnh sự khó khăn trong phẫu thuật thay khớp háng ở bệnh nhân có VCSDK (thời gian cuộc mổ kéo dài, thời gian phục hồi lâu hơn và kết quả cuối cùng không tốt bằng các nhóm còn lại). Tuy nhiên rất tiếc vì đây là một nghiên cứu về thay khớp háng toàn phần nói chung nên tác giả đã không đánh giá sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng tới phẫu thuật thay khớp ở bệnh nhân VCSDK [71].

Năm 2015, Phạm Đức Phương nghiên cứu trên 50 bệnh nhân VCSDK với 80 khớp háng được thay từ 3/2007 đến 11/2014 tại Bệnh viện Bạch Mai, trong đó độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 32 và tình trạng trước mổ của các bệnh nhân chủ yếu là đau nhiều (81,2%), tổn thương cả 2 khớp (94%), tuy nhiên 100% bệnh nhân đều đã được điều trị tích cực bằng nhiều phương pháp khác nhau trước khi được tiến hành thay khớp. Với thời gian theo dõi trung bình 2 năm, nghiên cứu cho kết quả 98,7% khớp háng nhân tạo có chức năng tốt và rất tốt theo thang điểm Merle d'Aubigne - Postel, cải thiện rõ rệt biên độ vận động của khớp và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu này đã phần nào nhấn mạnh về tình trạng bệnh tật nặng nề của bệnh nhân dính khớp háng do VCSDK, cũng như chỉ ra vai trò tích cực của phương pháp điều trị bệnh bằng phẫu thuật thay khớp háng toàn phần [29].

Năm 2016, Nguyễn Trung Tuyển và cộng sự, báo cáo 18 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được thay 20 khớp háng toàn phần từ 1/2014-7/2015 tại bệnh viện Việt Đức cho kết quả 100% tốt và rất tốt sau mổ (điểm Harris) [72].

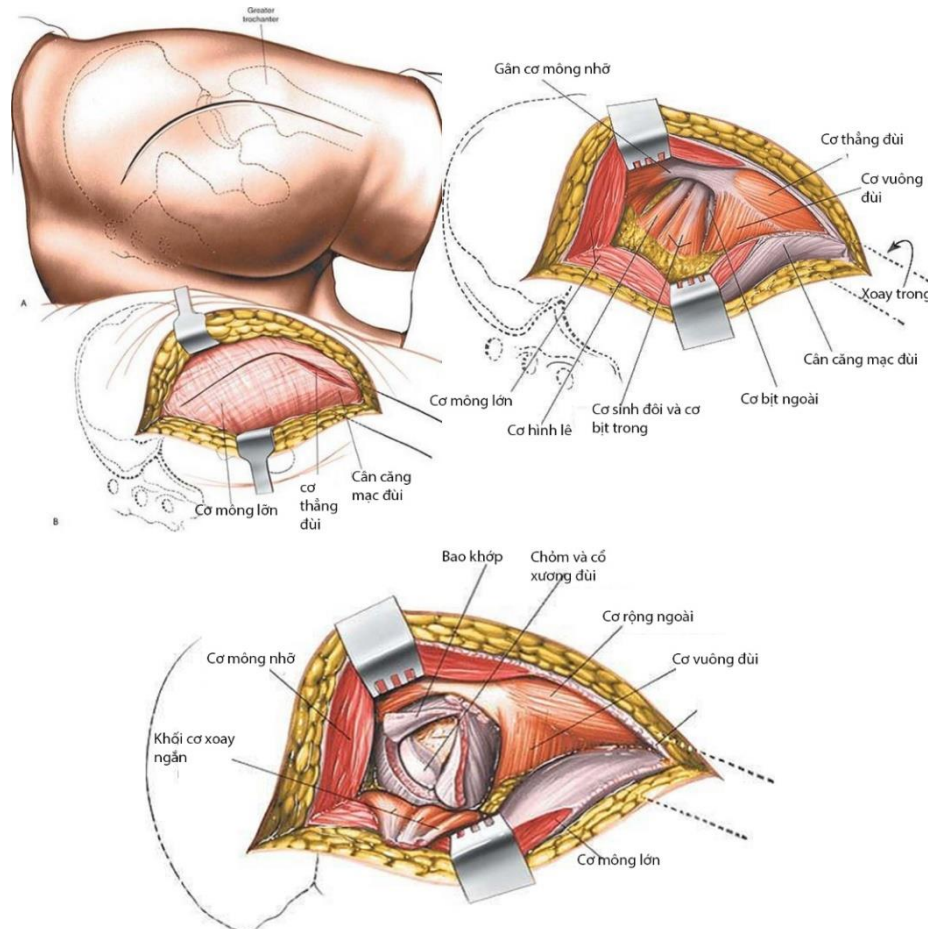
Như vậy, qua nhiều nghiên cứu trong nước có thể thấy phương pháp phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo có rất nhiều ưu điểm trong trường hợp bệnh nhân dính khớp do VCSDK như sau mổ giúp bệnh nhân có khả năng đi lại sớm, cải thiện biên độ vận động khớp, giảm đau và nâng cao chất lượng sống.

1.6. Một số đường mô trong thay khớp háng

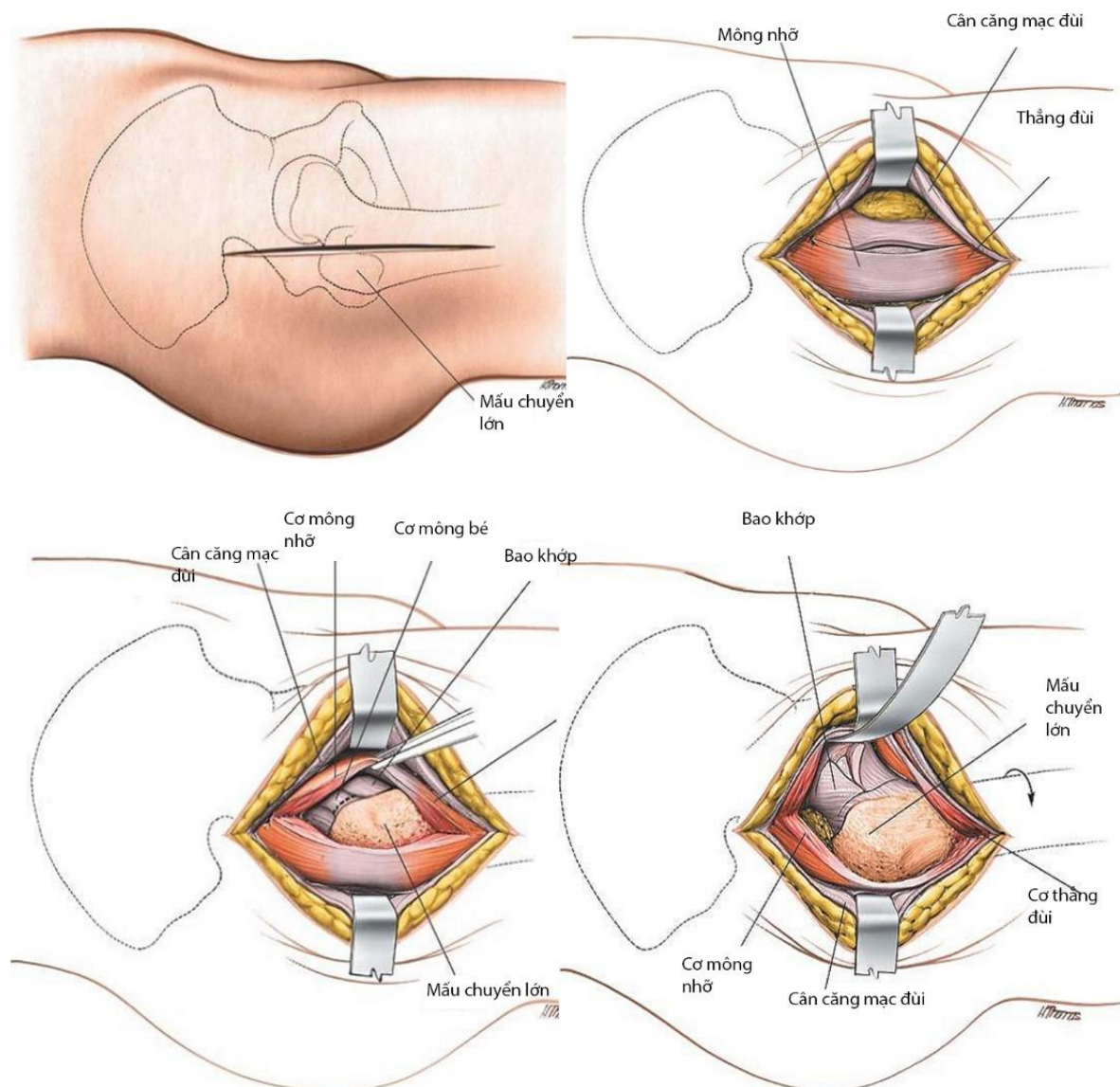
Anderson Lewis D. đã nhấn mạnh rằng "chẳng có đường mổ nào vào khớp háng để thay khớp háng là tốt nhất trong mọi trường hợp, việc lựa chọn đường mổ phải tùy từng điều kiện người bệnh" [17].

Có rất nhiều đường mổ vào khớp háng để TKHTP như các đường mổ của Smith - Petersen, Ollier, Watson - Jones, Harris, Gibson, Marcy (cải biên của Gibson), Moore. Mỗi đường mổ đều có những ưu, nhược điểm riêng, dưới đây chúng tôi chỉ giới thiệu một vài đường mổ và kỹ thuật tiêu biểu.

** **Đường mổ bên sau của Gibson**, đi vào phía sau của bao khớp thông qua cắt tại điểm bám tận của khối gân cơ xoay gần khớp háng gồm cơ hình lê, cơ sinh đôi, cơ bịt trong. Đây là đường mổ phổ biến hay được sử dụng để thay khớp háng ở Việt Nam vì tính rộng rãi, dễ tiếp cận, tuy nhiên lại có khả năng gây trật khớp sau mổ vì làm yếu thành phần bao khớp phía sau (hình 1.13).*

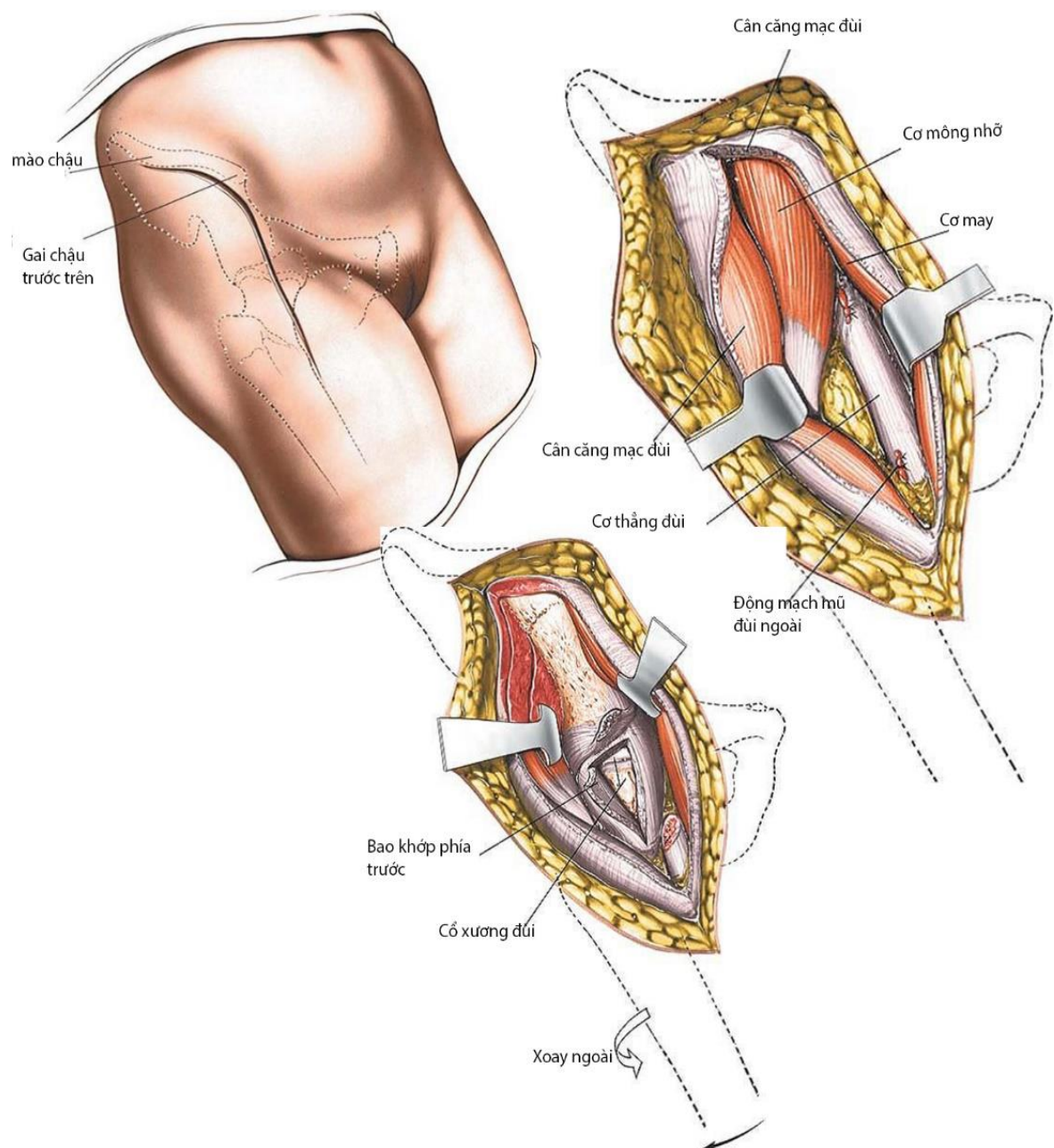


* **Đường mổ bên ngoài của Hardinge**, hay còn gọi là đường mổ phía ngoài trực tiếp, đi vào qua việc tách cơ mông nhỏ, hạ một phần điểm bám cơ mông bé và tiếp cận bao khớp háng từ phía trước. Đường mổ này hay được sử dụng ở các nước Âu Mỹ trước đây và có ưu điểm hạn chế biến chứng trật khớp sau mổ (hình 1.14) [74].



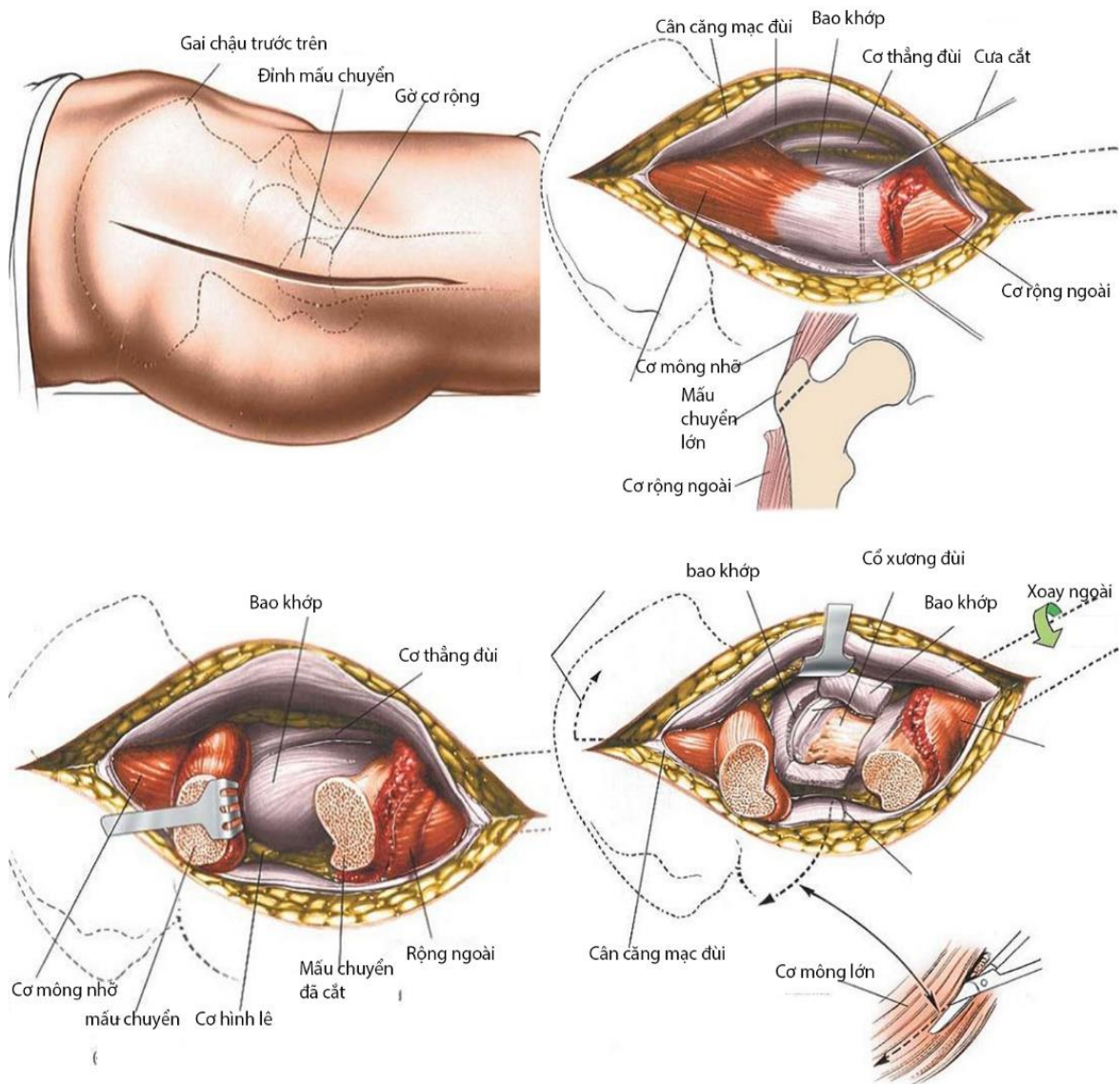
Hình 1.14. Đường mổ bên ngoài của Hardinge [73]

* **Đường mổ phía trước của Smith peterson**, là một đường mổ phổ biến trước đây, tiếp cận vào bao khớp phía trước qua việc hạ một phần điểm bám vào mào chậu của cơ mông nhỏ và đi vào khoảng gian cơ giữa cơ căng mạc đùi và cơ mông nhỏ. Ưu điểm của đường mổ này là tiếp cận rõ ràng ổ cối, tuy nhiên lại khó khăn khi thực hiện đóng chuỗi khớp (hình 1.15).



Hình 1.15. Đường mổ phía trước của Smith Peterson [73]

* **Đường mổ phía ngoài của Harris**, là một đường mổ ít được sử dụng vì đi vào khớp ở phía trước thông qua việc đục mấu chuyển lớn tại điểm bám của gân cơ mông nhỏ và mông bé. Sau thay khớp bắt buộc phải cố định lại mấu chuyển lớn (hình 1.16).



Hình 1.16. Đường mổ phía ngoài của Harris [73]

1.7. Một số biến chứng hay gặp trong và sau mổ thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK

1.7.1. Biến chứng trong mổ

- Tử vong do shock phản vệ, do tắc mạch phổi, do tụt huyết áp.
- Tắc mạch do huyết khối, do mỡ xảy ra khi đóng ráp ống tủy xương đùi, làm tăng áp lực lòng ống tủy.
- Vỡ nứt hoặc thủng thân xương đùi do khoan, doa ống tủy thô bạo hoặc do khi đánh trật thô bạo trên nền bệnh nhân dính khớp háng nặng, co rút phần mềm nhiều mà chưa giải phóng, gỡ dính tốt.
- Tụt huyết áp nhẹ khi gắn xi măng do sự tỏa nhiệt của xi măng sinh học gây ra trong quá trình polyme hóa.
- Mất máu, do khi phẫu tích giải phóng khớp háng ở bệnh nhân VCSDK phải giải phóng phần mềm, đục bỏ nhiều xương, nếu cầm máu không kỹ hoặc kỹ thuật không tốt có thể gây mất nhiều máu trong và sau mổ.

1.7.2. Biến chứng sớm sau mổ

- Trật khớp háng nhân tạo, nguyên nhân chủ yếu do đặt khớp sai vị trí hoặc do bệnh nhân không tuân thủ tư thế phục hồi chức năng sau mổ hoặc bệnh nhân bị ngã khi tập đi.
- Nhiễm khuẩn khớp háng nông hoặc sâu.
- Chênh lệch chiều dài 2 chân.
- Liệt thần kinh hông to do cố gắng kéo dài chiều dài chân bên phẫu thuật trên nền bệnh nhân bị co rút phần mềm quanh khớp đã lâu.

1.7.3. Biến chứng xa sau mổ

- Mòn ổ cối, tiêu xương quanh ổ cối.
- Lỏng chuôi khớp, lỏng ổ khớp.
- Nhiễm khuẩn đến muộn.
- Đau khớp háng, đau dọc xương đùi, chủ yếu là do lỏng khớp hoặc gãy xương quanh chuôi, dưới chuôi khớp do chấn thương.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 36 bệnh nhân với 47 khớp háng được chẩn đoán dính khớp háng trên viêm cột sống dính khớp được phẫu thuật TKHTP tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2010-12/2015.

2.1.1. Các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn NewYork năm 1984 khi có một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn Xquang.

** Tiêu chuẩn lâm sàng:*

- Tiền sử hay hiện tại có đau vùng thắt lưng hay vùng lưng-thắt lưng kéo dài trên 3 tháng.

- Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-nghiêng và quay.

- Độ giãn lồng ngực giảm.

** Tiêu chuẩn xquang:*

Viêm khớp cùng chậu 1 bên ở giai đoạn III hoặc IV. Viêm khớp cùng chậu hai bên từ giai đoạn II trở lên.

- Bệnh nhân được chẩn đoán dính khớp háng trên nền VCSDK với mức độ viêm dính từ độ 2 trở lên theo phân độ bằng chỉ số BASRI-h.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định về thay khớp háng toàn phần như thể trạng toàn thân già, yếu, suy kiệt, có tình trạng nhiễm trùng tại khớp hoặc nhiễm trùng toàn thân, có các bệnh lý nội khoa không đảm bảo để gây mê, gây tê khi mổ.

2.1.2. Các tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chưa được điều trị nội khoa bệnh lý VCSDK ổn định trước đây, hoặc bệnh đang trong giai đoạn hoạt động mạnh, không được kiểm soát tốt với điểm BASDAI > 8 [75].
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật can thiệp tại khớp háng viêm dính để điều trị bệnh, bao gồm cả thay khớp háng toàn phần không cement hoặc có cement.
- Bệnh nhân không có các bệnh lý gây co rút hoặc hạn chế vận động khớp gối.
- Bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần, hoặc có các bệnh lý động kinh, rối loạn chức năng thần kinh vận động.
- Bệnh nhân có hồ sơ hoặc địa chỉ không rõ ràng, thiếu phim Xquang chụp trước và sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang: Hồi cứu và Tiến cứu.

2.2.1. Nghiên cứu hồi cứu

- Thu thập hồ sơ bệnh án, những tài liệu lưu trữ của các bệnh nhân nằm trong đối tượng nghiên cứu (gồm 6 bệnh nhân).
- Các bước tiến hành nghiên cứu (gồm 30 bệnh nhân): Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ và các tài liệu khác của bệnh nhân theo đối tượng nghiên cứu, lập danh sách bệnh nhân và làm bệnh án nghiên cứu để ghi lại thông số liên quan đến nghiên cứu. Thực hiện kiểm tra kết quả bằng việc viết thư mời khám bệnh, thư trả lời câu hỏi ghi sẵn vào phiếu kiểm tra khám bệnh, khám lại theo hẹn.

2.2.2. Nghiên cứu tiến cứu

Các bệnh nhân được nghiên cứu tiến cứu trên lâm sàng không có đối chứng, mô tả cắt ngang, tiến hành theo từng bước (từ 1/2013 đến 12/2015).

- Lựa chọn các bệnh nhân, lập hồ sơ bệnh án, làm đầy đủ các xét nghiệm, lập phiếu theo dõi.

- Chụp X quang xương đùi và khớp háng, cột sống thắt lưng.

- Điều trị các bệnh lý mạn tính (nếu có), hoặc tổn thương phối hợp (nếu có chỉ định).

- Tiến hành phẫu thuật thay khớp háng toàn phần. Nếu bệnh nhân được thay khớp háng 2 bên, thì thời gian giữa 2 lần thay khớp phụ thuộc vào mức độ phục hồi chức năng của khớp thay lần đầu. Thời gian này tối thiểu là 6 tuần.

- Điều trị theo dõi sau mổ, chụp X- quang kiểm tra sau phẫu thuật

- Hướng dẫn bệnh nhân luyện tập sau phẫu thuật.

- Định kỳ kiểm tra bệnh nhân sau phẫu thuật.

Các mốc thời gian đánh giá: T0 - trước mổ; T1- 1 tháng sau mổ; T3- 3 tháng sau mổ; T6 - 6 tháng sau mổ; T12 - 12 tháng sau mổ; T24 - 24 tháng sau mổ; T36 - 36 tháng sau mổ.

2.3. Cỡ mẫu

Căn cứ công thức tính cỡ mẫu mô tả tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1 - \alpha/2} \times P(1 - P)/d^2$$

Trong đó:

n: số bệnh nhân cần thiết cho nghiên cứu

$Z_{(1 - \alpha/2)} = 1,96$ (giá trị thu được trên bảng z ứng với giá trị $\alpha = 0,05$).

d = 0,1 độ sai lệch mong muốn

P: tỷ lệ kết quả tốt và rất tốt sau phẫu thuật TKHTP theo nghiên cứu của Joshi (2002) [51] là $p = 0,9$.

Áp dụng vào công thức ta được: $n = 34,5744$.

Vậy số lượng bệnh nhân cần thiết trong nghiên cứu ít nhất là 35 bệnh nhân.

2.4. Chuẩn bị phẫu thuật và kỹ thuật mổ.

* Chuẩn bị bệnh nhân.

- Khám toàn thân và tại chỗ, kiểm tra kết quả các xét nghiệm để đánh giá chức năng các cơ quan: tim mạch, hô hấp, chức năng gan, thận....

- Đánh giá tình trạng sức khỏe bệnh nhân theo ASA và hướng dẫn đánh giá trước phẫu thuật theo Tổ chức y tế thế giới [76].

- Mời các bác sỹ chuyên khoa kết hợp điều trị với những bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mãn tính hoặc tổn thương phối hợp.

- Lập kế hoạch dự trữ máu từ 1 đến 2 đơn vị hồng cầu khối 350ml.

- Sử dụng kháng sinh dự phòng theo phác đồ.

- Giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình để phối hợp cùng điều trị.

* Chuẩn bị phương tiện và dụng cụ.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật thay khớp háng của hãng Stryker, Hoa Kỳ.

- Chuôi và chỏm khớp các cỡ, loại Omnifit của hãng Stryker, Hoa Kỳ.



Hình 2.1. Bộ dụng cụ phẫu thuật khớp háng toàn phần của hãng Stryker

(ảnh trong ca mổ của nghiên cứu)

*** Phương pháp vô cảm và tư thế phẫu thuật của bệnh nhân.**

Bệnh nhân thường áp dụng 1 trong 4 phương pháp vô cảm sau:

- Gây tê tủy sống: được lựa chọn là phương pháp vô cảm đầu tiên và chủ yếu, áp dụng cho các bệnh nhân có tổn thương dính cột sống ở dưới mức vừa theo chỉ số BASRI-s [77], cột sống còn độ đàn hồi có thể nằm cong lưng [78].
- Gây tê ngoài màng cứng: tương tự với chỉ định của gây tê tủy sống.
- Mask thanh quản: áp dụng với những trường hợp có chống chỉ định của gây tê tủy sống hoặc được lựa chọn khi gây tê tủy sống thất bại hoặc không đảm bảo vô cảm hoàn toàn cho ca phẫu thuật [78].
- Gây mê nội khí quản: là lựa chọn hàng đầu đối với các trường hợp có tình trạng biến dạng cột sống mức độ nặng hoặc đã có tiền sử phẫu thuật mà gây tê tủy sống khó, thất bại trước đây [78].

Về tư thế được lựa chọn khi phẫu thuật, do chúng tôi lựa chọn đường mổ vào khớp ở phía sau (đường mổ Gibson) nên bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng 90^0 trên bàn mổ về phía bên lành, khung chậu được cố định bằng một khung kim loại chữ U có chèn toan kê (Hình 2.2). Tuy nhiên, cũng như khi gây tê tủy sống, do bệnh nhân co rút cột sống và các khớp ngoại vi nhiều nên tư thế cũng rất khó khăn. Thậm chí khi sát khuẩn có nhiều bệnh nhân dính khớp háng hoàn toàn ở tư thế gấp, giạng và xoay ngoài khiến phẫu thuật viên phải nâng bàn mổ cao hết cỡ để có thể sát khuẩn phần mặt trong và dưới của chân bệnh nhân.



Hình 2.2. Tư thế của bệnh nhân trước phẫu thuật ở tư thế co rút, dính khớp háng, rất khó khăn để gây tê, kê tư thế và sát khuẩn.

(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

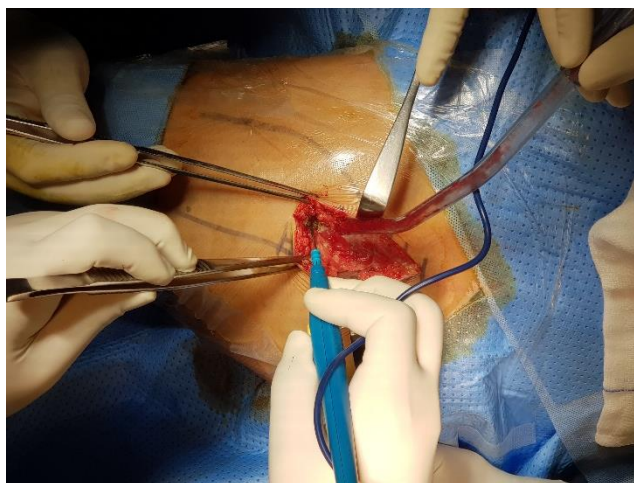
*** Kỹ thuật mổ TKHTP không cement trong bệnh lý VCSDK:**

- Đường rạch: Rạch da theo đường mổ sau-ngoài Gibson cải tiến dài khoảng 10-12 cm, với mốc đường mổ xác định như sau; trung điểm đường rạch là một điểm nằm phía sau đỉnh mấu chuyển lớn 1,5cm (phần đầu gần nhất của mấu chuyển lớn, xác định được bằng sờ thấy dưới da), sau đó rạch về 2 phía, phía trên hướng theo hướng bó cơ mông lớn và phía dưới hướng dọc theo trục xương đùi [79] (hình 2.3).



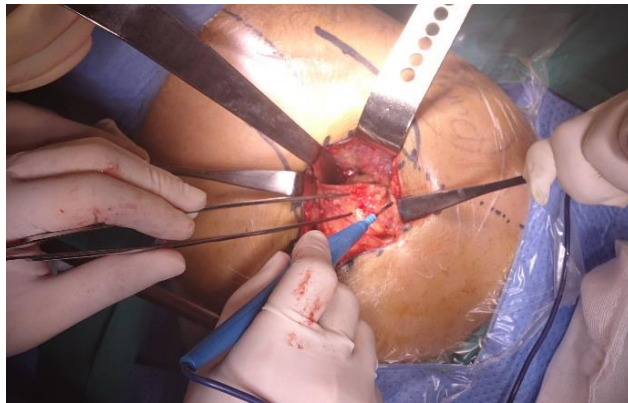
Hình 2.3. Tư thế bệnh nhân và đường rạch da theo đường Gibson
(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Rạch qua cân căng mạc đùi theo đường rạch da (hình 2.4).



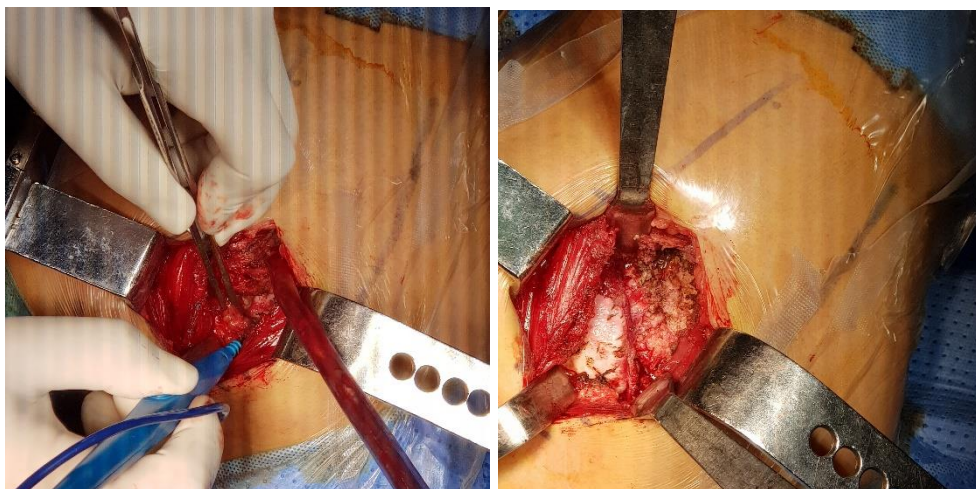
Hình 2.4. Mở cân căng mạc đùi
(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Tách cơ mông lớn, vén cơ mông lớn ra sau. Tới bước này để bộc lộ rõ ràng nên sử dụng khung vén tự động Charney. Bộc lộ vùng mặt sau máu chuyển lớn, cắt chỗ bám tận của các cơ chậu hông-máu chuyển (cơ hình lê, sinh đôi trên, sinh đôi dưới, cơ bịt trong, bịt ngoài) (hình 2.5), thận trọng kéo thần kinh hông to ra sau và bảo vệ cẩn thận (tránh làm tổn thương thần kinh hông to).



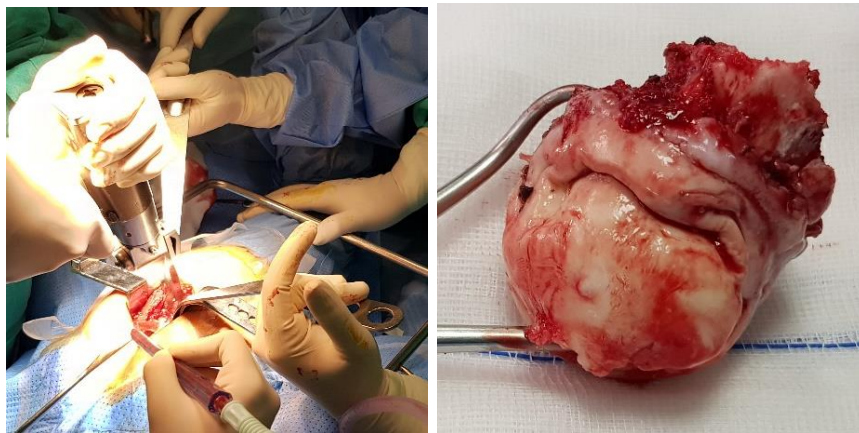
Hình 2.5. Cắt chỗ bám của khối cơ chậu hông máu chuyển
(chỗ bám vào máu chuyển lớn) (Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Rạch mở bao khớp bộc lộ mặt sau cổ xương đùi.
- Mở bao khớp hình chữ T (hình 2.6)



Hình 2.6. Đường mở bao khớp và bộc lộ cổ xương đùi
(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

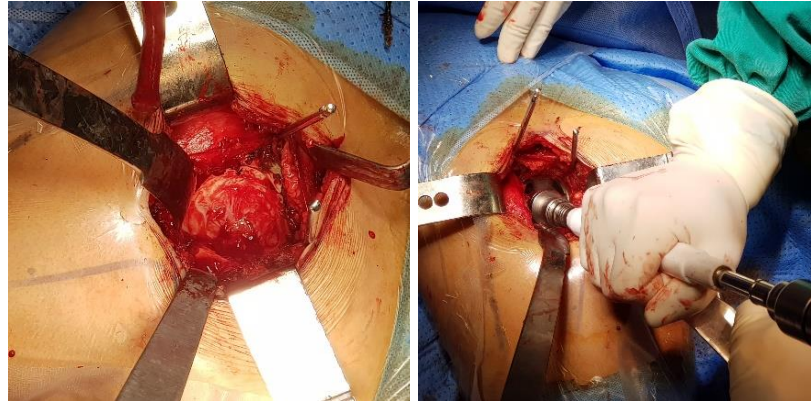
- Cắt cổ xương đùi trong tư thế khớp vẫn bị dính mà không đánh trật được khớp háng trước khi cắt như đối với các trường hợp thay khớp háng thông thường. Trong các trường hợp dính nhiều, thường phải cắt từ 2 lần trở lên để giải phóng dần ổ khớp, lần đầu cắt sát chỏm, sau đó giải phóng xơ dính tạm thời để người phụ xoay trong đùi bệnh nhân, lúc này tiến hành cắt bỏ cổ tại vị trí cách máu chuyển nhỏ tầm 1,5cm. Dùng Gouze lấy bỏ phần cổ vừa cắt rời, có thể giải phóng thêm phần mềm. Sau khi cắt cổ xương đùi bộc lộ ổ cối, dùng curette lấy bỏ phần chỏm xương đùi còn lại dính trong ổ cối, không cần dùng đục vì xương của những bệnh nhân này rất mềm. Trong trường hợp đặc biệt, nếu ổ cối biến dạng khó xác định đáy, có thể phải doa định hướng bằng lưỡi doa cỡ nhỏ nhất, sau đó đóng 1 đinh kirschner 3.0 để ước lượng độ sâu đáy. Quá trình này cần có sự kiểm tra của máy C-arm để xác định rõ các mốc trong mổ.



Hình 2.7. Cắt cổ xương đùi, lấy bỏ chỏm xương đùi
(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Doa ổ cối: Sau khi đã lấy bớt xương, xác định rõ ranh giới ổ cối rồi dùng doa, doa nhẹ làm tròn ổ cối, không ấn mạnh tay để phòng làm thủng ổ cối, vì lớp sụn khớp đã bị tiêu hết. Cỡ doa phải từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn, cỡ lớn nhất bé hơn cỡ định thay 2mm, đáy ổ cối còn lại rất mỏng, dễ bị thủng. Trên bề mặt ổ cối thường có một lớp tổ chức xơ sợi, cần dùng curette nạo bỏ, nếu

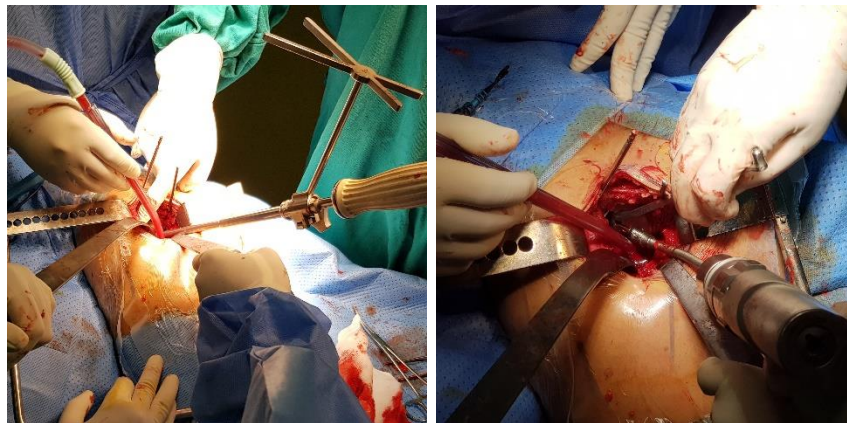
thấy ổ cối còn quá mỏng có thể sử dụng phần xương xóp lấy ra để trám và doa ngược chiều lại để nén chặt xương xóp.



Hình 2.8. Bộc lộ ổ cối, giải phóng phần mềm và gai xương, xơ dính quanh ổ cối, sau đó tiến hành doa ổ cối

(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

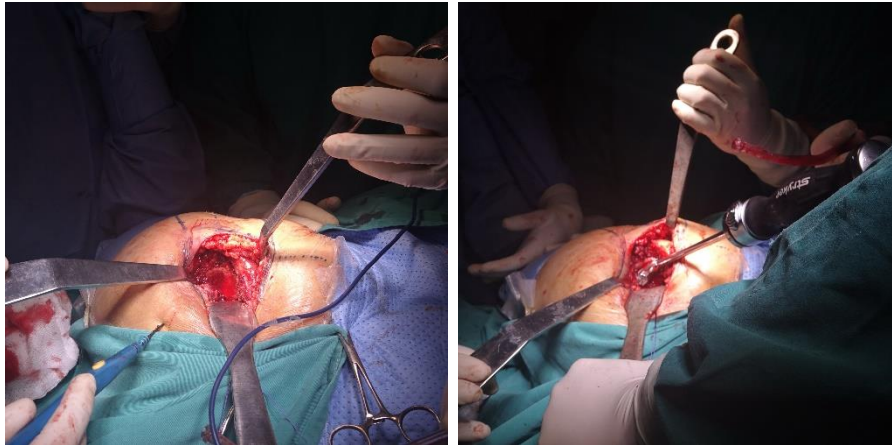
- Đặt ổ cối theo tư thế góc hợp với mặt phẳng ngang 45° và nghiêng trước 15° . Cố định ổ cối bằng 2-3 vis ở vị trí 1/4 trên sau ổ cối.



Hình 2.9. Đặt ổ cối nhân tạo theo thước định hướng và bắt vis cố định

(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Đặt lót ổ cối liên kết giữa ổ cối và chỏm xương đùi nhân tạo.
- Ráp ống tủy bằng các lưỡi ráp từ số nhỏ đến số lớn tùy theo kích thước của ống tủy (hình 2.10).



Hình 2.10. Bộc lộ đầu trên xương đùi và doa ống tủy, chọn cỡ chuôi khớp phù hợp và đóng chuôi khớp

(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

- Đặt chuôi thử và chỏm, đo chiều dài của cổ sao cho đạt yêu cầu. Thử các động tác cơ năng của khớp, đặt chân ở tư thế gập 20° và duỗi hoàn toàn, người phụ kéo chân theo trục với 1 lực vừa phải, đánh giá độ di động tương quan của chỏm với ổ cối xem nếu chặt quá hay lỏng quá có thể thay đổi chỏm các cỡ offset cho phù hợp. Luôn chú ý phải làm các test kiểm tra có trật khớp ra sau không ở các tư thế gập háng vào thân tối đa, xoay ngoài và khép để đánh giá xem khớp đã đủ độ vững khi vận động hay chưa (hình 2.11).

- Đặt chuôi và chỏm nhân tạo theo cỡ đã thử. Nắn khớp nhân tạo bằng cách kéo chân dọc chi, dạng và xoay trong, phẫu thuật viên dùng dụng cụ đẩy chỏm vào ổ cối. Sau khi đặt chỏm thử đã chọn, luôn so sánh chiều dài 2 chân xem mức độ chênh lệch để có thể phải điều chỉnh bằng cách thay chỏm mới hoặc giải phóng phần mềm (nếu co rút nhiều) (hình 2.11).

- Trong trường hợp bệnh nhân bị co rút phần mềm nhiều khó nắn chỉnh hoặc gây ảnh hưởng tới biên độ vận động khớp, cần xác định co rút do nguyên nhân ở vị trí và động tác nào. Cần thiết có thể cắt giải phóng điểm bám gân cơ khép hoặc cơ thẳng đùi.

- Bơm rửa nhiều lần, khâu phục hồi bao khớp và khối cơ chậu hông máu chuyển bằng chỉ tự tiêu cố định vào xương. Đặt dẫn lưu áp lực âm ngoài khớp. Đóng cân cơ mạc đùi và đóng da theo lớp giải phẫu.



Hình 2.11. Đặt lại khớp và kiểm tra vận động trước khi lựa chọn cỡ chỏm cuối cùng

(Bệnh nhân Mai Văn M. MS: 15668/M16)

2.5. Điều trị sau phẫu thuật

- Dùng tiếp kháng sinh dự phòng sau phẫu thuật theo phác đồ điều trị, thuốc giảm đau chống phù nề, dịch nuôi dưỡng và các thuốc hỗ trợ khác.

- Tiếp tục điều trị các bệnh mãn tính nếu có
- Thay băng kiểm tra vết mổ khô, rút dẫn lưu sau 48 giờ
- Chụp Xquang kiểm tra khớp háng sau phẫu thuật 2 tư thế thẳng, nghiêng.
- Hướng dẫn tập vận động, hẹn tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng và 36 tháng.

- * Tiếp tục điều trị nội khoa ổn định tình trạng bệnh VCSDK.
- * Chống loãng xương.
- * Giảm đau.

* Tập vận động sau phẫu thuật đối với bệnh nhân VCSDK về cơ bản giống với tập vận động ở các bệnh nhân sau mổ thay khớp háng thông thường khác, tuy nhiên cần chú ý những bệnh nhân mới chỉ mổ 1 trong 2 bên thì sau mổ do chức năng chân còn lại chưa tốt cần có người hỗ trợ tập cùng, tránh để xảy ra các tai nạn sinh hoạt trượt ngã khi tập. Ngoài ra, các bệnh nhân có co rút phần mềm nhiều do thời gian bị bệnh lâu thì khi tập phục hồi chức năng thời gian tiến triển sẽ chậm hơn, cần chú ý tăng cường các liệu pháp xoa bóp, thư giãn và tăng cường tưới máu cho cơ. Đặc biệt cần lưu ý đối với các bệnh nhân có tổn thương mức độ nặng ở cột sống và khớp cùng chậu, quá trình tập phục hồi chức năng sẽ khó hơn do bệnh nhân ở trong tư thế di chuyển, tập đi khó khăn hơn bình thường, cần thiết có những bài tập vật lý trị liệu hỗ trợ cho vùng cột sống song song với phục hồi chức năng khớp háng. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu sau phẫu thuật được thực hiện tập theo phác đồ phục hồi chức năng được sử dụng tại viện Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và tham khảo các nguồn khuyến nghị của quốc tế như sau [80],[81]:

Sau mổ 24 giờ cho bệnh nhân ngồi dậy tập vận động thụ động tại giường, tập vận động các khớp gối, bàn chân, xoa bóp thân thể thay đổi tư thế, tập thở tránh các biến chứng do nằm lâu.

Các vận động ngay trên giường trong vòng 24 - 48 giờ sau mổ:

- Gấp- duỗi bàn chân từ từ tăng dần: làm nhiều lần trong ngày, mỗi lần 5- 10 phút.
- Xoay cổ- bàn chân lần lượt từ trong ra ngoài: làm 3-4 lần / ngày, mỗi lần từ 5- 10 phút.
- Gấp- duỗi gối: gấp gối, kéo nhẹ gót chân về phía mông, trong khi đó gót chân vẫn tì sát xuống giường, sau đó duỗi gối ra từ từ, lặp lại động tác này khoảng 10 lần, thực hiện 4-5 lần/ ngày.

- Căng cơ mông và đùi: làm căng cơ tĩnh, và giữ căng cơ khoảng 3 giây (đếm từ 1 đến 5), thực hiện 10 lần, nhắc lại 3- 4 đợt / ngày.

- Căng cơ đùi và giữ duỗi gối: căng cơ đùi 5- 10 giây, giữ căng gối, lặp lại khoảng 10 lần, thực hiện 3-4 lần/ngày.

- Giạng khớp háng: đưa nhẹ bàn chân ra ngoài, càng nhiều càng tốt, sau đó khép lại từ từ, lặp lại 10 lần, thực hiện 3-4 đợt/ ngày.

- Tập sức cơ tứ đầu đùi: nhắc chân khỏi mặt giường khoảng 30 cm, gối duỗi thẳng, giữ khoảng 5 giây, sau đó đặt chân xuống giường từ từ, lặp lại khoảng 10 lần, thực hiện 3-4 đợt / ngày.

Luôn dặn bệnh nhân lưu ý:

- Khi nằm nghỉ, chân luôn ở tư thế hơi dạng: 2 bàn chân dạng bằng vai.
- Không được gấp đùi vào bụng.
- Cấm bắt chéo 2 chân.
- Cấm không nằm nghiêng về phía chân bệnh ít nhất 6 tuần.
- Thay băng 2 ngày / lần.
- Cắt chỉ sau 14 ngày.

Tập đứng dậy và đi lại nhẹ nhàng sau 3-4 ngày, duy trì đi bằng 2 nạng hoặc khung tập đi, sau 6 tuần với sự tập tỳ tăng dần mới cho tỳ toàn bộ trọng lực chân bệnh xuống đất. Tập đi bằng 2 nạng, tỳ 1 phần chân bệnh xuống đất, sau mỗi 6 tuần, và duy trì tiếp tục sau mỗi 12 tuần: Ra khỏi giường, tập đi với 2 nạng hỗ trợ: Tì chắc chắn 2 tay vào nạng, chân lành làm trụ, bước chân bệnh ra trước cùng với 2 nạng, sau đó chân bệnh và nạng làm trụ mới bước tiếp với chân lành. Sau 3 tháng bỏ nạng đi bình thường. Với những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật thay khớp háng 2 bên có chân chưa mổ viêm dính biến dạng quá nhiều không có khả năng tì thay thế chân đã mổ thì đó là một khó khăn lớn của quá trình phục hồi chức năng, và đây cũng là lý do thời gian giữa 2 lần thay khớp có thể diễn ra ngay sau 6 tuần.

2.6. Kết quả nghiên cứu sau mổ

- **Kết quả gần:** đánh giá các chỉ tiêu sau mổ

- + Thời gian nằm viện.
- + Hình ảnh Xquang sau mổ.

- **Kết quả xa:** nghiên cứu một số chỉ tiêu sau

Áp dụng phương pháp đánh giá kết quả chức năng khớp sau mổ theo chỉ số khớp háng của Harris. Cách xếp loại kết quả theo Harris: 90-100 điểm: rất tốt; 80-89 điểm: tốt; 70-79 điểm: trung bình < 70: kém.

Các chỉ số đánh giá về bệnh VCSDK.

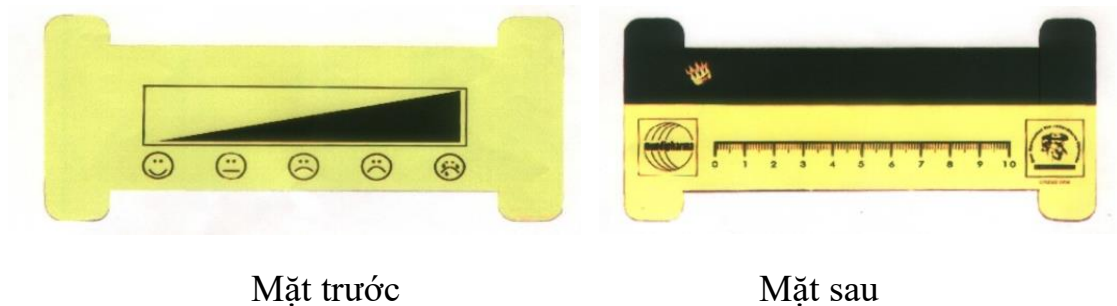
- Chụp X quang khớp cùng chậu: đánh giá tổn thương X quang khớp cùng - chậu theo Forestier [32],[33],[82].

- X quang khớp háng: Viêm khớp háng được đánh giá bằng chỉ số BASRI-h, chia 5 giai đoạn [32],[33].

- Khớp háng:

+ Đau khớp: đánh giá theo thang điểm VAS, được thực hiện như sau:

Bệnh nhân nhìn vào một thước có thể hiện các mức độ đau (Hình 1.23) và chỉ vào mức độ đau mà bệnh nhân cảm nhận được ở mặt trước của thước tại thời điểm đánh giá. Phần mặt sau của thước chia thành 10 vạch mỗi vạch cách nhau 1cm, thầy thuốc xác định điểm tương ứng với điểm mà bệnh nhân vừa chỉ ở mặt trước của thước.



Hình 2.12. Cấu tạo của thước đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Cường độ đau được đánh giá theo 6 mức độ tương ứng trong thang điểm chức năng khớp háng Harris:

Không đau:	0 điểm	Đau rất ít:	1 - 2 điểm
Đau nhẹ:	3 - 4 điểm	Đau vừa:	5 - 6 điểm
Đau nhiều:	7 - 8 điểm	Đau rất nặng:	7 - 8 điểm

+ Biên độ vận động khớp: Dùng thước đo khớp hay khớp kế đánh giá theo các động tác vận động của khớp và biên độ vận động của khớp háng (Bảng 2.1).

Bảng 2.1. Biên độ vận động của khớp háng bình thường

Gấp		Duỗi cổ	Khép	Giăng		Xoay trong	Xoay ngoài
Chân duỗi	Chân gấp			Chân duỗi	Chân gấp		
90	120	30	35	45	90	40	45

+ Đánh giá chức năng vận động của khớp trước và sau mổ theo chỉ số khớp háng của Harris (xem phần Phụ lục).

- Các chỉ số đánh giá trong viêm cột sống dính khớp (xem phần Phụ lục):

+ Đánh giá mức độ hoạt động bệnh: chỉ số BASDAI. Bệnh hoạt động khi chỉ số BASDAI ≥ 4 [6],[44],[77].

+ Đánh giá khả năng vận động chức năng của bệnh nhân qua thông số BASFI. Bệnh nhân tự đánh giá khả năng của mình trong một tuần trước theo thang điểm 10: với 0: dễ, 10: không thể làm được. Qua 10 câu hỏi điểm càng cao thì mức độ giảm hoạt động chức năng của bệnh nhân càng nhiều [6],[77].

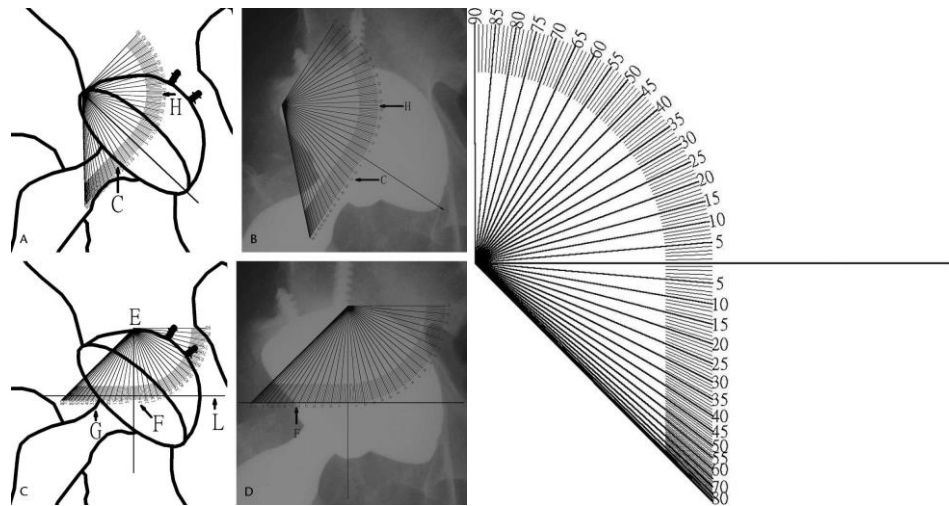
+ Đánh giá chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (ASQoL) [6],[83],[84].

- Đánh giá Xquang khớp háng:

+ Đo các chỉ số ổ cối: Góc nghiêng và góc ngả trước.

Góc nghiêng của ổ cối nhân tạo được định nghĩa là góc được tạo bởi mặt phẳng cắt ngang qua miệng của ổ cối với mặt phẳng cắt ngang vuông góc với trục cơ thể (mặt phẳng axial trong không gian 3 chiều). Xác định góc này trên Xquang khung chậu thường quy bằng cách kẻ 1 đường thẳng đi qua cạnh trên và cạnh dưới của ổ cối nhân tạo và kẻ 1 đường thẳng đi qua điểm thấp nhất của ụ ngồi 2 bên, góc hợp bởi 2 đường này chính là góc nghiêng của ổ cối nhân tạo [85].

Góc ngả trước của ổ cối nhân tạo được định nghĩa là góc được tạo bởi mặt phẳng cắt ngang qua miệng của ổ cối với mặt phẳng đứng dọc song song với trục cơ thể (mặt phẳng sagital trong không gian 3 chiều) [85]. Xác định góc này trên Xquang khung chậu thường quy bằng thước đo chuyên dụng theo cách tính của Liaw và cs. năm 2006 [86].



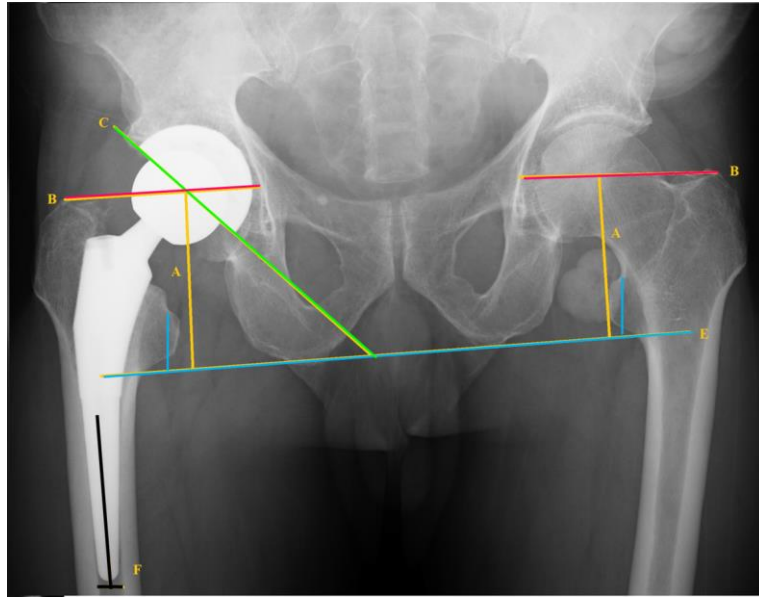
Hình 2.13. Thước chuyên dụng xác định góc nghiêng và góc ngả trước của ổ cối nhân tạo trên Xquang khung chậu thường quy theo Liaw (2006) [86]

+ Đánh giá vị trí đặt của ổ cối tối ưu nhất, giảm thiểu khả năng xảy ra biến chứng trật khớp sau mổ: Lewinnek và cộng sự năm 1978, khi nghiên cứu

300 trường hợp sau thay khớp háng đã chỉ ra rằng nếu ổ cối nhân tạo đặt trong khoảng $40 \pm 10^\circ$ với góc nghiêng và $15 \pm 10^\circ$ với góc ngả trước thì tỷ lệ trật khớp sau mổ chỉ là 3% [87]. Dựa vào những dữ kiện này, chúng tôi dựng biểu đồ bằng phần mềm SPSS với trục tung là góc ngả trước ổ cối nhân tạo (giới hạn từ $0 - 35^\circ$) và trục hoành là góc nghiêng của ổ cối nhân tạo (giới hạn từ $0 - 55^\circ$), các ổ cối nhân tạo có giao điểm của góc nghiêng và góc ngả trước nằm trong khoảng $40 \pm 10^\circ$ với góc nghiêng và $15 \pm 10^\circ$ với góc ngả trước được coi là nằm trong khoảng an toàn của Lewinnek.

+ Các chỉ số chuỗi khớp: Trục của chuỗi khớp nhân tạo được xác định là trục của phần chóp chuỗi, trên phim chụp Xquang khung chậu thường quy, ta so sánh tương quan của trục này với trục ống tủy xương đùi (là đường thẳng đi qua điểm giữa của 2 vị trí ống tủy đầu trên xương đùi). Nếu trục chuỗi khớp và trục ống tủy xương đùi trùng nhau gọi là trục trung gian, nếu trục chuỗi khớp hướng ra ngoài so với trục ống tủy gọi là trục chệch ngoài, và ngược là trục chệch trong [85]. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân VCSDK, đặc biệt là các bệnh nhân có tổn thương gây biến dạng cột sống lưng - thắt lưng và khớp cùng chậu ở mức độ nặng, lúc này trọng tâm cơ thể bệnh nhân không còn nằm ở vị trí bình thường là điểm nằm phía trước đốt sống S2 nữa mà có thể thay đổi ra trước hoặc sang 2 bên. Do đó phân bố trọng lực của cơ thể vào 2 khớp háng cũng như vị trí tâm xoay của khớp háng, hướng truyền tải lực dọc theo trục của xương đùi cũng thay đổi, vì vậy phẫu thuật viên cần đánh giá kỹ phương án phẫu thuật, cũng như vị trí đặt của ổ cối và chuỗi khớp nhân tạo từ trước phẫu thuật.

+ Đánh giá chênh lệch chiều dài giữa 2 chân: dựa trên Xquang khung chậu thẳng thường quy, có thể xác định được chênh lệch chiều dài chân sau mổ bằng cách xác định khoảng cách (bằng centimét) từ điểm cao nhất của mấu chuyển bé mỗi bên tới đường thẳng đi qua điểm thấp nhất của 2 ụ ngồi, sau đó so sánh 2 khoảng cách này với nhau [88].



Hình 2.14. Xác định góc nghiêng của ổ cối trên phim Xquang
(góc giữa đường C và E) với A: chiều cao tâm chỏm, B: offset chỏm, C: đường qua mặt phẳng chỏm, D: khoảng cách từ máu chuyển nhỏ tới đường liên ụ ngò, E: đường liên ụ ngò và F: trục chuôi khớp nhân tạo [89].

2.7. Tai biến và biến chứng

* **Tai biến trong phẫu thuật**

- Vỡ toác đầu trên hoặc gãy thân xương đùi
- Thủng đáy hoặc vỡ ổ cối
- Tổn thương mạch máu thần kinh
- Đặt sai vị trí của chuôi

* **Biến chứng sau phẫu thuật:**

- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn: sâu hoặc nông.
- Trật khớp nhân tạo do đặt khớp ở vị trí không thích hợp.
- Gãy thân xương đùi cho chất lượng xem kém hoặc nắn chỉnh thô bạo.
- Tổn thương thần kinh ngò, thần kinh đùi do căng giãn khi nắn chỉnh hoặc do vị trí đặt của Hohmann.
- Cốt hóa lạc chỗ quanh khớp háng

2.8. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được trong nghiên cứu theo các biến số, chỉ số đã đề ra được nhập vào máy tính với phần mềm Epi Data, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0 cho các thông tin mô tả và thống kê, bằng phần mềm Stata 12.0 cho phân tích thống kê đo lường lặp lại.

So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ dựa vào T-test. So sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình dựa vào test Student, phân tích phương sai (ANOVA) trên phần mềm thống kê Stata 12.0.

2.9. Khía cạnh đạo đức của đề tài

- Đề tài đã được thông qua hội đồng Y đức.

- Tuân thủ nghiêm ngặt các qui định trong nghiên cứu Y, Sinh học như: Trước khi phỏng vấn, khám lâm sàng và xét nghiệm đối tượng nghiên cứu phải được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Chỉ tiến hành nghiên cứu ở những người tự nguyện. Giữ bí mật tuyệt đối về tình trạng sức khỏe của người tham gia nghiên cứu, tận tình giúp đỡ điều trị bệnh cho người tham gia nghiên cứu.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2010 đến tháng 12/2015 tại Bệnh viện Việt Đức đã tiến hành phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho 36 bệnh nhân (6 bệnh nhân hồi cứu và 30 bệnh nhân tiền cứu) với 47 khớp. Thời gian theo dõi trung bình là 42 tháng (36 - 52 tháng).

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

3.1.1.1. Phân bố đối tượng theo tuổi.

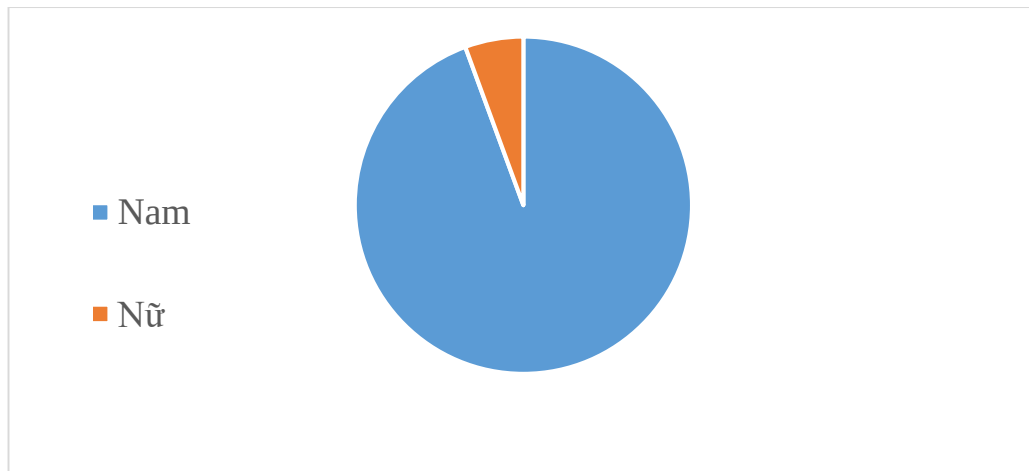
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng theo tuổi (n=36)

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤20	5	13,9
21 -40	17	47,2
41 - 60	13	36,1
>60	1	2,8
Tổng số	36	100
Tuổi trung bình	37,32 ± 14,04	18-67

Nhận xét:

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 37 (18-67 tuổi); phần lớn đối tượng thuộc nhóm 21-40 tuổi (47,2%). Bệnh nhân trẻ nhất được thay khớp là 18 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 67 tuổi.

3.1.1.2. Phân bố đối tượng theo giới.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo giới (n=36)

Nhận xét:

Phần lớn đối tượng trong nhóm nghiên cứu là nam giới (34 bệnh nhân - chiếm 94,4%, trong đó 11 bệnh nhân mổ hai bên), có 2 bệnh nhân nữ - chiếm 5,6% (1 bệnh nhân mổ hai bên).

3.1.1.3. Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi được thay khớp (tính theo thời gian của khớp được thay).

Bảng 3.2. Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi được thay khớp (n=47)

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
<5 năm	15	32
5-10 năm	12	25,5
>10 năm	20	42,6
Tổng	47	100

Nhận xét:

Thời gian từ khi phát hiện tổn thương tại khớp đến khi khớp được thay khớp là trên 10 năm chiếm phần lớn 42,6% (khi biên độ vận động khớp bị hạn chế nhiều mới đi mổ).

3.1.1.4. Vị trí dính khớp háng

Bảng 3.3. Vị trí dính khớp háng (n=36)

Vị trí dính khớp háng	Số lượng	%
Dính khớp háng trái	10	27,8
Dính khớp háng phải	7	19,4
Dính khớp 2 háng	19	52,8
Tổng	36	100

Nhận xét:

Các khớp bị dính phần lớn là dính khớp háng 2 bên (52,8%). Tổng thương dính một bên gặp ít hơn

3.1.1.6. Dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp

Bảng 3.4. Dấu hiệu lâm sàng chẩn đoán bệnh viêm cột sống dính khớp

Dấu hiệu lâm sàng	Số lượng	%
a. Đau vùng thắt lưng hay lưng-thắt lưng kéo dài >3 tháng	35	97,2
b. Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-nghiêng và quay	36	100
c. Độ giãn lồng ngực giảm	21	58,3
Chẩn đoán VCSDK (có 1 trong 3 dấu hiệu lâm sàng (a)(b)(c))	36	100
Đã chẩn đoán và điều trị VCSDK trước đây	36	100

Nhận xét:

Nhóm nghiên cứu: 100% đối tượng hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế, 97,2% đau vùng thắt lưng kéo dài trên 3 tháng, 58,3% độ giãn lồng ngực giảm. 100% đối tượng được chẩn đoán VCSDK theo tiêu chuẩn, trong đó đã có 100% đối tượng đã được chẩn đoán và điều trị VCSDK từ trước.

3.1.2. Các chỉ số đánh giá

3.1.2.1. Chỉ số BASDAI đánh giá mức độ hoạt động bệnh

Bảng 3.5. Chỉ số BASDAI đánh giá mức độ hoạt động bệnh (n=36)

Tiêu chí đánh giá BASDAI	TB $\pm$ SD	min-max
Mức độ mệt mỏi của bệnh nhân	6,51 $\pm$ 0,83	4-8
Mức độ đau ở cổ, lưng và khớp háng	6,30 $\pm$ 0,88	4-7
Mức độ sưng các khớp ngoài vùng cổ, lưng và khớp háng	6,06 $\pm$ 1,07	3-7
Mức độ khó chịu ở vùng nhạy cảm khi chạm hoặc tỳ vào	5,95 $\pm$ 0,93	3-7
Thời gian cứng khớp buổi sáng	1,98 $\pm$ 10,15	1-2
Điểm BASDAI TB $\pm$ SD	6,03 $\pm$ 0,83	(3,75-6,8)

Nhận xét: Điểm BASDAI TB của đối tượng là 6,03 $\pm$ 0,83 ở mức độ bệnh đang hoạt động

3.1.2.2. Chỉ số BASFI đánh giá khả năng vận động chức năng của bệnh nhân

Bảng 3.6. Chỉ số BASFI đánh giá khả năng vận động chức năng của bệnh nhân (n=36)

Tiêu chí đánh giá BASFI	TB $\pm$ SD	min-max
Đi tắt, đi vó không cần giúp đỡ	6,71 $\pm$ 0,62	5-8
Cúi lưng xuống nhặt bút trên sàn không cần giúp đỡ	6,50 $\pm$ 0,66	5-8
Với lên giá cao không cần giúp đỡ	6,39 $\pm$ 0,75	5-8
Đứng dậy từ ghế không cần dùng tay hoặc sự giúp đỡ khác	6,32 $\pm$ 0,73	4-8
Ngồi dậy khi đang nằm	6,33 $\pm$ 0,79	4-7
Leo cầu thang 12-15 bước không dùng tay vịn hay sự giúp đỡ khác	6,35 $\pm$ 0,74	4-8
Quay cổ lại phía sau mà không phải quay cả người	6,42 $\pm$ 0,66	4,6-7,6

Nhận xét:

Điểm BASFI đánh giá khả năng vận động chức năng của bệnh nhân TB của đối tượng là $6,42 \pm 0,66$.

3.1.2.3. Chức năng khớp háng theo thang điểm Harris trước mổ

Bảng 3.7. Dấu hiệu đau khớp háng (mức độ đau) (n=47)

Dấu hiệu đau khớp háng (mức độ đau)		Số lượng	%
Dấu hiệu đau khớp háng (mức độ đau)	Không đau tới đau vừa	0	0
	Đau trầm trọng	45	95,7
	Đau không thể chịu đựng được	2	4,3
	Điểm đau TB $\pm$ SD	19,59 $\pm$ 2,00 (10-20)	

Nhận xét:

Hầu hết đối tượng đau khớp háng ở mức độ trầm trọng (95,7%); điểm đau khớp háng TB là $19,59 \pm 2,00$.

Bảng 3.8. Chức năng khớp háng (n=47).

Chức năng khớp háng		Số lượng	%
Chức năng thể hiện qua dáng đi:			
Dáng đi khập khiễng	Không	0	0
	Nhẹ	1	2,1
	Vừa	45	95,8
	Nặng	1	2,1
Hỗ trợ khi đi bộ	Không	0	0
	Một gậy cho quãng đường dài	7	14,9
	Luôn dùng 1 gậy	36	76,6
	Một nạng	4	8,5
	Hai gậy	0	0
	Hai nạng	0	0
Khoảng cách đi bộ	Không giới hạn	0	0
	6 tầng nhà	0	0
	2-3 tầng nhà	9	19,1
	Chỉ trong nhà	38	80,9
	Chỉ trên giường	0	0
Điểm chức năng thể hiện qua dáng đi TB±SD		12,63±1,96 (9-20)	
Chức năng trong hoạt động hàng ngày:			
Lên xuống cầu thang	Bình thường không cần tay vịn	0	0
	Cần 1 tay vịn	44	93,6
	Phải có sự trợ giúp	3	6,4
	Không thể lên xuống cầu thang	0	0
Đi giày và đi tất	Dễ dàng	0	0
	Khó khăn	0	0
	Không thể	47	100
Ngồi	Thoải mái trên ghế trong 1 giờ	0	0
	Thoải mái trên ghế nửa giờ	43	91,5
	Không ngồi thoải mái trên ghế	4	8,5
Tham gia giao thông	Có thể sử dụng bất kể phương tiện giao thông nào	0	0
	Không thể sử dụng bất kể phương tiện nào	47	100
Tổng		47	100
Điểm chức năng trong hoạt động hàng ngày TB±SD		6,69±1,04 (3-7)	

Nhận xét:

Phần lớn đối tượng có dáng đi khập khiễng ở mức độ vừa (95,8%); khi đi bộ phải dùng 1 gậy hỗ trợ (76,6%); khoảng cách đi bộ chủ yếu ở trong nhà (81,6%); điểm chức năng thể hiện qua dáng đi TB $12,63 \pm 1,96$. Điểm chức năng trong hoạt động hàng ngày TB là $6,69 \pm 1,04$, hầu hết đối tượng lên xuống cầu thang cần 1 tay vịn (93,6%); 100% không thể đi giày, tất và không thể sử dụng bất kể phương tiện nào; 91,5% đối tượng chỉ ngồi thoải mái trên ghế được nửa giờ.

Bảng 3.9. Biên độ vận động khớp háng trước mổ (n=47)

Biên độ vận động khớp háng		TB$\pm$SD	min-max
Biên độ vận động khớp háng	Gấp	$79,38 \pm 3,17$	70-90
	Dạng chân	$19,49 \pm 1,84$	10-20
	Khép chân	$10,41 \pm 1,38$	10-15
	Xoay ngoài	$11,94 \pm 2,46$	10-15
	Xoay trong	$10,31 \pm 1,21$	10-15
	Tổng cộng các góc biên độ vận động	$131,33 \pm 5,18$	115-140

Nhận xét:

Biên độ vận động của khớp háng bị hạn chế nhiều trước mổ ở tất cả các động tác.

Bảng 3.10. Phân độ chức năng khớp háng theo điểm Harris (n=47)

Điểm Harris		Số lượng	%
Điểm Harris	Trung bình (70-79) tới Rất tốt (90-100)	0	0
	Kém (< 70)	47	100
	Điểm Harris TB±SD	41,76±2,98 (32-50)	

Nhận xét:

100% đối tượng có điểm Harris ở mức kém; Điểm Harris trung bình là 41,76±2,98.

3.1.3. Cận lâm sàng

3.1.3.1. Xquang khớp cùng chậu

Viêm khớp cùng chậu giai đoạn II cả hai bên hoặc viêm khớp cùng chậu một bên giai đoạn III hoặc IV là tiêu chuẩn Xquang để chẩn đoán viêm cột sống dính khớp (kết hợp với một tiêu chuẩn lâm sàng).

Bảng 3.11. Giai đoạn viêm khớp cùng chậu trên Xquang (n=36)

Giai đoạn viêm khớp cùng chậu	Số lượng	%
Giai đoạn II cả 2 bên	24	66,7
Giai đoạn III hoặc IV 1 bên	12	33,3
Tổng	36	100

Nhận xét:

Trong nhóm bệnh nhân đến mổ có 24 bệnh nhân viêm khớp cùng chậu hai bên ở giai đoạn II, chiếm 66,7%; 12 bệnh nhân viêm khớp cùng chậu một bên ở giai đoạn III hoặc giai đoạn IV, chiếm 33,3%.

3.1.3.2. Xquang khớp háng

Bảng 3.12. Đánh giá giai đoạn viêm khớp háng theo chỉ số BASRI-h (n=47)

Giai đoạn	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn 1	1	2,1
Giai đoạn 2	4	8,5
Giai đoạn 3	12	25,5
Giai đoạn 4	30	63,9
Tổng	47	100

Nhận xét:

Viêm khớp háng giai đoạn 3-4 chiếm phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật (89,4%) vì vậy chỉ định thay khớp háng đặt ra khi viêm khớp háng giai đoạn 3-4. Những trường hợp viêm khớp háng giai đoạn 1-2 chỉ định mổ khi bệnh nhân đau nhiều, hạn chế vận động chức năng nhiều.

Bảng 3.13. Đặc điểm hình dạng ống tủy đầu trên xương đùi theo Dorr (n=47)

Loại ống tủy	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Dorr A	10	21,3
Dorr B	37	78,7
Dorr C	0	0
Tổng	47	100

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng có hình dạng ống tủy đầu trên xương đùi theo dạng B theo phân loại Dorr, chiếm 78,7%.

3.2. Phương pháp điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

3.2.1. Đánh giá trong mổ

3.2.1.1. Tỷ lệ giữa số bệnh nhân được thay khớp 1 bên và 2 bên

Bảng 3.14. Tỷ lệ giữa số bệnh nhân được thay khớp 1 bên và 2 bên (n=36)

Bệnh nhân	Số lượng	%
Thay khớp háng 1 bên	25	69,4
Thay khớp háng 2 bên	11	30,6
Tổng	36	100

Nhận xét:

Tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu đều sử dụng khớp háng toàn phần không xi măng. Trong 36 bệnh nhân có 25 trường hợp thay khớp háng một bên, có 11 trường hợp thay cả 2 bên (tương ứng với bảng 3.3 vị trí dính háng).

3.2.1.2. Phương pháp vô cảm

Bảng 3.15. Phương pháp vô cảm (n=47)

Phương pháp vô cảm	Số lượng	%
Gây tê tủy sống	30	63,8
Gây mê nội khí quản	16	34
Mask thanh quản	1	2,2
Phối hợp	0	0
Tổng	47	100

Nhận xét:

Phương pháp vô cảm trong phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất là gây tê tủy sống chiếm 63,8%, phương pháp mê đặt nội khí quản chiếm 34%.

Một trường hợp đặt mask thanh quản khi thất bại trong khi gây tê tủy sống.

3.2.1.3. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.16. Thời gian phẫu thuật (n=47)

Thời gian mổ (phút)	Số lượng	%
≤ 60	9	19,1
61-90	29	61,7
91-120	6	12,8
> 120	3	6,4
Tổng	47	100

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật dao động từ 61-90 phút cho một ca thay toàn bộ khớp háng là thuận lợi, chiếm 61,7% số ca mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 83,57 phút $\pm$ 3,079 phút. Thời gian mổ lâu nhất là 150 phút, nhanh nhất 50 phút.

3.2.1.4. Khối lượng máu truyền trong mổ

Bảng 3.17. Khối lượng máu truyền trong mổ (n=47)

Khối lượng máu (ml)	Số lượng	%
< 500	1	2,1
500-1000	10	21,3
≥ 1000	0	0
Tổng	11/47	23,4

Nhận xét:

Chỉ có 11 bệnh nhân truyền máu trong mổ, không có trường hợp nào xảy ra tai biến truyền máu trong phẫu thuật.

3.2.2. Đánh giá sau mổ

3.2.2.1. Khối lượng máu truyền sau mổ

Bảng 3.18. Khối lượng máu truyền sau mổ (n=47)

Khối lượng máu truyền (ml)	Số lượng	%
<500	1	2,1
500-1000	12	25,5
≥1000	3	6,4
Tổng	16/47	34

Nhận xét:

Trong 16 bệnh nhân phải truyền máu sau mổ, hầu hết phải truyền từ 500 - 1000ml (12 bệnh nhân, chiếm 25,5% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu).

3.2.2.2. Thời gian nằm viện

Bảng 3.19. Thời gian nằm viện với mỗi lần mổ thay khớp (n=47)

Thời gian (ngày)	Số lượng	%
≤ 7	8	17
7-14	36	76,6
> 14	3	6,4
Tổng	47	100
Thời gian nằm viện TB	9,57± 0,39	

Nhận xét:

Thời gian nằm viện sau mổ thay khớp chủ yếu từ 7 đến 14 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 9,57± 0,39 ngày.

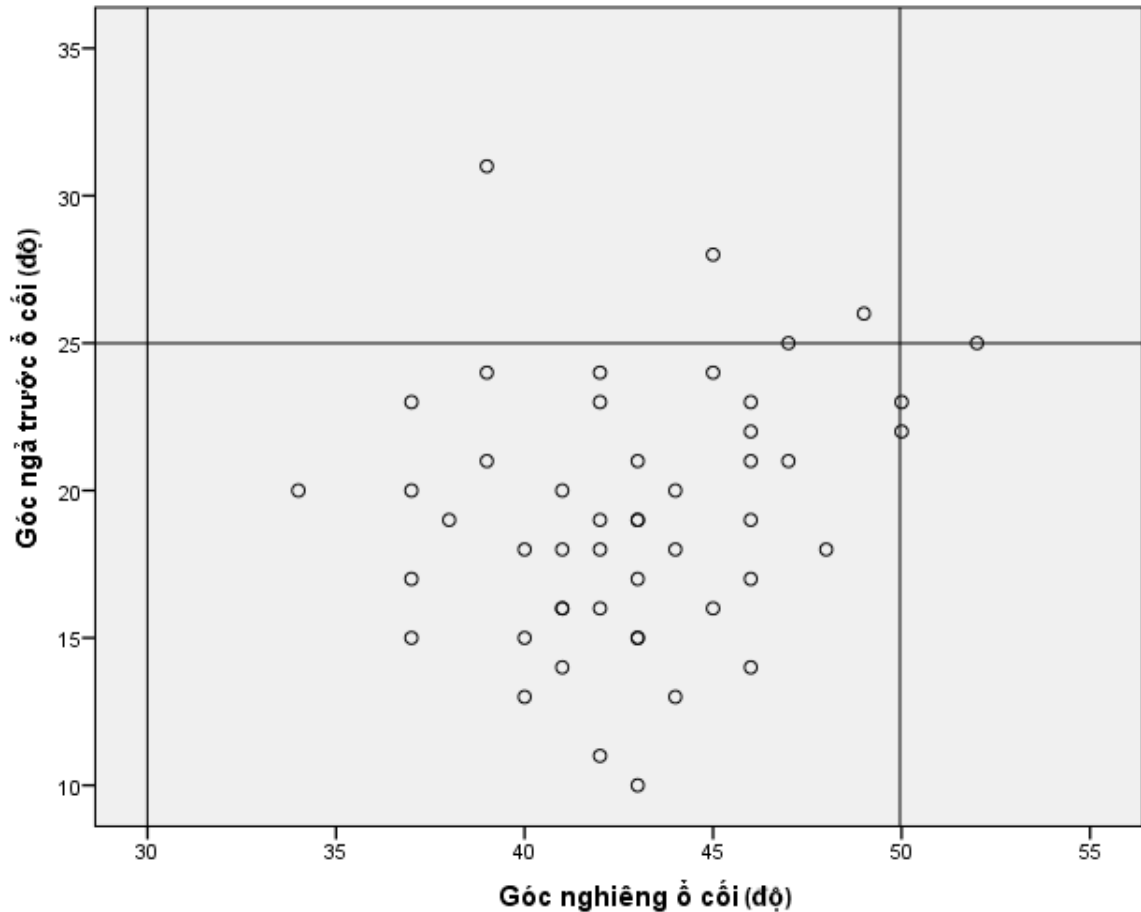
3.2.2.3. *Biến chứng sau phẫu thuật***Bảng 3.20. Biến chứng sau phẫu thuật (n=47)**

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng	0	0
Trật khớp	1	2,1
Tắc mạch	0	0
Gãy xương đùi	0	0
Liệt thần kinh	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét:

Trong 47 ca thay khớp háng chỉ có một trường hợp trật khớp sau mổ do tự trượt chân ngã sau mổ ngày thứ 3 (trật ra sau và lên trên). Bệnh nhân được nắn trật và bó bột chậu lưng chân ngay sau nắn. Tháo bột sau 4 tuần cố định, chụp Xquang kiểm tra và đánh giá tình trạng lâm sàng thấy khớp nhân tạo ổn định. Bệnh nhân được tiến hành tập phục hồi chức năng ngay sau đó.

3.2.2.4. *Tương quan các vị trí đặt ổ cối nhân tạo so với khoảng an toàn của Lewinnek*



Biểu đồ 3.2. Tương quan các vị trí đặt ổ cối nhân tạo so với khoảng an toàn của Lewinnek [87]

Nhận xét:

Trên Xquang khớp háng sau mổ, góc nghiêng của ổ cối nhân tạo có giá trị trung bình là $42,9 \pm 3,8^0$; góc ngả trước của ổ cối nhân tạo là $19,2 \pm 4,3^0$. Vị trí đặt của ổ cối nhân tạo trong 85% tổng số ca nằm trong khoảng an toàn theo Lewinnek (góc nghiêng 40 ± 10^0 , góc ngả trước 15 ± 10^0). Có 4 trường hợp vị trí đặt của ổ cối nằm ngoài khoảng an toàn, trong đó có 1 trường hợp bị trật khớp sau mổ đã nêu ở phần trên.

3.2.2.5. Vị trí chuôi khớp háng kiểm tra sau mổ

Bảng 3.21. Vị trí chuôi khớp háng kiểm tra sau mổ (n=47)

Trục chuôi khớp háng	Số lượng	%
Trục trung gian	31	66
Trục chéo trong	13	27,7
Trục chéo ngoài	3	6,3
Tổng	47	100

Nhận xét:

Hầu hết chuôi khớp nhân tạo ở vị trí trung gian và chéo trong, chiếm 66% và 27,7%. Chỉ có 3 trường hợp chuôi nhân tạo chéo ngoài.

3.2.2.6. Chênh lệch chiều dài chân sau mổ

Bảng 3.22. Chênh lệch chiều dài chân sau mổ (n=36)

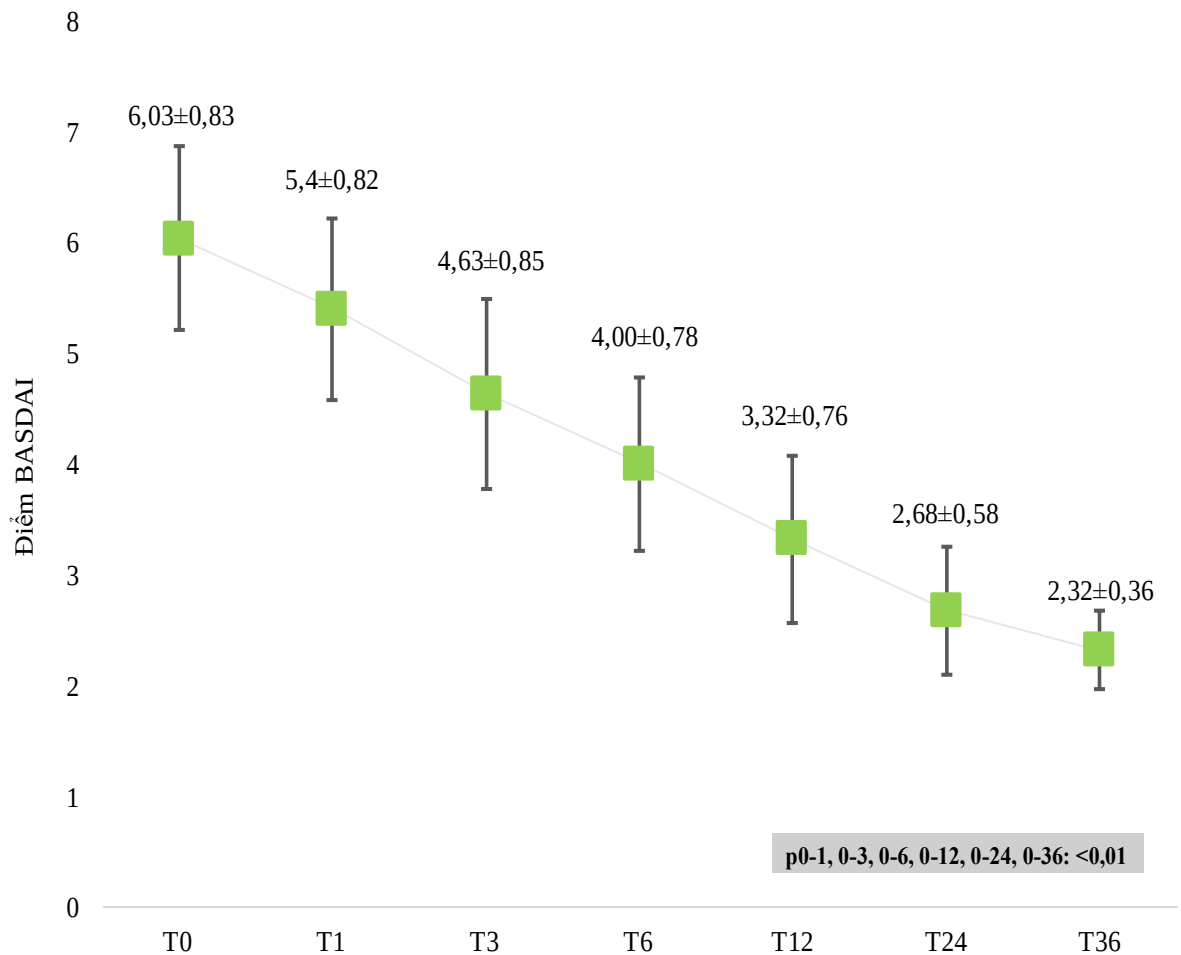
Chênh lệch chiều dài giữa 2 chân	Số lượng	%
< 1cm	16	44,4
1 - 2cm	18	50
>2cm - 2,5cm	2	5,6
Tổng	36	100

Nhận xét:

Hầu hết các trường hợp độ chênh lệch chiều dài giữa 2 chân chỉ ≤ 2 cm, chiếm 94,4%. Có 1 trường hợp chênh lệch chiều dài nhiều nhất là 2,5cm và không phát hiện thấy có biến chứng do chênh lệch chiều dài chân gây ra.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

3.3.1. Điểm BASDAI trung bình (mức độ hoạt động bệnh) trước và sau mổ

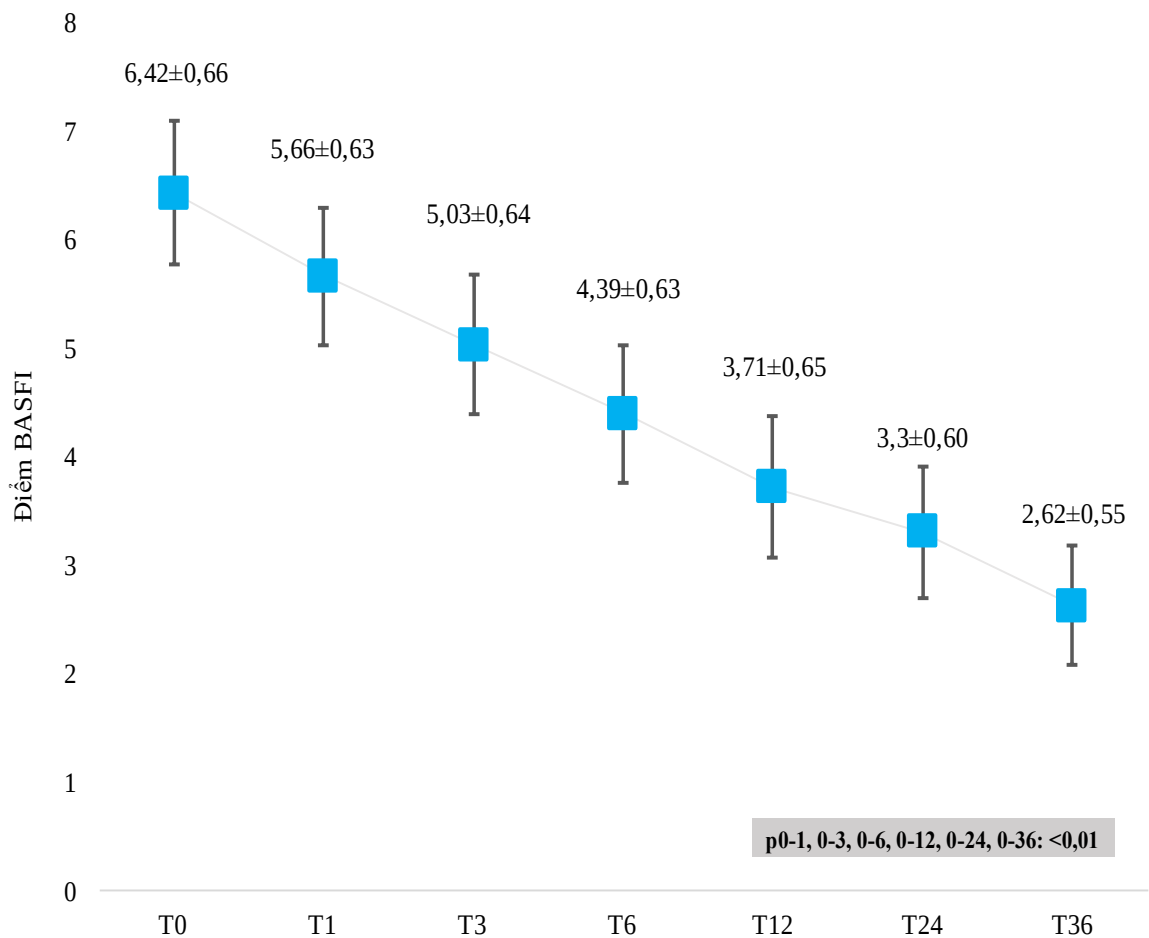


Biểu đồ 3.3. Điểm BASDAI trung bình (mức độ hoạt động bệnh) trước và sau mổ (n = 47)

Nhận xét:

Điểm BASDAI trung bình giảm dần theo thời gian theo dõi. Điểm BASDAI trước mổ là 6,03±0,83, sau mổ 36 tháng là 2,32±0,36, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.2. Điểm BASFI trung bình (chức năng vận động) trước và sau mổ

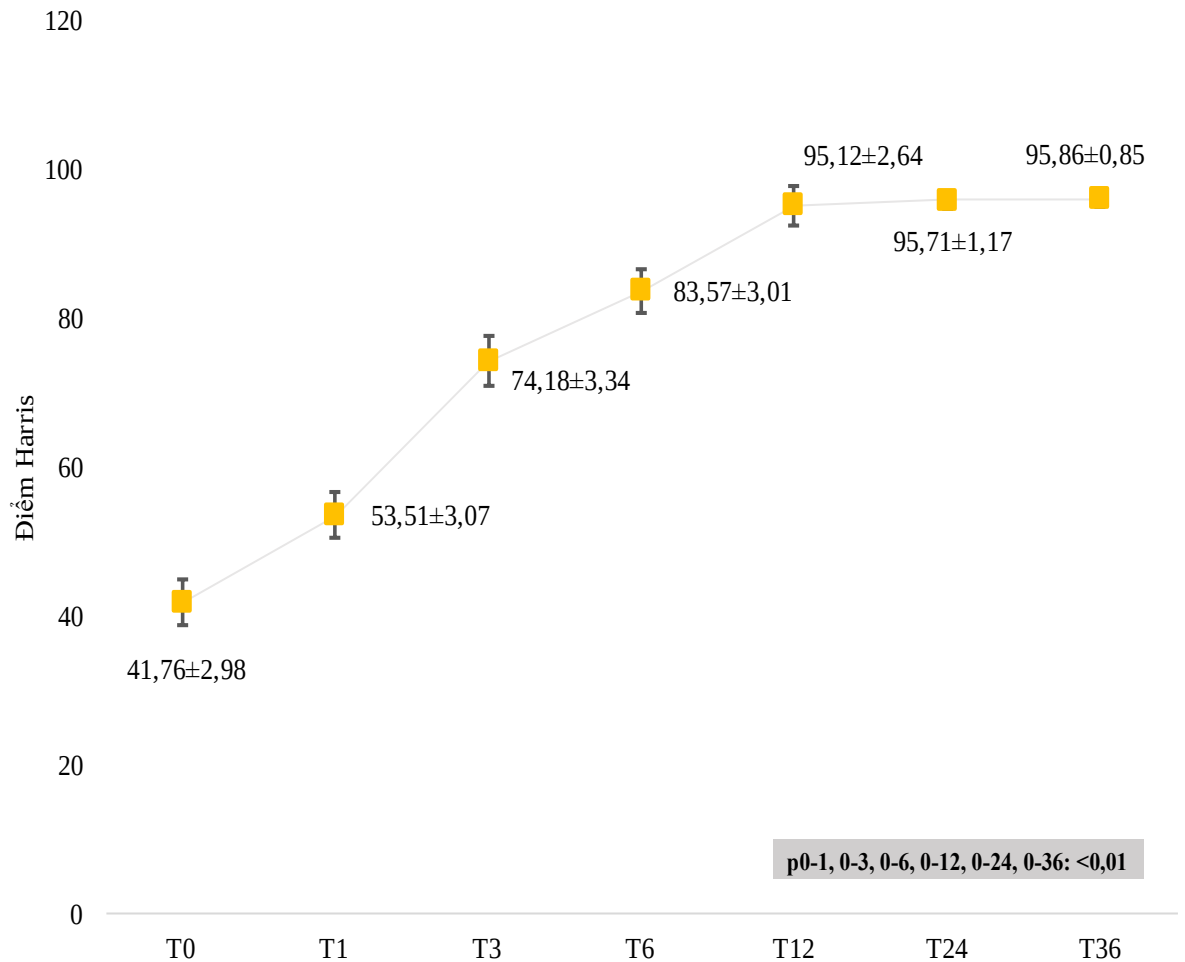


Biểu đồ 3.4. Điểm BASFI trung bình (chức năng vận động) trước và sau mổ (n = 47)

Nhận xét:

Điểm BASFI trung bình giảm dần theo thời gian theo dõi. Điểm BASFI trước mổ là $6,42 \pm 0,66$, sau mổ 36 tháng là $2,62 \pm 0,55$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.3. Điểm Harris trung bình trước và sau mổ

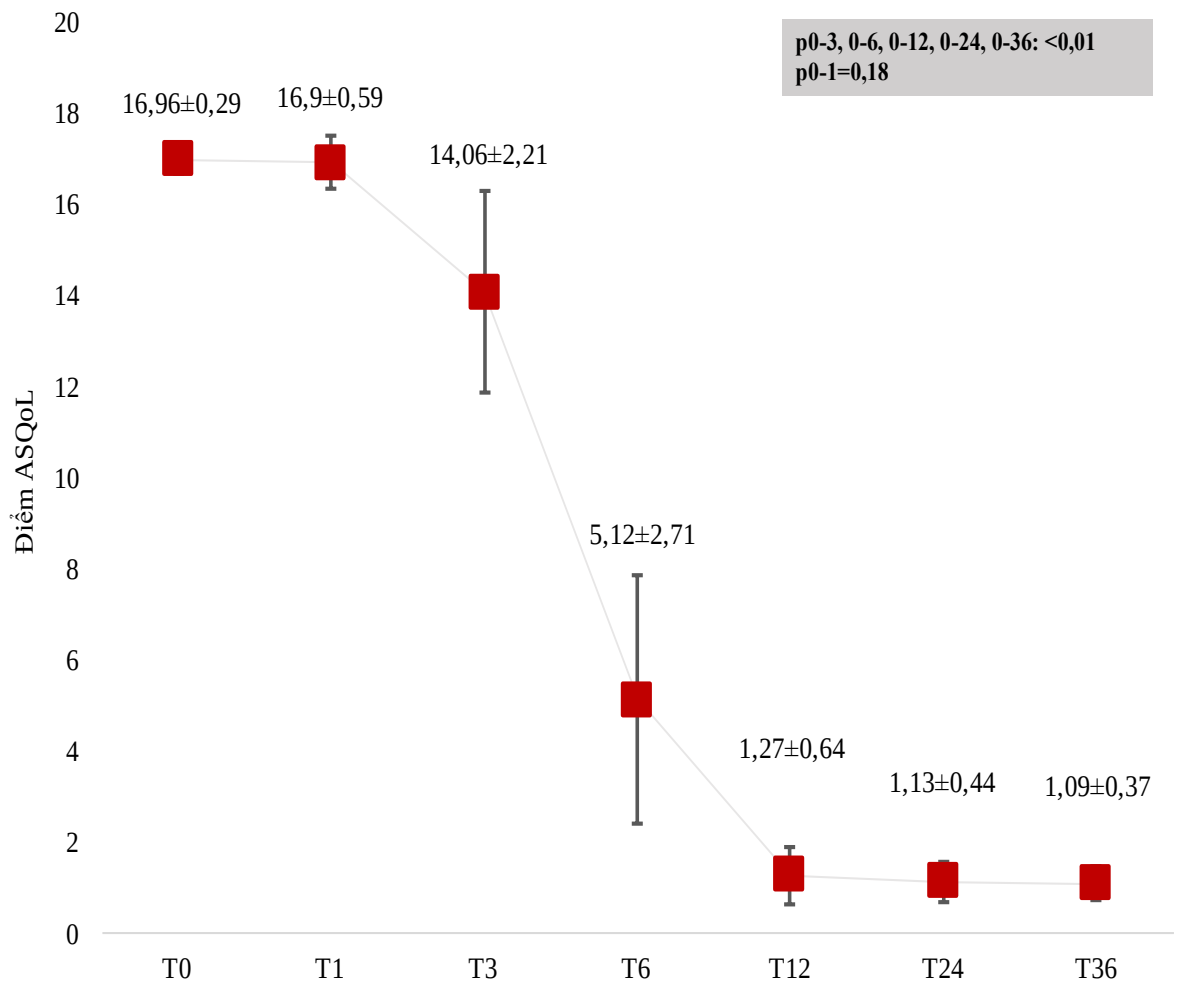


Biểu đồ 3.5. Điểm Harris trung bình trước và sau mổ (n = 47)

Nhận xét:

Điểm Harris trung bình tăng dần theo thời gian theo dõi. Điểm Harris trước mổ là 41,76±2,98, sau mổ 36 tháng là 95,86±0,85, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.4. Điểm chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân dính khớp háng (ASQoL) trước và sau mổ



Biểu đồ 3.6. Điểm chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân dính khớp háng (ASQoL) trước và sau mổ (n = 36)

Nhận xét:

Điểm ASQoL TB giảm dần theo thời gian theo dõi. Điểm ASQoL trước mổ là 16,96±0,29, sau mổ 36 tháng là 1,09±0,37, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.3.5. *Mối tương quan giữa điểm Harris - và điểm ASQoL*

Bảng 3.23. *Mối tương quan giữa điểm Harris - và điểm ASQoL*

Thời gian theo dõi	r	p
T0	0,27	0,06
T1	0,06	0,69
T3	-0,50	0,003*
T6	-0,34	0,01*
T12	-0,45	0,001*
T24	-0,87	0,00*
T36	-0,72	0,00*

(T0, T1, T3, T6, T12, T24, T36: Thời gian đánh giá vào lúc trước mổ, sau mổ lần lượt 1, 3, 6, 12, 24, 36 tháng)

Nhận xét:

Có mối tương quan nghịch biến giữa điểm Harris và điểm ASQoL, điểm Harris càng tăng điểm ASQoL càng giảm theo thời gian theo dõi, mối liên quan này khá chặt chẽ với sau 24 tháng $r=-0,87$; sau 36 tháng $r=-0,72$; mối tương quan có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới

Một số yếu tố cơ địa có liên quan đến bệnh VCSDK đã được báo cáo trong y văn bao gồm nam giới, tuổi trẻ, tình trạng mang kháng nguyên HLA B27 [90]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với nhận định trên khi tỉ lệ bệnh nhân nam trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu lên tới 94,4% (tỉ lệ nam/nữ là 18/1). Tỉ lệ này cũng tương đồng với kết quả của một số tác giả trong nước như trong nghiên cứu của Trần Ngọc Ân [39], tỷ lệ nam và nữ là 94% và 6%, kết quả của tác giả Tạ Thị Hương Trang [28] là nam 94,6% và nữ 5,4%, Phạm Đức Phương [29] nam 84% và nữ là 16%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của một số tác giả nước ngoài. Các tác giả này cũng báo cáo bệnh lí gặp nhiều ở nam hơn, tuy nhiên tỉ lệ nam/nữ có sự thay đổi. Ví dụ, trong nghiên cứu của Braun [91] tỷ lệ nam chiếm 68%, nghiên cứu của Tomonori Baba [92] tỉ lệ này là 83%, con số này là 68% trong nghiên cứu của B. Joshi [93] và 77% trong nghiên cứu của Surya Bhan [94], Hatim Abid [95] 80% và với nghiên cứu của Yavuz Saglam [96] tỷ lệ này chiếm 81,7%. Tuy nhiên cũng không nên bởi vì nghĩ rằng bệnh VCSDK gặp chủ yếu ở nam giới mà dẫn tới bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm ở nữ giới, đặc biệt bởi ở nữ giới bệnh có xu hướng biểu hiện đau tại cổ, háng hay các khớp ngoại vi thay vì triệu chứng rất điển hình là đau ở vùng thắt lưng. Một điểm đáng lưu ý đó là gần đây, tỉ lệ nam/nữ trong các báo cáo mô hình dịch tễ trên thế giới đã giảm dần, điều này được giải thích là do những tiến bộ về mặt hiểu biết cơ chế bệnh học cũng như tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh giúp phát

hiện ra bệnh VCSDK ở nữ giới đặc biệt giai đoạn sớm, làm thay đổi nhận định rằng bệnh lý này gặp hầu như tuyệt đối ở nam giới. Tuy nhiên y văn thế giới cũng ghi nhận tình trạng lâm sàng bệnh nặng hơn ở nam giới biểu hiện bằng nồng độ protein C phản ứng (CRP), tỉ lệ mang kháng nguyên HLA B27, tỉ lệ khởi phát bệnh ở tuổi thiếu niên, tỉ lệ bệnh kèm viêm màng bồ đào cũng như tỉ lệ bệnh nhân nam giới trong nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đều cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật là $37,96 \pm 1,947$, tuổi cao nhất 67, thấp nhất 18. Có thể thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhân được phẫu thuật là tương đối thấp. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả trong các nghiên cứu về bệnh lý VCSDK của một số tác giả khác như Yavuz Saglam [96] nghiên cứu trên 61 bệnh nhân, tuổi trung bình là $41,3 \pm 10,2$ (22 - 53) tuổi; Hatim Abid [95] nghiên cứu 61 bệnh nhân tuổi trung bình là 36 tuổi; Surya Bhan [94] nghiên cứu 54 bệnh nhân tuổi trung bình là 25,5, Tomonori Baba [92] nghiên cứu 31 bệnh nhân tuổi trung bình là 39,5. Còn nếu so sánh về độ tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp, thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với trong nghiên cứu của một số tác giả Việt Nam khác như của Đào Xuân Thành [97] độ tuổi trung bình là 41,89. Điều này có thể được lý giải rằng nhóm bệnh nhân được phẫu thuật TKHTP trong nghiên cứu của tác giả nói trên là những bệnh nhân mắc thoái hóa khớp háng, bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi. Còn nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành ở nhóm người bệnh mắc VCSDK, bệnh lý này thường khởi phát sớm, từ khi bệnh nhân mới khoảng 15 đến 25 tuổi, thời gian bệnh phát triển đến lúc để lại di chứng nặng nề là đau, dính khớp háng có thể chỉ cần sau 5 năm, đây là nguyên nhân dẫn đến tuổi phẫu thuật TKHTP do VCSDK nhỏ hơn so với tuổi trung bình phẫu thuật TKHTP do thoái hóa khớp. Tác giả Atul B. Joshi [93] cũng đã khẳng định tuổi khởi phát bệnh càng sớm thì tuổi phải phẫu

thuật TKHTP cũng càng thấp, mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê. Tuy vậy, bệnh lý VCSDK nếu được chẩn đoán càng sớm và can thiệp tích cực thì sẽ càng giảm được hậu quả nặng nề do di chứng, đặc biệt khi các thuốc NSAID, thuốc chặn TNF cho kết quả điều trị tốt nhất ở giai đoạn sớm. Hiện nay nhiều báo cáo về VCSDK cho kết quả phát hiện sớm bệnh lý trong vòng 2 năm đầu từ khi khởi phát, tốt hơn rất nhiều so với con số chẩn đoán muộn lên tới 8,9 năm trong một nghiên cứu ở Đức từ năm 1996 [98]. Tác giả Sorensen báo cáo ở Đan Mạch số năm phát hiện chẩn đoán muộn trung bình giảm từ 4,5 năm (năm 2000) xuống còn 0,25-0,33 năm (năm 2011) [99]. Điều này cũng dẫn tới việc tuổi trung bình được phẫu thuật thay khớp do bệnh lý VCSDK ngày càng nhỏ đi. Ở Việt Nam, vẫn còn nhiều bệnh nhân được phát hiện và chẩn đoán muộn, do vậy theo chúng tôi, tuổi trung bình được phẫu thuật trong các nghiên cứu trong tương lai sẽ có xu hướng giảm đi do bệnh lý sẽ ngày càng được phát hiện sớm hơn. Hiện nay, cùng với những tiến bộ về công nghệ vật liệu cũng như hoàn thiện về kỹ thuật mổ với các phẫu thuật viên thì tuổi thọ khớp háng nhân tạo ngày càng được kéo dài, kết quả sau mổ rất khả quan, tuổi trẻ không còn là chống chỉ định cho phẫu thuật TKHTP như ngày trước.

Khi bệnh nhân mắc VCSDK có tuổi khởi phát bệnh càng trẻ thì tổn thương các khớp càng rầm rộ, bệnh tiến triển nhanh, tiên lượng càng xấu hơn. Theo bảng 3.1 có 13,9% tương ứng với 5 bệnh nhân có độ tuổi ≤ 20 tuổi. Đây là những bệnh nhân đang trong độ tuổi phát triển tuy nhiên lại bị đau nhiều, dai dẳng, dính và mất vận động các khớp dẫn đến ảnh hưởng nghiêm trọng tới cả việc phát triển tinh thần lẫn phát triển thể chất của bệnh nhân. Độ tuổi bệnh nhân mắc và phải thay khớp nằm trong khoảng từ 21-40 tuổi chiếm tới 47,2%. Đây đáng lẽ là độ tuổi sung sức nhất để lao động thì bệnh nhân không thể tự sinh hoạt được cần phụ thuộc sự chăm sóc của người nhà và nhân viên y tế -

là gánh nặng về tâm lý cũng như về kinh tế. Những bệnh nhân có khởi phát triệu chứng khi tuổi còn trẻ đã được chứng minh là có liên quan đến kháng nguyên HLA-B27, sự có mặt của kháng nguyên này là rất có ý nghĩa trong việc chẩn đoán sớm cần được áp dụng vào lâm sàng ở Việt Nam một cách rộng rãi để có thể chẩn đoán xác định sớm bệnh lý này đặc biệt ở nhóm bệnh nhân thiếu niên, trẻ tuổi.

Điều trị cho các trường hợp tổn thương khớp háng ở giai đoạn muộn (theo phân loại BASRI - h tổn thương khớp háng giai đoạn 3 -4) là cực kỳ khó khăn, trong đó ngoại khoa vẫn là giải pháp tốt nhất khi mà các phương pháp điều trị bảo tồn hầu như không có kết quả. Trần Quốc Đô [38] báo cáo phẫu thuật cho 30 khớp háng ở bệnh nhân VCSDK với các kỹ thuật được thực hiện bao gồm: tạo khớp giả, phẫu thuật Voss và TKHTP, thì TKHTP là phương pháp có kết quả tốt nhất. Các tác giả Trần Ngọc Ninh, Lê Phúc [16], Phạm Đức Phương [29] cũng đã thực hiện TKHTP cho bệnh nhân bị dính khớp háng do VCSDK đều báo cáo cho kết quả tốt. Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đã được khẳng định có hiệu quả về giảm đau rõ rệt, làm cho người bệnh không còn cảm giác đau khi vận động khớp háng cũng như khi đi lại, nó cũng cho phép phục hồi lại chức năng của khớp háng, phục hồi lại khả năng lao động, nâng cao chất lượng cuộc sống, tạo điều kiện cho người bệnh hội nhập lại với cuộc sống cộng đồng. Thời gian từ khi phát hiện bệnh VCSDK đến khi được chúng tôi phẫu thuật thay khớp thấp nhất là 5 năm (15-32%), từ 5-10 năm (12- 25,5%), > 10 năm (20-42,6%) lâu nhất là 47 năm (bệnh nhân 67 tuổi phát hiện bệnh từ năm 20 tuổi). Sở dĩ hầu hết các bệnh nhân (68,1%) đều được phẫu thuật sau 5 năm phát hiện bệnh bởi các bệnh nhân đều đã được điều trị bằng các phương pháp khác nhau trước khi được chỉ định phẫu thuật. Nguyên nhân bởi vì bệnh VCSDK là bệnh mạn tính, tiến triển từ từ, tổn thương tới hệ thống vận động chung và nặng dần theo thời

gian với sự phản ứng của hệ miễn dịch với chính bề mặt khớp. Tổn thương cột sống và khớp háng là những tổn thương nổi bật trên lâm sàng ở bệnh nhân VCSDK tại Việt Nam. Các bệnh nhân ở Việt Nam có thể lâm sàng dính khớp háng để có chỉ định mổ thường đến ở giai đoạn muộn của bệnh. Chỉ có 2 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng trong ngay năm đầu tiên phát hiện bệnh lý VCSDK, những bệnh nhân này là nhóm bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng tổn thương trên khớp háng trước, sau thăm khám phát hiện bệnh chính là VCSDK. Ngoài ra, phẫu thuật thay khớp háng theo quan điểm của nhiều bệnh nhân là một phẫu thuật lớn, tốn kém và ẩn chứa nhiều nguy hiểm, thời gian tồn tại của khớp háng cũng là một vấn đề, thế nên có sự e ngại khi đưa ra sự lựa chọn phương pháp này.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Tổn thương cột sống

Tư thế xấu của cột sống do tư thế chống đau của người bệnh khi có tình trạng viêm, các tư thế xấu của cột sống giai đoạn đầu là mất ưỡn thắt lưng, sau đó gù lưng với tăng ưỡn cột sống cổ, gù lưng với đầu cúi xuống dưới và cuối cùng là mất khả năng nhìn ngang, nằm ngửa. Dính khớp khởi đầu là viêm dây chằng quanh đốt sống, tình trạng viêm này sẽ được “hàn gắn” lại dưới dạng cốt hoá. Sự cốt hoá dây chằng làm mất khả năng vận động của cột sống.

Bệnh nhân đến mổ thay khớp đều đã được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp nên các dấu hiệu lâm sàng về tổn thương cột sống để chẩn đoán đều có biểu hiện. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh VCSDK chỉ cần một trong ba tiêu chuẩn lâm sàng là đủ nhưng có tới 21 bệnh nhân (58,3%) có cả ba dấu hiệu đau vùng thắt lưng hay lưng-thắt lưng kéo dài > 3 tháng, hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-ngiên và quay, độ giãn lồng ngực giảm.

Bệnh VCSDK tiến triển từ từ gây tổn thương cột sống nghiêm trọng, các tư thế dính, biến dạng cột sống được giải thích là do tư thế chống đau của

cơ thể. Tỷ lệ dính cột sống thắt lưng chiếm 100%. Việc dính cột sống thắt lưng gây ảnh hưởng khó khăn cho quá trình gây mê, gây tê trước mổ cũng như trong quá trình phẫu thuật. Ở cột sống ngực, dính khớp liên quan đến các dây chằng quanh đốt sống nhiều hơn ở khớp ức sườn. Dính khớp ở vùng này giảm độ giãn lồng ngực, dẫn đến suy hô hấp do ảnh hưởng tới dung tích thở. Ngoài việc ảnh hưởng tới dung tích thở, thì việc kê tư thế bệnh nhân khi chuẩn bị gây mê, đặt nội khí quản cũng gặp nhiều khó khăn.

Tổn thương cột sống ngực, thắt lưng ảnh hưởng trực tiếp tới phương pháp gây tê tủy sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp vô cảm trong phẫu thuật được sử dụng nhiều là gây tê tủy sống chiếm 63,8%, phương pháp mê đặt nội khí quản chiếm 34%. Một trường hợp đặt mask thanh quản trong mổ khi thất bại trong khi gây tê tủy sống. Tỷ lệ phải gây mê nội khí quản trong mổ TKHTP ở bệnh nhân VCSDK nói chung cao hơn so với mổ TKHTP ở những bệnh nhân thoái hóa khớp. Báo cáo của tác giả Đỗ Hữu Thắng [100] 133 trường hợp TKHTP có xi măng tỷ lệ gây mê là 2/133 khớp. Một số tác giả như Hatim Abid [95] chủ trương gây mê 100% trường hợp TKHTP ở bệnh nhân VCSDK, nghiên cứu của tác giả báo cáo gặp phải khó khăn do hạn chế động tác há miệng của bệnh nhân.

4.1.2.2. Đánh giá tình trạng bệnh trước mổ

Chúng tôi đã sử dụng chỉ số BASDAI để theo dõi diễn biến bệnh ở các thời điểm nghiên cứu trước và sau mổ. BASDAI là chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. Thang điểm BASDAI ra đời năm 1994 do viện Bath, nước Anh xây dựng, có ưu điểm sử dụng đơn giản, bệnh nhân tự đánh giá rất nhanh. Bệnh nhân tự đánh giá triệu chứng của mình theo thang điểm 10 trong vòng 1 tuần trước với 0: không có triệu chứng, 10: trầm trọng, qua 6 câu hỏi (Xin xem phụ lục). Bệnh hoạt động

khi chỉ số BASDAI ≥ 4 . Nhiều tác giả đã sử dụng chỉ số BASDAI để đánh giá sự cải thiện của bệnh sau điều trị trong cả ngoại khoa và nội khoa. Điểm BASDAI trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,03 \pm 0,83$, tương ứng bệnh vẫn đang hoạt động tuy nhiên đã được điều trị có xu hướng ổn định (lý do hầu hết bệnh nhân đều đã điều trị > 5 năm). Điểm BASDAI trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Tạ Thị Hương Trang [28] là $4,33 \pm 0,29$; lý do là nhóm bệnh nhân của tác giả này đến sớm hơn và còn đang trong giai đoạn có khả năng điều trị nội khoa. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật như Yavuz Saglam [96] $7,3 \pm 1,6$ điểm.

Sau khi đánh giá BASDAI, chúng tôi tiếp tục đánh giá theo thang điểm BASFI để kiểm tra sau giai đoạn cấp của bệnh thì chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ảnh hưởng thế nào. BASFI là chỉ số đánh giá chức năng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. Bệnh nhân tự đánh giá khả năng của mình trong một tuần trước theo thang điểm 10: với 0: dễ, 10: không thể làm được. Qua 10 câu hỏi (Xin xem phần Phụ lục). Điểm BASFI càng cao thì mức độ giảm hoạt động chức năng của bệnh nhân càng nhiều. Điểm trung bình BASFI trong nghiên cứu của chúng tôi là 6.42 (dao động 4.6 - 7.6), mức độ này là trung bình, chứng tỏ điều trị nội khoa và vật lý trị liệu có hiệu quả. Kết quả chỉ số BASFI của chúng tôi cao hơn chỉ số này trong nghiên cứu của một số tác giả điều trị VCSDK nội khoa như của Tạ Thị Hương Trang [28] $5,99 \pm 0,80$ điểm; Van der Heij D [101] 6,0 (4,1- 7,2) điểm, Braund J [102] $5,4 \pm 1,8$ điểm.

4.1.2.3. Tổn thương tại khớp háng

Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân đến vì đau và dính khớp háng cả hai bên (52,8%) chiếm đa số. Bệnh lý VCSDK là bệnh khớp tự miễn, khớp háng tổn thương cả hai bên, khớp bị phá hủy nặng nề gây đau nhiều, dính -

hàn khớp, đây là đặc điểm chung của bệnh nhân VCSDK ở giai đoạn muộn. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của tác giả, Guan [103] 90% bệnh nhân bị cả 2 bên, Tang [104] 63,8%, Joshi [93] 69,9%, Yavuz Saglam [96] 70% con số ngày trong nghiên cứu của Wanchun Wang [105] là 100%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% có đau khớp háng trước mổ; 95,7% trong tình trạng đau trầm trọng, số còn lại đau không thể chịu đựng được, điểm đau trung bình theo thang điểm Harris là $19,59 \pm 2,00$. Brinker [98] cũng báo cáo 85% bệnh nhân có tình trạng đau trên mức đau vừa, điểm đau trung bình 19 điểm. Các bệnh nhân đều đã được điều trị giảm đau bằng các phương pháp khác nhau trước đây. Các bệnh nhân mô tả những cơn đau âm ỉ khởi phát vùng thắt lưng, mông, sau đó đau tăng dần lên có những ngày đau trội lên khiến bệnh nhân cảm thấy tồi tệ, không thể vận động được, không thể tự tiến hành các hoạt động sinh hoạt cơ bản hằng ngày. Những cơn đau sau đó không thể kiểm soát bằng các phương pháp nội khoa là chỉ định chủ yếu để can thiệp phẫu thuật TKHTP. Việc loại bỏ mặt sụn khớp, lấy bỏ các tổ chức viêm quanh khớp háng sẽ giúp bệnh nhân giảm đau hiệu quả sau mổ. Y văn thế giới báo cáo có một số trường hợp khi xương khớp háng hoàn toàn hàn dính bệnh nhân sẽ không còn cảm giác đau, tuy nhiên khi ấy khớp háng mất hoàn toàn khả năng vận động, bệnh nhân sẽ bất tiện trong mọi hoạt động sinh hoạt, khi đó bệnh nhân cũng có chỉ định phẫu thuật TKHTP.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các bệnh nhân trước mổ đều có hạn chế biên độ vận động của khớp háng ở tất cả các động tác, trong đó, theo bảng 3.10, hạn chế động tác gấp là nghiêm trọng nhất với khả năng gấp trung bình chỉ còn $79,38^\circ \pm 3,17$ ($70^\circ - 90^\circ$), nguyên nhân là do tư thế giảm đau của khớp háng dần dần dẫn đến co kéo phần mềm quanh khớp. Tác giả Brinker [98] cũng cho kết quả tương tự với khả năng gấp trung bình trước mổ là 58° ,

con số này theo Yavuz Saglam [96] là $20,3^\circ \pm 21,8$. Việc hạn chế tầm vận động của khớp háng ảnh hưởng đến các động tác sinh hoạt hàng ngày của các bệnh nhân như đi lại, lên cầu thang, ngồi ghế thấp, mặc quần áo... sau đó có thể dẫn đến nằm liệt giường và mắc các biến chứng nặng nề hơn nữa. Với việc phẫu thuật TKHTP ngày càng phát triển, các thể hệ khớp háng hiện đại có khả năng phục hồi lại tầm vận động gần như khớp háng bình thường sẽ giúp cho bệnh nhân lấy lại được chất lượng cuộc sống. Tuy tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có hạn chế tầm vận động khớp háng tuy nhiên không có bệnh nhân nào mất hoàn toàn tầm vận động (tổng cộng các góc biên độ vận động bằng 0° , khớp háng bị hàn xương cứng), điều này rất quan trọng, bởi nó là một yếu tố tiên lượng tới độ khó về mặt kỹ thuật, thời gian cuộc mổ cũng như trực tiếp ảnh hưởng tới kết quả hồi phục tầm vận động sau mổ. Với những Nghiên cứu của tác giả Wanchun Wang [105] có tới 100% khớp háng mất hoàn toàn tầm vận động trước mổ, Joshi [93] 23,2%, Yavuz Saglam [96] báo cáo tỉ lệ này là 35%.

Sau khi bệnh nhân đã điều trị triệu chứng toàn thân bằng nội khoa tạm ổn định thì vấn đề ảnh hưởng nhất hàng ngày đối với họ chính là tổn thương ở khớp háng, điều này thể hiện qua khả năng đi lại và các hoạt động sinh hoạt trong ngày của bệnh nhân. Bước đi là một hoạt động cơ bản của cuộc sống, đi lại và đứng, ngồi là để sinh hoạt, làm các công việc, khi những chức năng này bị ảnh hưởng thì chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sẽ rất tồi tệ. Nhất là khi khớp háng là khớp lớn nhất, khớp chịu lực nhiều nhất phụ trách chính cho những hoạt động trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đối tượng có dáng đi khập khiễng ở mức độ vừa (95,8%); phải dùng phương tiện hỗ trợ khi đi lại (100%); khoảng cách đi bộ chủ yếu ở trong nhà (81,6%); điểm chức năng thể hiện qua dáng đi trung bình $12,63 \pm 1,96$. Điểm chức năng trong hoạt động hàng ngày trung bình là $6,69 \pm 1,04$, hầu hết đối tượng lên xuống cầu

thang cần 1 tay vịn (93,6%); 100% không thể đi giày, tất và không thể sử dụng bất kể phương tiện nào; 91,5% đối tượng chỉ ngồi thoải mái trên ghế được nửa giờ. Nghiên cứu của Joshi [93] 59% bệnh nhân cần sử dụng phương tiện hỗ trợ cho việc đi lại, 3% phải ngồi xe lăn. Nghiên cứu của Brinker [98] 100% bệnh nhân có đi khập khiễng, 40% cần sử dụng phương tiện hỗ trợ cho việc đi lại.

Điểm Harris trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $41,76 \pm 2,98$ với 100% bệnh nhân có điểm Harris ở mức kém, đặc biệt biên độ vận động khớp bị hạn chế ở mọi động tác thì đây là chỉ định về mặt lâm sàng phải can thiệp khớp háng. Y văn thế giới cũng báo cáo điểm trung bình chức năng khớp háng theo thang điểm Harris trước mổ đều thấp Brinker [98] 48,4 điểm; Tang [104] 27,4 điểm, Yavuz Saglam [96] 46,6 điểm, Surya Bhan [94] 49,5 điểm.



Hình 4.1. Biến dạng dính và co rút khớp háng 2 bên ở bệnh nhân VCSDK
(Bệnh nhân Nguyễn Văn Th. MS: 11133/M00)

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng (X quang)

Chụp X quang là phương pháp chẩn đoán hình ảnh thông dụng, khá nhạy cảm, giá trị chẩn đoán cao, giá thành thấp, có thể áp dụng ở mọi cơ sở y tế, là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tổn thương cấu trúc trong cột sống và viêm khớp cùng chậu.

Theo Trần Ngọc Ân viêm khớp cùng chậu là dấu hiệu đầu tiên và luôn có trong VCSDK thường tổn thương cả 2 bên. Chụp X quang tìm dấu hiệu viêm khớp cùng chậu là tiêu chuẩn bắt buộc để chẩn đoán sớm. Viêm khớp cùng chậu trên XQ được chia làm 4 giai đoạn và chỉ từ giai đoạn 3,4 mới có giá trị chẩn đoán (giai đoạn 2 chỉ có giá trị chẩn đoán khi bị cả 2 bên) [39]. Trong nhóm bệnh nhân đến mổ có 24 bệnh nhân viêm khớp cùng chậu hai bên ở giai đoạn II, chiếm 66,7%; 12 bệnh nhân viêm khớp cùng chậu một bên ở giai đoạn III hoặc giai đoạn IV, chiếm 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn III-IV trong nghiên cứu của Phạm Đức Phương [29] là 96%,

Chụp X quang khung chậu giúp cho phẫu thuật viên có thể đánh giá được toàn trạng tổn thương khớp, đặc điểm ống tủy xương đùi, tình trạng xương của bệnh nhân để xác định phân loại mức độ thương tổn và dự kiến chọn loại khớp nhân tạo cho phù hợp. Viêm khớp háng giai đoạn 3-4 chiếm phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật (89,4%). Đây là những tổn thương ở giai đoạn muộn khi khớp háng đã dính nhiều, tương ứng với việc hạn chế vận động khớp háng trên lâm sàng vì vậy chỉ định thay khớp háng được đặt ra. Những trường hợp viêm khớp háng giai đoạn 1-2 có chỉ định mổ khi bệnh nhân đau nhiều, hạn chế vận động chức năng nhiều.

Chúng tôi tiến hành phân loại ống tủy xương đùi trên phim XQ theo phân loại Dorr để có thể đưa ra quyết định sử dụng kiểu chuôi, loại khớp có xi măng hay không cho phù hợp. Dorr L.D. và cộng sự [106] dựa trên tỷ lệ độ dày của vỏ xương so với thân xương đùi phân loại xương đùi ra các loại A, B,

C. Loại A thường gặp ở nam, tuổi trẻ, nặng cân. Chất lượng xương tốt, vỏ xương dày, chỉ số vỏ xương cao trung bình 0,58. Loại B cũng gặp nhiều ở nam hơn nữ, vỏ xương mỏng hơn loại A và chỉ số vỏ xương ở mức trung bình là 0,50. Loại C hay gặp ở phụ nữ cao tuổi, nhẹ cân, vỏ xương mỏng, chỉ số vỏ xương thấp trung bình 0,42. Trong nghiên cứu của chúng tôi đặc điểm kiểu ống tủy xương đùi phân loại theo Dorr chủ yếu là loại A và B chiếm 100%. So sánh với tác giả Dorr tỉ lệ này là 69,2%. Nguyên nhân có thể là do như đã giải thích, các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới, trẻ tuổi. Tùy theo loại ống tủy mà sử dụng loại chuôi khớp cho phù hợp bởi điều này ảnh hưởng đến độ vững cơ học ban đầu của chuôi khớp, khả năng mọc xương quanh khớp nhân tạo, ảnh hưởng đến sự cố định sinh học về sau do vậy ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả phẫu thuật thay khớp. Với ống tủy xương đùi loại A, B có thể sử dụng loại chuôi khớp không xi măng.

4.2. Kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

4.2.1. Đánh giá kết quả trong mổ

Thay khớp háng là một phẫu thuật lớn, có thời gian phẫu thuật thường dài và lượng máu mất thường nhiều hơn so với các phẫu thuật chấn thương chỉnh hình nói chung. Do đó, vô cảm trong phẫu thuật thay khớp háng luôn cần được chuẩn bị và thực hiện cẩn thận để đảm bảo tối đa an toàn cho cuộc mổ. Đối với các ca phẫu thuật thay khớp háng thông thường, phương pháp gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng vẫn là phương pháp được nhiều bác sĩ gây mê tin dùng bởi ưu điểm thực hiện đơn giản, ít biến chứng, kiểm soát tốt và hiệu quả vô cảm cao [107]. Theo nghiên cứu của Carling và cs. (2015) tỷ lệ gây tê tủy sống trong thay khớp háng là 83% so với 17% gây mê [108]. Tuy nhiên, trong trường hợp phẫu thuật thay khớp háng cho bệnh nhân VCSDK thì mọi phương pháp vô cảm đều khó thực hiện và cần sự đánh giá

kỹ lưỡng trước phẫu thuật để lựa chọn phương pháp vô cảm phù hợp. Cụ thể, theo nghiên cứu của Pahwa và cs. năm 2013 cho thấy, các thương tổn ở cột sống bệnh nhân VCSDK ảnh hưởng trực tiếp tới cấu trúc giải phẫu cột sống bệnh nhân, khiến trục cột sống biến dạng, hạn chế vận động từ cột sống cổ tới cột sống thắt lưng, gây co kéo phần mềm xung quanh cột sống với các thương tổn lâu ngày, từ đó ảnh hưởng tới tư thế gây mê, gây tê không thuận lợi. Những thương tổn này đã được mô tả ở bảng 3.5 trong phần kết quả, với 100% đối tượng hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế. Đối với gây mê, bác sĩ gây mê khó có thể để bệnh nhân ưỡn cổ tối đa để đặt nội khí quản. Hay với gây tê tủy sống, bệnh nhân cũng khó có thể đạt tư thế nằm nghiêng cong lưng tối đa do cột sống mất sự đàn hồi, khớp háng bị dính, cũng như sự dày dính, biến dạng của khe gian đốt sống, khiến bác sĩ gây mê không thể đưa được kim vào khoang tủy sống. Trong nghiên cứu này cũng chỉ ra, việc sử dụng nhiều thuốc trong quá trình điều trị nội bệnh VCSDK trước đây cũng là vấn đề đáng lưu tâm cho quá trình gây mê và hồi sức sau mổ vì những nguy cơ tương tác thuốc gây ra [78].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ 63,8% các ca được gây tê tủy sống đã cho thấy đây vẫn là phương pháp vô cảm được lựa chọn trước tiên cho phẫu thuật thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK. Tuy nhiên, trong đó có 1 ca (chiếm 2,2%) gây tê tủy sống thất bại phải chuyển qua gây mê bằng mask thanh quản và có 16 ca (chiếm 34%) được bác sĩ gây mê sau khi khám lâm sàng, khai thác tiền sử bệnh và tiền sử phẫu thuật trước đây của bệnh nhân đã quyết định gây mê nội khí quản từ đầu đã cho thấy sự khó khăn khi phẫu thuật thay khớp háng ở các bệnh nhân VCSDK. Để khắc phục những khó khăn này, các bác sĩ gây mê đã đưa ra lời khuyên nên tiến hành giảm đau cho bệnh nhân theo phương pháp đa mô thức. Cụ thể, trong nghiên cứu của Oliveira và cs. (2007) và Goyal (2013) đã áp dụng siêu âm hỗ trợ trong gây tê

tủy sống và tê ngoài màng cứng, ngoài ra có sự kết hợp bằng gây tê thần kinh đùi để giảm đau, các nghiên cứu này cũng khuyến cáo trừ khi bác sĩ gây mê tiên lượng không thể thực hiện vô cảm vùng cho bệnh nhân, hoặc không đủ trình độ gây tê vùng, còn lại nên hạn chế thực hiện gây mê toàn thân vì những biến chứng như tổn thương phần mềm quanh cổ, đường hô hấp và các biến chứng tim mạch do phương pháp này gây ra [109],[110].

Thời gian phẫu thuật của một ca thay khớp háng toàn phần phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó 2 yếu tố quan trọng nhất chính là mức độ biến dạng của khớp háng bệnh nhân và trình độ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên chính, ngoài ra những yếu tố như trợ cụ phẫu thuật, đặc điểm thiết kế của khớp nhân tạo cũng như diễn biến toàn trạng bệnh nhân trong mổ cũng ảnh hưởng tới thời gian phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Hải (2012) thời gian phẫu thuật trung bình của một ca thay khớp háng toàn phần không cement với đường mổ xâm lấn tối thiểu lồi sau là 71,2 phút [111] và dài hơn với thay khớp háng toàn phần có cement là 113 phút theo nghiên cứu của Carling (2015) [108].

Đối với các trường hợp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần trên bệnh nhân VCSDK, thương tổn giải phẫu tại khớp háng thường khá phức tạp. Đặc điểm thương tổn tại khớp háng thể hiện ở sự hủy hoại bề mặt khớp, dính phần chỏm xương đùi với mặt khớp ổ cối, xuất hiện nhiều gai xương và biến dạng các mốc giải phẫu [21]. Các thương tổn này khiến phẫu thuật viên khó khăn từ bước chuẩn bị bệnh nhân cho tới bộc lộ vào ổ khớp, từ đó khiến thời gian phẫu thuật thường kéo dài hơn. Đối với các bệnh nhân trong đề tài, thời gian phẫu thuật trung bình là $83,57 \text{ phút} \pm 3,079 \text{ phút}$. Thời gian mổ lâu nhất là 150 phút, nhanh nhất 50 phút, như vậy so với thời gian phẫu thuật trung bình của một thay khớp háng bình thường là lâu hơn. Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật theo đường mổ lồi sau thì việc khớp háng bị dính dẫn tới khó khăn trong việc đánh trật khớp, cắt cổ xương đùi và bộc lộ ổ cối. Ngoài ra,

thời gian để dọn các gai xương trong quá trình bộc lộ ổ cối, cũng như roa ổ cối trong trường hợp chỏm xương đùi dính chặt không lấy ra được gây rất nhiều khó khăn cho phẫu thuật viên. Cuối cùng, vì đặc điểm viêm dính xương, đặc xương, tiêu xương, bất thường lòng ống tủy xương đùi, nên việc tạo hình ống tủy và đặt chuỗi khớp cũng gặp rất nhiều khó khăn. Tuy nhiên, trong đó, thời gian phẫu thuật dao động từ 61-90 phút cho một ca thay toàn bộ khớp háng là thuận lợi, chiếm chủ yếu với 61,7% số ca mổ. Có được kết quả khả quan này do 2 yếu tố; thứ nhất, theo như kết quả về đặc điểm khớp háng ở mục tiêu 1 thì phần lớn các trường hợp trong đề tài có mức độ biến dạng khớp háng không nhiều, không có trường hợp nào bị dính khớp háng và bất động hoàn toàn. Yếu tố thứ 2, việc các ca phẫu thuật được thực hiện bởi các phẫu thuật giàu kinh nghiệm, cũng như lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp cũng làm giảm thời gian mổ xuống; cụ thể, sau khi bộc lộ vào khớp, nếu đánh giá ổ cối dính nhiều phẫu thuật viên thường cắt cổ xương đùi luôn rồi mới đánh trật, sau đó tiến hành gỡ dính để lấy bỏ chỏm, hoặc sẽ roa trực tiếp vào di tích của chỏm để tạo hình ổ cối.

4.2.2. Đánh giá kết quả gần sau mổ

Trước đây, thay khớp háng là một cuộc phẫu thuật lớn, mất nhiều máu trong và sau mổ do đường mổ rộng, cắt qua nhiều khối cơ, xương lớn, cùng với việc hồi sức chưa phát triển, thời gian mổ kéo dài, do đó khiến các ca thay khớp háng gặp rất nhiều trở ngại, không được triển khai rộng rãi [112]. Việc mất máu trong mổ thay khớp háng do nhiều nguyên nhân, chủ yếu nguồn máu mất do quá trình bóc lộ vào ổ khớp được cầm máu không tốt và máu chảy từ tủy xương khi doa ổ cối và ráp ống tủy xương đùi, trong nhiều nghiên cứu cho thấy lượng máu mất trong mổ thay khớp háng trước đây có thể lên tới 1155mL. Theo nghiên cứu của Miao và cs. (2015) thì dù cầm máu có tốt đến thế nào, vẫn có 35,4% tổng lượng máu mất một cách âm thầm sau mổ, lượng

máu này rỉ ra chủ yếu từ tủy xương và mép cơ bị cắt, mức độ mất máu phụ thuộc vào chiều dài vết mổ, thể trạng của bệnh nhân và điều kiện liên của vết mổ [113]. Đặc biệt trong trường hợp thay khớp háng trên bệnh nhân VCSDK, vì thời gian mổ lâu hơn, đường mổ dài hơn, phải giải phóng nhiều phần mềm và cắt bỏ xương nhiều hơn, nên lượng máu mất cũng nhiều hơn. Trong khoảng 10 năm trở lại đây, với sự tiến bộ của cả trình độ phẫu thuật với đường mổ ít xâm lấn, cùng kỹ thuật gây mê hồi sức được cải tiến, đặc biệt là việc dự phòng chảy máu bằng acid tranxamic bắt đầu được triển khai, khiến lượng máu mất trong mổ cũng như nhu cầu truyền máu trong và sau mổ giảm đi đáng kể.

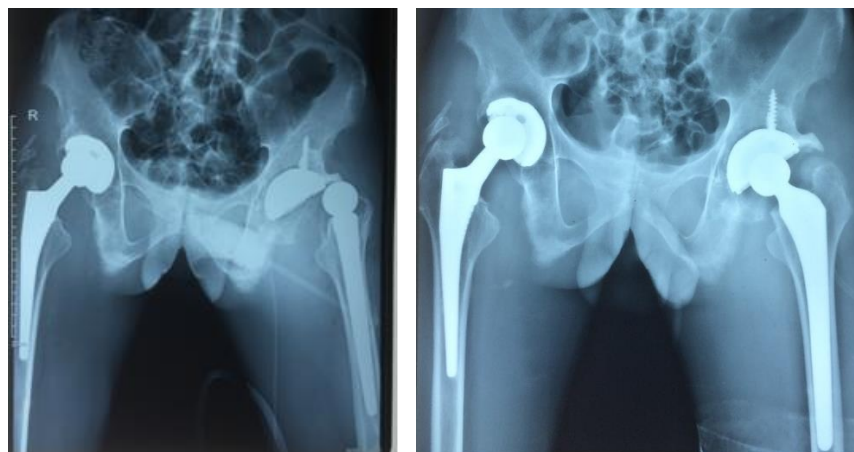
Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Hải (2012), lượng máu mất trung bình trong mổ thay khớp háng toàn phần là 215,8mL [111], còn trong nghiên cứu của Carling (2015) tổng lượng máu mất là 450mL. Theo Carling, khi trình độ phẫu thuật thay khớp háng đã đạt đến độ thuần thục, chỉ định truyền máu trong mổ thay khớp háng phụ thuộc chủ yếu vào BMI, tình trạng bệnh lý nội khoa, lượng Hemoglobin của bệnh nhân mà ít phụ thuộc vào mức độ mất máu trong phẫu thuật ; còn chỉ định truyền máu sau mổ chỉ phụ thuộc vào định lượng Hemoglobin, tỷ lệ số ca truyền máu trong nghiên cứu của Carling là 18% [108].

Điều này tương đối phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ phải truyền máu trong mổ là 23,4% và sau mổ là 34%. Điều này có thể lý giải do tất cả các ca phẫu thuật đều được thực hiện tại một cơ sở có điều kiện phẫu thuật và gây mê hồi sức hàng đầu là bệnh viện Việt Đức, cùng với việc tình trạng các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đang trong độ tuổi còn trẻ và không có bệnh lý nội khoa khác kèm theo. Tuy nhiên, với việc thiếu sót kết quả xét nghiệm công thức máu của một số bệnh nhân trước và sau mổ nên chúng ta cũng không thể đánh giá được toàn diện mức độ mất máu. Như thông qua

bảng 3.19 và 3.20 về mức độ máu truyền, có thể thấy chủ yếu bệnh nhân đã phải truyền 500 - 1000ml máu trong mổ, chiếm 21,3%, trong đó có 12 bệnh nhân tiếp tục phải truyền 500 - 1000ml máu sau mổ. Mức độ máu phải truyền như thế là tương đối nhiều, phản ánh gián tiếp mức độ mất máu do mổ thay khớp háng ở bệnh nhân VCSDK gây ra cao hơn hẳn so với các trường hợp thay khớp háng thông thường, đặc biệt cần lưu tâm tới lượng máu tiếp tục mất do chảy rỉ rả từ tủy xương trong những ngày đầu sau mổ.

Về quá trình phục hồi sau mổ, theo Callaghan thì quá trình phục hồi sau mổ thay khớp háng gồm 3 giai đoạn, giai đoạn cấp hay giai đoạn nội trú tại bệnh viện, giai đoạn phục hồi chức năng ngoại trú kéo dài tới 6 tháng sau mổ và giai đoạn quay trở lại cuộc sống bình thường. Trong đó, tác giả này đánh giá cao tầm quan trọng của giai đoạn phục hồi và tập luyện khi điều trị nội trú, vì nó ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả phẫu thuật, thời gian này nên kéo dài tối thiểu 3 ngày và tối đa 8 ngày nếu không có các biến chứng hậu phẫu [114]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 9,57 ngày, trong đó chủ yếu là từ 7 tới 14 ngày chiếm 76,6% tổng số bệnh nhân, thời gian này là phù hợp với hậu phẫu bình thường của thay khớp háng. Có được kết quả trên, ngoài việc độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu còn trẻ, không mắc các bệnh nội khoa kèm theo và quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi, thì nguyên nhân thứ 2 là do hầu hết các bệnh nhân được hướng dẫn tập tại giường một số động tác cơ bản ngay sau khi về bệnh phòng và tiến hành tập phục hồi chức năng sớm tích cực từ ngày thứ 3 sau mổ, điều này giúp quá trình hồi phục diễn ra nhanh hơn, giảm thiểu các biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện. Các nghiên cứu Wigerstad(1988) đã chứng minh cơ lực bệnh nhân giảm 4% mỗi ngày bất động không tập luyện sau mổ [115] và theo Munin (1998) thì tập phục hồi chức năng tích cực ngay từ ngày thứ 3 đem lại kết quả điều trị tốt hơn so với nhóm tập muộn [116]. Tuy nhiên, trong

nghiên cứu vẫn có 3 trường hợp có thời gian nằm viện lớn hơn 2 tuần. Bao gồm 2 bệnh nhân trên 60 tuổi, khả năng phục hồi chức năng đáp ứng chậm nên phẫu thuật viên chủ động lưu lại để tập thêm. Ngoài ra còn 1 trường hợp bệnh nhân trật khớp háng nhân tạo là bệnh nhân Vi Văn T., 25 tuổi. Bệnh nhân có tiền sử điều trị VCSDK 12 năm, từ 8 năm nay chức năng khớp háng đã suy giảm nhiều và hạn chế đi lại. Bệnh nhân đã được mổ thay khớp háng phải cách 4 năm tại bệnh viện Bạch Mai, lần thứ 2 mổ thay khớp háng trái. Trong mổ thay khớp háng trái, phẫu thuật viên giải phóng nhiều phần mềm khi tiếp cận ổ khớp. Bệnh nhân được phát hiện trật khớp nhân tạo bên trái sau mổ ngày thứ 3 khi được tiến hành hướng dẫn tập đi thì bị ngã ngò. Đánh giá trên phim Xquang chụp kiểm tra thấy góc nghiêng của ổ cối là 34° , góc ngả trước là 8° , chỏm khớp trật ra sau và lên trên. Bệnh nhân được tiến hành nắn trật thuận lợi, bó bột chậu lưng chân và giữ lại viện theo dõi 4 tuần. Sau 4 tuần bệnh nhân được tháo bột kiểm tra và hướng dẫn tập đi, đánh giá kết quả theo dõi sau 36 tháng không phát hiện tái trật hay các biến chứng khác kèm theo. Nguyên nhân trật ban đầu nghĩ tới do phần mềm của bệnh nhân không đảm bảo, kèm theo vị trí đặt góc ngả trước của cối nhân tạo là nằm ngoài khoảng an toàn theo Lewinek, cùng với chấn thương khi tập đi dẫn tới trật khớp.



Hình 4.2 Phim Xquang của BN Vi Văn T. (MS: 41661/M16) trước và sau nắn trật khớp nhân tạo trái

Khi đánh giá vị trí đặt của ổ cối nhân tạo trên phim Xquang khung chậu thường quy sau mổ thay khớp háng, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng vị trí đặt ổ cối phù hợp sẽ giảm nguy cơ trật khớp, cải thiện biên độ vận động và tăng tuổi thọ của khớp nhân tạo. Vị trí đặt ổ cối phụ thuộc vào 2 giá trị là góc nghiêng và góc ngả trước, khi giá trị góc nghiêng quá cao, góc ngả trước quá thấp sẽ dẫn tới nguy cơ trật khớp, còn nếu góc nghiêng quá thấp và góc ngả trước quá cao sẽ dẫn tới hạn chế biên độ vận động khớp, khiến đẩy nhanh quá trình bào mòn bề mặt khớp [117],[118]. Với những nghiên cứu thống kê về tỷ lệ trật khớp nhân tạo, vào năm 1978 Lewinnek đã đưa ra khái niệm về khoảng an toàn, trong đó nếu ổ cối nhân tạo được đặt trong khoảng góc nghiêng 40 ± 10^0 và góc ngả trước 15 ± 10^0 thì sẽ giảm tối đa tỷ lệ trật khớp sau mổ [87]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc nghiêng của ổ cối nhân tạo có giá trị trung bình là $42,9 \pm 3,8^0$; góc ngả trước của ổ cối nhân tạo là $19,2 \pm 4,3^0$, vị trí đặt của ổ cối nhân tạo trong 85% tổng số ca đều nằm trong khoảng an toàn theo Lewinnek. Điều này phù hợp với kết quả của Brinker (1996) với giá trị trung bình của góc nghiêng ổ cối là 46^0 và có 75% trường hợp có vị trí ổ cối trong khoảng an toàn [98]. Tuy nhiên, để có được kết quả này thì phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật cần có trình độ và kinh nghiệm, cũng như tiến hành việc đặt ổ cối một cách cẩn thận, có sự chuẩn bị tốt từ trước mổ. Vì theo nghiên cứu của Rajesh (2014) thì với sự biến dạng của hệ thống khớp ở bệnh nhân VCSDK, việc đặt bệnh nhân ở một tư thế chuẩn cho phẫu thuật gần như là không thể, điều đó gián tiếp khiến cho việc sử dụng các hệ thống trợ cụ thông thường dễ gặp các sai số do tư thế gây ra [80].

Tương quan của trục chuỗi khớp háng nhân tạo so với trục ống tủy đầu trên xương đùi là một yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới độ ổn định của chuỗi khớp, đặc biệt với chuỗi khớp không cement. Theo lý thuyết về chấn chịu lực sau thay khớp (stressshielding), với các chuỗi thiết kế kiểu cũ, trọng lực sẽ không truyền qua đầu trên xương đùi mà truyền thẳng qua chuỗi khớp đi

xuống, do đó sau một thời gian khiến vùng xương quanh chuôi chịu lực ít bị giảm mật độ, từ đó là nguyên nhân gây lỏng chuôi khớp. Để tránh hiện tượng đó xảy ra, các thiết kế chuôi khớp hiện đại ngày nay đều giúp phân phối lực đều quanh thành ống tủy khối máu chuyên. Với đa phần các thiết kế khớp háng nhân tạo hiện nay, tối ưu nhất là trục chuôi khớp trùng với trục ống tủy hoặc chệch trong (theo nguyên tắc 3 điểm tì), khi đó lực nén của chuôi sẽ dồn đều vào thành ống tủy, giúp cho chuôi cố định vững chắc, tạo điều kiện cho xương phát triển lên bề mặt phủ Hydroxy Apatite của chuôi khớp không cement [5]. Còn nếu trục này hướng chệch ra phía ngoài so với trục ống tủy thì khi đi lại, lực nén của phần chóp chuôi sẽ dồn vào thành ngoài của ống tủy, khiến chuôi không đạt được độ vững tối ưu. Vì vậy, các tác giả cũng khuyến cáo nên đặt trục của chuôi khớp nên ở hướng trung gian hoặc ít nhất là chệch trong, hạn chế tối đa chệch ngoài.

Việc kiểm soát hướng chệch của trục chuôi phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm hình dạng ống tủy xương đùi bệnh nhân, đặc điểm thiết kế của loại chuôi khớp, cỡ chuôi, mức cắt cổ xương đùi và cách thức chuẩn bị ống tủy đầu trên xương đùi của phẫu thuật viên. Nhìn chung, nếu phẫu thuật viên chọn cỡ chuôi khớp phù hợp, khi chuẩn bị ống tủy có đường vào ống tủy tì đúng ở vị trí hố ngón tay của máu chuyên lớn thì sẽ đưa được hướng chuôi khớp gần trùng nhất với trục ống tủy xương đùi. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuôi khớp đặt ở trục trung gian chiếm phần lớn với 66%, trục chệch trong là 27,7% và chỉ có 3 trường hợp, chiếm 6,3% chuôi khớp ở vị trí chệch ngoài. Kết quả này so với nghiên cứu của Sochart (1997) với 48% chuôi khớp trục trung gian và 51% chuôi khớp ở vị trí chệch trong có sự khác biệt, lý do chính là ở nghiên cứu của Sochart đánh giá kết quả trên cả khớp có cement và không cement với tỷ lệ ngang nhau, còn nghiên cứu chúng tôi chủ yếu là khớp háng không cement [119].

Chênh lệch chiều dài chân sau mổ thay khớp quá nhiều là một trong những yếu tố chính ảnh hưởng xấu tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, không chỉ ở yếu tố thẩm mỹ hình thể mà cả chức năng vận động của chi dưới, nó cũng là một trong những vấn đề chính khiến bệnh nhân than phiền ngay sau phẫu thuật. Mức chênh lệch càng cao sẽ càng khiến cho bệnh nhân khó đi lại, đặc biệt trong giai đoạn tập phục hồi chức năng, từ đó ảnh hưởng tới kết quả hồi phục. Ngoài ra, chênh lệch chiều dài giữa 2 chân làm thay đổi sức chịu lực của 2 bên khớp háng, sẽ khiến cho một bên khớp háng chịu lực nhiều hơn hoặc ít hơn so với bên kia, từ đó ảnh hưởng cả tới độ bền của khớp háng nhân tạo cũng như làm đẩy nhanh quá trình thoái hóa bên khớp chưa thay. Hơn nữa, việc dáng đi khập khiễng do chênh lệch chiều dài chân còn khiến toàn bộ trọng tâm cơ thể đổ dồn nhiều hơn về một phía, từ đó dẫn tới triệu chứng đau khớp cùng - chậu và cột sống thắt lưng ở bệnh nhân; nếu hiện tượng này xảy ra trên những bệnh nhân viêm cột sống dính khớp thì sẽ khiến triệu chứng bệnh tồi tệ hơn, và ảnh hưởng nặng tới chất lượng cuộc sống [120].

Chênh lệch chiều dài chi sau phẫu thuật thay khớp háng có thể dự đoán trước mổ thông qua quá trình template và kiểm soát trong mổ thông qua các công cụ đo đạc cũng như các test vận động, so sánh với chân không phẫu thuật. Thậm chí với các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, biến chứng này vẫn có thể xảy ra thường xuyên với các mức độ khác nhau, đặc biệt với những trường hợp bệnh nhân cần phẫu thuật cả 2 bên khớp háng, khớp háng bị biến dạng quá nhiều hoặc phần mềm bệnh nhân quá co rút, khó giải phóng. Theo nhiều nghiên cứu, mức chênh lệch chiều dài chân $> 2\text{cm}$ khiến ảnh hưởng rõ rệt tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [121],[122].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các ca phẫu thuật đều được thực hiện bởi các phẫu thuật có trình độ và kinh nghiệm lâu năm, cũng như có quy trình chuẩn bị phương án trước phẫu thuật và trong phẫu thuật cẩn thận nên tỷ lệ chênh lệch chiều dài chân chủ yếu là dưới 1cm (chiếm 44,4%) và từ 1 tới 2cm

(chiếm 50%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Abid (2014) với tỷ lệ bệnh nhân chênh lệch chiều dài chân dưới 1cm là 91,7% và chỉ có 8,3% chênh lệch từ 1 - 2cm [95]. Đây là một kết quả đáng mong đợi đối với nghiên cứu và đem lại ảnh hưởng tốt tới quá trình phục hồi của bệnh nhân, đặc biệt đối với bệnh nhân VCSDK, khi mà tình trạng chênh lệch chiều dài chân có thể gián tiếp làm ảnh hưởng tới các khớp cột sống, cùng-chậu đã bị tổn thương.

Tóm lại, với kết quả điều trị gần khả quan đã cho thấy vai trò quan trọng của sự phối hợp chặt chẽ giữa chỉ định, điều trị nội khoa ổn định trước phẫu thuật cùng kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức tốt trong phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ ở bệnh nhân VCSDK. Tuy nhiên, để bệnh nhân có thể đạt được chất lượng cuộc sống đảm bảo cần thời gian phục hồi cũng như quá trình tập luyện tích cực.

4.2.3. Đánh giá kết quả xa sau mổ

Đánh giá lâm sàng:

Dựa vào kết quả ở biểu đồ 3.3 và 3.4 ta có thể thấy điểm BASDAI và BASFI trung bình của bệnh nhân giảm dần theo thời gian theo dõi. Điểm BASDAI trước mổ là $6,03 \pm 0,83$, sau mổ 36 tháng là $2,32 \pm 0,36$, điểm BASFI trước mổ là $6,42 \pm 0,66$, sau mổ 36 tháng là $2,62 \pm 0,55$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nhìn vào biểu đồ có thể thấy đến tháng thứ 12 điểm hoạt động bệnh BASDAI của nhóm nghiên cứu đã giảm xuống dưới mức 4 - mức bệnh coi như không hoạt động, và điểm này tiếp tục giảm dần cho tới cuối thời điểm nghiên cứu. Tương tự, với thang điểm BASFI về hoạt động chức năng của bệnh nhân, có sự giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê vào thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật.

Như ở các phần trên đã trình bày, thang điểm BASDAI đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK chủ yếu thông qua các triệu chứng đau, hạn chế vận động tại các khớp; còn thang điểm BASFI đánh giá hoạt động chức năng của bệnh nhân thông qua khả năng thực hiện các công việc sinh hoạt

hàng ngày. Tất cả những đánh giá đó khi được áp dụng vào theo dõi tiến triển của bệnh chính là đánh giá những thay đổi trên các khớp của bệnh nhân. Với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân đã được điều trị nội khoa ổn định và nay được chỉ định phẫu thuật thay khớp do di chứng tại khớp háng gây ra, thì việc phẫu thuật thay thế khớp háng hư hỏng sẽ giúp cải thiện triệu chứng toàn thân cũng như hoạt động hàng ngày của bệnh nhân rất nhiều. Về thời gian phục hồi sau mổ thay khớp háng bao gồm 3 giai đoạn như đã nói ở phần trên, trong đó giai đoạn kết thúc phục hồi chức năng để trở lại hoạt động hàng ngày đối với thay khớp háng bình thường kéo dài từ 3 tới 6 tháng [114]. Tuy nhiên, đối với các bệnh nhân VCSDK, thời gian này có thể kéo dài hơn vì lý do những bệnh nhân này có thương tổn phần mềm từ trước mổ do sự biến dạng của khớp kéo theo. Do đó, thời điểm 1 năm sau phẫu thuật là thời gian mà các thành phần khớp nhân tạo gắn kết ổn định, vững chắc vào xương bệnh nhân; cũng là thời gian để bao khớp và phần mềm quanh khớp phục hồi ổn định hoàn toàn. Đây cũng là thời điểm bệnh nhân đã quen thuộc với cuộc sống có sử dụng khớp nhân tạo trong các hoạt động thường ngày. Chính bởi những lý do trên nên mốc 12 tháng đánh dấu sự tiến triển ổn định về bệnh VCSDK nói chung và triệu chứng tại khớp háng nói riêng đối với bệnh nhân trong nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Saglam (2016) cho thấy điểm BASDAI của bệnh nhân giảm từ $7,3 \pm 1,6$ trước mổ xuống $4,1 \pm 1,1$ 12 tháng sau mổ [96].

Để đánh giá kết quả điều trị riêng cho chức năng khớp háng trong nghiên cứu sử dụng thang điểm Harris. Thang điểm Harris là thang điểm chuyên biệt đánh giá tổng hợp nhiều yếu tố khớp háng, bao gồm cả triệu chứng tại khớp, biên độ khớp và hoạt động chức năng của khớp, vì thế thang điểm rất có giá trị và phù hợp với mục tiêu nghiên cứu của đề tài. Theo biểu đồ 3.5 cho thấy ngay sau tháng đầu tiên chức năng khớp háng đã có sự cải thiện rõ rệt, tăng lên có ý nghĩa thống kê so với mức $41,76 \pm 2,98$ trước mổ và

điểm Harris của đối tượng nghiên cứu tăng dần theo thời gian. Điểm Harris của bệnh nhân đạt mức độ tốt ở tháng thứ 6 với giá trị trung bình là $83,57 \pm 3,01$ và đạt mức rất tốt ở tháng 12 với giá trị trung bình là $95,12 \pm 2,64$, tiếp tục duy trì ổn định giá trị này cho tới cuối thời gian nghiên cứu với mức $95,86 \pm 0,85$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, với tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt theo Harris ở cuối nghiên cứu là 91,3% trong nghiên cứu của Bisla (1976, theo dõi 10 năm [123]), 90% trong nghiên cứu của Brinker (1996, theo dõi 5 năm [98]), Abid (2014, theo dõi 4 năm [95]) và Ballantyne (2007, theo dõi 5 năm [124]).



Hình 4.3. Kết quả phục hồi của bệnh nhân sau mổ thay khớp háng 2 bên sau mổ 5 năm (Bệnh nhân Nguyễn Văn Th. MS: 11133/M00)

Đánh giá về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, theo biểu đồ 3.6 có thể thấy điểm ASQoL giảm dần theo thời gian theo dõi. Điểm ASQoL trước mổ là $16,96 \pm 0,29$, sau mổ 36 tháng là $1,09 \pm 0,37$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Dựa vào bảng 3.27, ta thấy có mối tương quan nghịch biến

chặt chẽ giữa điểm Harris và điểm ASQoL từ tháng 12 sau mổ, tức là khi chức năng vận động khớp háng càng cải thiện thì bệnh nhân càng thỏa mãn về mặt chất lượng cuộc sống. Điều này được thể hiện rõ hơn khi ta theo dõi sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thời gian, nếu như sau mổ 1 tháng, bệnh nhân vẫn đang trong giai đoạn đầu của phục hồi chức năng là tập đi với khung trợ đỡ nên hầu như không thể làm nhiều được các công việc sinh hoạt thường ngày, do đó điểm ASQoL không có sự khác biệt so với trước phẫu thuật. Tuy nhiên từ sau thời điểm đó, ta có thể thấy điểm ASQoL giảm dần vào tháng thứ 3 và tháng thứ 6 với giá trị lần lượt là $14,06 \pm 2,21$ và $5,12 \pm 2,71$. Nhưng những giá trị trong thời gian này vẫn có biên độ dao động khá lớn. Điều này có thể lý giải do 2 nguyên nhân; thứ nhất, trong nhóm nghiên cứu có 12 bệnh nhân phải thay cả 2 bên khớp, thời gian giữa 2 lần thay khớp dao động từ 6 tuần tới 6 tháng, do đó khoảng giữa 2 lần thay khớp bệnh nhân vẫn có triệu chứng do chân bệnh gây ra. Nguyên nhân thứ 2, như trên đã trình bày, thời gian phục hồi của khớp háng nhân tạo để đáp ứng hoàn toàn chức năng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân có thể kéo dài tới 1 năm, đó cũng là thời điểm mà điểm chất lượng cuộc sống đạt giá trị thấp nhất với $1,27 \pm 0,64$, và sau đó duy trì ổn định, điểm này cho thấy chất lượng cuộc sống theo bệnh nhân tự đánh giá là hoàn toàn thỏa mãn.

Như vậy, từ những kết quả trên ta có thể thấy, phẫu thuật thay khớp háng thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VCSDK rất nhiều, và quá trình thay đổi này diễn ra gần như ngay lập tức sau phẫu thuật và được nhận rõ từ tháng 12 sau mổ. Có thể dễ dàng hiểu được, với những bệnh nhân trước đây chức năng khớp háng hạn chế, gần như không thể thực hiện được các sinh hoạt thường ngày vì hạn chế vận động khớp và đau; thì ngay sau mổ thay khớp vấn đề hạn chế vận động đã được cải thiện rất nhiều. Cùng với quá trình phục hồi chức năng được tuân thủ chặt chẽ và điều trị nội khoa kết hợp, chức năng khớp háng của bệnh nhân và chất lượng cuộc sống sẽ được cải thiện dần theo thời gian.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần do dính khớp ở bệnh nhân VCSDK trên 36 bệnh nhân (6 bệnh nhân hồi cứu và 30 bệnh nhân tiến cứu) và 47 khớp tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi rút ra hai kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý dính khớp háng có viêm cột sống dính khớp

Về đặc điểm lâm sàng, hầu hết các trường hợp có thời gian phát bệnh đã trên 10 năm (42,6%), dính khớp ở cả 2 háng (52,8%) với mức độ đau trầm trọng chiếm 95,7%. Mức độ hoạt động bệnh theo điểm BASDAI là $6,03 \pm 0,8$ và khả năng vận động theo điểm BASFI là $6,42 \pm 0,66$. Riêng chức năng vận động khớp háng theo thang điểm Harris là $41,76 \pm 2,98$, thuộc nhóm kém.

Về đặc điểm Xquang cho thấy chủ yếu bệnh nhân có viêm khớp cùng chậu giai đoạn II cả 2 bên (66,7%) và viêm khớp háng giai đoạn 3-4 theo chỉ số BASRI-h (89,4%).

2. Kết quả điều trị thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

- Kết quả gần: Thời gian nằm viện trung bình $9,57 \pm 0,39$ ngày, có 1 trường hợp có biến chứng rết khớp sau mổ, được nắn trật thành công. Về kết quả trên Xquang sau mổ, có 85% trường hợp ổ cối nhân tạo được đặt ở vị trí tối ưu trong mổ, hầu hết chuôi khớp nhân tạo ở vị trí trung gian chiếm 66%, chênh lệch chiều dài giữa 2 chân $\leq 2\text{cm}$ chiếm 94,4%.

- Kết quả xa: Mức độ hoạt động bệnh và khả năng vận động của bệnh nhân cải thiện dần theo thời gian, sau 36 tháng điểm BASDAI còn $2,32 \pm 0,36$ và điểm BASFI còn $2,62 \pm 0,55$. Chức năng khớp háng theo thang điểm HARRIS ở cuối thời gian theo dõi là $95,86 \pm 0,85$, đạt kết quả ở mức rất tốt. Tương ứng như vậy, điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt, thể hiện rõ từ tháng thứ 12 và tới lần theo dõi cuối cùng điểm ASQoL chỉ còn $1,09 \pm 0,37$ (mức độ rất hài lòng).

KIẾN NGHỊ

1. Dính khớp háng là một biến chứng nặng nề, gây ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VCSDK. Vì vậy khi bệnh nhân được chẩn đoán VCSDK, cần được điều trị sớm và tích cực, hạn chế dẫn tới tình trạng này. Một khi đã được chẩn đoán dính khớp háng thì phương pháp điều trị triệt để là phẫu thuật, tuy nhiên bệnh nhân cần được điều trị ổn định tình trạng toàn thân bằng các phương pháp điều trị nội khoa trước đó.

2. Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng là biện pháp điều trị đem lại hiệu quả triệt để, tích cực và an toàn cho bệnh nhân dính khớp háng do VCSDK. Phương pháp này giúp bệnh nhân giảm đau hiệu quả, phục hồi khả năng vận động của khớp háng và cải thiện tích cực chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, thay khớp háng ở bệnh nhân dính khớp do VCSDK là một phẫu thuật khó, cần được thực hiện ở các tuyến điều trị có đầy đủ điều kiện phẫu thuật và gây mê hồi sức, cũng như cần thực hiện bởi các phẫu thuật viên kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và cs. (2003). *Bài giảng bệnh học Nội khoa*, NXB Y Học, Hà Nội.
2. Nguyễn Phú Khang và cs. (2001). *Bài giảng bệnh học nội khoa*, NXB Quân đội nhân dân Việt Nam, Hà Nội.
3. Harrison. (2004). *Các nguyên lý y học nội khoa Harrison*, NXB Y học, Hà Nội.
4. Bộ y tế (2014). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về cơ xương khớp* NXB Y học, Hà Nội.
5. Henrik Bodén (2006). A clinical study of uncemented hip arthroplasty: Radiological findings of host-bone reaction to the stem.
6. Jane Zochling (2011). Measures of symptoms and disease status in ankylosing spondylitis: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS), Ankylosing Spondylitis Quality of Life Scale (ASQoL), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Bath Ankylosing Spondylitis Global Score (BAS-G), Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI), Dougados Functional Index (DFI), and Health Assessment Questionnaire for the Spondylarthropathies (HAQ-S). *Arthritis care & research*, 63 (S11).
7. Jacqueline Harris, CDR Lightowler., RC Todd (1972). Total hip replacement in inflammatory hip disease using the Charnley prosthesis. *British medical journal*, 2 (5816), 750.
8. Mauri Y Lehtimäki, Matti UK Lehto, Hannu Kautiainen., et al (2001). Charnley total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: survivorship analysis of 76 patients followed for 8-28 years. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 72 (3), 233-236.
9. Trịnh Văn Minh. (1998). *Giải phẫu người*, NXB Y học, Hà Nội.

10. Nguyễn Quang Quyền. (1997). *Giải phẫu học*, NXB Y học, Hồ Chí Minh city.
11. Frank Henry Netter và Sharon Colacino (1989). *Hip Joint*, Ciba-Geigy Corporation.
12. Agur M.R. Anne (1991). *Atlas of Anatomy*.
13. Đỗ Xuân Hợp (1972). *Giải phẫu khớp háng*, NXB Y học, Hà Nội.
14. Võ Quốc Trung (2002). *Thay khớp háng toàn phần cho hoại tử vô trùng chỏm xương đùi giai đoạn muộn ở người lớn*, Đại học Y dược tp Hồ Chí Minh.
15. Lê Phúc (2000). *Phẫu thuật thay khớp và những vấn đề cơ bản*, NXB Y học, Hồ Chí Minh.
16. Lê Phúc (2000). *Khớp háng toàn phần -những vấn đề cơ bản*, NXB Y học, Hồ Chí Minh.
17. Hamsa William Anderson D Lewis, Waring L Thomas (1964). Femoral head prosthesis. 46, 1049-1065.
18. Manmohan Singh, A_R Nagrath và PS Maini (1970). Changes in trabecular pattern of the upper end of the femur as an index of osteoporosis. *JBJS*, 52 (3), 457-467.
19. Arlet J. (1992). Non traumatic avascular necrosis of the femoral head., 12-16.
20. Chao Ednumd Y.S. et al. Kaufman Kentou K. (1996). *Biomechanics*.
21. Tập thể giáo sư Bệnh viện Bạch Mai (2013). *Viêm cột sống dính khớp*, NXB Y học, Hà Nội.
22. Đoàn Văn Đệ, *Bệnh học: Viêm cột sống dính khớp*, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
23. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012), *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam. 140-153, 350.
24. Irene E Van der Horst-Bruinsma (2006). Clinical aspects of ankylosing spondylitis. *Ankylosing Spondylitis. Diagnosis and Management*. Van Royen BJ, Dijkmans BAC, editors. New York, London: Taylor and Francis, 45-70.

25. Miriam A Bredella, Lynne S Steinbach, Stephanie Morgan., et al (2006). MRI of the sacroiliac joints in patients with moderate to severe ankylosing spondylitis. *American Journal of Roentgenology*, 187 (6), 1420-1426.
26. Cüneyt ÇALIŞIR, Cengiz KORKMAZ và KAYA Tamer (2006). Comparison of MRI and CT in the Diagnosis of Early Sacroiliitis. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 7 (1).
27. Braun J., Van Der Heijde D. (2002). Imaging and scoring in ankylosing spondylitis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16 (4), 573-604.
28. Tạ Thị Hương Trang (2010). *Đánh giá hiệu quả điều trị tiêm corticosteroid nội khớp háng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học.
29. Phạm Đức Phương (2015). *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp*, Đại học Y Hà Nội.
30. Mikkel Østergaard (2012). Imaging of ankylosing spondylitis. *Arthritis research & therapy*, 14 (2), A18.
31. Nguyễn Thanh Tăng (2011). *Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh gù cột sống thắt lưng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng phương pháp cắt thân đốt hình chêm qua cuống*, Đại học Y Hà Nội.
32. Nguyễn Thị Thu Hằng (2014). *Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn của Infliximab(Remicade) sau 14 tuần điều trị bệnh viêm cột sống dính khớp*, Đại học Y Hà Nội.
33. Nông Hà Mỹ Khánh (2014). *Đánh giá vai trò của nồng độ Vitamin D và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp*, Đại học Y Hà Nội.

34. Alexis Lacout, Benoît Rousselin và Jean-Pierre Pelage (2008). CT and MRI of spine and sacroiliac involvement in spondyloarthropathy. *American Journal of Roentgenology*, 191 (4), 1016-1023.
35. Rudwaleit M., Van Der Heijde D., Landewé R., et al (2009). The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. 68 (6), 777-783.
36. Nguyễn Thị Hạnh (2013). *Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của etanercept (Enbrel) sau 12 tuần điều trị bệnh viêm cột sống dính khớp thể hỗn hợp*, Đại học Y Hà Nội.
37. M Rudwaleit, D Van Der Heijde, R Landewé, et al (2009). The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. 68 (6), 777-783.
38. Trần Ngọc Ân Trần Quốc Đô, Đào Xuân Tích (1980). Điều trị cứng khớp háng do bệnh VCSDK bằng phương pháp phẫu thuật. *Tạp chí Y học*.
39. Trần Ngọc Ân. (1980). *Viêm cột sống dính khớp tại miền Bắc Việt Nam*, Luận án Phó Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
40. Trần Đình Chiến. (2010). Thay khớp háng ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. *Y dược học Quân sự*, 9.
41. Garrett., et al (1994). The Bath As Disease Activity Index (BASDAI).
42. Bert Vander Cruyssen, Nathan Vastesaeger và Eduardo %J Current opinion in rheumatology Collantes-Estévez (2013). Hip disease in ankylosing spondylitis. 25 (4), 448-454.
43. Richard A Brand, Michael A Mont, MM %J Clinical Orthopaedics Manring., et al (2011). Biographical Sketch: Themistocles Gluck (1853–1942). 469 (6), 1525-1527.
44. Sledge C.B Walker L.G. (1991). Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis. *Clin Orthop*, ((262)), 198–204.

45. David H Sochart và Martyn L %J JBJS Porter (1997). Long-term results of total hip replacement in young patients who had ankylosing spondylitis. Eighteen to thirty-year results with survivorship analysis. 79 (8), 1181-1189.
46. WM Tang và KY %J The Journal of arthroplasty Chiu (2000). Primary total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. 15 (1), 52-58.
47. Surya Bhan, Krishna Kiran Eachempati và Rajesh %J The Journal of arthroplasty Malhotra (2008). Primary cementless total hip arthroplasty for bony ankylosis in patients with ankylosing spondylitis. 23 (6), 859-866.
48. Mark R Brinker, Aaron G Rosenberg, Laura Kull., et al (1996). Primary noncemented total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: clinical and radiographic results at an average follow-up period of 6 years. 11 (7), 802-812.
49. SIOBHAN Sweeney, RAJIV Gupta, GORDON Taylor., et al (2001). Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: outcome in 340 patients. 28 (8), 1862-1866.
50. Mauri Y Lehtimäki, Matti UK Lehto, Hannu Kautiainen., et al (2001). Charnley total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: survivorship analysis of 76 patients followed for 8-28 years. 72 (3), 233-236.
51. Atul B Joshi, Ljubisa Markovic, Kevin Hardinge., et al (2002). Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: an analysis of 181 hips. 17 (4), 427-433.
52. LY Shih, TAIN-HSIUNG Chen, WH Lo., et al (1995). Total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: longterm followup. 22 (9), 1704-1709.
53. Sun-Ho Lee, Gun-Woo Lee, Young-Jun Seol. et al (2017). Comparison of outcomes of Total hip arthroplasty between patients with ankylosing spondylitis and avascular necrosis of the femoral head. 9 (3), 263-269.

54. Lu Ding, Yu-Hang Gao, Ye-Ran Li., et al (2018). Determinants of satisfaction following total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. 42 (3), 507-511.
55. Jun Xu, Min Zeng, Jie Xie., et al (2017). Cementless total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: a retrospective observational study. 96 (4).
56. Jai Thilak, Jiss Joseph Panakkal, Tae-Young Kim., et al (2015). Risk factors of heterotopic ossification following total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. 30 (12), 2304-2307.
57. Chuan Ye, Riguang Liu, Changying Sun., et al (2014). Cementless bilateral synchronous total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis with hip ankylosis. 38 (12), 2473-2476.
58. XB Zhu, LL Yuan, GS Han., et al (2019). Short term effect of total hip arthroplasty through direct anterior approach for the treatment of ankylosing spondylitis with hip flexion deformity. 32 (2), 141-145.
59. Soo Jae Yim, Yong Bok Park, Junyoung Kim., et al (2018). Long-term Outcomes of Cemented Total Hip Arthroplasty in Patients with Ankylosing Spondylitis at a Minimum Follow-up of 10 Years. 30 (3), 175-181.
60. Wanchun Wang, Guoliang Huang, Tianlong Huang., et al (2014). Bilaterally primary cementless total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. 15 (1), 344.
61. L Zhang, H Xu, X Guo., et al (2014). Mid-term results of total hip arthroplasty for treatment of ankylosing spondylitis. 28 (1), 1-6.
62. Yavuz Saglam, Irfan Ozturk, Mehmet Fevzi Cakmak., et al (2016). Total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: Midterm radiologic and functional results. 50 (4), 443-447.
63. Đoàn Lê Dân. Đoàn Việt Quân (2000). *Nhận xét về điều trị thay khớp háng*, Đại hội chấn thương chỉnh hình lần thứ nhất, Hà Nội.

64. Đỗ Hữu Thắng và cs. (2000). 133 trường hợp điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại khoa Chi dưới - Trung tâm Phẫu thuật chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh từ 1/1995 - 12/1999. *Tạp chí Y học*, 4, 5.
65. Tôn Quang Nga và cs. (2004). *Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và bán phần để điều trị các bệnh lý khớp háng tại bệnh viện giao thông vận tải I Hà Nội từ 1994-2004*, Hà Nội,
66. Nguyễn Hữu Tuyên (2004). *Kết quả bước đầu phẫu thuật thay khớp háng toàn phần và bán phần tại khoa chấn thương bệnh viện E- Hà Nội.*, Hà Nội.
67. Ngô Văn Toàn. (2011). Thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện Việt Đức. *Y học Việt Nam*, 382, 2.
68. Ngô Văn Toàn. (2011). Tạo hình khớp háng trong bệnh lý thoái hóa khớp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 381, 2.
69. Phạm Văn Long và cs (2014). Kết quả ban đầu thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam*.
70. Mai Đắc Việt và cs (2015). Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi giai đoạn IV, V, VI. *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam - Hội nghị khoa học thường niên lần thứ 14- Đà Nẵng*.
71. Ngô Hạnh và cs (2015). Kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện Đà Nẵng. *Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam - Hội nghị khoa học thường niên lần thứ 14*, 10.
72. Nguyễn Trung Tuyên và cs (2016). Kết quả bước đầu thay khớp háng toàn phần do dính khớp trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. *Tạp chí Y học thực hành*, 4, 2.
73. Stanley Hoppenfeld và Richard Buckley (2012). *Surgical exposures in orthopaedics: the anatomic approach*, Lippincott Williams & Wilkins.
74. Greshaw A.H. (1999). *Hip Arthroplasty*.

75. A Bönisch, I %J Zeitschrift für Rheumatologie Ehlebracht-König (2003). The BASDAI-D--an instrument to defining disease status in ankylosing spondylitis and related diseases. 62 (3), 251-263.
76. WA Van Klei, RG Hoff, EEHL Van Aarnhem., et al (2012). Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study. 255 (1), 44-49.
77. Karen Irons et al. (2009). *The Bath Indices Outcome measures for use with ankylosing spondylitis patients.*, Nass.
78. Deepak Pahwa, Anjolie Chhabra., Mahesh K Arora (2013). Anaesthetic management of patients with ankylosing spondylitis. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 3 (1), 19-24.
79. E Williams, AR Taylor, GP Arden., et al (1977). Arthroplasty of the hip in ankylosing spondylitis. *Bone & Joint Journal*, 59 (4), 393-397.
80. Gaurav Sharma Rajesh Malhotra (2014). Hip Replacement in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Orthopedic & Muscular System*, 3 (1).
81. Di Monaco M., Vallero F, Tappero R., et al (2009). Rehabilitation after total hip arthroplasty: a systematic review of controlled trials on physical exercise programs. *Eur J Phys Rehabil Med*, 45 (3), 303-317.
82. Gleb Slobodin, Itzhak Rosner, Doron Rimar., et al (2012). Ankylosing spondylitis: field in progress. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 14 (12), 763.
83. McKenna S., Wilburn J., Crawford S., et al (2011). PMS63 New Developments in the Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQOL) Scale. *Value in Health*, 14 (7), A314.
84. Lynda C Doward, Stephen P McKenna, David M Meads., et al (2007). Translation and validation of non-English versions of the Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQOL) questionnaire. *Health and quality of life outcomes*, 5 (1), 7.

85. RICHARD C Johnston, RH Fitzgerald Jr, WH Harris., et al (1990). Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. A standard system of terminology for reporting results. *JBJS*, 72 (2), 161-168.
86. Chen-Kun Liaw, Sheng-Mou Hou, Rong-Sen Yang., et al (2006). A new tool for measuring cup orientation in total hip arthroplasties from plain radiographs. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 451, 134-139.
87. George E Lewinnek, JL Lewis, RICHARD Tarr., et al (1978). Dislocations after total hip-replacement arthroplasties. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 60 (2), 217-220.
88. Thierry Scheerlinck (2010). Primary hip arthroplasty templating on standard radiographs. A stepwise approach. *Acta Orthop Belg*, 76 (4), 432-442.
89. A. P. Caetano A. L. Proenca, L. Bogalho; Lisbon/PT (2017). Normal radiologic findings and detection of complications in Total Hip Arthroplasty. *ESSR 2017*, P-0219,
90. Bộ y tế (2014). Bệnh Viêm cột sống dính khớp, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về cơ xương khớp* (Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT. Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
91. Jürgen Braun và Joachim Sieper (2007). Ankylosing spondylitis. *The Lancet*, 369 (9570), 1379-1390.
92. Tomonori Baba, Katsuo Shitoto, Kazuo Kaneko., et al (2010). Total hip arthroplasty in Japanese patients with ankylosing spondylitis. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 20 (8), 613-618.
93. Atul B Joshi, Ljubisa Markovic, Kevin Hardinge., et al (2002). Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: an analysis of 181 hips. *The Journal of arthroplasty*, 17 (4), 427-433.
94. Surya Bhan, Krishna Kiran Eachempati ., Rajesh Malhotra (2008). Primary cementless total hip arthroplasty for bony ankylosis in patients with ankylosing spondylitis. *The Journal of arthroplasty*, 23 (6), 859-866.

95. Hatim Abid, Mohammed Shimi, Abdelhalim El Ibrahimi., et al (2014). The Total Hip Arthroplasty in Ankylosing Spondylitis. *Open Journal of Orthopedics*, 4 (05), 117.
96. Yavuz Saglam, Irfan Ozturk, Mehmet Fevzi Cakmak., et al (2016). Total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: Midterm radiologic and functional results. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*, 50 (4), 443-447.
97. Đào Xuân Thành (2012). Đánh giá kết quả lâm sàng và thay đổi mật độ xương sau TKHTP không xi măng. *Luận án Tiến Sỹ Y học*.
98. Mark R Brinker, Aaron G Rosenberg, Laura Kull., et al (1996). Primary noncemented total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: clinical and radiographic results at an average follow-up period of 6 years. *The Journal of arthroplasty*, 11 (7), 802-812.
99. Jan Sørensen và Merete Lund %J Annals of the rheumatic diseases Hetland (2015). Diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: results from the Danish nationwide DANBIO registry. 74 (3), e12-e12.
100. Lê Phúc Đỗ Hữu Thắng, Nguyễn Văn Giáp (2000). 133 trường hợp phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại khoa chi dưới trung tâm CTCH. *Y học Việt Nam*, 11, 21-24.
101. Christina Bode, Anouk van der Heij, Erik Taal., et al (2010). Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology, health & medicine*, 15 (6), 672-684.
102. JÜRgen Braun, Matthias Bollow, Lucia Neure., et al (1995). Use of immunohistologic and in situ hybridization techniques in the examination of sacroiliac joint biopsy specimens from patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38 (4), 499-505.

103. Mingqiang Guan, Jian Wang, Liang Zhao., et al (2013). Management of hip involvement in ankylosing spondylitis. *Clinical rheumatology*, 32 (8), 1115-1120.
104. WM Tang., KY Chiu (2000). Primary total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. *The Journal of arthroplasty*, 15 (1), 52-58.
105. Wanchun Wang, Guoliang Huang, Tianlong Huang., et al (2014). Bilaterally primary cementless total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. *BMC musculoskeletal disorders*, 15 (1), 344.
106. Lawrence D Dorr, Alan W Wolf, Robert Chandler., et al (1983). Classification and treatment of dislocations of total hip arthroplasty. *Clinical orthopaedics and related research*, (173), 151-158.
107. Chengwei Liang, Jionglin Wei, Xiaoxi Cai., et al (2017). Efficacy and Safety of 3 Different Anesthesia Techniques Used in Total Hip Arthroplasty. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 3752.
108. Malin S Carling, Anders Jeppsson, Bengt I Eriksson., et al (2015). Transfusions and blood loss in total hip and knee arthroplasty: a prospective observational study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 10 (1), 48.
109. Carlos Rogério Degrandi Oliveira (2007). Ankylosing spondylitis and anesthesia. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 57 (2), 214-222.
110. Rakhee Goyal, Shivinder Singh, Ravindra Nath Shukla., et al (2013). Management of a case of ankylosing spondylitis for total hip replacement surgery with the use of ultrasound-assisted central neuraxial blockade. *Indian journal of anaesthesia*, 57 (1), 69.
111. Trần Đình Chiến Lê Ngọc Hải (2012). Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần bằng kỹ thuật ít xâm lấn lõi sau. *Chấn thương chỉnh hình Việt Nam*, Đặc biệt.

112. KR Sehat, RL Evans., JH Newman (2004). Hidden blood loss following hip and knee arthroplasty: correct management of blood loss should take hidden loss into account. *The Journal of bone and joint surgery. British volume*, 86 (4), 561-565.
113. Kaisong Miao, Su Ni, Xianju Zhou., et al (2015). Hidden blood loss and its influential factors after total hip arthroplasty. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 10 (1), 1.
114. John J Callaghan, Aaron G Rosenberg., Harry E Rubash (2007). *The adult hip*, Lippincott Williams & Wilkins,
115. INGRID Wigerstad-Lossing, Gunnar Grimby, TORSTEN Jonsson., et al (1988). Effects of electrical muscle stimulation combined with voluntary contractions after knee ligament surgery. *Medicine and science in sports and exercise*, 20 (1), 93-98.
116. Michael C Munin, Thomas E Rudy, Nancy W Glynn., et al (1998). Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. *Jama*, 279 (11), 847-852.
117. Jolles BM., Zangger P. (2002). Factors predisposing to dislocation after primary total hip arthroplasty: a multivariate analysis. *The Journal of arthroplasty*, 17 (3), 282-288.
118. Darryl D D'lima, Andrew G Urquhart, Knute O Buehler., et al (2000). The effect of the orientation of the acetabular and femoral components on the range of motion of the hip at different head-neck ratios. *JBJS*, 82 (3), 315-321.
119. David H Sochart., Martyn L Porter (1997). Long-term results of total hip replacement in young patients who had ankylosing spondylitis. Eighteen to thirty-year results with survivorship analysis. *JBJS*, 79 (8), 1181-1189.

120. Konyves A., Bannister GC. (2005). The importance of leg length discrepancy after total hip arthroplasty. *The Journal of bone and joint surgery. British volume*, 87 (2), 155-157.
121. Charles R Clark, Herbert D Huddleston, Eugene P Schoch III., et al (2006). Leg-length discrepancy after total hip arthroplasty. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 14 (1), 38-45.
122. Aravind S Desai, Asterios Dramis., Tim N Board (2013). Leg length discrepancy after total hip arthroplasty: a review of literature. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 6 (4), 336-341.
123. Bisla RS, Ranawat CS., Inglis AE (1976). Total hip replacement in patients with ankylosing spondylitis with involvement of the hip. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 58 (2), 233-238.
124. CY Ng, Ballantyne JA., Brenkel IJ. (2007). Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement: a five-year follow-up. *The Journal of bone and joint surgery. British volume*, 89 (7), 868-873.

BỆNH ÁN MINH HỌA

Thông tin bệnh nhân:

Họ tên: Nguyễn Văn Th. Tuổi 46

Giới: Nam

Địa chỉ: An Sơn, Nam Sách, Hải Dương

Mã số bệnh án: 11133/M00

Lần 1 - háng Phải: Ngày vào: 16.04.2013 Ngày ra: 24.04.2013

Lần 2 - háng Trái: Ngày vào: 04.06.2013 Ngày ra: 12.06.2013

1. Lý do vào viện:

Đau mức độ vừa và dính hoàn toàn khớp háng 2 bên

2. Bệnh kèm theo:

Không có

3. Thời gian từ khi bị bệnh đến khi đi mổ:

6 năm.

4. Lâm sàng

- Tiền sử có đau vùng lưng-thắt lưng kéo dài >3 tháng.
- Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-nghiêng và quay.
- Độ giãn lồng ngực giảm.
- Đã được chẩn đoán xác định Viêm cột sống dính khớp và được điều trị nội khoa tại khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai.



Hình ảnh Xquang ngực thẳng của bệnh nhân Nguyễn Văn Th.



Hình ảnh Xquang cột sống thắt lưng của bệnh nhân Nguyễn Văn Th.

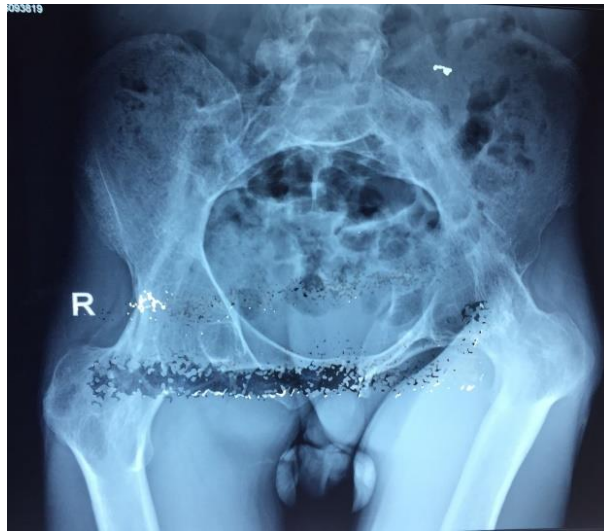
5. Lâm sàng và cận lâm sàng khớp háng trước mổ:

- Khớp háng 2 bên dính hoàn toàn, không còn khả năng vận động.
- Ngắn chi trước mổ: chân phải dài hơn chân trái 3,5cm.
- Mức độ đau khớp trước mổ: 6 điểm theo thang điểm VAS.



Hình ảnh biến dạng dính và co rút khớp háng 2 bên, bên trái co rút tư thế gấp nặng hơn bên phải ở bệnh nhân Nguyễn Văn Th.

- Hình ảnh Xquang có:
- + Viêm khớp cùng chậu bên phải giai đoạn III và bên trái độ IV.
- + Giai đoạn 4 viêm của khớp háng theo BASRI-h ở cả 2 bên khớp.
- + Hình dạng ống tủy đầu trên xương đùi loại B theo phân loại Dorr.



Hình ảnh Xquang khung chậu tư thế thẳng của bệnh nhân Nguyễn Văn Th.

Bệnh nhân có chỉ định: thay khớp háng toàn phần không xi măng cả 2 bên khớp. Thay lần lượt khớp háng phải trước, khớp háng trái sau.

6. Diễn biến trong mổ:

Lần 1 - thay khớp háng Trái:

Số lượng máu mất: 650ml Thời gian mổ: 75 phút

Phương pháp vô cảm: Tê tủy sống Số lượng máu truyền trong mổ: 500 ml

Đường mổ và tư thế mổ: bệnh nhân nằm nghiêng, rạch da theo đường mổ sau - ngoài Gibson.

Các thông số khớp nhân tạo sử dụng: Ổ cối: 52, Chuôi khớp 10, Chỏm 32 +5.

Bắt 2 vis cố định ổ cối.

Không có biến chứng trong mổ.

Lần 2 - thay khớp háng Phải:

Số lượng máu mất: 550ml Thời gian mổ: 85 phút

Phương pháp vô cảm: Tê tủy sống Số lượng máu truyền trong mổ: 500 ml

Đường mổ và tư thế mổ: bệnh nhân nằm nghiêng, rạch da theo đường mổ sau - ngoài Gibson.

Các thông số khớp nhân tạo sử dụng: Ổ cối: 52, Chuôi khớp 8, Chỏm 36 +3,5.

Bắt 2 vis cố định ổ cối.

Không có biến chứng trong mổ.

Sau mổ bệnh nhân được theo dõi và tập phục hồi chức năng theo chương trình tập dành cho bệnh nhân sau mổ thay khớp háng toàn phần của Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

7. Xquang sau mổ thay 2 bên khớp háng:

- Khớp háng Phải:

+ Góc nghiêng ổ cối: 43 độ. Góc ngả trước ổ cối: 25 độ.

+ Vị trí chuôi: trung gian.

- Khớp háng Trái:

+ Góc nghiêng ổ cối: 39 độ. Góc ngả trước ổ cối: 23 độ.

+ Vị trí chuôi: chéch ngoài.

- Chênh lệch chiều dài 2 chân: < 0,5cm.



Hình ảnh Xquang khung chậu sau mổ của bệnh nhân Nguyễn Văn Th.

8. Biến chứng:

Bệnh nhân không có biến chứng trong và sau mổ.

9. Diễn biến lâm sàng của bệnh nhân theo thời gian:

T0: trước mổ; T1: 1 tháng sau mổ; T3: 3 tháng sau mổ; T6: 6 tháng sau mổ;
T12: 12 tháng sau mổ; T24: 24 tháng sau mổ; T36: ≥ 36 tháng sau mổ.

	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
Điểm BASDAI	6	5	4	4	3	2	2
Điểm BASFI	6	5	5	4	4	3	2
Điểm Harris	40	54	75	85	95	97	97
ASQoL	17	17	14	5	2	1	1

- **Nhận xét:** mức độ hoạt động bệnh và biểu hiện của bệnh VCSDK giảm dần theo thời gian. Biên độ và khả năng vận động khớp của bệnh nhân tăng dần, cải thiện rõ rệt sau 1 năm. Chất lượng cuộc sống bắt đầu cải thiện rõ ràng từ tháng thứ 6 sau mổ.

- Biên độ vận động khớp háng của bệnh nhân sau mổ 5 năm:

+ Khớp háng phải:

Gấp / duỗi: $125^{\circ}/0^{\circ}/10^{\circ}$

Dạng / khép: $40^{\circ}/0^{\circ}/25^{\circ}$

Xoay trong / xoay ngoài: $40^{\circ}/0^{\circ}/40^{\circ}$

+ Khớp háng trái:

Gấp / duỗi: $130^{\circ}/0^{\circ}/10^{\circ}$

Dạng / khép: $40^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$

Xoay trong / xoay ngoài: $45^{\circ}/0^{\circ}/40^{\circ}$

- Mức độ đau khớp háng 2 bên sau mổ 5 năm: 1 điểm theo thang điểm VAS.

- Chênh lệch chiều dài 2 chân $< 0,5\text{cm}$.



*Hình ảnh khả năng vận động khớp háng sau mổ 5 năm
của bệnh nhân Nguyễn Văn Th.*

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số hồ sơ:

Thông tin bệnh nhân:

Họ tên: Tuổi: Giới: Nam ☐ Nữ ☐

Địa chỉ:

Điện thoại:

Địa chỉ người liên lạc:

Ngày vào: Ngày mổ: Ngày ra:

1. Lý do vào viện:

Đau háng P ☐ T ☐ Dính khớp háng P ☐ T ☐

Mức độ đau: không đau ☐ đau ít ☐ đau vừa ☐ đau nhiều ☐

2. Bệnh kèm theo:

Đái tháo đường	Có ☐	Không ☐	Tim mạch	Có ☐	Không ☐
Bệnh hô hấp	Có ☐	Không ☐	Bệnh tiết niệu	Có ☐	Không ☐
Bệnh khớp	Có ☐	Không ☐	Bệnh khác		Đã chẩn đoán và điều trị VCSDK chưa

3. Thời gian từ khi bị bệnh đến khi đi mổ:

<5 năm ☐ 5 - 10 năm ☐ > 10 năm ☐

4. Lâm sàng

- Tiền sử hay hiện tại có đau vùng thắt lưng hay lưng-thắt lưng kéo dài >3 tháng: Có ☐ Không ☐

- Hạn chế vận động thắt lưng ở cả 3 tư thế cúi, ngửa-nghiêng và quay: Có ☐ Không ☐

- Độ giãn lồng ngực giảm: Có ☐ Không ☐

5. Xquang trước mổ:

Viêm khớp cùng chậu 1 bên ở giai đoạn III hoặc IV: Có ☐ Không ☐

Viêm khớp cùng chậu hai bên từ giai đoạn II trở lên: Có ☐ Không ☐

Giai đoạn viêm khớp háng (BASRI-h): 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

6. Xét nghiệm:

	Trước mổ	Ngày 1 sau mổ	Ngày 2 sau mổ	Ngày 3 sau mổ	Ngày tiếp theo
Hồng cầu					
Hematocrit					
Hemoglobin					
Bạch cầu					
Tiểu cầu					
Glucose					
GOT/GPT					
Ure/Creatinin					
Protein/Albumin					

7. Diễn biến trong mổ:

Số lượng máu mất: ml Thời gian mổ: phút

Phương pháp vô cảm: Số lượng máu truyền: ml

Số khớp thay: Khớp có cement khớp không cement

8. Xquang sau mổ: Đứng đuôi chó: Có ☐ Không ☐

Cement: Có ☐ Không ☐

9. Biện chứng gần:

Chảy máu	Có ☐ Số lượng: ml	Không ☐	Gãy xương đùi trong mổ	Có ☐	Không ☐
Trật khớp	Có ☐ Số lần ☐	Không ☐	Tử vong trong mổ	Có ☐	Không ☐
Nhiễm khuẩn	Có ☐	Không ☐	Tử vong sau mổ	Có ☐	Không ☐
Viêm phổi	Có ☐	Không ☐	Liên vết mổ thì đầu	Có ☐	Không ☐
Loét	Có ☐	Không ☐	Liệt thần kinh ngồi	Có ☐	Không ☐
Tắc mạch	Có ☐	Không ☐	Thời gian nằm viện	ngày	

10. Biện chứng xa:

Mòn ổ cối	Có ☐	Không ☐	Lởng chuôi	Có ☐	Không ☐
Đau	Có ☐	Không ☐	Trật khớp	Có ☐	Không ☐
Mức độ ngấn chi so với bên lành	Trước mổ		Sau mổ		
< 1 cm					
1 - 2 cm					
2 - 5 cm					

11. Các mốc thời gian theo dõi: T0: trước mổ; T1: 1 tháng sau mổ; T3: 3 tháng sau mổ; T6: 6 tháng sau mổ; T12: 12 tháng sau mổ; T24: 24 tháng sau mổ; T36: ≥ 36 tháng sau mổ.

Bảng điểm Harris trước mổ và sau mổ

Dấu hiệu đau khớp háng: (tối đa 44 điểm)

Mức độ đau	Điểm	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
A. Không đau hoặc không cảm nhận thấy	44							
B. Đau rất ít: thỉnh thoảng mới đau và không làm giảm khả năng vận động	40							
C. Đau nhẹ: không ảnh hưởng đến khả năng vận động, rất hiếm khi đau mức độ vừa trong hoạt động thông thường	30							
D. Đau vừa: có thể chịu đựng được nhưng bệnh nhân luôn cảm thấy đau, đôi khi hạn chế trong công việc bình thường	20							
E. Đau trầm trọng: đau liên tục hạn chế vận động, thường xuyên dùng thuốc giảm đau	10							
F. Đau không thể chịu đựng được: đau liên tục làm cho bệnh nhân phải nằm trên giường, tàn phế vì đau	0							

Chức năng khớp háng (tối đa 47 điểm)

Chức năng thể hiện qua dáng đi (33 điểm)

Dáng đi khắp khiêng	Điểm	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
a. Không	11							
b. Nhẹ	8							
c. Vừa	5							
d. Nặng	0							
Hỗ trợ khi đi bộ	Điểm							
a.Không	11							
b.Một gậy cho quãng đường dài	7							
c.Luôn dùng 1 gậy	5							
d.Một nạng	3							
e.Hai gậy	2							
f.Hai nạng	1							
Khoảng cách đi bộ	Điểm							
a.Không giới hạn	11							
b.6 tầng nhà	8							
c.2 hoặc 3 tầng nhà	5							
d.Chỉ ở trong nhà	2							
e.Chỉ ở trên giường	0							

Chức năng trong hoạt động hàng ngày (tối đa 14 điểm)

1. Lên xuống cầu thang Hoạt động hàng ngày	Điểm	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
a: bình thường không cần tay vịn	4							
b: cần 1 tay vịn	2							
c: phải có sự trợ giúp	1							
d: không thể lên xuống cầu thang	0							
2. Đi giày và đi tất								
a: dễ dàng	4							
b: khó khăn	2							
c: không thể	0							
3. Ngồi	Điểm							
a: Thoải mái trên ghế trong 1 giờ	5							
b: Thoải mái trên ghế nửa giờ	3							
c: không ngồi thoải mái trên ghế	0							
4. Tham gia giao thông	Điểm							
Có thể sử dụng bất kỳ phương tiện giao thông nào	1							
Không thể sử dụng bất kỳ phương tiện giao thông nào	0							
Sự biến dạng khớp (có: 1; không: 0)		T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
Co gập cổ định dưới 30°								
Dạng chân cổ định dưới 10°								
Duỗi và xoay trong cổ định dưới 10°								
Sự ngắn chi dưới 3.2 cm								
Điểm sự biến dạng khớp								

Điểm sự biến dạng khớp: tất cả có =4 điểm, nhỏ hơn 4 có = 0 điểm

Biên độ vận động khớp háng	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
Gấp (* 140°)							
Dạng chân (* 40°)							
Khép chân (* 40°)							
Xoay ngoài (* 40°)							
Xoay trong (* 40°)							
Tổng cộng các góc biên độ vận động							
Điểm biên độ vận động							
Điểm Harris							

(*góc vận động bình thường). Tổng cộng các góc biên độ vận động quy ra điểm tương ứng: 211° - 300° (5); 161° - 210° (4); 101° - 160° (3); 61° - 100 (2); 31° - 60° (1); 0° - 30° (0)

Cách xếp loại kết quả theo Harris: 90-100 điểm: rất tốt, 80-89 điểm: tốt, 70-79 điểm: trung bình, < 70 điểm: kém

Chỉ số BASDAI để đánh giá mức độ hoạt động bệnh.

<i>Không 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Trầm trọng</i> (từ câu 1-5)	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
1. Mức độ mệt mỏi?							
2. Mức độ đau ở cổ, lưng và khớp háng?							
3. Mức độ sưng các khớp ngoài vùng cổ, lưng và khớp háng?							
4. Mức độ khó chịu ở vùng nhạy cảm khi chạm hoặc tỳ vào?							
5. Mức độ cứng khớp buổi sáng từ lúc thức dậy?							

6. Thời gian cứng khớp buổi sáng? Không cứng khớp: 0 điểm Thời gian cứng khớp kéo dài 30 phút: 2,5 điểm Thời gian cứng khớp kéo dài 60 phút: 5 điểm Thời gian cứng khớp kéo dài 90 phút: 7,5 điểm Thời gian cứng khớp kéo dài 120 phút: 10 điểm							
Điểm số							

Khả năng vận động chức năng của bệnh nhân: *Đánh giá qua thông số BASFI.*

<i>Đễ dàng 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Không thể</i>	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
1. Đi tắt hoặc vớ không cần giúp đỡ?							
2. Cúi lưng xuống nhặt bút trên sàn không cần giúp đỡ							
3. Vớ lên giá cao không cần sự giúp đỡ							
4. Đứng dậy từ ghế bành không cần dùng tay hoặc sự giúp đỡ khác							
5. Ngồi dậy khi đang nằm							
6. Đứng không có chỗ tựa trong 10 phút có thấy thoải mái							
7. Leo cầu thang 12 -15 bước không dùng tay vịn hay sự giúp đỡ khác							

8. Quay cổ lại phía sau mà không phải quay cả người							
9. Hoạt động thể dục hàng ngày							
10. Làm suốt cả ngày: ở nhà hay ở nơi công cộng							
Điểm số							

Đánh giá chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (ASQoL):

Có: 1; Không: 0	T0	T1	T3	T6	T12	T24	T36
1. Điều kiện của tôi làm hạn chế những nơi tôi có thể đi							
2. Đôi khi tôi cảm thấy muốn khóc							
3. Tôi gặp khó khăn trong thay đồ							
4. Tôi đấu tranh để làm việc xung quanh nhà							
5. Tôi không thể ngủ							
6. Tôi không thể tham gia vào các hoạt động cùng bạn bè / gia đình							
7. Tôi mệt mỏi tất cả các thời gian							
8. Tôi phải dừng lại những gì tôi đang làm để nghỉ ngơi							
9. Tôi đau không chịu nổi							
10. Phải mất một thời gian dài để có thể đi được vào buổi sáng							
11. Tôi không thể làm việc xung quanh nhà							

12. Tôi cảm thấy mệt mỏi một cách dễ dàng							
13. Tôi thường cảm thấy thất vọng							
14. Đau thường xuyên							
15. Tôi cảm thấy tôi bỏ lỡ rất nhiều							
16. Tôi cảm thấy khó khăn để gọi đầu cho tôi							
17. Điều kiện của tôi làm tôi xuống tinh thần							
18. Tôi lo lắng về việc cho phép ai đó xuống							
Điểm số							