

- Huong VTL, Ha N, Huy NT, Horby P, Nghia HDT, Thiem VD, et al. Epidemiology, clinical manifestations, and outcomes of Streptococcus suis infection in humans. *Emerg Infect Dis*. 2014;20(7):1105-14.
- Mai NT, Hoa NT, Nga TVT, Linh D, Chau TT, Sinh DX, et al. Streptococcus suis meningitis in adults in Vietnam. *Clin Infect Dis*. 2008;46(5): 659-67.
- Nguyen LT, Le TTT, Ngo TH, Tran TH. Outbreak of Streptococcus suis infection in pigs and humans in Northern Vietnam. *J Med Microbiol*. 2011;60(9):1231-3.
- Feng Y, Zhang H, Ma Y, Zhang H, Yin Z, Du B, et al. Streptococcus suis infection: an emerging/reemerging challenge of bacterial infectious diseases? *Virulence*. 2014;5(4):477-97.
- Gottschalk M, Segura M. The pathogenesis of the meningitis caused by Streptococcus suis: the unresolved questions. *Vet Microbiol*. 2019;239: 108427.
- Nghia HDT, Tu LTP, Wolbers M, Thai CQ, Hoang NV, Nga TVT, et al. Risk factors of Streptococcus suis infection in Vietnam. *Clin Infect Dis*. 2011;52(4):396-403.
- Le TTT, Tran TH, Ha TQ, Phan TQ. Clinical features and outcome of Streptococcus suis meningitis in Vietnamese adults. *Int J Infect Dis*. 2020;93:123-9.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG SỬ DỤNG ĐƯỜNG MỔ TRỰC TIẾP LỖI TRƯỚC

Đặng Hoàng Giang^{1,2}, Đào Xuân Thành^{1,3}, Hoàng Gia Du⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật (PT) thay khớp háng (TKH) sử dụng đường mổ trực tiếp lỗi trước (TTLT) đã chứng minh được hiệu quả vượt trội trong 6 tuần đầu sau mổ. Tuy có nhiều ưu điểm, TKH- TTLT có nhược điểm riêng, từ đó xuất hiện những biến chứng trong và sau mổ. Tại Việt Nam, một số bệnh viện đã thay khớp sử dụng đường mổ này. Tuy nhiên, báo cáo về kết quả kĩ thuật cho đến nay chưa nhiều, chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị cũng như những biến chứng có thể xảy ra. **Kết quả:** 61 BN (73 khớp háng) được TKH- TTLT, kết quả sớm trong 3 tháng đầu sau PT. Thời gian PT: trung vị 70 (20,5) phút (51-127 phút), 94% BN sau PT tự ngồi dậy tại giường ngay ngày đầu, 98,6% BN tập đi sau 3 ngày PT. Góc dạng và góc nghiêng trước ổ cối lần lượt: $43,9 \pm 5,4^{\circ}$ và $16,4 \pm 3,7^{\circ}$. Điểm TB Harris Hip Score (HHS) khi ra viện- 6 tuần- sau 3 tháng lần lượt: $54,98 \pm 7,37$; $81,94 \pm 11,71$; $95,02 \pm 4,25$ điểm. Biến chứng 9/73 (12,3%): 1 BN nhiễm trùng nông, 2 BN tụ máu vết mổ, 2 BN tổn thương thần kinh bì đùi ngoài (LFCN), 2 BN gãy mẫu chuyển lớn (MCL) xương đùi, 1 BN vỡ lót ổ cối tháng thứ 5. Biến chứng xảy ra trong 50 ca PT đầu tiên. **Kết luận:** TKH- TTLT là kĩ thuật mổ an toàn, hiệu quả. Tỷ lệ biến chứng cần mổ lại ít (1/73). **Từ khóa:** TKH toàn phần, đường mổ TTLT.

SUMMARY

OUTCOMES OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY UTILIZING THE DIRECT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Giang

Email: hoanggiang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

ANTERIOR APPROACH

Introduction: Total Hip Arthroplasty (THA) using the Direct Anterior Approach (DAA) has demonstrated superior efficacy during the first 6 weeks post-surgery. Although it offers many advantages, DAA THA has its own disadvantages, leading to the occurrence of both intraoperative and postoperative complications. In Vietnam, several hospitals have implemented this surgical approach. However, reports on the technical results are still limited; therefore, we conducted this study to evaluate the therapeutic efficacy as well as the potential complications. **Results:** 61 patients (73 hips) underwent THA via the DAA, with early outcomes assessed during the first 3 months post-surgery. Operative time: median 70 (20.5) minutes (range: 51–127 minutes). 94% of patients were able to sit up independently in bed on the first day, 98.6% of patients began walking practice within 3 days. The acetabular abduction angle and anteversion angle were $43,9 \pm 5,4^{\circ}$ and $16,4 \pm 3,7^{\circ}$, respectively. The mean Harris Hip Scores (HHS) at discharge, 6 weeks, and 3 months post-surgery were $54,98 \pm 7,37$; $81,94 \pm 11,71$; $95,02 \pm 4,25$ points, respectively. Complications occurred in 9/73 cases (12.3%): including 1 superficial infection, 2 wound hematomas, 2 lateral femoral cutaneous nerve (LFCN) injuries, 2 greater trochanter fractures, and 1 acetabular liner breakage detected at the 5th month. All complications occurred entirely within the first 50 surgical cases. **Conclusion:** THA-DAA is a safe and effective surgical technique. The rate of complications requiring reoperation is low (1/73). However, to minimize complications, surgeons must undergo formal and extended training compared to conventional THA techniques. **Keywords:** Total Hip Arthroplasty, Direct Anterior Approach.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PT TKH mang lại hiệu quả vượt trội trong việc giảm đau và cải thiện chức năng vận động, qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho NB.

Trải qua 70 năm, PT đã có nhiều cải tiến được áp dụng và 1 trong những cải tiến đã trở thành xu hướng lựa chọn của PT viên cũng như BN trong thời gian qua tại Mỹ là sử dụng đường mổ TTLT. Kỹ thuật được Robert Judet mô tả tiếp cận khớp háng thông qua khoảng vô mạch giữa cơ may và cơ căng mạc đùi. Ưu điểm nổi bật của đường mổ TTLT bao gồm đường rạch da nhỏ hơn, khả năng kiểm soát tốt vị trí các thành phần khớp nhân tạo. Nhờ đó, phương pháp góp phần làm giảm các biến chứng sau mổ như trật khớp và chênh lệch chiều dài chi, đồng thời thúc đẩy hồi phục nhanh chóng, cho phép bệnh nhân tập đi sớm chỉ sau vài giờ, gián tiếp giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên, bên cạnh những ưu điểm, đường mổ TTLT có những biến chứng đặc trưng do khó khăn trong tiếp cận đầu trên xương đùi, hay đặc điểm vết mổ tại vùng đùi trước thể gây ra các biến chứng tại chỗ như tổn thương thần kinh bì, hay vết thương chậm liền, dễ tụ máu sau mổ.

Sự thiếu hụt dữ liệu trong nước gây trở ngại cho việc chuẩn hóa kỹ thuật, đào tạo và áp dụng phương pháp một cách an toàn và hiệu quả. Trước thực trạng đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Kết quả PT TKH toàn phần không xi măng sử dụng đường mổ TTLT*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 61 BN PT (73 khớp háng) tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ phù hợp với mục tiêu nghiên cứu từ 11/2023 đến 12/2024.

- Nghiên cứu tiền cứu mô tả, theo dõi dọc, không nhóm chứng

- Phân tích và xử lý số liệu: thu thập, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2022 và SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung BN PT

Ts nội khoa	
Có	39 (64,9%)
Không	22 (41,5%)
Tuổi (TB)	
Trung vị	54 (22)
Nhỏ nhất - lớn nhất	24-74
Giới (nam/nữ)	
	43/18
Chân PT (phải/ trái) (n=73)	
Trái	17 (27,9%)
Phải	32 (52,5%)
2 chân	12 (19,7%)
Chỉ định PT	
Bệnh lý	66 (90,5%)
Chấn thương	7 (9,5%)

- Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số 43/61 (72,6%), độ tuổi nhóm nghiên cứu có trung vị 54 (22) (24-74) tuổi, trung vị tuổi nhóm nghiên cứu trẻ hơn so với 1 vài nghiên cứu trong nước khác.¹ 58,45% BN có ít nhất 1 bệnh nội khoa mạn tính đang điều trị tại bệnh viện, tỷ lệ này cũng tương ứng với chỉ định PT nhóm nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh lý tại khớp háng, phần còn lại chỉ có 7 BN gãy cổ xương đùi. Đây là đặc trưng chuyên ngành chấn thương chỉnh hình tại Bệnh viện có nhiều chuyên ngành nội khoa.

3.2. Đặc điểm BN sau PT

3.2.1. Đặc điểm BN ngay sau PT

Bảng 2: Đặc điểm BN trong PT

Thời gian PT (phút)	Trung vị (IQR)	Nhanh nhất - chậm nhất
	70 (20,5)	50-127
TPT TBMNV	Trước mổ	Sau mổ ngày thứ 1
HGB (g/l)		
TB $\pm$ SD	137 $\pm$ 16	119 $\pm$ 16
nhỏ nhất-lớn nhất		84 - 158
Hct (%)		
TB $\pm$ SD	43,7 $\pm$ 3,1	33,3 $\pm$ 11,9
nhỏ nhất-lớn nhất		25,2 - 46

Thời gian PT là chỉ số thường được sử dụng nhiều nhất để đánh giá về độ hoàn thiện kỹ năng trong y văn. Nhiều báo cáo cho thấy rằng thời gian PT 50 ca đầu tiên thường kéo dài hơn, Kong và cộng sự dành trung bình 113,4 phút cho 50 ca đầu tiên, thời gian này giảm xuống còn 86,6 phút cho những ca sau.² Thời gian PT của chúng tôi có trung vị là 70 (20,5) phút, với ca dài nhất là 127 phút, nhanh nhất là 51 phút. Tác giả Hồ Mẫn Trường Phú có thời gian PT trung bình là 115 $\pm$ 0,2 phút, có thể thấy thời gian mổ của chúng tôi nhanh hơn, sự khác biệt này có thể do chúng tôi không sử dụng bàn chỉnh hình, tiết kiệm được khoảng thời gian cần điều chỉnh giá đỡ chân. Ngoài ra, cũng có thể do chúng tôi có nhiều thời gian chuẩn bị trước khi tiến hành nghiên cứu, được học hỏi những cải tiến mới trong quy trình PT, từ đó rút ngắn hơn được thời gian này.¹

Qua xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, trung bình lượng HGB và Hct của chúng tôi giảm đi có sự khác biệt rõ rệt so với trước mổ ($p < 0,05$), với trung bình lượng HGB giảm 18g/l. Tuy nhiên, lượng HGB giảm không quá nhiều, chỉ có 2 BN (2,7%) có chỉ định truyền máu sau mổ với HGB lần lượt là 84 và 85 g/l. Theo Anna Jungwirth- Weinberger nghiên cứu phân tích gộp 2418 BN được TKH TTLT tại Mỹ từ năm 2012-2019, lượng HGB giảm trung bình là 26 g/l, tỷ lệ BN phải truyền máu sau mổ là 1,3%.³ Sự khác

biệt giữa số liệu nghiên cứu này và chúng tôi có thể do sự khác biệt về thiết kế nghiên cứu và tổng hợp số liệu cũng như đây là 73 BN đầu tiên chúng tôi tiến hành chuyển đổi từ PT đường sau

sang PT đường trước, chính vì vậy, tỉ lệ BN cần truyền máu của chúng tôi cao hơn.

3.2.2. Đặc điểm sớm sau mổ

Bảng 3: Đặc điểm BN sớm sau mổ

Mức độ đau	Trước PT	Ra viện	Khám lại lần 1 (6 tuần)	Khám lại lần 2 (3 tháng)
Trung bình $\pm$ SD (điểm)	37.36 $\pm$ 8.05	24.66 $\pm$ 9.3	10.69 $\pm$ 7.51	3.29 $\pm$ 5.02
Thời gian tự ngồi dậy tại giường	Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Ngày thứ 4 trở đi
n(%)	69 (94,5)	3 (4,1)	1 (1,4)	0
Thời gian tự ngồi dậy tập đi	Ngày thứ 1	Ngày thứ 2	Ngày thứ 3	Ngày thứ 4 trở đi
n(%)	22 (30,1)	35 (47,9)	15 (20,5)	1 (1,4)
Chênh lệch chiều dài 2 chân (LLD)	Trước PT (T0)	Ra viện	Khám lại lần 1 (6 tuần)	Khám lại lần 2 (3 tháng)
Trung bình $\pm$ SD (cm)	0,84 $\pm$ 0,73	0,47 $\pm$ 0,59	0,40 $\pm$ 0,55	0,27 $\pm$ 0,34
Min – Max	0-3,5	2,7	2,7	1,5
Điểm HHS	Trước mổ	Ra viện	Khám lại lần 1	Khám lại lần 2
(TB $\pm$ SD)	40,44 $\pm$ 14,87	54,98 $\pm$ 7,37	81,94 $\pm$ 11,71	95,02 $\pm$ 4,25

NB sau PT mức độ đau cải thiện rõ rệt, và hầu như còn rất ít, thi thoảng đau và chủ yếu không ảnh hưởng đến tầm vận động hay sinh hoạt hàng ngày, nhờ đó 94% BN sau PT có thể tự ngồi dậy tại giường ngay ngày đầu, 98,6% BN có khả năng tập đi sau 3 ngày.

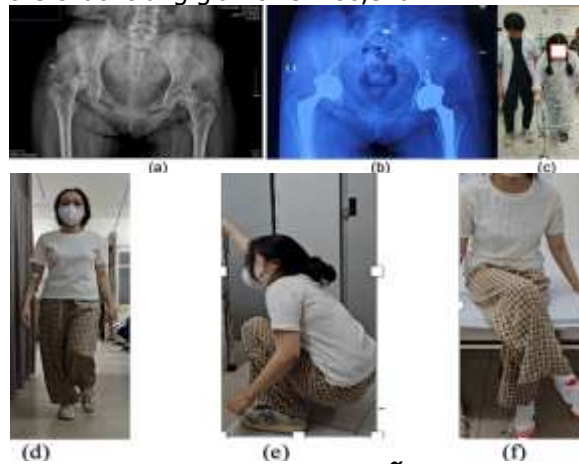
LLD sau khám lại 3 tháng là 0,27 $\pm$ 0,34, nhóm nghiên cứu có 12 BN phải thay 2 bên, vì vậy có thể thấy LLD tuyệt đối có sự thay đổi qua các thời điểm khám lại. Nhiều báo cáo cho thấy chiều dài 2 chân bằng nhau có tỉ lệ cao khi sử dụng đường mổ TTLT. Dunn so sánh LLD nhóm BN PT TKH- TTLT và nhóm còn lại (n=53) được PT sử dụng đường mổ lồi trước bên (AL), kết quả LLD trung bình của nhóm TTLT là 4,52mm so với 7,76mm nhóm LA (p<0,001), LLD > 1 cm nhóm AL chiếm tỉ lệ 28,8%- tỉ lệ này của nhóm TTLT 8,69%, sự khác biệt có ý nghĩa (p=0,0037).⁴ Có thể thấy rằng TKH TTLT mang lại kết quả tốt hơn về vị trí khớp nhân tạo, LLD được kiểm soát tốt.

3.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng sau mổ

Bảng 4 : Đặc điểm Xquang sau mổ

Chuỗi khớp nhân tạo SM	
Trục trung gian	63 (86,3)
Trục chếch trong	2 (2,7)
Trục chếch ngoài	8 (11,0)
Ổ cối khớp nhân tạo SM	
Góc dạng ổ cối (độ): trung bình	43,9 $\pm$ 5,4
nhỏ nhất- lớn nhất	31- 61
Góc nghiêng trước ổ cối (độ): trung bình	16,4 $\pm$ 3,7
nhỏ nhất- lớn nhất	5-25

Barrett hồi cứu 87 bệnh nhân TKH TTLT và TKH đường mổ sau (PA), thấy rằng mức độ chính xác vị trí các thành phần khớp nhân tạo nhóm TTLT nằm trong khoảng an toàn cao.⁵ Trong đó góc dạng ổ cối là 47,1 $\pm$ 6,1^o, góc ngả trước 20,1 $\pm$ 5,9^o. Tư thế tự nhiên chuỗi khớp chiếm 98%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng mức độ chính xác của ổ cối trong khoảng an toàn tương tự với tác giả Barret lần lượt các chỉ số là 43,9 $\pm$ 5,4 độ, 16,4 $\pm$ 3,7 độ, tư thế chuỗi trung gian chiếm 86,3%.



Hình 1: BN đầu tiên Nguyễn Thị Ch 24t

(a): Xquang trước mổ; (b): Xquang sau mổ; (c) BN tập đi ngày đầu; (d) NB khám lại 6 tuần sau mổ 2 bên; (e,f) vận động SM

3.3. Chức năng khớp háng- thang điểm HHS. Thang điểm HHA tăng dần từ thời điểm NB PT ngày đầu cho đến khi khám lại sau 3 tháng

có ý nghĩa ($p < 0,05$), sau 3 tháng gần như khớp háng đã vận động được như bình thường, không bị hạn chế bất kỳ động tác sinh hoạt nào trong cuộc (HHS: $95,02 \pm 4,25$). Năm 2009, Berend báo cáo kết quả PT 258 BN mổ đường trước trực tiếp, có Thang điểm Harris khớp háng nhóm DAA là 80 trong 6 tuần đầu, điểm trung bình này của nghiên cứu tương đương với chúng tôi tại thời điểm 6 tuần ($81,94 \pm 11,7$).⁶

3.4. Biến chứng PT

Bảng 5: Biến chứng PT

Biến chứng	Số lượng
LFCN	2/73 (2,7%)
Gãy xương	
Cổ xương đùi	1/73 (1,36%)
MCL	2/73 (2,7%)
Vỡ lốt ổ cối	1/73 (1,36%)
Nhiễm trùng	
Vết mổ	1/73 (1,36%)
Khớp nhân tạo	0/73
Tụ máu vết mổ	2/73 (2,7%)
Biến chứng cần mổ lại	1/73 (1,36%)
Tổng số biến chứng	9/73 (12,3%)

Tỉ lệ biến chứng chung của chúng tôi là 12,3%, trong đó tổn thương LFCN là 2,7%, gãy xương trong mổ là 4,05%, vỡ lốt ổ cối là 1,36%, nhiễm trùng nông vết mổ là 1,36%, tụ máu vết mổ 2,7%. Tỉ lệ biến chứng chung của chúng tôi là khá cao so với tác giả Hồ Mẫn Trương Phú (2017, $n=76$) là 7,9%.¹ Phân tích gộp Steven L. Barnett trên 4473 BN cho thấy tỉ lệ biến chứng chỉ là 1,9%.⁷ Tuy nhiên, tất cả các trường hợp có biến chứng của chúng tôi đều xảy ra trong 50 ca đầu tiên. Hầu hết các PT viên TKH bằng đường mổ TTLT đều cho rằng "đường cong học tập" ảnh hưởng rất nhiều đến tỉ lệ này tùy theo báo cáo, có thể gặp với tần suất từ 2- 44% như Kong báo cáo tỉ lệ biến chứng trong 50 ca đầu tiên là 44%, trong 50 ca tiếp theo tỉ lệ này chỉ còn 16%, Van Den Eeden có tỉ lệ là 12% trong 100 ca đầu tiên, tỉ lệ này giảm còn 6% trong 100 ca tiếp theo.^{2,8}

Tuy tỉ lệ biến chứng cao nhưng hầu hết các biến chứng đều là những biến chứng nhẹ, chỉ có 1 trường hợp (1,36%), tháng thứ 5 BN thấy đau chói khi đi lại sau khi nhảy từ độ cao khoảng 40cm, chụp phim X-quang thấy có hình ảnh vỡ lốt sườn. Tỉ lệ cần mổ lại của chúng tôi tương đương với Hồ Mẫn Trương Phú, khi trong nghiên cứu có 1 BN bị trật khớp cần mổ lại và thấp hơn so với 1 vài nghiên cứu gộp trên thế giới 2,7%.^{1,9}

3.4.1. Tổn thương thần kinh bì đùi ngoài

Tỉ lệ tổn thương LFCN của chúng tôi là 2,7%, BN sau mổ có cảm giác tê bì khi chạm vào vùng đùi trước ngoài, tuy nhiên khó chịu này

hoàn toàn không ảnh hưởng đến chức năng vận động cũng như sinh hoạt, BN hết cảm giác tê bì hoàn toàn sau khám lại lần lượt 6 tuần và 3 tháng, 1 BN còn cảm giác khó chịu khi chạm vào sẹo mổ.

3.4.2. Gãy xương. Gãy xương đùi trong mổ là một biến chứng hay gặp trong PT TKH toàn phần bất kể đó là thay khớp sử dụng kĩ thuật nào, tỉ lệ này được báo cáo tăng lên trong PT TKH toàn phần sử dụng đường mổ phía trước (0,8-7%), nguyên nhân có thể do việc sử dụng bàn chỉnh hình cũng như kĩ thuật di động đầu trên xương đùi chưa tốt, chuẩn bị đường vào chuôi khớp nhân tạo không đúng kĩ thuật. Tỉ lệ này cũng giảm đi rõ rệt khi kinh nghiệm PT viên tăng lên.¹⁰ Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN (4,1%), trong đó có 1 BN gãy không di lệch phần cổ xương đùi khi chúng tôi đóng chuôi khớp. 2 BN gãy ít di lệch MCL, chúng tôi không phát hiện trong mổ mà chỉ phát hiện sau khi chụp lại X-quang. Cả 3 BN đều có thể tập đi ngay ngày đầu tiên, theo dõi sau mổ cho kết quả rất tốt về chức năng khớp háng. Tác giả Hồ Mẫn Trương Phú khi tiến hành TKH-TTLT trên 76 BN chỉ có 1 (1,3%) gãy khối MCL, kết quả này có thể do tác giả sử dụng bàn chỉnh hình cố định đầu trên xương đùi tốt hơn so với kĩ thuật sử dụng Hoffman 2 ngạnh cố định khối mẫu chuyển sau khi đã giải phóng phần mềm, mặt khác cả 2 trường hợp gãy khối mẫu chuyển đều thuộc nhóm 10 BN đầu tiên, có thể đó là thời điểm chúng tôi chưa di động đầu trên xương đùi tốt.¹

3.4.3. Biến chứng vết mổ. Vùng da trước đùi có đặc điểm mỏng, chịu các lực căng dọc từ đó dễ bị toác vết mổ, chậm liền mép vết thương. Không những vậy, với những bệnh nhân thừa cân, nếp gấp da từ vùng bụng có thể che lấp vết mổ, tạo môi trường ẩm ướt giúp vi khuẩn dễ phát triển. Hầu hết các nghiên cứu đều thấy rằng, tỉ lệ biến chứng vết mổ đường trước đòi hỏi phải mổ lại cao và cao hơn có ý nghĩa thống kê so với đường mổ phía sau, tuy nhiên, điều may mắn tất cả đều là những tổn thương nông, không đòi hỏi cần PT lại hoặc tháo thành phần khớp nhân tạo. Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ tăng lên theo một vài tác giả có liên quan đến nữ giới và bệnh nhân béo phì, Watts và cộng sự thấy béo phì là 1 yếu tố nguy cơ cao của nhiễm trùng vết mổ khi so sánh 2 nhóm BN nhiễm trùng được TKH đường trước và đường sau. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN (1,36%) nhiễm trùng nông vết mổ vào ngày thứ 7 sau PT, 2 BN (2,7%) tụ máu vết mổ được phát hiện vào ngày thứ 2 và thứ 3 sau mổ, cả 2 BN đều có bệnh lý nội khoa SLE, Cả 3 BN đều được điều trị nội khoa, thay băng

vết thương, ra viện lần lượt là 13 và 14 ngày sau mổ. Kết quả lâm sàng về chức năng khớp háng khi khám lại đều đạt kết quả rất tốt.

IV. KẾT LUẬN

TKH - TTLT là PT đạt hiệu quả cao, đặc biệt trong 6 tuần đầu sau mổ, BN hồi phục nhanh và chức năng vận động khớp rất tốt. PT hoàn toàn có thể tiến hành trên các bàn PT thông thường mà không cần sử dụng bàn chỉnh hình. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng vết mổ và gãy xương còn cao khi “đường cong học tập” chưa đủ. Chính vì vậy, PT viên muốn chuyển đổi sang kĩ thuật này cần thiết phải được đào tạo bài bản, lựa chọn BN phù hợp trong giai đoạn đầu tiên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phủ HMT, Ninh PĐ.** Thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng kĩ thuật xâm nhập tối thiểu đường mổ trước với bàn mổ chỉnh hình. Tạp Chí Học Việt Nam. 2017;455(2):15-19.
2. **Kong X, Grau L, Ong A, Yang C, Chai W.** Adopting the direct anterior approach: experience and learning curve in a Chinese patient population. J Orthop Surg. 2019;14(1):218. doi:10.1186/s13018-019-1272-0
3. **Jungwirth-Weinberger A, Do HT, Krell EC, Valle AGD, Chalmers BP, Boettner F.** Blood management in direct anterior versus posterior primary total hip arthroplasty using tranexamic acid: a matched cohort study. Arch Orthop Trauma Surg. 2021;143(1):91-95. doi:10.1007/s00402-021-03965-2
4. **Dunn H, Rohlfing G, Kollmorgen R.** A comparison of leg length discrepancy between

direct anterior and anterolateral approaches in total hip arthroplasty. Arthroplasty. 2020;2(1):30. doi:10.1186/s42836-020-00051-7

5. **Barrett WP, Turner SE, Leopold JP.** Prospective Randomized Study of Direct Anterior vs Postero-Lateral Approach for Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2013;28(9):1634-1638. doi:10.1016/j.arth.2013.01.034
6. **Berend KR, Lombardi AV, Seng BE, Adams JB.** Enhanced Early Outcomes with the Anterior Supine Intermuscular Approach in Primary Total Hip Arthroplasty. J Bone Jt Surg. 2009; 91 (Supplement 6): 107-120. doi:10.2106/JBJS.I.00525
7. **Barnett SL, Peters DJ, Hamilton WG, Ziran NM, Gorab RS, Matta JM.** Is the Anterior Approach Safe? Early Complication Rate Associated With 5090 Consecutive Primary Total Hip Arthroplasty Procedures Performed Using the Anterior Approach. J Arthroplasty. 2016;31(10): 2291-2294. doi:10.1016/j.arth.2015.07.008
8. **Van Den Eeden Y, Van Den Eeden F.** Learning curve of direct anterior total hip arthroplasty: a single surgeon experience. Acta Orthop Belg. 2018;84(3):321-330.
9. **Carlson SW, Taunton MJ.** Diagnosing and Managing Complications from the Anterior Approach. In: Matta JM, Sah AP, eds. Anterior Hip Replacement: From Origin to Current Advanced Techniques. Springer International Publishing; 2022: 137-146. doi:10.1007/978-3-030-91896-5_12
10. **Suarez JC, Rodriguez SH.** The Learning Curve for the Anterior Approach: Early, Middle, and How It Continues. In: Matta JM, Sah AP, eds. Anterior Hip Replacement: From Origin to Current Advanced Techniques. Springer International Publishing; 2022:51-61. doi:10.1007/978-3-030-91896-5_5

TỶ LỆ PHẪU THUẬT BẢO TỒN BUỒNG TRỨNG TRONG ĐIỀU TRỊ U BUỒNG TRỨNG XOẪN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Võ Phương Nhi¹, Nguyễn Xuân Vũ¹

TÓM TẮT

Xoắn buồng trứng là một cấp cứu phụ khoa. Hai phương pháp phẫu thuật điều trị chủ yếu là bảo tồn buồng trứng và cắt phần phụ. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG 2019) khuyến cáo phẫu thuật tháo xoắn và bảo tồn buồng trứng với bất kể hình dạng của buồng trứng. Phẫu thuật viên không nên cắt phần phụ bị xoắn trừ khi việc cắt phần phụ là không thể tránh khỏi, chẳng hạn như buồng trứng bị hoại tử nghiêm trọng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn tại

Bệnh viện Hùng Vương từ 01/2020 - 03/2023. Xác định mối liên quan giữa tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng trong điều trị u buồng trứng xoắn với: yếu tố tuổi, đặc điểm sản phụ khoa, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (bach cầu máu, siêu âm) và đặc điểm u buồng trứng lúc phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 355 bệnh nhân bị u buồng trứng xoắn tại bệnh viện Hùng Vương từ 01/2020 - 03/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng là 67% với KTC 95% [59,3% - 71,3%]. Các yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn buồng trứng: nhóm dưới 18 tuổi cao hơn nhóm trên 45 tuổi 12,5 lần, KTC 95% [1,9-82,1], nhóm 18 - 45 tuổi cao hơn nhóm trên 45 tuổi 2,1 lần KTC 95% [1,7-6,3]. Thời gian từ lúc bệnh nhân khởi phát đau bụng đến lúc được nhập viện: 24 - 48 giờ cao hơn thời gian đau trên 48 giờ là 3,6 lần, KTC 95% [1,3-10]. Không có triệu chứng nôn, buồn nôn cao hơn 7,2 lần KTC 95% [3,1-16,9]. Số vòng xoắn: 01 vòng có tỷ lệ bảo tồn cao hơn xoắn từ 03 vòng trở lên

¹Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Vũ

Email: bsxuanvu@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025