

146 ± 51 phút [4]

Mổ lại do chảy máu sau phẫu thuật Bentall gặp với tỷ lệ 3,4% đến 9,6% tùy theo từng trung tâm [5],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào chảy máu phải mổ lại. Điều này giúp tránh những biến chứng do truyền máu, giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ, rút ngắn thời gian hậu phẫu của bệnh nhân.

Tử vong sớm sau mổ khoảng 1,9% - 7,3% tùy từng tác giả và có sự khác biệt rõ giữa nhóm mổ có chuẩn bị và nhóm mổ cấp cứu do bóc tách typ A[5],[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong trong giai đoạn hậu phẫu là 2,08% thấp hơn so với các trung tâm khác. Cả 2 trường hợp tử vong vào viện trong giai đoạn muộn. Một bệnh nhân mắc hội chứng Marfan suy tim rất nặng trước mổ (EF 27%) sau mổ chức năng tim không cải thiện mặc dù đã được sử dụng thiết bị hỗ trợ cơ học và tử vong trong bối cảnh suy đa tạng. Một bệnh nhân vào viện vì bóc tách typ A và đã có biểu hiện tổn thương nhồi máu não trên CT trước mổ do bóc tách động mạch cảnh. Sau mổ, bệnh nhân tri giác kém kèm yếu liệt 1/2 người trái phải thở máy kéo dài và tử vong trong bối cảnh viêm phổi bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Qua 96 trường hợp nghiên cứu, phẫu thuật Bentall là tiêu chuẩn vàng, là lựa chọn đầu tay trong điều trị các bệnh lý liên quan đến gốc động mạch chủ và van động mạch chủ không bảo tồn được, cho kết quả tốt với tỷ lệ tai biến, biến

chứng và tử vong thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asano KI, Ando T, Hanada S, Maruyama Y**, Control of bleeding during the Bentall operation. J Cardiovasc Surg (Torino). 1983;24(1):13-4.
2. **Bentall H, De Bono A**, A technique for complete replacement of the ascending aorta. Thorax. 1968;4:338-9.
3. **Cabrol C, Pavie A, Mesnildrey P, Gandjbakhch I, Laughlin L, Bors V et al**, Long-term results with total replacement of the ascending aorta and reimplantation of the coronary arteries. J Thorac Cardiovasc Surg. 1986;91(1):17-25.
4. **Cabrol C, Pavie A, Gandjbakhch I, Villemot JP, Guiraudon G, Laughlin L, et al**. Complete replacement of the ascending aorta with reimplantation of the coronary arteries: new surgical approach. J Thorac Cardiovasc Surg. 1981;81(2):309-15.
5. **Etz CD, Bischoff MS, Bodian C, Roder F, Brenner R, Griep RB, Luozzo GD**. The Bentall procedure: is it the gold standard? A series of 597 consecutive cases. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010;140(6S):64-70.
6. **Hyun-Chel J, Byung-Chul C, Young-Nam Y, Kyung-Jong Y, Lee S**. Clinical experience with the Bentall procedure: 28 years. Yonsei Med J. 2012;53(5):915-923.
7. **Kouchoukos NT, Wareing TH, Murphy SF, Perrillo JB**. Sixteen-year experience with aortic root replacement. Results of 172 operations. Ann Surg. 1991;214(3):308-18.
8. **Matilde MG, Bertha MS, Clotilde FO, Manuel MM, Esteban VM, Fermin RO**. Bentall procedure in ascending aortic aneurysm: hospital mortality. Cir Ciruj. 2010;78:43-49.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Xuân Hưng Thịnh¹, Dương Đình Toàn^{2,3}

TÓM TẮT⁸

Đặt vấn đề: Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (HTVKCXĐ) là bệnh có tổn thương hoại tử tế bào xương và tủy xương do thiếu máu nuôi trên chỏm xương đùi. Bệnh thường gặp ở người trung niên, diễn

biến tăng nặng theo thời gian dẫn đến thoái hóa và mất chức năng khớp háng. Phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng 77 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 46,45 ± 9,8 (22 - 66 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-50 chiếm 45,5%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 10/1. Đa số bệnh nhân phẫu thuật trong 2 năm đầu chiếm 91%. Rượu và thuốc lá là 2 yếu tố nguy cơ gây bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 66,3%. Kết quả vận động khớp háng sau mổ đánh giá theo thang điểm Harris: 64,9% đạt kết quả rất tốt, 32,5% đạt kết quả tốt, 2,6% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. Hầu như bệnh

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hưng Thịnh

Email: nguyentuanhungthinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

nhân không có tai biến và các biến chứng sau mổ, trong đó chủ yếu là biến chứng trật khớp háng nhân tạo sau mổ (1,3%). **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng giúp cải thiện về chất lượng điều trị và phục hồi chức năng vận động tốt cho những bệnh nhân HTVKCXĐ.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần không xi măng, hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

SUMMARY

RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL HIP REPLACEMENT SURGERY TO TREAT ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD AT VIET DUC HOSPITAL

Background: Aseptic necrosis of the femoral head is a disease with necrotic damage to bone cells and bone marrow due to lack of blood supply to the femoral head. The disease is common in middle-aged people and gets worse over time, leading to degeneration and loss of hip function. Treatment depends on the stage of disease progression.

Methods: Retrospective, cross-sectional, uncontrolled study of 77 patients undergoing total hip replacement surgery at Viet Duc Hospital from January 2021 to September 2022. **Results:** The average age is 46.45 ± 9.8 (22 - 66 years old), the most common age group is 41-50, accounting for 45.5%. The male/female ratio is 10/1. The majority of patients have surgery in the first 2 years, accounting for 91%. Alcohol and tobacco are the two risk factors causing the disease with the highest proportion at 66.3%. Postoperative hip mobility results were evaluated according to the Harris scale: 64.9% achieved very good results, 32.5% achieved good results, 2.6% achieved average results, there were no cases of poor results. Almost all patients had no complications or complications after surgery, mainly complications of artificial hip dislocation after surgery (1.3%). **Conclusion:** Cementless total joint replacement surgery helps improve the quality of treatment and restore good motor function for patients.

Keywords: Cementless total hip replacement, aseptic necrosis of the femoral head

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi là tình trạng bệnh lý mà xương bị hoại tử không do nhiễm trùng, bệnh trải qua nhiều giai đoạn. Trong những năm gần đây, song song với tiến bộ khoa học của y tế thế giới, khả năng tầm soát cũng như tỷ lệ phát hiện bệnh ngày càng tăng. Theo nhiều tác giả, cơ chế bệnh sinh chủ yếu của bệnh là thiếu máu nuôi dưỡng đầu xương mạn tính làm tế bào xương và tủy xương chết, dẫn đến xẹp và biến dạng cổ xương đùi, mất chức năng khớp háng. Triệu chứng lâm sàng thường là đau ở một bên vùng bẹn, mông, mặt trong đùi, xuất hiện sớm và xảy ra trước khi có biểu hiện tổn thương trên phim X-quang nhưng vì tính chất đau không đặc hiệu nên bệnh khó

phát hiện sớm để điều trị trong giai đoạn còn khả năng hồi phục các tổn thương về xương, nên khi bệnh nhân đến khám đều đã chuyển sang giai đoạn không còn hồi phục. Ở giai đoạn này, chỏm xương đùi đã thoái hóa và thậm chí ổ cối cũng đã tổn thương nặng nề, chức năng khớp háng đã giảm sút nhiều. Việc có thể làm là phẫu thuật thay khớp háng toàn phần để phục hồi chức năng cho người bệnh. Để cung cấp cái nhìn tổng quan, nhằm góp phần làm rõ bản chất của bệnh và kết quả điều trị bằng thay khớp háng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồi cứu 77 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi và phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Việt Đức; có đầy đủ hồ sơ bệnh án, chụp X-quang trước và sau mổ; kết quả giải phẫu bệnh là hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên, đang nhiễm trùng toàn thân hoặc tại khớp háng, không tuân thủ khám định kỳ, không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không được làm giải phẫu bệnh.

- Các biến nghiên cứu:

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật: biến chứng và tai biến phẫu thuật, phục hồi chức năng vận động (theo thang điểm Harris: Rất tốt 90-100 điểm, Tốt 80-89 điểm, Trung bình 70-79 điểm, Kém <70 điểm).

+ Yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật: Tuổi, phân độ X-quang (theo Ficat - Arlet), các yếu tố nguy cơ

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám hiệu Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Hà Nội và cơ sở thực hiện nghiên cứu là Bệnh viện HN Việt Đức. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ các yêu cầu của nghiên cứu. Số liệu được thu thập tỉ mỉ, đầy đủ, phân tích chính xác, khoa học và đáng tin cậy

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện hồi cứu với 77 trường hợp từ tháng 1/2021 đến 9/2022 cho thấy độ tuổi trung bình là $46,45 \pm 9,8$ (22 - 66 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-50 chiếm 45,5%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 10/1.

Bảng 1: Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

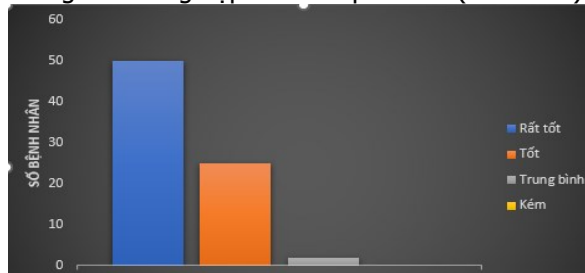
Nhóm tuổi/giới	≤30	31-40	41-50	51-60	≥60	Tổng n (%)
Nam	4	16	33	8	9	70 (90,9)
Nữ	0	3	2	0	2	7 (9,1)
Tổng n (%)	4 (5,2)	19 (24,7)	35 (45,5)	8 (10,4)	11 (14,3)	77 (100)

Bảng 2: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	N	%
Bên tổn thương	Trái	29	37,7
	Phải	21	27,3
	Hai bên	27	35,1
Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật	≤ 1 năm	37	48,1
	≤ 2 năm	33	42,9
	> 2 năm	7	9
Yếu tố nguy cơ	Lạm dụng rượu	14	18,2
	Hút thuốc lá	2	2,6
	Lạm dụng rượu và hút thuốc lá	35	45,4
Phân loại Ficat-Arlet	Độ III	21	27,3
	Độ IV	56	72,7

Tỷ lệ mắc bệnh giữa chân phải và chân trái lần lượt là 27,3% và 37,7%, trong đó có 35,1% mắc bệnh ở hai chân. Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong 2 năm đầu kể từ khi xuất hiện triệu chứng chiếm 91%.

Kết quả vận động khớp háng sau mổ đánh giá theo thang điểm Harris: 64,9% đạt kết quả rất tốt (50 trường hợp), 32,5% đạt kết quả tốt (25 trường hợp), 2,6% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 1: Chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Harris

Bảng 3: Biến chứng sau mổ

Biến chứng-tai biến	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Biến chứng	Trật khớp háng	1	1,3

Không biến chứng	76	98,7
Tổng	77	100

Hầu như bệnh nhân không có tai biến và các biến chứng sau mổ, trong đó chủ yếu là biến chứng trật khớp háng nhân tạo sau mổ (1,3%)

Bảng 4: Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ và phân độ Arlet- Ficat

Phân độ Ficat	Yếu tố nguy cơ			
	Không	Thuốc lá	Rượu	Thuốc lá và rượu
III	7	2	7	5
IV	19	0	7	30

$P (Test \chi^2) = 0,008$

Mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và phân độ Arlet và Ficat là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 5: Môi liên quan giữa thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật và chức năng khớp háng sau mổ

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật	Chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Harris			
	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém
≤ 1 năm	26	22	2	0
≤ 2 năm	10	10	5	0
> 2 năm	1	1	0	0

$P (Test \chi^2) = 0,243$

Sự khác biệt giữa thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật và chức năng khớp háng sau mổ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 6: Môi liên quan giữa giai đoạn bệnh trước phẫu thuật theo Arlet-Ficat và chức năng khớp háng sau mổ

Giai đoạn bệnh trước phẫu thuật theo Arlet-Ficat	Chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Harris			
	Rất tốt	Tốt	Khá	Kém
III	3	18	3	0
IV	32	22	2	0

$P (Test \chi^2) = 0,061$

Sự khác biệt giữa giai đoạn bệnh trước phẫu thuật theo Arlet-Ficat và chức năng khớp háng sau mổ là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 77 trường hợp cho thấy độ tuổi trung bình là $46,45 \pm 9,8$ (22 - 66 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-50 chiếm 45,5%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 10/1. Kết quả cho thấy bệnh nhân HTVKCXĐ còn khá trẻ so với các bệnh lý thoái hóa khớp và nằm trong độ tuổi lao động. Đây là độ tuổi có nguy cơ thay lại khớp háng lần tiếp theo là rất cao do lỏng khớp nhân tạo, tuổi thọ khớp có giới hạn, quá trình mài mòn tạo phản

ứng sinh học gây tiêu xương quanh khớp. Theo Phan Bá Hải¹, tuổi trung bình là $47,7 \pm 10$, tỉ lệ nam/nữ là 11/1, nhóm tuổi thường gặp là 31-60 tuổi. Theo Lưu Thị Bình² cũng cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48,2 và nhóm tuổi 28-60 chiếm đa số. Theo tác giả Michael A. Mont³, tỉ lệ nam/nữ là 4/1, tuổi thường gặp là từ 30– 60 tuổi. Nghiên cứu cho thấy sự tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước về độ tuổi: đa phần đều ở độ tuổi lao động đặc biệt là từ 30 – 59. Tuy nhiên có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, có thể do sự khác nhau về cơ sở mẫu, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân, yếu tố nguy cơ của bệnh, vùng địa lý, thói quen sinh hoạt... Nghiên cứu tổng hợp y văn của Gebhard và Maibach, HTVKCXĐ mới không do chấn thương tại Nhật Bản có 34,7% do sử dụng steroid, 21,8% do lạm dụng rượu, 37% là do tự phát. Còn tại châu Âu, steroid được coi là 1 trong những nguyên nhân chính gây ra HTVKCXĐ với 20% số ca mắc hàng năm và nữ chiếm tỉ lệ cao⁴. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy yếu tố nguy cơ sử dụng rượu và thuốc lá chiếm tỉ lệ cao với 66,3%, trong đó có đến 45,4% trường hợp bệnh nhân sử dụng cả rượu và thuốc lá. Kiểm định χ^2 cho thấy mối liên hệ giữa phân độ Arlet- Ficat và yếu tố nguy cơ là có ý nghĩa thống kê, nghĩa là bệnh nhân sử dụng rượu, thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với các nhóm đối tượng khác.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá chức năng khớp háng sau mổ theo thang điểm Harris ghi nhận điểm Harris trong vòng 2 năm sau mổ là $91,74 \pm 6,38$ với 64,9% đạt kết quả rất tốt, 32,5% đạt kết quả tốt, 2,6% đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào kết quả kém. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả. Karimi⁵ với khớp háng không xi măng, tỉ lệ tốt và rất tốt theo thang Harris là 99,2% và T.Scheerlinck điều trị HTVKCXĐ, với trung bình 4,5 năm, tỉ lệ tốt và rất tốt là 78,95% (điểm Harris > 80)⁶ hay của Nguyễn Xuân Vũ⁷, sự cải thiện rõ rệt điểm Harris sau mổ: từ $41,82 \pm 8,39$ đến $88,76 \pm 3,31$ ở thời điểm 3 tháng, theo dõi đến thời điểm 6 tháng cho kết quả $93,85 \pm 2,05$. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá yếu tố thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật, giai đoạn bệnh trước phẫu thuật theo Arlet-Ficat và chức năng khớp háng sau mổ theo Harris thì sự khác biệt giữa các các khoảng thời gian bệnh và mức độ tổn thương khớp háng trước mổ thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định χ^2 với $p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Trung Tín⁸ khi đánh giá

mối liên hệ giữa phân độ tổn thương trên Arlet-Ficat và chức năng khớp háng sau mổ 6 tháng là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,701$.

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủ yếu là biến chứng trật háng nhân tạo sau mổ với 1 trường hợp chiếm 1,3%. Nguyên nhân ghi nhận được là do bệnh nhân nắm khớp chân quá mức. Nghiên cứu của Kammar và cộng sự⁹ trên 30 bệnh nhân ghi nhận 2 trường hợp trật háng nhân tạo, 2 trường hợp nhiễm trùng, 1 huyết khối tĩnh mạch sâu và 2 trường hợp lỏng ổ cối. Hay nghiên cứu của Pandurang Phad¹⁰ thì 90% không có tai biến- biến chứng sau phẫu thuật. Có thể thấy, tai biến- biến chứng sau phẫu thuật có thể xảy ra với một tỷ lệ nhất định và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: chất lượng xương của bệnh nhân, loại khớp sử dụng, kỹ thuật mổ của phẫu thuật viên...

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 77 bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi được thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2021 đến 9/2022, chúng tôi nhận thấy

- Hút thuốc lá và rượu là yếu tố nguy cơ cao gây bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi.

- Phẫu thuật thay khớp hàng toàn phần không xi măng giúp cải thiện về chất lượng điều trị và phục hồi chức năng vận động tốt cho những bệnh nhân HTVKCXĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Bá Hải. Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần trên bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2022.
2. Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn 2011 — LUẬN AN TIẾN SĨ - Cơ sở dữ liệu toàn văn. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTcFfyzawki2011.1.4>.
3. Mont, M. A., Cherian, J. J., Sierra, R. J., Jones, L. C. & Lieberman, J. R. Nontraumatic Osteonecrosis of the Femoral Head: Where Do We Stand Today? A Ten-Year Update. *J Bone Joint Surg Am.* 2015; 97, 1604–1627
4. Gebhard, K. L. & Maibach, H. I. Relationship between Systemic Corticosteroids and Osteonecrosis. *Am J Clin Dermatol.* 2001; 2, 377–388.
5. Karimi, S. et al. Functional Outcomes of Cementless Total Hip Arthroplasty in Avascular Necrosis of the Hip: A Prospective Study. *Cureus.* 2020; 12.
6. Scheerlinck, T., Dezillie, M., Monsaert, A. & Opdecam, P. Bipolar versus Total Hip Arthroplasty in the Treatment of Avascular Necrosis of the Femoral Head in Young Patients. *HIP International.* 2002; 12, 142–149.

7. **Nguyễn Xuân Vũ, Nguyễn Văn Hỷ.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý hoạt tử vô mạch chòm xương đùi bằng phương pháp thay khớp háng toàn phần không xi măng, Luận văn Thạc sĩ của BSNT chuyên ngành: Ngoại khoa, Trường Đại học Y Dược Huế.2017
8. **Tin H. T., Lai P. H., Tin H. T. & Lai P. H.** Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng ở bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chòm xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019.
9. **Kammar S.F. et al.** "Study of clinical and functional outcome of total hip replacement in advanced stages of avascular necrosis of femoral head", Journal of Karnataka Orthopaedic Association.2017; 5(1), pp.53-61
10. **Reddy, Dr. M. R. S., Ms, Dr. S. & Phad, Dr. P.** Study of clinical and functional outcome of total hip replacement in avascular necrosis of femoral head. Int. J. Orthop. Sci.2018; 4, 252–258.

KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT DỊ DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH NÃO DƯỚI ĐỊNH VỊ THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thành Bắc¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não dưới định vị thần kinh tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 1/2020 – tháng 6/2023, 30 trường hợp dị dạng động tĩnh mạch não được điều trị bằng vi phẫu thuật dưới định vị thần kinh tại bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 35, tỉ lệ nam/nữ là 1,5; 96,7% bệnh nhân có điểm GCS >9; đau đầu là triệu chứng chủ yếu chiếm 86,7%; 53,3% bệnh nhân có khối dị dạng đã vỡ, 46,7% có khối dị dạng chưa vỡ; phần lớn có khối dị dạng ở trên lều tiểu não với 93,7%. Phân độ SM1-2 chiếm 96,7% bệnh nhân. Điều trị phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối AVM ở 96,7% số trường hợp. Biến chứng sau mổ có thể gặp máu tụ sau ổ (6,7%), phù não tăng (3,3%). Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật là 3,3%. Điểm mRS sau mổ 3 tháng tốt hơn so với khi ra viện có ý nghĩa thống kê với $p=0,006$. **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là lựa chọn hàng đầu và đem lại kết quả tốt đối với bệnh nhân AVM ở bệnh viện Quân y 103. **Từ khóa:** dị dạng động tĩnh mạch não, vi phẫu thuật

SUMMARY

RESULT OF MICROSURGICAL WITH NEURONAVIGATION OF CEREBRAL ARTERYVENOUS MALFORMATION AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: Evaluating the results of microsurgical with neuronavigation of cerebral arteriovenous malformations at Military Hospital 103. **Subjects and Methods:** Retrospective description from January 2020 to June 2023, 30 cases of cerebral arteriovenous malformations treated with microsurgery and neuronavigation at Military Hospital 103. **Results:** The average age was 35, the male/female ratio was 1.5; 96.7% of patients had GCS score >9; Headache was

the main symptom, accounting for 86.7%; 53.3% of patients had deformed masses that had ruptured, 46.7% had deformed masses that had not yet ruptured; The majority had malformed masses at supratentorial, 93.7%. SM1-2 grade accounted for 96.7% of patients. Surgical treatment completely removed the AVM in 96.7% of cases. Postoperative complications may include retro-abdominal hematoma (6.7%), increased cerebral edema (3.3%). The mortality rate after surgery was 3.3%. mRS score 3 months after surgery was better than when discharged from the hospital, with $p = 0.06$. **Conclusion:** Surgery is still the best choice and brings good results for AVM patients at Military Hospital 103. **Keywords:** cerebral arteriovenous malformations, microsurgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng thông động tĩnh mạch não nằm trong bệnh lí dị dạng mạch não (Arteriovenous malformations – AVM), được coi như là do sự rối loạn trong quá trình biệt hóa và phát triển của mô phôi mạch máu gây thương tổn ở giường mao mạch tại vùng bị rối loạn. Đây là tổn thương mạch máu não bẩm sinh và nguy hiểm nhất [1].

Theo một số nghiên cứu, nguy cơ chảy máu của AVM khoảng 23%, tỉ lệ tử vong do chảy máu lần đầu là 10%, lần 2 là 13% và tăng lên 20% với các lần chảy máu sau đó. 50% bệnh nhân xuất hiện các thương tổn thần kinh mới khi xảy ra chảy máu, 7,6% bệnh nhân AVM xuất hiện thêm túi phình mạch não chủ yếu ở tại động mạch nuôi của AVM [2].

Điều trị AVM có thể lựa chọn 4 phương pháp sau: phẫu thuật, can thiệp nút mạch, xạ trị và điều trị nội khoa. Điều trị phẫu thuật vẫn là lựa chọn tốt đối với các dị dạng động tĩnh mạch não vỡ và ở một số trường hợp chưa vỡ [3]. Tại bệnh viện Quân y 103, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não dưới định vị thần kinh.*

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Bắc

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024