

KỸ THUẬT SPAIRE, MỘT CẢI TIẾN MỚI CỦA ĐƯỜNG MỔ NHỎ LỐI SAU TRONG PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG, GIÚP PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM SAU MỔ

Trần Như Bửu Hoa*, Đồng Trọng Tấn, Nguyễn Tuấn Phước, Phạm Y Khoa
Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa

TÓM TẮT

Giới thiệu: Phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ nhỏ sau kinh điển được Austin Moore mô tả năm 1957, đến nay vẫn là đường mổ rất thành công và được nhiều phẫu thuật viên thực hiện nhất. Tuy nhiên, đường mổ này có nhược điểm là cắt đi hoàn toàn nhóm cơ quan trọng bảo vệ thành sau (nhóm cơ xoay ngoài ngắn) nên nguy cơ biến chứng trật khớp háng ra sau khá cao. Mặc dù việc tối ưu hóa liên tục được nỗ lực để giảm tỷ lệ trật khớp sau phẫu thuật thay khớp háng, nhưng trật khớp vẫn là một biến chứng nghiêm trọng. Nghiên cứu báo cáo kinh nghiệm bước đầu phẫu thuật thay khớp háng bằng kỹ thuật SPAIRE, bảo tồn gần như nguyên vẹn nhóm cơ xoay ngoài ngắn (vốn bị cắt đi hoàn toàn trong đường mổ sau kinh điển).

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và các ưu điểm của kỹ thuật SPAIRE giúp phục hồi chức năng sớm sau mổ.

Phương pháp: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, gồm 42 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được chỉ định phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ tối thiểu MIS (Minimally Invasive Surgery), kỹ thuật SPAIRE (Mini - Spaire) đáp ứng tiêu chí thiết kế, thực hiện tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa từ tháng 1/2024 đến tháng 2/2025, theo dõi, đánh giá kết quả theo Harris từ 3 tháng, 6 tháng và 1 năm; phân độ đau theo VAS (Visual Analog Scale), vận động sớm sau mổ theo CAS (Cumulated Ambulation Score), tỉ lệ trật khớp... Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 24.0 và các thuật toán thống kê y học.

Kết quả: Kết quả sớm sau mổ bước đầu rất tích cực. "SPAIRE" có ưu điểm bảo tồn giải phẫu thành sau gần như nguyên vẹn, bảo đảm độ vững của khớp. Sau 6 tháng, không có ca nào trật khớp và điểm Harris trung bình 84,4. Tập vận động sớm theo chỉ số CAS khá tốt (> 80%) ở mức ngày 3 sau mổ và khi ra viện với tất cả bệnh nhân. Chỉ số VAS nhiều mức 3 - 4 ít đau (73,8%). Kết quả cho thấy kỹ thuật SPAIRE đáng tin cậy; bệnh nhân có thể vận động sớm mà không cần bất kỳ khuyến cáo hạn chế nào sau mổ; qua đó giảm biến chứng và tử vong cho người già gãy xương.

Kết luận: Kỹ thuật SPAIRE là một trong những phương pháp phẫu thuật hiệu quả, bảo tồn gần như nguyên vẹn các cơ quanh khớp háng, giúp làm vững khớp và phục hồi chức năng sớm. Cần tiếp tục nghiên cứu để đánh giá kỹ thuật này trong tương lai.

Từ khóa: Cơ xoay ngoài ngắn, cơ tứ đầu khớp háng, kỹ thuật SPAIRE, vận động sớm sau mổ, đường mổ nhỏ sau.

Chịu trách nhiệm: Trần Như Bửu Hoa

Email: drbuhuoa@trunguong.com

Ngày nhận: 02/7/2025

Ngày phân biện: 11/7/2025

Ngày duyệt bài: 25/7/2025

SPAIRE TECHNIQUE: A NOVEL IMPROVEMENT OF THE MINIMALLY INVASIVE POSTERIOR APPROACH FOR HIP REPLACEMENT SURGERY TO FACILITATE EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION

SUMMARY

Introduction: We report our experience in hip replacement surgery using the SPAIRE technique (tendon-sparing mini-posterior approach), preserving almost the entire short external rotators (SER) group.

Aim: Evaluating early results and advantages of the SPAIRE technique in helping to restore function early after surgery.

Method: Prospective, clinical trial, including 42 patients indicated for hip replacement via MIS incision with SPAIRE technique, meeting the research criteria, the same main surgeon, performed at Quy Hoa Hospital 1/2024 - 2/2025, evaluating results according to Harris, pain level and early postoperative mobilization according to VAS and CAS, dislocation rate... Follow-up 6 months to 1 year. Data were processed using SPSS 24 software.

Results: The initial early postoperative results were positive, "SPAIRE" has the advantage of preserving the posterior wall anatomy to the maximum, increasing the stability of the joint. After 6 months, there were no cases of dislocation and the average Harris score was 84.4. Early mobilization with CAS index was quite good at day 3 post-op and at discharge. The results showed that the SPAIRE technique is safe and effective and patients can mobilize early with no postoperative restrictions whatsoever. Thereby reducing medical complications and mortality for the elderly.

Conclusion: SPAIRE technique is one of the effective surgical methods, preserving almost intact the muscles around the hip to stabilize the joint, helping to return to pre-injury activities early. It is recommended to conduct further research to evaluate this technique.

Keywords: Short External Rotators (SER), Quadriceps Coxa (QC), Sparing Piriformis and Internus Repair Externus (SPAIRE), Cumulated Ambulation Score (CAS), Posterior Approach (PA).

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, thay khớp háng vẫn là một trong những phẫu thuật phổ biến và thành công nhất trong điều trị phục hồi các bệnh lý hư khớp háng. Phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ lồi sau (Posterior Approach-PA) được Austin Moore mô tả từ năm 1957 và hiện vẫn được nhiều phẫu thuật viên thực hiện nhất vì nó cho phép bộc lộ rõ phẫu trường, dễ thao tác và mở rộng. Tuy nhiên, đường mổ PA có nhược điểm là cắt đi hoàn toàn nhóm cơ quan trọng bảo vệ thành sau (nhóm cơ xoay ngoài ngắn - SER) nên dễ

nguy cơ biến chứng trật khớp háng ra sau, chiếm khoảng 10,6% (Saliari - 2008) ca thay mới và chiếm 28% ca thay lại khớp (75% trật sau, Alberton - 2002), ảnh hưởng đáng kể chất lượng sống người bệnh^[9]. Ngay cả khi khâu lại các lớp cơ này thì tỷ lệ trật khớp cũng thay đổi không nhiều^[2]. Hiện nay, các cải tiến về kỹ thuật, kinh nghiệm phẫu thuật viên và thiết kế mới cấu hình vật liệu giúp khắc phục một phần biến chứng này (khoảng 1,7%). Một trong những cải tiến là làm sao bảo tồn tối đa nhóm cơ SER (nguyên vẹn điểm bám của các cơ hình lê,

sinh đôi trên - dưới, cơ bịt trong và một phần cơ vuông đùi (trừ cơ bịt ngoài) gọi là kỹ thuật SPAIRE, được giới thiệu bởi Hanly RJ năm 2016, đã cho thấy các ưu điểm vượt trội. Kỹ thuật này dựa trên cơ sở nghiên cứu giải phẫu chức năng làm vững khớp chống trật sau của nhóm cơ xoay ngoài ngắn được bảo tồn, được Vaarbakken K (2022) gọi là cơ tứ đầu đùi khớp háng (QC) [3]. SPAIRE hiện đã được áp dụng thường quy trong thay khớp háng toàn phần, bán phần ở nhiều nước Âu - Mỹ [8]. Đây là phương pháp cải tiến khá mới tại Việt Nam. Nhằm cập nhật và ứng dụng các kỹ thuật mới trong ngoại khoa, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ tối thiểu, bảo tồn nhóm cơ xoay ngoài theo kỹ thuật SPAIRE” với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ tối thiểu theo kỹ thuật SPAIRE và khả năng phục hồi chức năng sớm sau mổ theo thang điểm VAS và CAS.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng gồm 42 bệnh nhân gãy cổ xương đùi được chỉ định phẫu thuật thay khớp háng qua đường mổ nhỏ lối sau kỹ thuật SPAIRE đáp ứng tiêu chí chọn bệnh nhân, cùng một phẫu thuật viên chính, thực hiện tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa từ tháng 1/2024 đến tháng 2/2025. Chúng tôi xem xét các tham số về tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, X quang, đặc điểm trong, sau mổ về lượng máu truyền, thời gian mổ, chiều dài vết mổ, thời gian nằm viện, phân độ đau theo VAS, đánh giá vận động sớm sau mổ

theo CAS, kết quả phẫu thuật theo Harris Hip Score; các biến chứng, tỉ lệ trật khớp... Theo dõi 3 tháng, 6 tháng đến 1 năm. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 24.0 và các thuật toán thống kê y học (Student' t, Chi-Square...).

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân gãy cổ xương đùi (femoral neck fracture- FNF) có chỉ định thay khớp háng: gãy FNF lệch, Garden 3, 4, ≤ 75 tuổi hoặc tiêu chỏm muện không lành tuổi > 18 thay toàn phần (THA): gãy FNF di lệch người > 75 tuổi, thay bán phần lưỡng cực (BiHA).

- Điều kiện toàn thân: Chỉ số BMI < 30; ASA (American Society of Anaesthesiologists) mức 1, 2, 3 và trước mổ khả năng đi lại tốt, tinh táo không lú lẫn.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Có tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân hay tại khớp háng phẫu thuật; di chứng chấn thương hay bệnh lý gây tổn thương thần kinh, yếu liệt; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc mất theo dõi lần cuối cùng.

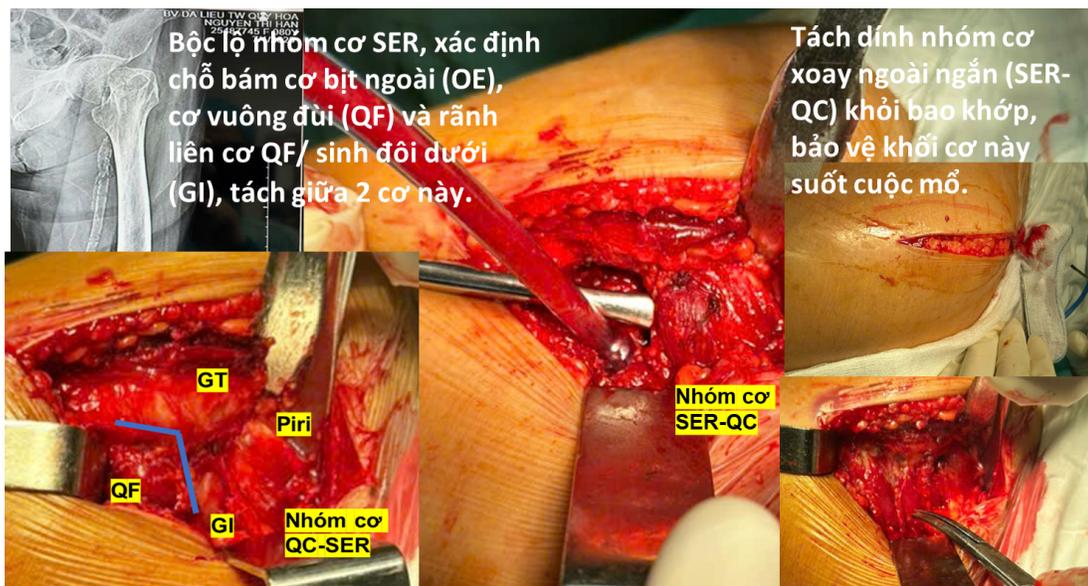
2.4. Đạo đức nghiên cứu

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu về bệnh và các bước chúng tôi sẽ thực hiện điều trị và được sự đồng ý của người bệnh; mời họ tham gia nghiên cứu khi đánh giá tái khám; đề tài đã thông qua Hội đồng Đạo đức tại bệnh viện.

2.5. Vật liệu nghiên cứu

Bộ khớp háng toàn phần/ bán phần và trụ cụ hãng Evolutis SAS, chuôi/ ổ cối hợp kim lót Titalim và phủ ngoài HA, chỏm đường kính 28, chảo bằng sứ hay hợp kim.

2.6. Vấn tắt kỹ thuật Mini – Spaire



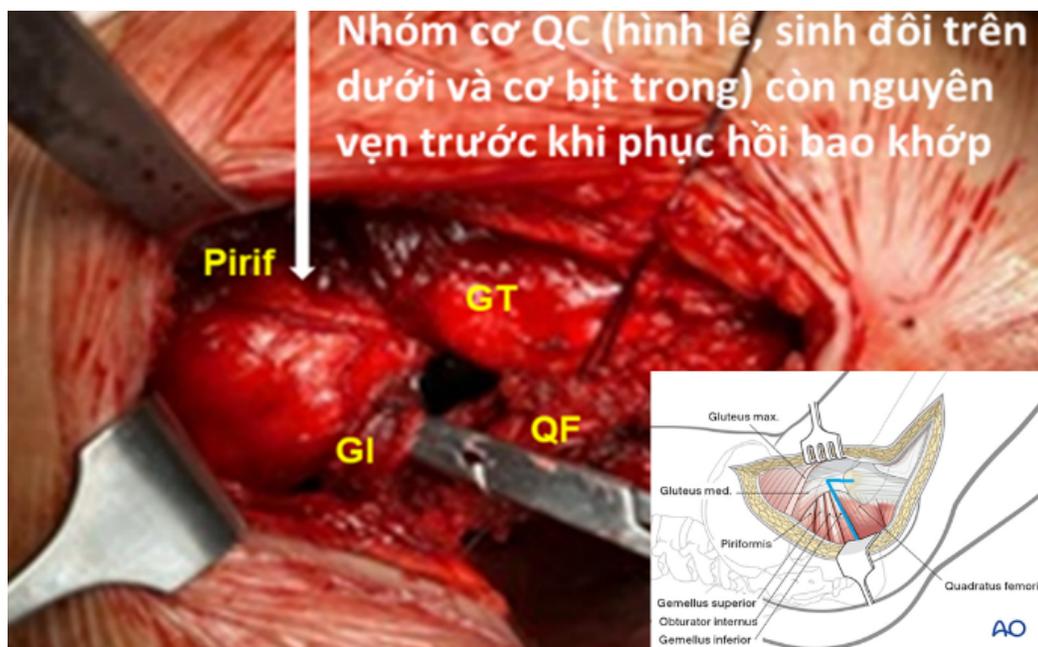
Hình 1. Xác định mốc giải phẫu nhóm cơ SER, chỗ bám cơ QF, OE, tách rãnh liên cơ QF và GI

Bệnh nhân được gây tê tủy sống, nằm nghiêng 90° trên bàn mổ tiêu chuẩn; rạch da tối thiểu, đường sau 6 - 9 cm (hình 1). Tách mô mỡ dưới ra cùng đường rạch da. Mở cân mạc đùi và tách cơ mông lớn dọc trục sợi cơ để lộ túi hoạt dịch và mặt sau ngoài mấu chuyển lớn. Bộc lộ khối cơ xoay ngoài ngắn, nhánh mạch mủ đùi trong được đốt. Xác định khoảng giữa điểm bám của cơ vuông đùi (Quadratus Femoris - QF) và cơ sinh đôi dưới (Gemellus Inferior - GI), tiến hành tách dọc 2 cơ này hình L ngược vào xương, cắt $\sim \leq 2/3$ chỗ bám cơ vuông đùi sát xương khỏi bờ sau mấu chuyển lớn cùng cơ bịt ngoài (gân duy nhất bị cắt) để lộ bao khớp sau. Bánh Hohmann được đặt sau trên cổ xương đùi trên. Thì này được hỗ trợ bằng cách nâng đầu gối với gối gấp, háng gấp, dạng đùi trung tính để lực căng được giải

phóng khỏi các cơ xoay ngoài ngắn còn lại (gọi là cơ tứ đầu đùi khớp háng - QC); dùng Rugine tách nâng theo mặt phẳng giữa bao khớp và các cơ QC (cơ sinh đôi dưới, cơ bịt trong, cơ sinh đôi trên và cơ hình lê), được vén nâng lên. Mở bao khớp vào khớp, phần gần của điểm bám của cơ vuông đùi đã cắt cùng với điểm bám của cơ bịt ngoài và bao khớp sau vào được khâu dính bằng chỉ để khâu phục hồi vào xương ở thì cuối. Gấp háng 70 - 90°, xoay trong 70° và luôn nâng cao gối chân mổ giúp cơ chùn, bộc lộ cổ xương đùi (hình 1, 3). Hohmann đặt bờ trên, dưới cổ xương đùi cho phép xác định vị trí, cắt cổ xương đùi an toàn, chỏm đùi được lấy bỏ. Thì ổ cối (thay toàn phần) vẫn theo kỹ thuật thông thường, chú ý bảo vệ nhóm cơ QC quá trình thao tác với đùi hơi dạng xoay trong và Hohmann trước ổ cối đặt cao hơn.

Tiến hành các bước tiếp đến hoàn thành. Nắn lại khớp sau khi thử đạt yêu cầu về cân bằng dài chi, test Piston, test FAIR, EAER và Kick test. Phục hồi bao khớp 2 mũi xuyên

xương bằng chỉ siêu bền theo Savory cùng chỗ bám cơ QF, GE qua lỗ khoan 2,5 mm máu chuyển lớn vị trí giải phẫu hoặc hơi phía trước.



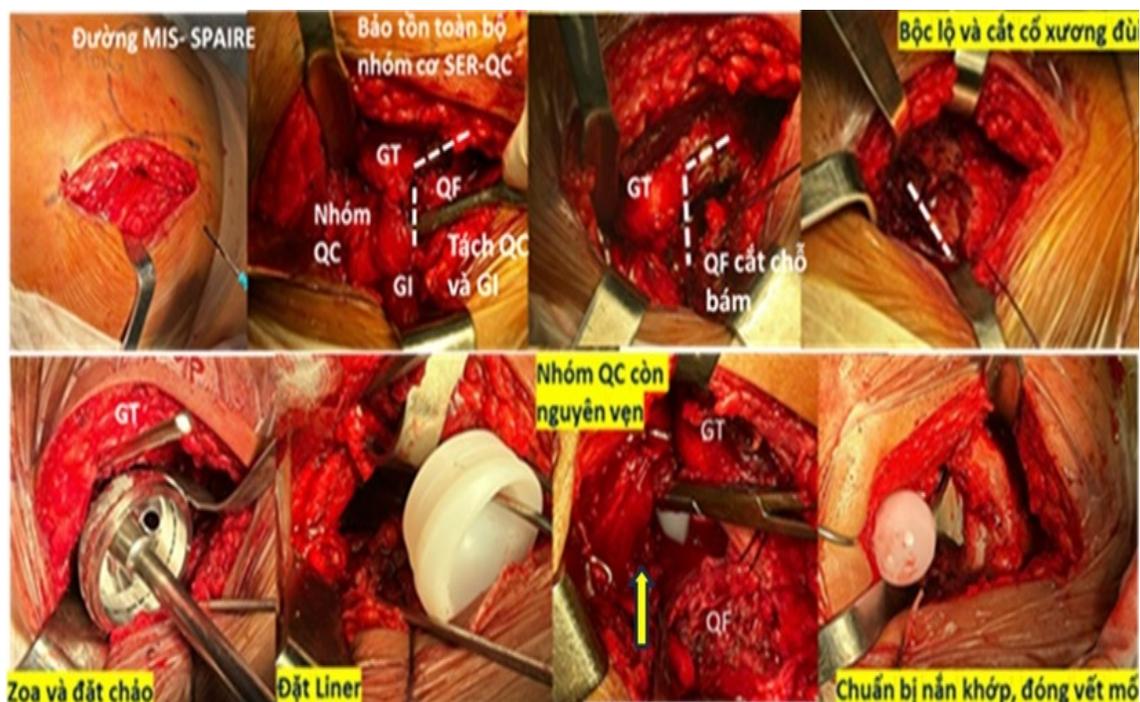
Hình 2. Bảo tồn nhóm cơ SER-QR cả quá trình mổ

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Các đặc điểm chung về nhân khẩu học và đặc điểm trong, sau mổ

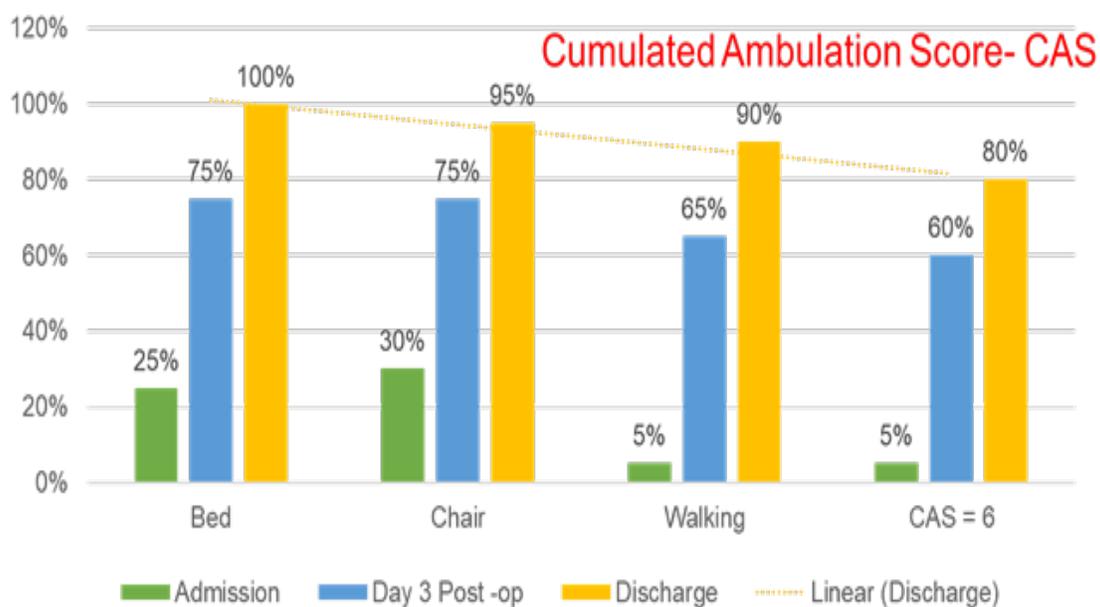
42 ca bệnh gãy FNF đã được phẫu thuật kỹ thuật SPAIRE, 28 thay lưỡng cực bán phần và 15 thay toàn phần. Tuổi trung bình $71,6 \pm 13,5$ tuổi (31 - 85 tuổi); giới: nam/nữ: 16/26 (61,5% nữ); bệnh nền chủ yếu tăng huyết áp 30/42 (71,4%), viêm phổi sau mổ 2/42 (4,8%), loạn thần tạm thời hậu phẫu 1/42 (2,4%), suy vành 6/42 (13,3%). Thời gian mổ trung bình nhóm bán phần $42 \text{ ph} \pm 12,4 \text{ ph}$ (tính từ rạch da) và nhóm thay THA $1 \text{ h} \pm 0,21$; dài nhất 2 giờ ở nhóm THA, nhanh nhất 30 phút nhóm BiHA; lượng máu

truyền trung bình $0,45 \pm 0,11$ đơn vị cho thay toàn phần; thay BiHA không truyền máu. Chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở thay bán phần Spaire so với đường mổ thông dụng thường quy tại viện, nằm viện trung bình sau mổ là $5,52 \pm 1,2$ ngày sớm hơn 1 - 3 ngày so với các ca mổ đường mổ thông dụng tại viện (8 - 12 ngày). Chiều dài vết mổ trung bình $7,4 \pm 1,6 \text{ cm}$ (6 - 9 cm). Tai biến, biến chứng và tử vong sau mổ theo dõi 3 tháng không có. Tác giả Michael Apostolides, William Thomas (2024) [13] cũng đã ghi nhận nhóm mổ kỹ thuật SPAIRE giúp vận động trở lại sớm hơn (1,4 ngày) so với 2 nhóm Hardinge và PA (2 và 6 ngày).

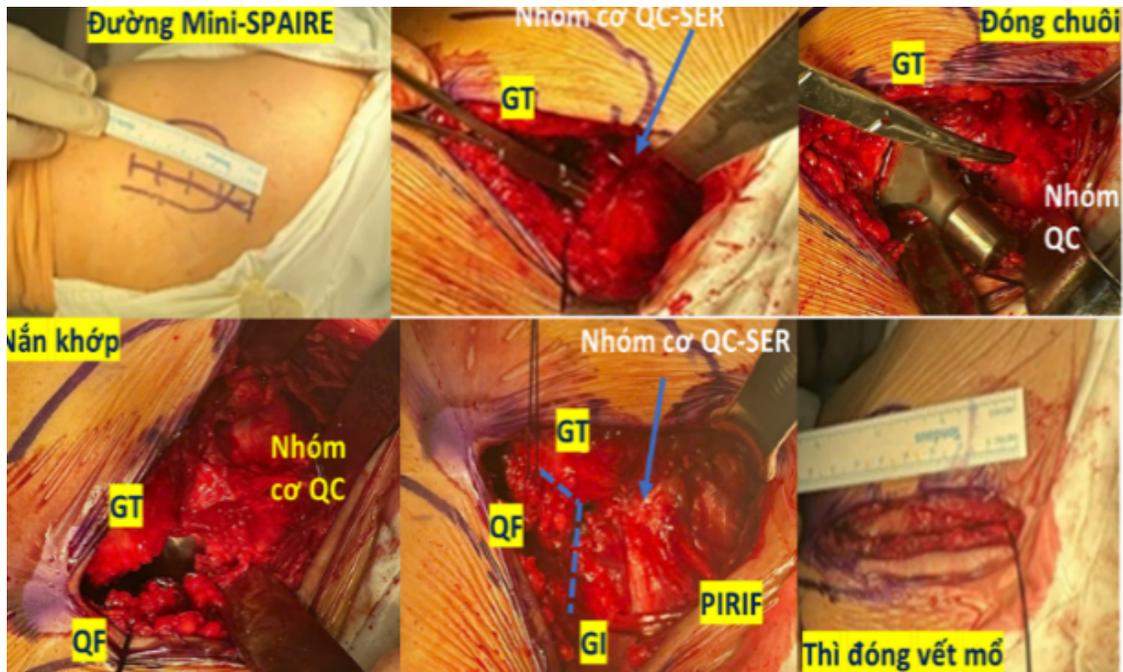


Hình 3. Sơ lược kỹ thuật Mini-SPAIRe trong thay khớp háng toàn phần cho gãy FNF

3.2. Đánh giá kết quả sớm với các ưu điểm



Biểu đồ 1. Vận động sớm sau mổ khá tốt. Chỉ số CAS khi ra viện $\geq 80\%$

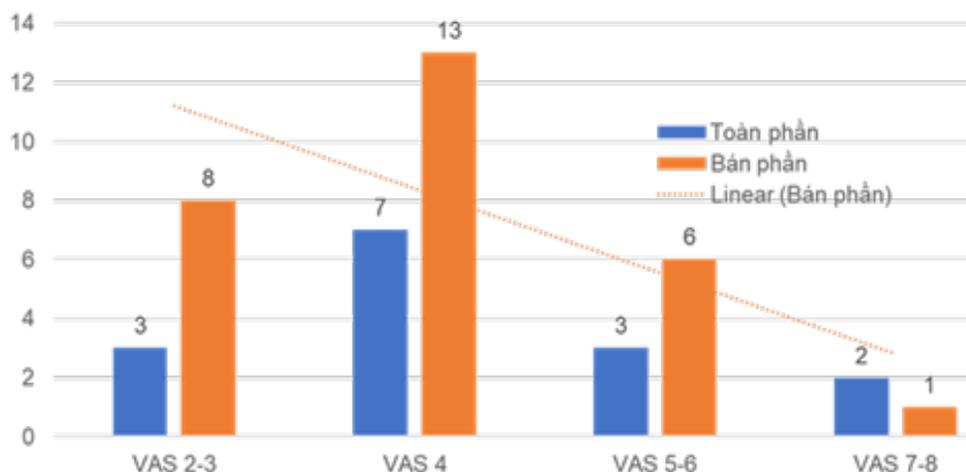


Hình 4. Kỹ thuật Mini - Spaire thay chòm đùi

VAS trung bình sau mổ (biểu đồ 2): $5,02 \pm 0,78$ điểm (2 - 8 điểm). Mức độ đau sau mổ từ theo VAS nhiều nhất là 3 - 4 điểm (73,8%), ít đến đau vừa là lý do giúp bệnh nhân tự tin tập sớm. Paul YF Lee, John Charity cho rằng, kỹ thuật SPAIRE khá an toàn, ít đau so với các lối mổ tiêu chuẩn, giúp phục hồi mức độ vận động (ROM) như trước chấn thương và không cần bất kỳ hạn chế chức năng nào^[9]. Điểm đi lại tích lũy (CAS) là một công cụ đánh giá khả năng vận động sớm (ra vào giường, ngồi dậy khỏi ghế và đi bộ), mô tả 3 hoạt động cơ bản như trên, mỗi hoạt động 3 mức điểm (0 - 1 - 2) theo khả năng vận động sớm người bệnh^[10], CAS = 6 là điểm tối đa. Kết quả với CAS (biểu đồ 1) thời điểm ra viện thấy rõ bệnh nhân vận động sớm khá tốt $\geq 80\%$. Điểm Harris (bảng 1), thấy không có sự khác biệt sau 3

tháng và 6 tháng. Harris trước mổ trung bình 41,1 (22 - 62), sau mổ 84,4 (55 - 96) trong lần theo dõi cuối với $P < 0,001$ và kết quả tốt, rất tốt là 92,5%. Với kết quả VAS, CAS và Harris như trên đã thể hiện bước đầu ưu điểm kỹ thuật Mini - Spaire vì bảo tồn, không cắt nhóm cơ QC, ít gây chấn thương khớp nên ít đau sau mổ giúp vận động sớm. Ngoài ra, theo nhiều tác giả^[4, 12], Kỹ thuật SPAIRE còn cải thiện đáng kể vì bảo tồn giải phẫu học không gây tổn thương nhóm cơ lớn khớp háng như đường sau PA, hay đường Hardinge có cắt/ tách một phần gân cơ mông nhỏ, mông bé. Việc vận động sớm sau phẫu thuật gãy xương ở người cao tuổi sẽ giúp giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng do nằm dài ngày^[8,11].

3.3. Khả năng khắc phục trật khớp kỹ thuật SPAIRE



Biểu đồ 2. VAS mức 3 - 4 chiếm nhiều nhất 73,8%

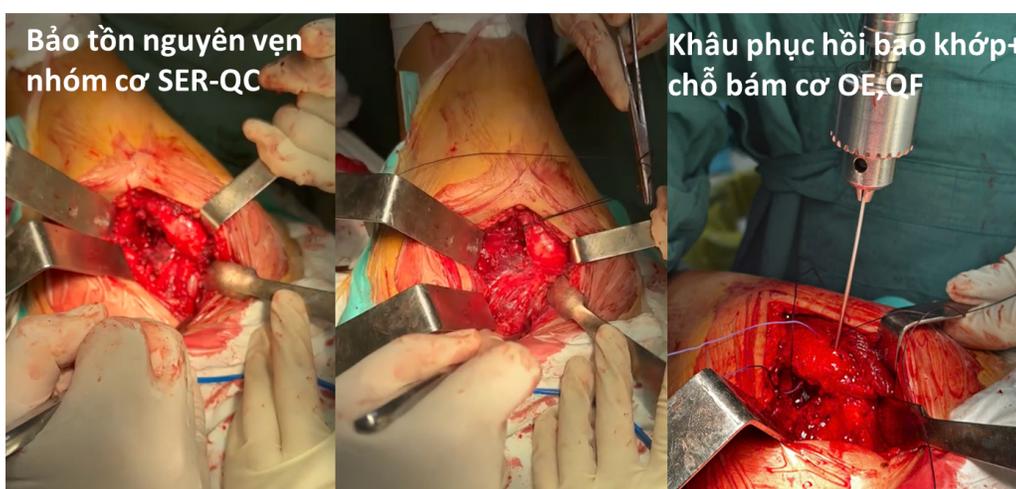
Đánh giá sau mổ 6 tháng ghi nhận không có ca nào trật khớp. 3 tuần đầu vẫn khuyến cáo hạn chế các tư thế dễ trật khớp, sau 3 tuần cho phép bệnh nhân vận động bình thường, có thể ngồi xổm được, kết quả không có tỉ lệ trật khớp nào xảy ra cho cả 2 nhóm (bảng 2). Kỹ thuật SPAIRE bảo tồn các cơ QC - SER (cùng cơ mông nhỏ, mông bé nguyên vẹn) là rất quan trọng cho chức năng phục hồi vận động khớp háng. Một số tác giả giác như Yong Sik Kim, W. Maloney (2008) nghiên cứu 3 nhóm: đường mổ sau PA kinh điển không khâu phục hồi nhóm cơ SER đã cắt, nhóm khâu nối lại SER và nhóm bảo tồn cơ hình lê (Piriformis - Preserving Posterior Approach - PPPA), theo dõi ≥ 1 năm. Kết quả nhóm PPPA không có trật khớp, tỷ lệ trật khớp 2 nhóm kia lần lượt 3,9% và 5,3%^[4]. Cùng năm, Hanley đã thay bán phần bảo tồn cơ hình lê ở một loạt bệnh nhân bị rối loạn thần kinh hông trật khớp chủ động cho kết quả tốt bất kể BMI.

Trật khớp háng sau phẫu thuật thay khớp là một biến chứng nghiêm trọng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố^[1, 7], có thể chia 3 nhóm: nhóm từ bệnh nhân, nhóm liên quan đến phẫu thuật, nhóm quản lý sau phẫu thuật. Nhóm từ bệnh nhân gồm tuổi (> 80 tuổi), BMI > 30 kg/m², các bệnh nền thần kinh cơ, bệnh thắt lưng cùng và

tiền sử phẫu thuật háng^[6]. Nhóm liên quan phẫu thuật gồm đường mổ, kinh nghiệm mổ, sửa chữa và cân bằng mô mềm^[9], vị trí và độ lệch chảo, đường kính chỏm đùi, thiết kế implant^[7]. Trong các yếu tố này, phẫu thuật viên có thể kiểm soát các yếu tố liên quan phẫu thuật. Theo Lewinnek, tỷ lệ trật khớp là 1,5%, khi chảo được đặt vùng "an toàn" ngã trước 15 ± 10^0 và nghiêng ngoài 40 ± 10^0 , ngoài vùng này, tỷ lệ trật khớp là 6,1%^[2, 12]. Tất cả các ca mổ THA đều đặt chảo thuộc "vùng khá an toàn" theo kinh nghiệm chúng tôi với độ nghiêng ngoài (đang) $45^\circ - (4 - 7^\circ)$, ngã trước $15^\circ + (4 - 7^\circ)$, đường như loại bỏ nguy cơ trật do lệch ổ chảo. Quản lý sau phẫu thuật THA cũng quan trọng, với các đường mổ thông dụng, bệnh nhân được khuyến hạn chế các tư thế có nguy cơ trật khớp. Tuy vậy, Matthew W. Tetreault thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ trật khớp giữa nhóm không khuyến cáo và có khuyến cáo hạn chế các tư thế nguy cơ trật khớp 1.03% so với 0,68%^[13] và sau mổ 6 tuần, nhóm không bị hạn chế xác nhận ít gặp khó khăn hơn trong sinh hoạt hàng ngày, sớm quay lại lái xe. Một nghiên cứu thay khớp bán phần SPAIRE với 67 ca gãy FNF có rối loạn thần kinh, tỷ lệ trật khớp 0% so nhóm chứng 7,7%^[12]. Cơ QC không chỉ là cơ xoay ngoài mà còn là cơ khấp và duỗi

chính của khớp háng ở tư thế gập 90°, giúp động tác nâng, đẩy một chân và chịu tải trọng [1] cần cho bệnh nhân cố gắng đứng dậy từ ghế ngồi. Về mặt lý thuyết, bảo tồn nhóm cơ bảo vệ thành sau sẽ cho khả năng vận động sớm về động tác dạng - xoay ngoài và gân cơ bịt trong (OI) đóng vai trò như dây cương (check rein) ngăn trật khớp sau [7, 9]. Qua đó giúp phục hồi vận động, đi lại và ra viện sớm, không ngại trật khớp và không cần khuyến cáo phòng tránh trật khớp như các đường mổ kinh điển [6, 8]. Nakamura [14] theo dõi 320 ca SPAIRE - THA không thấy trật khớp nào. Nguy cơ trật khớp sau

mổ theo tác giả là $\leq 0,3\%$ với kỹ thuật SPAIRE, so với 5,5 - 13% của đường sau PA cổ điển, và $\leq 2\%$ đường trước DAA và $\leq 3,3\%$ đường Hardinge. Michael Apostolides, William Thomas, 2024 [13] đã ghi nhận không có trật khớp nào ở nhóm SPAIRE, trong khi tỷ lệ trật ở 2 nhóm Hardinge và đường sau PA lần lượt là 2,5% và 9,1% sau mổ 6 tháng. Cũng cần đề nghị rằng kỹ thuật SPAIRE cũng là chỉ định rất tốt và an toàn cho người bệnh trước đây vốn chống chỉ định tương đối (như lú lẫn hay yếu liệt nhẹ...) nhưng có nhu cầu phục hồi việc đi lại.



Hình 5. Khâu phục hồi bao khớp xuyên xương bằng chỉ siêu bền theo Savory

Bảng 1. Kết quả theo Harris Hip Score

Kết quả 6 tháng (Harris)	THA N = 15	BiHA N = 25	%
Tốt (81 - 91)	10	11	52,5%
Khá (71 - 80)	4	12	40,0%
Trung bình (61 - 70)	1	2	7,5%
Xấu (< 61)	0	0	0,0%
Tổng	15		100%

Bảng 2. Kết quả không có trật khớp theo dõi đến 6 tháng và không cần khuyến cáo hạn chế các động tác

Khả năng chống trật khớp, thời gian theo dõi 6 tháng đầu	Trật khớp	Không trật khớp	
THA N = 14	Khuyến cáo hạn chế 3 tuần đầu	0	14 (100%)
	Bỏ khuyến cáo sau 3 tuần	0	14 (100%)
BiHA	Khuyến cáo hạn chế 3 tuần đầu (N = 28)	0	28 (100%)
	Không hạn chế sau 3 tuần đến 6 tháng (N = 25)	0	25 (100%)
Tổng	0%	100%	

3.4 Ưu điểm khâu xuyên xương bằng chỉ siêu bền

Nghiên cứu đã thực hiện ở thì cuối cuộc mổ, đều phục hồi bao khớp cùng chỗ bám cơ QF, GE qua lỗ khoan 2,5 mm, 2 mũi xuyên xương máu chuyển lớn theo tác giả Savory (Hoa Kỳ, 2022) bằng chỉ siêu bền Hi-Fi. Chúng tôi cho rằng bằng việc thực hiện đường mổ nhỏ SPAIRE bảo tồn cơ cùng việc phục hồi bao khớp vững chắc như trên cũng là lý do cho bệnh nhân ít đau, tự tin tập sớm sau mổ và không ngại trật khớp. Nhiều nghiên cứu khác đến nay đã cố gắng giảm tỷ lệ trật khớp bằng cách cải tiến cách khâu phục hồi cấu trúc cơ SER và khâu phục hồi xuyên xương bao khớp^[4, 13]. Kevin J. Bozic cho rằng nguy cơ trật khớp cao hơn nếu không thực hiện sửa chữa mô mềm bao khớp^[9]. Sion nghiên cứu về cơ sinh học^[4] đã kết luận sức mạnh cơ học của khâu xuyên xương cao > 4 lần khi không khâu và gấp 2 lần với nhóm chỉ xuyên cơ. Góc xoay hông của nhóm khâu xuyên xương tăng 83% so với nhóm không khâu^[2, 11]. Các tác giả khác^[10, 14] hầu như đều cho phép bệnh nhân vận động bình thường ngay sau mổ, không cần hạn chế vận động phòng trật khớp dài ngày sau mổ như ở đường mổ sau thông dụng.

Nền tảng kỹ thuật bảo tồn hay khâu phục hồi gân cơ này dựa trên cơ sở nghiên cứu giải phẫu ứng dụng. Yoshiaki Ito và cộng sự^[3] đã nghiên cứu chi tiết giải phẫu thấy rằng các cơ SER bám tận kéo dài đến mặt trước trên vào máu chuyển lớn so với giải phẫu kinh điển và cơ bịt trong (Obturator Internus - OI) thường bám tận rộng vào máu chuyển lớn (Greater Trochanter - GT) từ phía sau, hướng về trước - trong hơn so với cơ hình lê, vai trò như dây thừng hãm chống trật. Với phát hiện mới về giải phẫu này, Yoshiaki Ito kết luận nhóm cơ QC có vai trò làm vững chống trật khớp ra sau. Vaarbakken K, 2022^[4] nghiên cứu giải phẫu chức năng đã phát hiện rằng cơ hình lê, cơ sinh đôi trên, cơ bịt trong và cơ sinh đôi dưới hoạt động cùng nhau như một “cơ tứ đầu đùi” của khớp háng có chức năng như một

cơ dạng và duỗi chính của khớp háng khi háng gấp 90°^[1, 6]. QC còn tham gia động tác nâng háng đùi lên từ thế ngồi, đẩy bằng một chân và chịu trọng lực^[7], là những động tác cần thiết khi bệnh nhân đứng dậy từ tư thế ngồi. Vì vậy, chúng tôi nghĩ rằng kỹ thuật Mini - Spaire cùng khâu phục hồi bao khớp cùng chỗ bám cơ QF, GE cũng là lý do để giúp bệnh nhân phục hồi sớm, tập sớm sau mổ mà không còn e ngại biến chứng trật khớp?

3.5 Một số lưu ý trong kỹ thuật phẫu thuật Mini - Spaire

Đường mổ thông dụng vốn có ưu điểm phẫu trường rộng dễ thao tác và thành công cuộc mổ còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Đối với kỹ thuật Mini - Spaire, sẽ có các vấn đề khó khăn đặt ra bước đầu như phẫu trường kém rộng rãi, làm tổn thương nhóm cơ SER khi thao tác, dễ nguy cơ gãy xương máu chuyển thì rập, nắn khớp... Thực tế phẫu thuật, chúng tôi thấy trong một số ca mổ đầu cũng có chút khó khăn. Để giúp giải quyết các vấn đề trên cốt lõi là làm lực căng được giải phóng khỏi các cơ SER, giúp cơ chùn là cần tách dính nhóm cơ trên khỏi bao khớp bên dưới hoàn toàn và được hỗ trợ bằng cách nâng đầu gối dạng đùi trung tính với gối gấp và háng gấp. Thì chưa cắt xương, cần cẩn thận không làm hỏng chỗ bám cơ QC. Thì làm đùi, ống đùi được bộc lộ theo góc nghiêng mong muốn để bộc lộ mặt cắt cổ xương đùi với gấp háng 90°, xoay trong 90°. Các điểm bám các cơ QC được giữ nguyên nằm ở phía trước trên mặt trong của máu chuyển lớn và phải được bảo vệ không bị tách khỏi xương ở thì đục rập ống đùi. Nắn khớp chú ý gấp háng hoàn toàn và xoay ngoài đùi trong khi liên tục kéo đùi để đưa chỏm vào khớp dưới các cơ QC mà không làm tổn thương chúng.

4. KẾT LUẬN

Kỹ thuật SPAIRE là phương pháp phẫu thuật nhiều ưu điểm, bảo tồn sự vững chắc thành sau khớp háng giúp sớm trở lại các hoạt động như trước chấn thương và tránh nguy cơ trật khớp. Đề tài bước đầu nêu một số kinh nghiệm kỹ thuật mới tại Việt Nam. Chúng tôi khuyến nghị rằng, kỹ thuật

SPAIRE là một lựa chọn an toàn có thể không cần khuyến cáo bệnh nhân hạn chế phòng trật khớp sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enocson A, Pettersson H, Ponzer S, Tornkvist H, Dalen N, et al. (2009), "Quality of life after dislocation of hip arthroplasty: a prospective cohort study on 319 patients with femoral neck fractures with a one-year followup". *Qual Life Res* 18: 1177 - 1184.97.
2. Foss. B, Kristensen. MT, Kehlet. H. (2006), "Prediction of postoperative morbidity, mortality and rehabilitation in hip fracture patients: the cumulated ambulation score (CAS)". *Clin Rehabil*, 20 (8), pp. 701 - 708.
3. Griffiths R, White SM, Moppett IK, Parker MJ, Chesser TJ, et al. (2015), "Safety guideline: reducing the risk from cemented hemiarthroplasty for hip fracture 2015: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland British Orthopaedic Association British Geriatric Society". *Anaesthesia* 70: pp. 623 - 626.
4. Han SK, Kim YS, Kang SH (2012), "Treatment of femoral neck fractures with bipolar hemiarthroplasty using a modified minimally invasive posterior approach in patients with neurological disorders". *Orthopedics* 35: e635 - e640.
5. Hanly RJ, Sokolowski S, Timperley AJ (2017), "The SPAIRE technique allows sparing of the piriformis and obturator internus in a modified posterior approach to the hip". *Hip Int* 27: pp. 205 - 209.
6. John Charity, Susan Ball, Andrew J, Timperley (2023). "The use of a modified posterior approach (SPAIRE) may be associated with an increase in return to pre injury level of mobility compared to a standard lateral approach in hemiarthroplasty for displaced intracapsular hip fractures: a single centre study of the first 285 cases over a period of 3.5 years". *Original article, European Journal of Trauma and Emergency Surgery* 49: pp. 155 - 163.
7. Kristensen TB, Vinje T, Havelin LI, Engesaeter LB, Gjertsen JE (2017), "Posterior approach compared to direct lateral approach resulted in better patient-reported outcome after hemiarthroplasty for femoral neck fracture". *Acta Orthop* 88: pp. 29 - 34.
8. Leonardsson O, Rolfson O, Rogmark C (2016), "The surgical approach for hemiarthroplasty does not influence patient-reported outcome: a national survey of 2118 patients with one-year follow-up". *Bone Joint J* 98-B (4): pp. 542 - 547.
9. Lee YC, Callary SA, Howie DW, Thewlis D, Solomon LB (2012), "The Effect of Hip Position on the Length of Trochanteric Muscles: Potential Journal of Arthritis", *J Arthritis* 2017, 6:3.
10. Moore AT (1957), "The self-locking metal hip prosthesis". *J Bone Joint Surg Am* 39-A(4): pp. 811 - 827.
11. Matthew W. Tetreault, MDa,b,c, Faisal Akrama, Jefferson Li (2020). "Are Postoperative Hip Precautions Necessary After Primary Total Hip Arthroplasty Using a Posterior Approach? Preliminary Results of a Prospective Randomized Trial". *The Journal of Arthroplasty*. PRIMARY HIP Volume 35, Issue 6, Supplement S246-S251, June 2020.
12. Paul YF Lee, John Charity and John Timperley (2017), "Details of a Tendon-Sparing Posterior Approach in Hemiarthroplasty in the Treatment of Displaced Intracapsular Neck of Femur Fracture". Research Article, *J Arthritis* 2017, 6:3.
13. Siebenrock KA, Rösler KM, Gonzalez E, Ganz R (2000), "Intraoperative electromyography of the superior gluteal nerve during lateral approach to the hip for arthroplasty". *J Arthroplasty* 15: pp. 867 - 870.
14. Vaarbakken K, Steen H, Samuelsen G, Dahl HA, Leergaard TB, et al. (2014) "Lengths of the external hip rotators in mobilized cadavers indicate the quadriceps coxa as a primary abductor and extensor of the flexed hip". *Clin Biomech* (Bristol, Avon) 29: pp. 794 - 802.