

Kết quả bước đầu điều trị viêm rò khớp háng mạn tính sau tháo khớp nhân tạo bằng vạt cơ rộng ngoài cuống liên

Initial results of using pedicle vastus lateralis muscle flap in treatment of persistent hip infections after arthroplasties

Phùng Văn Tuấn, Lê Văn Đoàn, Lê Hồng Hải,
Nguyễn Quốc Dũng, Ngô Thái Hưng, Mai Đức Việt,
Nguyễn Tiến Thành

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng vạt cơ rộng ngoài cuống liên điều trị viêm rò mạn tính khớp háng sau thay khớp, từ đó rút ra nhận xét về chỉ định, kỹ thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo 03 bệnh nhân bị viêm rò mạn tính khớp háng sau thay khớp nhân tạo từ 3 tháng đến 5 năm, đã trải qua 7 - 28 lần mổ, được điều trị bằng phương pháp trám độn vạt cơ rộng ngoài cuống liên, chỉ định sử dụng vạt dạng bán đảo cho 02 ổ khuyết hổng lớn, 01 vạt dạng đảo cho 01 ổ khuyết hổng nhỏ. **Kết quả:** Thời gian theo dõi sau mổ 3 - 4 tháng (trung bình 3,3 tháng), kết quả cả 3 bệnh nhân đều liền sẹo ổ mổ, khớp háng không đau hoặc đau ít (VAS 1 - 2 điểm). Sức cơ tứ đầu đùi và biên độ vận động khớp gối không giảm so với trước chuyển vạt cơ. **Kết luận:** Sử dụng vạt cơ rộng ngoài cuống liên điều trị viêm rò mạn tính khớp háng sau thay khớp bước đầu cho kết quả khả quan, giúp hết tình trạng viêm rò, cải thiện, hết triệu chứng đau, chức năng khớp gối không bị ảnh hưởng.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn sau thay khớp háng, vạt cơ rộng ngoài.

Summary

Objective: To evaluate initial results of using pedicle vastus lateralis muscle flap in treatment of persistent hip infections after arthroplasties. Indications and techniques were then discussed. **Subject and method:** Three cases whom suffered from persistent hip infections after arthroplasties for 3 months to 5 years, underwent 7 to 28 times of operations using two semi-island flaps and one island flap. **Result:** Postoperative follow-up time were from 3 - 4 months (3.3 months in average). All patients were completely healed at operative site, no pain or only mild pain at the hip (VAS 1 - 2). Quadriceps muscle strength and ROM of knees were maintained as compared to pre-muscles transfer. **Conclusion:** Using pedicle vastus lateralis muscle flap in treatment of persistent hip infections after arthroplasties showed promising outcome, resulted in eradication of infection, pain relief and maintenance of knees function.

Keywords: Hip infections after arthroplasties, pedicle vastus lateralis muscle flap.

Ngày nhận bài: 16/01/2018, ngày chấp nhận đăng: 30/01/2018

Người phản hồi: Phùng Văn Tuấn, Email: drtuanptk108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Nhiễm khuẩn sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo chiếm tỷ lệ khoảng 0,2 đến 2,2% đối với thay khớp lần đầu, 1,1 - 3,7% với thay lại khớp [2], đây là biến chứng rất nặng nề, thậm chí gây tàn phế cho bệnh nhân (BN). Việc điều trị nhiễm khuẩn sau thay khớp rất khó khăn. Cho đến nay, phương pháp điều trị phổ biến vẫn là "hai thì", tỷ lệ thành công của phương pháp này 94 - 98% [2], tuy nhiên, với các trường hợp viêm rò mạn tính, dù đã được trám xi măng kháng sinh nhưng tỷ lệ tái phát vẫn rất cao, tới 20% [6].

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, hàng năm chúng tôi tiếp nhận hàng chục bệnh nhân nhiễm khuẩn sau thay khớp háng, trong đó có trường hợp dù đã được phẫu thuật nhiều lần, với nhiều phương pháp nhưng vẫn không ổn định. Từ tháng 7 năm 2017 chúng tôi đã nghiên cứu sử dụng vật cơ rộng ngoài có cố định mạch để trám vào ổ khớp nhiễm khuẩn sau tháo bỏ khớp nhân tạo hoặc xi măng kháng sinh. Mục tiêu của bài báo này: *Chúng tôi nêu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả ban đầu của 3 bệnh nhân trên, từ đó rút ra một số nhận xét ban đầu về chỉ định và kỹ thuật.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 03 bệnh nhân nam, 23, 51 và 61 tuổi. Ba bệnh nhân này đều có biến chứng nhiễm khuẩn khớp háng sau thay khớp nhân tạo, sau đó được điều trị tháo bỏ khớp, cắt lọc, điều trị hút áp lực âm (VAC), trám xi măng kháng sinh, nhưng tình trạng viêm rò vẫn tái diễn.

Thông tin cụ thể các bệnh nhân như sau:

Bệnh nhân 1: 23 tuổi, được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng lần đầu năm 2012 điều trị khớp giả, tiêu ổ chỏm xương đùi, sau mổ nhiễm khuẩn khớp, được điều trị tháo khớp, trám xi măng. Năm 2015 thay lại khớp, sau thay khớp lại bị nhiễm khuẩn khớp, đã phải tháo khớp, đặt lại xi măng kháng sinh nhưng viêm rò kéo dài.

Bệnh nhân 2: 51 tuổi, bị bệnh hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi hai bên độ V, được phẫu thuật thay khớp háng phải toàn phần, không xi măng. Sau mổ 01 tháng viêm rò. Sau 03 tháng nhập viện, tháo bỏ khớp háng nhân tạo, điều trị VAC, trám xi măng kháng sinh, khâu da kỳ II, điều trị 57 ngày, nhưng không liền vết mổ.

Bệnh nhân 3: 61 tuổi, bị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi hai bên, đã thay khớp háng toàn phần, không xi măng bên phải năm 2010. Tháng 10.2016 thay khớp háng toàn phần, không xi măng bên trái. Sau mổ 1 tháng viêm rò. Bệnh nhân đã được mổ tháo khớp háng nhân tạo bên trái, trám xi măng kháng sinh nhưng viêm rò tái phát sau 02 tuần.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, theo dõi dọc, với các chỉ tiêu đánh giá:

Xác định các đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu: Các phương pháp và thời điểm phẫu thuật trước khi trám vật cơ, thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền, đặc điểm vật cơ, thời gian từ khi trám vật cơ đến khi liền sẹo, các phương pháp điều trị kết hợp. Chức năng khớp háng khớp gối trước mổ và tại thời điểm theo dõi.

Cận lâm sàng: Vi khuẩn gây bệnh, kết quả xét nghiệm hs-CRP, máu lắng.

Kỹ thuật mổ:

Bệnh nhân nằm nghiêng, đánh trái sạch toàn bộ chi mổ bằng dung dịch sát khuẩn.

Thì 1 (dọn sạch tổ chức viêm - chuẩn bị vị trí trám cơ): Rửa sạch ổ mổ, cắt lọc mép ổ tổn thương, cắt lọc tổ chức xơ, hoại tử còn sót lại tại đầu trên xương đùi và trong ổ cối.

Thì hai (bóc vật): Rạch da từ đỉnh mấu chuyển lớn đến góc trên ngoài xương bánh chè. Xẻ cân cơ căng cân đùi, bóc lộ bề mặt cơ rộng ngoài và cơ thẳng đùi, xác định vách liên cơ giữa cơ rộng ngoài và thẳng đùi, bóc tách theo rãnh liên cơ từ 1/3 giữa đùi lên trên, tìm bó mạch chính nuôi cơ rộng ngoài là nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài. Sau đó tùy theo kích thước ổ khuyết hồng, nếu ổ khuyết hồng nhỏ, thì chỉ cần lấy khối lượng cơ vừa đủ, khi đó bóc tách

bó mạch nuôi chính, lấy vật cơ có kích thước phù hợp, có cuống mạch dạng hình đảo. Nếu ổ khuyết hồng lớn, không cần bóc tách riêng cuống mạch, chỉ cần bóc tách vật cơ xuống dưới, cắt đầu ngoại vi của cơ ra khỏi điểm bám tận tại gân tứ đầu đùi, tiếp tục bóc vật từ dưới lên trên, giữ nguyên điểm bám của cơ, khi đó vật dạng hình bán nguyệt.

Thì 3 (trám vật cơ): Xoay hoặc lật vật cơ 180 độ, trám độn lấp đầy vào ổ cối, cố định vật bằng các mối chỉ khâu quanh ổ cối và chỉ nylon xuyên qua trần ổ cối.

Thì 4 (đóng ổ mổ): Khâu thu hẹp da, để ngỏ một phần vật cơ. Đặt dẫn lưu tại ổ cối và chỗ bóc vật. Khâu đóng chỗ lấy vật 1 lớp.

Sau mổ: Bệnh nhân nằm ngửa hoặc nằm nghiêng sang bên lành, không nằm nghiêng sang bên bệnh, không tỳ nén lên chân bệnh trong 04 tuần, không cần kéo liên tục. Thay băng, chăm sóc vết thương hàng ngày. Sau 1 - 2 tuần, khi tổ chức hạt mọc đều tại chỗ cơ để ngỏ, tiến hành ghép da xẻ đôi vào diện tổ chức hạt. Luyện tập vận động gấp duỗi gối, cổ chân, tập sức cơ trong khi nằm viện. Sau khi liền vết mổ, bệnh nhân tập đi lại trên nạng, nẹp chỉnh hình hoặc xe lăn.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Số lần phẫu thuật và các phẫu thuật đã tiến hành

Bảng 1. Số lần phẫu thuật và các phẫu thuật đã tiến hành

	Thay khớp lần đầu	Tháo khớp	Cắt lọc, điều trị VAC, khâu da kỳ II	Trám xi măng kháng sinh	Tháo xi măng	Thay lại khớp
Ca 1	1	2	20	2	2	1
Ca 2	1	1	3	1	1	0
Ca 3	1	1	9	1	1	0

Trước khi phẫu thuật chuyển vật cơ, bệnh nhân 1 đã được phẫu thuật 28 lần, trong đó có 2 lần thay khớp, sau đó tháo khớp 2 lần, 2 lần trám xi măng kháng sinh, thất bại, khi đến viện trong tình trạng viêm rò khớp háng, còn xi măng kháng sinh. Bệnh nhân 2 thay khớp kỳ đầu sau 01 tháng

viêm rò, điều trị kháng sinh dài ngày tại tuyến trước không hết, đã phẫu thuật tổng số 7 lần. Bệnh nhân 3 phẫu thuật 13 lần, trong đó có 1 lần tháo khớp, trám xi măng kháng sinh nhưng vẫn viêm rò tái phát, đã tháo xi măng, điều trị VAC, khâu da kỳ 2 nhưng không thành công.

Thời gian điều trị

Bảng 2. Thời gian điều trị

Thời gian	Từ khi phẫu thuật thay khớp lần đầu đến khi nhập viện (tháng)	Từ khi nhập viện đến khi trám vật cơ (ngày)	Từ khi trám vật cơ đến khi ra viện (ngày)
Ca 1	60	51	25
Ca 2	03	57	19
Ca 2	06	50	20

Như vậy, trước khi nhập viện, các bệnh nhân phải trải qua nhiều tháng, năm điều trị với các phương pháp khác nhau nhưng không thành công, khi nhập viện, bệnh nhân nằm viện dài ngày, trung bình gần 2 tháng cho đến khi được phẫu thuật trám vật cơ, sau khi trám vật cơ, các bệnh nhân chỉ nằm viện thêm trung bình khoảng 3 tuần.

Kết quả cấy khuẩn tại ổ mổ

Trong 3 bệnh nhân, chúng tôi tiến hành cấy khuẩn 3 lần tại các vị trí khác nhau trong ổ mổ,

khi cắt lọc tổ chức viêm, nhưng chỉ bệnh nhân số 2 phân lập được vi khuẩn tụ cầu vàng, 2 bệnh nhân còn lại không phân lập được vi khuẩn tại ổ mổ.

3.2. Về phương pháp điều trị

Thời gian phẫu thuật: Bệnh nhân 1: 125 phút, bệnh nhân 2: 110 phút, bệnh nhân 3: 100 phút.

Lượng máu truyền trung bình 2 đơn vị (BN 1: 1 đơn vị, BN 2: 3 đơn vị, BN 3: 2 đơn vị).

Đặc điểm vật cơ rộng ngoài:

Bảng 3. Đặc điểm vật cơ

	Chiều dài vật (cm)	Khoảng cách từ cuống vật đến đáy ổ cối (cm)
Ca 1	25	20
Ca 2	26	19
Ca 3	24	18

Kiểu phân bố mạch vào vật và kỹ thuật bóc vật: Cả 3 BN mạch phân bố vào cơ thuộc nhóm I.

Kỹ thuật bóc vật: BN 1 vật dạng đảo, BN 2 và 3 vật dạng bán đảo.

3.3. Kết quả điều trị

Diễn biến tại vết mổ

Cả 3 BN đều để ngỏ, thay băng theo dõi vật cơ, sau đó ghép da xẻ đôi phủ lên vật, vết thương liền da kỳ II nhờ ghép da mỏng.

Kết quả theo dõi bước đầu

Thời gian theo dõi bệnh nhân 1: 03 tháng, bệnh nhân 2: 03 tháng, bệnh nhân 3: 04 tháng (trung bình 3,3 tháng).

Tình trạng sẹo mổ: 3/3 bệnh nhân liền sẹo ổn định, tại thời điểm kiểm tra ổ mổ hết viêm rò.

Tình trạng đau nhức tại khớp háng: Cả 3 BN đều gần như hết đau khớp háng, thang điểm VAS của 3 BN mức 1 - 2 điểm.

Biên độ vận động khớp háng:

Bảng 4. Biên độ vận động khớp háng

		BN 1		BN 2		BN 3	
		TM	SM	TM	SM	TM	SM
Khớp háng	Gấp/duỗi	60/0/0	90/0/10	80/0/0	90/0/10	90/0/0	100/0/10
	Dạng/khép	10/0/10	20/0/10	20/0/10	30/0/20	30/0/20	30/0/30

TM: trước mổ, SM: sau mổ

Như vậy, biên độ vận động khớp háng sau mổ tốt hơn so với trước mổ, biên độ vận động khớp gối không giảm so với trước mổ.

Biên độ vận động khớp gối:

Bảng 5. Biên độ vận động khớp gối

	BN 1		BN 2		BN 3	
	TM	SM	TM	SM	TM	SM
Gấp/duỗi	60/5/0	60/5/0	135/0/0	135/0/0	120/0/0	120/0/0

Sức cơ tứ đầu đùi: Đạt mức M5, không giảm so với trước phẫu thuật chuyển vạt.

Như vậy tất cả các bệnh nhân đều hết viêm rò, so với trước mổ bệnh nhân không hoặc ít đau, biên độ vận động khớp háng cải thiện, biên độ vận động khớp gối và sức cơ tứ đầu đùi không giảm so với trước khi bóc vạt.

Kết quả cận lâm sàng

Bảng 6. Kết quả cận lâm sàng

	BN 1	BN 2	BN 3
Máu lắng (mm)	02	99	60
hs-CRP (mg/L)	0,91	21,18	(+)

Tại thời điểm kiểm tra, BN 1 kết quả các yếu tố viêm trở về bình thường, BN 2, BN 3 kết quả yếu tố viêm còn cao trên giá trị bình thường.

4. Bàn luận

4.1. Về chỉ định

Với bệnh nhân nhiễm khuẩn sau thay khớp háng nhân tạo, hiện nay phương pháp điều trị phổ biến vẫn là phương pháp “hai thì”, thì 1: Cắt lọc, đặt xi măng kháng sinh, thì 2: Thay lại khớp háng. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã công bố cho thấy, tỷ lệ thất bại sau khi đặt xi măng kháng sinh cũng khá cao: Trong nghiên cứu của Collins DN và Meland NB cho thấy tỷ lệ thất bại có thể đến 20% [3], [5], nghiên cứu của I Stockley và cộng sự trên 114 BN, trong 13 năm, có 14 BN không thành công 12,3%, nghiên cứu của S Tohtz (2005) trên 13 BN, có 3 BN nhiễm khuẩn tái phát [10].

Việc điều trị tiếp theo cho những bệnh nhân bị viêm rò mạn tính, điều trị thất bại hoặc tái phát gặp rất nhiều khó khăn do tổ chức phần mềm quanh khớp xơ hóa, luôn tồn tại khoang trống (ổ cối), theo Choa R [2] việc lựa chọn một vạt cơ trám vào ổ cối, vừa để lấp đầy khoang trống, vừa tăng tuần hoàn đến quanh vùng nhiễm khuẩn là

biện pháp điều trị phù hợp và hiệu quả, có thể sử dụng vạt cơ tại chỗ hoặc vạt cơ tự do để trám vào ổ cối để điều trị loại nhiễm khuẩn này. Vạt tự do chỉ sử dụng cho những trường hợp đặc biệt, khi không còn có thể sử dụng vạt tại chỗ, vạt xoay tại chỗ không đủ độ dài và khối lượng để trám vào ổ cối. Vạt cơ mỏng nhờ kết hợp với cân căng cân đùi thường không đủ độ dài, ngoài ra còn ảnh hưởng đến độ vững của khớp háng; cơ thẳng bụng có thể đủ chiều dài, nhưng phẫu thuật khó khăn và khi lấy cơ thì ảnh hưởng đến chức năng thành bụng [7].

Vạt cơ rộng ngoài, với ưu thế là vạt có kích thước đủ lớn để lấp đầy ổ viêm khuyết, mạch nuôi hằng định, ít bị ảnh hưởng bởi các phẫu thuật vùng khớp háng trước đó, kỹ thuật bóc vạt không quá khó, có thể sử dụng cuống liên thuận lợi, tuần hoàn vạt phong phú do đó cải thiện nguồn nuôi dưỡng tại chỗ, tăng sức đề kháng và giúp sử dụng kháng sinh hiệu quả hơn. Ngoài ra, sức cơ, biên độ vận động khớp gối ít bị ảnh hưởng vì duỗi khớp gối còn được chi phối bởi cơ còn lại của cơ tứ đầu đùi.

Trước đây, đã có nhiều nghiên cứu chỉ định sử dụng vật cơ rộng ngoài điều trị nhiễm khuẩn khớp háng sau thay khớp. Năm 1991, Meland và cộng sự [5] đã chỉ định sử dụng 8 vật cơ rộng ngoài điều trị cho những trường hợp bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp háng sau tháo khớp, trám xi măng, với số phẫu thuật trước đó từ 1 - 26 lần. Năm 2010, AJ Suda và cộng sự [8] sử dụng vật cơ rộng ngoài điều trị cho 120 khớp háng nhiễm khuẩn mạn tính trên 119 bệnh nhân, các BN trước đó đều đã được điều trị bằng các biện pháp cắt lọc tổ chức viêm, tháo khớp nhân tạo, trám xi măng nhưng không thành công, với số lần phẫu thuật trước đó là 4,9 lần (từ 2 - 25 lần), với thời gian điều trị trung bình 6,5 tháng (2 - 13 tháng).

3 BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều là những trường hợp viêm rò dai dẳng sau thay khớp háng, dù đã điều trị dài ngày (3 tháng, 6 tháng, 5 năm), vào viện điều trị tiếp tục gần 2 tháng, với các phương pháp cắt lọc, điều trị VAC, đặt xi măng kháng sinh, và số lần phẫu thuật lần lượt là 26, 7, 12 nhưng không thành công. Quá trình điều trị chúng tôi không thể làm đầy ổ tổn thương, phần mềm quanh khớp háng xơ cứng, điều trị kháng sinh dài ngày nhưng không hiệu quả. Do đó việc chỉ định sử dụng vật cơ rộng ngoài trám vào ổ cối là hợp lý, và thực tế chúng tôi thấy vật cơ rộng ngoài có kích thước đủ lớn để phủ kín ổ cối, có tuần hoàn phong phú, do đó làm tăng nuôi dưỡng và tăng khả năng kháng khuẩn tại chỗ, giúp làm nhanh liền sẹo ổ mổ.

4.2. Về kỹ thuật

Để thực hiện tốt kỹ thuật bóc vật, phẫu thuật viên cần nắm vững giải phẫu vật [4], [11]. Cơ rộng ngoài là cơ lớn nhất trong nhóm cơ tứ đầu đùi, nó nằm giữa cơ trước đùi, thẳng đùi và nhị đầu đùi, có nguyên ủy tại đường liên mấu chuyển, mấu chuyển lớn và vách liên cơ ngoài, cùng với các cơ thẳng đùi, trước đùi và rộng trong tạo thành cơ tứ đầu đùi, có điểm bám tận bờ ngoài gân tứ đầu đùi.

Bó mạch chính nuôi cơ rộng ngoài là nhánh xuống của bó mạch mũ đùi ngoài, thuộc tuần

hoàn loại I. Ngoài bó mạch chính, có hai mạch nhỏ tăng cường ở phía đầu trung tâm (từ nhánh quặt ngược của mũ đùi ngoài) và ngoại vi (từ động mạch đùi nông), nhưng hai mạch này ảnh hưởng không có ý nghĩa đến nuôi vật.

Việc bóc lộ bó mạch khá dễ dàng, vì nó nằm trong tam giác giới hạn bởi cân căng cân đùi - cơ rộng ngoài và cơ thẳng đùi ở 1/3 trên đùi, tại đây cuống mạch có chiều dài 6 - 8cm trước khi chia vào cơ rộng ngoài [11].

Với việc phân bố mạch nuôi như trên, có thể lấy vật cơ tại chỗ cuống liền và có thể thiết kế vật hình bán đảo (không cắt hết nguyên ủy), hoặc vật dạng hình đảo (bóc tách cuống mạch, lấy cả hoặc một phần cơ). Việc lấy một phần hay toàn bộ cơ căn cứ vào mức độ khuyết hổng tại vùng ổ cối và khuyết phần mềm tại vùng liên mấu chuyển [9].

Trong 3 BN, BN 1 ổ khuyết hổng không lớn, chúng tôi sử dụng vật cơ dạng hình đảo, với chiều dài cuống mạch đo được 7cm, BN 2 và 2 ổ khuyết hổng rộng hơn, lộ cả vùng mấu chuyển lớn, chúng tôi sử dụng toàn bộ 2/3 ngoại vi vật cơ trám vào ổ khuyết hổng.

4.3. Về kết quả điều trị

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc sử dụng vật cơ rộng ngoài trong điều trị nhiễm khuẩn dai dẳng khớp háng đã đem lại kết quả rất khả quan.

Từ năm 1983, Arnold PG và cộng sự [1] đã sử dụng vật cơ rộng ngoài và thẳng đùi điều trị cho 07 BN viêm rò mạn tính khớp háng sau thay khớp, kết quả cả 7 BN đều hết viêm rò.

Năm 2010, AJ Suda và cộng sự nghiên cứu hồi cứu 119 BN với 120 khớp háng nhiễm khuẩn mạn tính được điều trị bằng vật cơ rộng ngoài, độ tuổi trung bình 75,4 (37 - 91), thời gian phẫu thuật trung bình 75 phút (61 - 145). Kết quả 20 BN (17%) có máu tụ tại chỗ lấy vật, nhưng không gây ảnh hưởng đến vật, có 1 BN 30 tuổi viêm rò tái phát do hoại tử vật, do BN đã được phẫu thuật 25 lần trước mổ, nhiều sẹo xấu, nên khi bóc vật không thể thấy cuống mạch, BN này được

điều trị thành công bằng vật vi phẫu. Các BN còn lại đều liền vết thương, điểm đau giảm từ 7,5 trước mổ xuống 6,2 sau mổ. Tất cả các BN dùng nạng hỗ trợ, nhưng các BN đều thấy chất lượng sống cải thiện rõ. Trong đó có 04 BN được thay lại khớp háng, cả 4 BN này không bị nhiễm khuẩn tái phát.

Năm 2011, R Choa và cộng sự đánh giá kết quả điều trị 05 khớp háng nhiễm khuẩn tái phát sau thay khớp sử dụng vật cơ rộng ngoài, kết quả có 04 trường hợp liền sẹo, nhiễm khuẩn ổn định, 01 trường hợp vẫn viêm rò tái phát, phải điều trị bổ sung bằng vật cơ thẳng đùi. Tác giả nhận xét rằng sử dụng vật cơ rộng ngoài hoặc thẳng đùi cuống liền điều trị nhiễm khuẩn dai dẳng tại khớp háng, các vật này có tác dụng "khử" khoang trống, tăng tưới máu, tăng khả năng diệt khuẩn, ngoài ra kỹ thuật bóc vật không phức tạp, không có biến chứng tắc mạch nối, hoặc thời gian phẫu thuật không kéo dài như vật vi phẫu [2].

Năm 2012, G Roddiguez-Rosales sử dụng vật cơ rộng ngoài điều trị cho 5 BN viêm rò khớp mạn tính sau điều trị tháo khớp háng nhân tạo, trám xi măng, tuổi trung bình 71,6 năm, với số lần phẫu thuật trung bình 3,7 lần (3 - 4 lần) trước đó, kết quả cả 5 ổ mổ đều liền sẹo sau trung bình 15 ngày (10 - 20 ngày), trương lực cơ gấp duỗi khớp gối không giảm so với trước mổ. Cấy khuẩn tại ổ mổ (qua chọc dò) đều âm tính, chỉ số hs-CRP về bình thường sau 01 tháng [6].

Bước đầu sử dụng vật cơ rộng ngoài trên 3 BN, chúng tôi thấy đạt được kết quả trên nhiều mặt: Rút ngắn thời gian điều trị, nhanh chóng làm liền ổ nhiễm khuẩn, khắc phục gần như hoàn toàn triệu chứng đau tại khớp háng... làm tiền đề để tiếp tục thay lại khớp háng.

Tuy nhiên, đây là nghiên cứu bước đầu, trên số lượng ít bệnh nhân, thời gian theo dõi ngắn, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân nhiều hơn, thời gian theo dõi dài hơn để xác định giá trị của phương pháp.

5. Kết luận

Qua đánh giá kết quả điều trị bước đầu sử dụng vật cơ rộng ngoài cuống liền điều trị cho 03 trường hợp nhiễm khuẩn sau thay khớp háng nhân tạo, chúng tôi thấy:

Về đặc điểm lâm sàng: Cả 3 BN đều không làm liền được ổ nhiễm khuẩn sau khi điều trị cắt lọc, VAC, trám xi măng kháng sinh, với thời gian điều trị trước khi vào viện của 3 BN lần lượt là 3 tháng, 6 tháng và 5 năm, số lần phẫu thuật 28, 7 và 13 lần.

Về kết quả điều trị: 03 BN đều liền sẹo, tại ổ mổ ít hoặc không đau. Biên độ vận động khớp gối và sức cơ tứ đầu đùi không giảm so với trước chuyển vật.

Về chỉ định và kỹ thuật: Chỉ định sử dụng 02 vật dạng hình bán đảo cho những khuyết hổng lớn (cả ổ cối và liên mấu chuyển), 01 vật hình đảo cho khuyết hổng nhỏ hơn (ổ cối).

Tài liệu tham khảo

1. Arnold PG, Wilzke DJ (1983) *Management of failed total hip arthroplasty with muscle flaps*. Ann Plast Surg. Dec 11(6): 474-478.
2. Choa R, Gundle R, Critchley P, Giele H (2011) *Successful management of recalcitrant infection related to total hip replacement using pedicled rectus femoris or vastus lateralis muscle flaps*. J Bone Joint Surg [Br] 93-B: 751-754.
3. Collins DN, Garvin KL, Nelson GL (1987) *The use of the vastus lateralis flap in patients with intractable infection after resection arthroplasty following the use of a hip implant*. J Bone Joint Surg Am 69: 510.
4. Francesca T, Salvatore D, Erich B, Carlo M, Francesco M, Adriana C (2015) *Segmental anatomy of the vastus lateralis: Guidelines for muscle-sparing flap harvest*. Plastic and Reconstructive Surgery 35: 185-198.
5. Meland NB, Arnold PG, Weiss HC (1991) *Management of the recalcitrant total-hip arthroplasty wound*. Plast Reconstr Surg 88: 681.
6. Rodríguez RG, Cebrián JL, Francés BA, Marco MF, López DL (2012) *Treatment of a recalcitrant*

- hip infection with a vastus lateralis muscle flap.* Rev Esp Cir Ortop Traumatol 56(6): 439-443.
7. Salibian AH, Anzel SH, Rogers FR (1984) *The gluteus medius-tensor fasciae latae myo - cutaneous flap for infected girdlestone procedures: Report of two cases.* J Bone Joint Surg [Am] 66-A: 1466-1468.
 8. Suda AJ, Heppert V (2010) *Vastus lateralis muscle flap for infected hips after resection arthroplasty.* J Bone Joint Surg [Br] 92-B: 1654-1658.
 9. Tayfur V, Magden O, Ediser M, Atabey A (2010) *Anatomy of vastus lateralis muscle flap.* J craniofac Surg 21(6): 1951-1953.
 10. Tohtz S (2007) *Girdlestone arthroplasty after hip prosthesis infection - a two-stage revision.* Infection and Local Treatment in Orthopedic Surgery, Springer-Verlag Berlin Heidelberg: 189-193.
 11. Wolff KD, Hölzle F (2005) *Anterolateral thigh/ vastus lateralis flap. Raising of microvascular flaps, a systematic approach.* Springer Verlag Berlin Heidelberg: 39-64.