

Điểm	Nhóm	Trầm cảm		Không trầm cảm		p	OR (95% CI)
		n	%	n	%		
VAS	4-10	14	63,6	8	36,4	0,14	2,14 (0,78-5,85)
	0-3	27	45	33	55		
PS	≥2	38	55,1	31	44,9	0,04	4,09 (1,03-16,16)
	<2	3	23,1	10	76,9		

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm NB đau vừa và nặng (VAS ≥ 4) chiếm 63,6%, cao hơn tỷ lệ trầm cảm ở nhóm NB đau nhẹ và không đau (VAS < 4), chiếm 36,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm NB có điểm PS ≥ 2 chiếm 55,1%, cao hơn tỷ lệ trầm cảm ở nhóm NB có điểm PS < 2, chiếm 23,1%. Sự khác biệt này có nghĩa thống kê với $p < 0,05$, 95% CI 1,03 – 16,16. Tình trạng hoạt động (PS) là một thang đánh giá về mức độ chức năng và khả năng tự chăm sóc thực tế của NB. Điểm số càng cao thì mức độ chức năng và khả năng tự chăm sóc của NB càng thấp. Nhóm NB có điểm PS ≥ 2 là những NB nằm tại giường dưới và trên 50% ban ngày, còn nhóm NB có điểm PS ≤ 1 gồm NB hoạt động bình thường và hoạt động thể lực bị hạn chế ít. PS trong những năm gần đây đã trở thành một công cụ để đo lường chất lượng cuộc sống ở NB ung thư.

IV. KẾT LUẬN

- Trầm cảm xuất hiện phổ biến ở người bệnh lơ - xê - mi cấp.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng có bệnh cơ thể khác kèm theo, phương pháp điều trị hóa chất và điểm thang PS ≥ 2 với trầm cảm. Không thấy có mối liên quan giữa các yếu tố khác như thể bệnh, thời gian

mắc bệnh, giai đoạn điều trị hay điểm VAS với trầm cảm ở người bệnh lơ - xê - mi cấp..

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Quốc Khánh.** Loxêmi Cấp. Bài Giảng Huyết Học - Truyền Máu. Nhà xuất bản Y học, 128-138.2006
2. **Malhi GS, Mann JJ.** Depression. The Lancet. 2018; 392(10161): 2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
3. **Salmon RM.** The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine. J Clin Psychiatry. 2007; 68(12):1990. doi:10.4088/JCP.v68n1223a
4. **Zhou F, Zhang W, Wei Y, et al.** The changes of oxidative stress and human 8-hydroxyguanine glycosylase1 gene expression in depressive patients with acute leukemia. Leukemia Research. 2007; 31(3): 387-393. doi:10.1016/j.leukres.2006.07.014
5. **Dogu MH, Eren R, Yilmaz E, et al.** Are We Aware of Anxiety and Depression in Patients with Newly Diagnosed Acute Leukemia? J Gen Pract. 2017;05(05). doi:10.4172/2329-9126.1000335
6. **Suh KJ, Shin DY, Kim I, et al.** Comparison of quality of life and health behaviors in survivors of acute leukemia and the general population. Ann Hematol. 2019;98(10): 2357-2366. doi:10.1007/s00277-019-03760-5
7. **Lenmyr EB, Karlsson K, Abrahamsson M, et al.** Introducing patient-reported outcome in the acute leukemia quality registries in Sweden. European Journal of Haematology. 2020;104(6): 571-580. doi:10.1111/ejh.13399
8. **Gheihman G, Zimmermann C, Deckert A, et al.** Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder: Depression and hopelessness in patients with acute leukemia. Psycho-Oncology. 2016;25(8): 979-989. doi:10.1002/pon.3940
9. **Sørensen J, Klee M, Palshof T, Hansen H.** Performance status assessment in cancer patients. An inter-observer variability study. Br J Cancer. 1993;67(4): 773-775. doi:10.1038/bjc.1993.140

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỐI HỢP KÍCH THÍCH ĐIỆN CÓ KIỂM SOÁT CHỦ Ý (IVES) Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phối hợp kích thích điện có kiểm soát chủ ý (IVES) ở người bệnh đột quy nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng trên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 2.10.2024

Vũ Thị Ngọc Lương¹, Phạm Văn Minh^{1,2}

60 người bệnh đột quy nhồi máu não có giảm chức năng chi trên bên bị liệt đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Kết quả:** Theo nghiên cứu, độ tuổi trung bình mắc bệnh là 63,8 ± 14,1, trong đó nhóm bệnh nhân có độ tuổi >65 chiếm đa số (56,7%). Điểm đánh giá cảm giác vận động chi trên FMA-UE của nhóm can thiệp tăng từ 36,4 ± 11,8 lên 43,8 ± 11,4 sau 2 tuần và tăng lên 47 ± 10,9 sau 4 tuần can thiệp. Điểm đánh giá chức năng chi trên ARAT của nhóm can thiệp cũng tăng đáng kể từ 26,5 ± 15,2 lên 33,5 ± 13,7 sau 2 tuần và tăng lên 37 ± 13,9 sau 4 tuần can thiệp. **Kết luận:** Can thiệp phối hợp với kích thích điện có kiểm soát chủ ý (IVES) giúp cải thiện khả năng vận động chi trên đáng kể ở bệnh

nhân đột quy nhồi máu não. **Từ khóa:** Đột quy não, kích thích điện có kiểm soát chủ ý.

SUMMARY

EVALUATION ON THE RESULTS OF COMBINED TREATMENT OF INTEGRATED VOLITIONAL CONTROL ELECTRICAL STIMULATION (IVES) IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

Objectives: Evaluation on the results of combined treatment of Integrated volitional control electrical stimulation (IVES) in patients with ischemic stroke. **Subject and methods:** Prospective, clinical trial, control intervention study on 60 patients with ischemic stroke with reduced function of the paralyzed upper limb are being treated at the Rehabilitation Department of Hanoi Rehabilitation Hospital. **Results:** Regarding the characteristics of the study subjects, the mean age was $63,8 \pm 14,1$, the group of patients aged >65 years accounts for the majority (56.7%). The Fulg – Meyer Assessment upper limb increased from $36,4 \pm 11,8$ to $43,8 \pm 11,4$ after 2 weeks and increased to $47 \pm 10,9$ after 4 weeks. The Action Research Arm Test increased from $26,5 \pm 15,2$ to $33,5 \pm 13,7$ after 2 weeks and increased to $37 \pm 13,9$ after 4 weeks. **Conclusion:** Combined treatment of integrated volitional control electrical stimulation (IVES) significantly improves upper limb mobility in patients with ischemic stroke.

Keywords: Ischemic stroke, integrated volitional control electrical stimulation (IVES).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là nguyên nhân thứ hai gây tử vong và là nguyên nhân chính gây tàn tật trên toàn thế giới, chi phí điều trị hàng năm là hơn 72 tỷ đô la². Theo con số thống kê, hàng năm Việt Nam có khoảng 200.000 ca bệnh đột quy, và giống như các bệnh mạn tính khác, con số này vẫn đang có chiều hướng gia tăng³. Với sự phát triển y học, ngày nay số bệnh nhân bị đột quy được cứu sống ngày càng nhiều song tỉ lệ người bị di chứng và tàn tật do đột quy cũng tăng lên, đặc biệt là di chứng về vận động. Trong đó di chứng mất và giảm vận động chi trên chiếm tỉ lệ lớn⁴. Mức độ vận động của chi trên là tương quan với các hoạt động cơ bản của cuộc sống hằng ngày cũng như sự tham gia hòa nhập vào xã hội sau đột quy⁵. Những bệnh nhân không phục hồi chức năng chi trên buộc phải sống cuộc đời bằng cánh tay bên còn lại, do đó nếu cánh tay bị liệt là cánh tay thuận thì chức năng sinh hoạt hằng ngày sẽ bị ảnh hưởng đáng kể.

Hiện nay, đã có nhiều phương pháp PHCN bàn tay như vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, kĩ thuật vận động cưỡng bức và nhiều các kĩ thuật khác nhau đã góp phần đem lại hiệu quả phục hồi đáng kể tuy nhiên hiệu quả vẫn chưa được như mong đợi. Gần đây, một hệ thống kích

thích điện thần kinh cơ có kiểm soát IVES, là máy kích thích điện tần số thấp dựa trên tín hiệu điện cơ EMG đã được ứng dụng trên những bệnh nhân nhồi máu não cho thấy hiệu quả tăng lên khi kết hợp với các kĩ thuật Phục hồi chức năng cơ bản. Theo Fujiwara và cộng sự đã báo cáo sự cải thiện ở chi trên của 20 bệnh cho thấy IVES có vai trò trong PHCN chi trên ở bệnh nhân nhồi máu não⁶. Tuy nhiên kĩ thuật này còn chưa phổ biến ở Việt Nam. Trong nước chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của máy kích thích điện thần kinh cơ có kiểm soát vì vậy tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả phối hợp kích thích điện có kiểm soát chủ ý (IVES) ở người bệnh đột quy nhồi máu não".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu có giảm chức năng chi trên bên bị liệt được chẩn đoán nhồi máu não theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới, đang điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não lần thứ nhất
- Bệnh nhân bị nhồi máu lần đầu, thời gian bị bệnh từ 6 tháng trở xuống
- Bệnh nhân không có rối loạn nhận thức theo thang điểm lượng giá tâm thần tối thiểu (MMSE $\geq 24/30$)
- Bệnh nhân có giảm chức năng tay bên liệt dựa vào xác định khả năng vận động chi trên: đánh giá dựa trên thang thử cơ bằng tay (Manual Muscle Testing) cơ lực từ bậc 0/5 đến 4/5
- Bệnh nhân có mức độ co cứng tay bên liệt Asworth bậc 0, 1, 1+
- Bệnh nhân bình thường về cấu trúc giải phẫu chi trên

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Giảm chức năng vận động chi trên không do nhồi máu não hoặc nhồi máu não kèm theo bệnh lí khác
- Bệnh nhân nhồi máu não có chuyển dạng xuất huyết
- Bệnh nhân rối loạn tâm lí ảnh hưởng đến quá trình điều trị
- Không tham gia đủ số buổi điều trị
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2023 - 8/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, can

thiệt lâm sàng có đối chứng. So sánh tại 2 thời điểm sau 2 tuần, 4 tuần giữa 2 nhóm bằng các thang điểm FMA, thang điểm ARAT.

2.2.2. Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi lựa chọn được 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.3. Phương tiện và kỹ thuật tiến hành

Quy trình thực hiện: Tất cả bệnh nhân ở nhóm can thiệp được tập 30 phút vận động trị liệu, 30 phút hoạt động trị liệu và được can thiệp IVES 20 phút/ lần, 5 lần/ tuần trong 4 tuần. Nhóm chứng bệnh nhân được tập 30 phút vận động trị liệu và 30 phút hoạt động trị liệu.

Phương tiện trang thiết bị: Máy được thực hiện là máy IVES + (GD-611) do công ty OG Wellness technologies sản xuất năm 2019: Bao gồm 3 điện cực bề mặt dẫn điện: 2 điện cực thu nhận (R1, R2) và 1 điện cực nối đất (G). Điện cực thu nhận được tách thành 2 phần để nó có thể hoạt động như một cặp điện cực phát hiện EMG. Trong khoảng thời gian ngắn giữa các lần phát hiện EMG, kích thích điện được phân bố giữa các điện cực R và G.

Các bước tiến hành: Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân, bệnh nhân ngồi trên ghế, đặt 2 tay vuông góc lên mặt bàn. Bước 2: Làm sạch vùng da bằng cồn hoặc nước sạch. Dán điện cực R được đặt ở cẳng tay trên cơ duỗi cổ tay quay, trong khi điện cực G được đặt trên cơ duỗi các ngón tay cách móm trâm trụ 3-4cm. Bước 3: Cài đặt máy với cường độ kích thích tối thiểu và tối đa được áp dụng cho từng bệnh nhân.

2.4. Phương pháp đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Đánh giá dựa trên mục đánh giá chi trên của thang điểm Fugl – Meyer Arm Test; thang điểm Action Research Arm Test (ARAT).

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm	Tổng	p
----------	------	------	------	---

Bảng 3: Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên theo thang điểm FMA-UE và ARAT của hai nhóm đối tượng

Thang điểm	Thời điểm	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p
FMA-UE (Trung bình ± độ lệch chuẩn)	Trước điều trị	36,4 ± 11,8	34,8 ± 11,8	0,618
	Điều trị 2 tuần	43,8 ± 11,4	38,5 ± 11,8	0,083
	Điều trị 4 tuần	47,0 ± 10,9	40,7 ± 11,7	0,035

		can thiệp	chứng		
		n=30 (%)	n=30 (%)	N=60 (%)	
Giới	Nam	20 (66,7%)	19 (63,3%)	39 (65,0%)	0,787
	Nữ	10 (33,3%)	11 (36,7%)	21 (35,0%)	
Tuổi	<50	5 (16,7%)	0 (0,0%)	5 (8,3%)	0,062
	50-65	9 (30,0%)	12 (40,0%)	21 (35,0%)	
	>65	16 (53,3%)	18 (60,0%)	34 (56,7%)	
	Trung bình (±SD)	63,8 ± 14,1	67,8 ± 6,9	65,8 ± 11,2	0,167
Tiền sử	Tăng huyết áp	20 (66,7%)	19 (63,3%)	39 (65,0%)	0,943
	Đái tháo đường	5 (16,7%)	5 (16,7%)	10 (16,7%)	
	Rối loạn lipid máu	5 (16,7%)	6 (20,0%)	11 (18,3%)	

Nhận xét: Nhóm can thiệp trong nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 63,8 ± 14,1, trong đó nhóm bệnh nhân có độ tuổi >65 chiếm đa số (56,7%). Nhóm chứng gồm 30 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 67,8 ± 6,9, trong đó nhóm bệnh nhân có độ tuổi >65 chiếm 60%. Tiền sử bệnh lý tăng huyết áp chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2: Thời gian đột quỵ của nhóm can thiệp và nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Tổng	p
		n=30%	n=30%	N=60%	
Thời gian	≤4 tuần	13 (43,3%)	18 (60,0%)	31 (51,7%)	0,390
	5-12 tuần	10 (33,3%)	6 (20,0%)	16 (26,7%)	
	>12 tuần	7 (23,3%)	6 (20,0%)	13 (21,7%)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân can thiệp đa phần có thời gian đột quỵ ≤4 tuần (43,3%), thấp hơn so với nhóm chứng (60%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên

ARAT (Trung bình ± độ lệch chuẩn)	Trước điều trị	26,5 ± 15,2	24,8 ± 14,6	0,647
	Điều trị 2 tuần	33,5 ± 13,7	27,4 ± 14,6	0,099
	Điều trị 4 tuần	37,0 ± 13,9	29,4 ± 14,6	0,045

Nhận xét: Cả 2 nhóm có sự cải thiện đáng kể điểm FMA-UE và ARAT so với trước điều trị. Sau điều trị 2 tuần và 4 tuần nhóm can thiệp có điểm FMA-UE cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (43,8 ± 11,4 so với 38,5 ± 11,8, p = 0,083 tại thời điểm 2 tuần và 47,0 ± 10,9 so với

40,7 ± 11,7, p = 0,035 tại thời điểm 4 tuần). Tương tự điểm ARAT tại thời điểm sau 2 tuần và 4 tuần của nhóm can thiệp cũng cao hơn so với nhóm chứng (33,5 ± 13,7 so với 27,4 ± 14,6 tại thời điểm 2 tuần và 37,0 ± 13,9 so với 29,4 ± 14,6 tại thời điểm 4 tuần).

Bảng 4: Mức độ cải thiện chức năng vận động chi trên của cả 2 nhóm đối tượng

Mức cải thiện ARAT	Sau 2 tuần n (%)			Sau 4 tuần n (%)		
	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Giá trị p	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	Giá trị p
ARAT cải thiện <5,7	15 (50,0%)	28 (93,3%)	<0,001	8 (26,7%)	19 (63,3%)	0,004
ARAT cải thiện >5,7	15 (50,0%)	2 (6,7%)		22 (73,3%)	11 (36,7%)	

Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, số bệnh nhân cải thiện có ý nghĩa lâm sàng ở nhóm can thiệp tăng lên 73,3% cao hơn so với nhóm chứng 36,7%.

56,8±6,2 trong 30 giờ can thiệp. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu lớn hơn và thời gian can thiệp của chúng tôi sớm hơn so với nghiên cứu của Yamaguchi⁷.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ gặp ở nam (65%) nhiều hơn so với nữ (35%), trong đó nhóm can thiệp có xu hướng tỷ lệ nam cao hơn so với nhóm chứng (66,7% so với 63,3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Yamaguchi⁷ cũng cho thấy tỷ lệ đột quỵ ở nam cao hơn nữ giới. Điều này có thể giải thích là nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới như uống rượu, hút thuốc, chế độ sinh hoạt không điều độ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của cả hai nhóm đối tượng là 65,8 ± 11,2, trong đó chủ yếu là bệnh nhân >65 tuổi chiếm 56,7%. Độ tuổi trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 63,8 ± 14,1 và 67,8 ± 6,9 (p>0,05). Nghiên cứu này có sự khác biệt với độ tuổi của bệnh nhân đột quỵ não trong nghiên cứu của Yamaguchi⁷. Sự khác nhau tùy vào mục đích nghiên cứu, lựa chọn đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu mà phân bố độ tuổi có sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Sự cải thiện điểm ARAT trung bình của nhóm can thiệp tại thời điểm ban đầu và sau can thiệp 4 tuần lần lượt là 26,5 ± 15,2 và 37 ± 13,9. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hiroshi Meada⁸ với điểm ARAT tăng trung bình 12,5 điểm sau 4 tuần điều trị. Sự khác nhau này có thể do khác biệt ở đối tượng và giai đoạn nhồi máu não so với nghiên cứu của Hiroshi Meada⁸.

Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân nhồi máu não điều trị nội trú tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội trong giai đoạn phục hồi dưới 4 tuần chiếm 51,7%, tỷ lệ này ở nhóm can thiệp và nhóm chứng lần lượt là 43,3% và 60%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đã cho thấy hiệu quả phối hợp kích thích điện có kiểm soát chủ ý giúp cải thiện khả năng vận động chi trên đáng kể ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có ý nghĩa về mặt thống kê và ý nghĩa lâm sàng.

Kết quả cho thấy điểm FMA - UE trung bình của nhóm can thiệp tăng từ 36,4 ± 11,8 lên 43,8 ± 11,4 sau 2 tuần điều trị, và lên tới 47 ± 10,9 sau 4 tuần điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Yamaguchi⁷ với điểm FMA - UE từ 50,8± lên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katan, M. & Luft, A. Global Burden of Stroke. Semin Neurol 38, 208–211 (2018).
2. Soto-Cámara R, González-Bernal JJ, González-Santos J, Aguilar- & Parra JM, Trigueros R, López-Liria R. Age-related risk factors at the first stroke event. (2020).
3. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. (2019).
4. P. Langhorne, Alex Coupar F Fau & Pollock va A. Pollock. Motor recovery after stroke: a systematic review. (2009).
5. J. M. Veerbeek, Erwin E. H. Kwakkel G Fau van Wegen, Johannes C. F. van Wegen Ee Fau - Ket et al, J. M. Veerbeek, Erwin E. H. Kwakkel G Fau van Wegen, & Johannes C. F. van Wegen Ee Fau - Ket et al. Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke: a systematic review. Stroke.in 42(5),1482-1488. (2011).
6. Suzuki, R., Muraoka, Y., Yamada, S. & Asano, S. Integrated volitional control electrical stimulation for the paretic hand: a case report. J

- Phys Ther Sci 31, 844–849 (2019).
7. **Yamaguchi, T. et al.** Effects of Integrated Volitional Control Electrical Stimulation (IVES) on Upper Extremity Function in Chronic Stroke. The Keio journal of medicine 60, 90–5 (2011).
 8. **Hiroshi Maeda MD, Norikazu Hishikawa PhD, Koshiro Sawada PhD, Momoko Sakurai**

MD, Suzuyo Ohashi PhD. “Wearable Integrated Volitional Control Electrical Stimulation Device as Treatment for Paresis of the Upper Extremity in Early Subacute Stroke Patients: A Randomized Controlled Non-Inferiority Trial – ScienceDirect”. (2023)

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN LOẠI HAI CHUYỂN ĐỘNG, KHÔNG XI MĂNG SAU 5 NĂM

Nguyễn Mạnh Khánh¹, Nguyễn Mạnh Hùng²,
Nguyễn Văn Học¹, Nguyễn Mộc Sơn^{1,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật sau 5 năm của thay khớp háng toàn phần loại hai chuyển động, không xi măng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu 107 bệnh nhân với 124 khớp được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần loại hai chuyển động không xi măng tại Bệnh viện Việt Đức từ 01/2014 - 12/2016. **Kết quả:** Trong 107 BN, tuổi trung bình $57,5 \pm 11,3$ tuổi (thấp nhất 28 và cao nhất là 89 tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 3,7/1. Thời gian theo dõi trung bình là $84,56 \pm 8,86$ tháng. Đánh giá kết quả theo thang điểm Harris cho kết quả tốt và rất tốt chiếm 93,5%, tỷ lệ khá và kém chiếm 6,5%. Điểm Harris trung bình là $90,4 \pm 6,98$. Biên độ vận động của khớp có kết quả khả quan. Không có trường hợp nào trật khớp, nhiễm trùng, lỏng khớp vô khuẩn hay phải thay lại. **Kết luận:** phẫu thuật thay khớp háng toàn phần loại hai chuyển động, không xi măng sau 5 năm là phẫu thuật an toàn và cho kết quả khả quan.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần không xi măng, khớp háng hai chuyển động, kết quả sau 5 năm.

SUMMARY

FIVE-YEARS OUTCOMES OF MODULAR DUAL MOBILITY ACETABULAR COMPONENTS IN CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY

The study aimed to evaluate the surgical outcome after 5 years of Modular Dual Mobility Acetabular Components in Cementless Total hip arthroplasty. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional description of 107 patients with Modular Dual Mobility Acetabular Components Cementless Total hip arthroplasty surgery at Viet Duc Hospital from January 2014 to December 2016. **Results:** In 107 patients, the mean age was $57,5 \pm 11,3$ years old (the lowest was 28 and the highest was 89 years old), the male/female ratio: 3,7/1. The mean follow-up time

was $84.56 \pm 8,86$ months. Assessing the results according to the Harris scale for good and very good results accounted for 93,5%, the rate of medium and poor accounted for 6,5%. The mean Harris score was $90,4 \pm 6,98$. The range of motion of the joint has a positive result. There were no cases of dislocation, infection, sterile joint loosening or needing to be replaced. **Conclusion:** Two-motion, cement-free total hip replacement surgery after 5 years is a safe operation with good results.

Keywords: cementless total hip arthroplasty, modular dual mobility, five-year outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng là một thành tựu lớn của y học hiện đại và chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Việc thay thế những khớp háng đã thoái hóa, mất chức năng hay trong chấn thương bằng khớp nhân tạo là một kỹ thuật phổ biến hiện nay, được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới với hàng triệu khớp háng được thay hàng năm¹. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức phẫu thuật thay khớp háng được thực hiện một cách thường quy và có nhiều tiến bộ nhờ sự phát triển của kỹ thuật và thành tựu của các thế hệ khớp háng mới ra đời trong đó có khớp háng toàn phần hai chuyển động với ưu điểm có độ bền cao, cố định tốt, biên độ vận động tốt. Việc đánh giá cụ thể kết quả lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của khớp háng toàn phần không xi măng hai chuyển động là cần thiết góp phần giúp các bác sĩ lâm sàng trong việc điều trị và lựa chọn loại khớp háng nhân tạo cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 107 bệnh nhân với 124 khớp háng toàn phần loại hai chuyển động không xi măng được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bắc Giang

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn

Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 3.10.2024