

phát hiện các khối u thượng thận, cần bổ sung hóa sinh để xác định bản chất tổn thương.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thiên Tùng** (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận điều trị hội chứng Conn tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Sukor N, Kogovsek C, Gordon RD, Robson D, Stowasser M.** Improved quality of life, blood pressure, and biochemical status following laparoscopic adrenalectomy for unilateral primary aldosteronism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(3):1360-1364. doi:10.1210/jc.2009-1763
3. **Wierdak M, Sokołowski G, Natkaniac M, et al.** Short- and long-term results of laparoscopic adrenalectomy for Conn's syndrome. *Videosurgery Miniinvasive Tech.* 2018;13(3): 292-298. doi:10.5114/wiitm.2018.74833
4. **Vũ Minh Hồng** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học của bệnh nhân u tuyến thượng thận đã phẫu thuật tại bệnh viện nhân dân 115. Luận văn bác sĩ chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
5. **He HC, Dai J, Shen ZJ, et al.** Retroperitoneal adrenal-sparing surgery for the treatment of Cushing's syndrome caused by adrenocortical adenoma: 8-year experience with 87 patients. *World J Surg.* 2012;36(5):1182-1188. doi:10.1007/s00268-012-1509-0
6. **Nguyễn Thị Trà Giang** (2020). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến thượng thận. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Reibetanz J, Kelm M, Uttinger KL, et al.** Differences in morbidity and mortality between unilateral adrenalectomy for adrenal Cushing's syndrome and bilateral adrenalectomy for therapy refractory extra-adrenal Cushing's syndrome. *Langenbecks Arch Surg.* 2022;407(6):2481-2488. doi:10.1007/s00423-022-02568-8
8. **Dương Thị Mai Chi** (2015). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Thái Kinh Luận** (2022). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bướu tuyến thượng thận phát hiện tình cờ. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Nguyễn Thành Vinh** (2021) Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý, chỉ định và kết quả phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận phát hiện tình cờ. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH NGOÀI GAN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TRONG MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI (GIAI ĐOẠN 2018 – 2023)

Nguyễn Bá Vượng<sup>1</sup>, Trần Bảo Long<sup>2,3</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>2,3</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả sớm của điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, giai đoạn 2018 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 115 người bệnh (NB) bị sỏi đường mật chính ngoài gan, điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp nội soi đường mật trong mổ (NSDMTM) tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, giai đoạn 2018 – 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ sạch sỏi là 100%, thời gian phẫu thuật trung bình 95,1±21,7 phút, thời gian nằm viện trung bình 7,7±4,0 ngày, thời gian nằm viện sau phẫu thuật 4,7±1,7 ngày, tỷ lệ khâu kín chỗ mở ống mật chủ ngay thì đầu là 17,4%, biến chứng chung sau mổ 8,7%: tụ dịch dưới gan 4,3%, viêm phổi 2,6%, viêm tụy cấp 0,9%, nhiễm trùng trocar rốn 0,9%. Mức độ

kết quả: Tốt 91,3%(105TH), trung bình 8,7 %(10TH), không có trường hợp nào kết quả xấu hay tử vong trong thời gian chu phẫu. **Kết luận:** Điều trị sỏi kết hợp nội soi đường mật trong mổ là phương pháp an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật, sỏi đường mật chính.

#### SUMMARY

### RESULTS OF LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION IN TREATMENT COMMON BILE DUCT STONES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2018 – 2023

**Background:** Retrospective study on 115 patients diagnosed with extrahepatic main bile duct stones underwent laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE) at Hanoi Medical University Hospital in the period 2018 – 2023. **Results:** Stone clearance rate is 100%, average surgery time 95,1±21.7 minutes, average hospital stay 7.7±4.0 days, post-operative hospital stay 4.7±1.7 days, primary closure after LCBDE is 17.4%, general complications 8.7%: fluid collection subhepatic 4.3%, pneumonia 2.6%, acute pancreatitis 0.9%, umbilical trocar infection 0.9%, classified by general results: Good 91.3% (105 patients), average 8.7 % (10

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Vượng

Email: bsvuong1983@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

patients), there were no cases of bad outcomes or deaths during the perioperative period. **Conclusion:** LCBDE is a safe and cost effective option for common bile duct (CBD) stones in short-term, long-term outcome. **Keywords:** Laparoscopy, Choledochoscopy, common bile duct stones.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh lý sỏi mật khá phổ biến trên thế giới. Ở các nước phương tây, bệnh hay gặp ở túi mật chiếm tỷ lệ 10 – 15% dân số. Ở nước ta, bệnh hay gặp ở đường mật chính hơn. Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ lần đầu tiên được mô tả vào năm 1991 bởi Petelin<sup>1</sup> cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ mở, tuy nhiên tỷ lệ sỏi sỏi cao tới 10% nếu không có chụp hay nội soi đường mật trong mổ.<sup>2</sup> Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan bằng PTNS kết hợp NSĐMTM.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2018 – 2023, trên các NB đạt các tiêu chuẩn sau. **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được chẩn đoán sỏi đường mật chính ngoài gan (dựa trên lâm sàng, xét nghiệm và khẳng định bằng chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ đường mật và nội soi đường mật trong mổ có sỏi). Điều trị sỏi đường mật ngoài gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ. Hồ sơ bệnh án đáp ứng các yêu cầu cơ bản của nghiên cứu. **Tiêu chuẩn loại trừ:** NB có u đường mật kèm theo hoặc hẹp đường mật ngoài gan, có phẫu thuật khác kèm theo gây ảnh hưởng đánh giá kết quả PTNS kết hợp NSĐMTM (cắt gan, cắt u mô đệm dạ dày...).

Các chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm chung, đặc điểm bệnh lý, đặc điểm kỹ thuật tai biến, biến chứng, kết quả và các mức độ: Tốt (sạch sỏi, không tai biến, không có biến chứng). Trung bình (sạch sỏi, có biến chứng, điều trị khỏi bằng nội khoa - độ I,II theo phân loại Clavien - Dindo). Xấu (sạch sỏi, có biến chứng phải điều trị bằng can thiệp hay phải mổ lại - độ III, IV theo phân loại Clavien - Dindo) hoặc sỏi sỏi phải can thiệp lấy sỏi. Rất xấu khi nặng xin về hay tử vong (độ V theo phân loại Clavien - Dindo). Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật**

Biến đổi	NB
Tuổi	Trung bình 62,9±15,6

Giới tính (nữ/nam)	61/54
Địa dư (nông thôn/ thành thị)	63/52
Đau hạ sườn phải	115(100%)
Sốt	46(40%)
Vàng da	45(39,1%)
Tam chứng Charcot	25(21,7)
Tiền sử	
Mổ sỏi mật	16 (13,9%)
Mổ khâu túi/cắt dạ dày	4 (3,4%)
Mổ tầng dưới đại tràng ngang	2 (1,7%)
Bilirub in toàn phần >34 µmol/L	51(44,3%)
AST > 60 UI/L	82(73,1%)
ALT > 60 UI/L	80(69,6%)
Amylase >150 UI/L	12(10,4%)
Glucose huyết>7mmol/L	31(27%)
CRP> 10mg/L	83(72,1%)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình 62,9±15,6, 100% các trường hợp có đau hạ sườn phải, phần lớn người bệnh vào viện có xét nghiệm AST, ALT tăng trên 60UI/l, trong đó 82NB (73,1%) có AST> 60UI/l, 80 BN (69,6%) có ALT>60U/L, biểu hiện nhiễm trùng trên bệnh nhân qua CRP>10 là 72,2%. Mổ cấp cứu 22 NB (14 vì thủng mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật, 8 vì viêm tụy cấp do sỏi mật).

**Đặc điểm trong mổ.** Tất cả các NB đều được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, chân khép, phẫu thuật viên chính ở bên trái, người phụ bên đối diện. 114 NB được đặt 4 trocar, 1 NB được đặt 5 trocar (gỡ dính). 69 BN có khẩu kính OMC giãn to > 1 cm. 56 NB (48,7%) phải tán sỏi điện thủy lực do sỏi kẹt phần thấp OMC hoặc to không lấy được bằng rọ và khó bóp nát bằng dụng cụ. Sau khi lấy hết sỏi dưới quan sát nội soi đường mật ống mềm, 95 NB (82,6%) được dẫn lưu ống mật chủ bằng Kehr, 9 NB được khâu kín ống mật chủ ngay thì đầu, 11 NB đặt stent dẫn lưu đường mật tá tràng do phải nong Oddi, phần dưới OMC phù nề sau lấy sỏi. 1 NB có tai biến thủng tá tràng khi gỡ dính do đã mổ sỏi mật trước đó, kết quả khỏi sau khâu lỗ thủng qua nội soi, không có biến chứng.

Thời gian phẫu thuật trung bình 95,1± 21,7, ca mổ dài nhất 145 phút, ngắn nhất là 60 phút. Thời gian mổ từ 60-90 phút là 64 bệnh nhân (55,7%), thời gian nằm viện trung bình 7,7±4,0 (2-21) ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 4,7±1,7(2- 10) ngày.

**Bảng 2. Khảo sát thời gian phẫu thuật và một số yếu tố**

Thời gian phẫu thuật và một số yếu tố	Số NB	Trung bình	Thay đổi	p
Tiền sử phẫu thuật				
Không có	93	96,8	60-145	0,77
Có tiền sử	22	96,8	60-145	

bụng					
Cắt túi mật phối hợp	Có cắt	104	97,6	60-145	0,73
	Không cắt	11	89,6	60-145	
Xử lý chỗ mở OMC	Dẫn lưu Kehr	95	96,3	60-145	0,04
	Khâu kín	9	77,8	60-100	
	Đặt stent đường mật	11	98,6	60-40	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt về thời gian mổ của nhóm khâu kín chỗ mở OMC thì đầu với nhóm dẫn lưu Kehr đường mật và nhóm đặt stent đường mật ( $p=0,04$ ).

Biến chứng ( $n=10$  NB chiếm 8,7%). Hay gặp nhất là tụ dịch dưới gan 5 NB (4,3%), 1 NB nhiễm khuẩn ổ trocar trên rốn, 3 NB viêm phổi (2,6%), 1 NB bị viêm tụy cấp mức độ nhẹ, không có trường hợp nào rò mật. Tất cả các trường hợp có biến chứng đều ổn định sau điều trị bằng thuốc mà không cần can thiệp thủ thuật gì. Phân loại theo Clavien – Dindo, tất cả đều là độ 2.

Phân mức độ tốt ở 105 NB chiếm 91,3%; mức độ khá 10 NB chiếm 8,7%. Không có NB nào ở mức độ xấu hay rất xấu.

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam và tăng dần theo tuổi. Tuổi trung bình  $62,9 \pm 15,6$  (cao nhất 95, nhỏ nhất 24) cao hơn nghiên cứu của Vũ Đức Thụ có tuổi trung bình là  $55,3 \pm 16,3^6$  (cao nhất 93, thấp nhất là 12).

Bảng 1 cho thấy triệu chứng lâm sàng đau vùng gan là dấu hiệu phổ biến nhất, gặp ở tất cả các NB tương tự y văn trong nước<sup>6</sup>. Tỷ lệ CRP > 10 mg/L là 83 bệnh nhân (72,2%). Tỷ lệ bạch cầu tăng trên 10G/L là 55 bệnh nhân (47,8%). Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu chỉ ra rằng sỏi đường mật thường kèm theo tình trạng viêm đường mật cấp tính, tỷ lệ tăng bạch cầu ở mức phổ biến 50,1 - 79%<sup>7</sup>.

Thời gian mổ trung bình  $95,1 \pm 21,7$  phút (dài nhất 145 phút, ngắn nhất 60) cho thấy kỹ năng tốt của nhóm nghiên cứu. Ngắn hơn kết quả của La Văn Phú thời gian phẫu thuật trung bình là  $105,70 \pm 34,78$  phút (35-200 phút)<sup>8</sup>. Không có sự khác biệt về thời gian mổ giữa nhóm có tiền sử phẫu thuật ổ bụng và nhóm không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, giữa nhóm cắt túi mật và nhóm tiền sử đã cắt túi mật với  $p$  lần lượt là: 0,77; 0,73 (Bảng 2). Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật của nhóm khâu kín OMC ngay thì đầu ngắn hơn nhóm dẫn lưu Kehr và nhóm đặt stent dẫn lưu OMC tá tràng với  $p=0,04$

Kết quả thu được tương tự kết quả của Kai Zhang 2016 về thời gian nằm viện trên 25 NB khâu kín chỗ mở OMC thì đầu (nhóm A), 25 NB được đặt dẫn lưu Kehr (nhóm B). Thời gian nằm

viện sau phẫu thuật ở nhóm A ngắn hơn ( $5,3 \pm 1,4$  ngày) so với nhóm B ( $6,7 \pm 4,3$  ngày) ( $p < 0,05$ )<sup>3</sup>. Như vậy thời gian điều trị sau mổ phụ thuộc một phần vào cách xử lý đường mật trong phẫu thuật và bệnh lý nội khoa kèm theo, biến chứng sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, thời gian nằm viện trung bình  $7,7 \pm 4,0$  ngày (thay đổi 2-21), ngày điều trị trung bình sau mổ là  $4,7 \pm 1,7$  ngày (thay đổi 2-10). Cũng ngắn hơn so với nghiên cứu của La Văn Phú, thời gian nằm viện trung bình là  $14,30 \pm 5,94$  ngày (7 – 36 ngày). Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $8,80 \pm 4,68$  ngày (3 - 27 ngày)<sup>8</sup>.

Có 20 bệnh nhân (17,4%) được khâu kín chỗ mở OMC ngay thì đầu. Trong đó có 11 bệnh nhân (9,6%) có đặt stent dẫn lưu OMC – tá tràng do Oddi phải nóng và do phần thấp OMC phù nề sau lấy sỏi kẹt phần thấp thay cho đặt dẫn lưu Kehr làm NB phải đeo dẫn lưu dài ngày và có các phiền muộn do dẫn lưu Kehr gây ra. Tỷ lệ này thấp hơn của La Văn Phú 54,93% khâu kín chỗ mở OMC ngay thì đầu<sup>8</sup> và tương đương của Vũ Đức Thụ là 16,8%<sup>6</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp có tai biến thủng hành tá tràng trong quá trình gỡ dính sẹo mổ cũ, tổn thương được phát hiện trong mổ và khâu phục hồi qua nội soi, bệnh nhân khỏi ra viện. Mặc dù chiếm tỷ lệ thấp nhưng kết quả cho thấy, cần thận trọng khi phẫu tích bộ lộ OMC ở NB đã có tiền sử phẫu thuật tăng trên mạc treo đại tràng ngang, nhất là đã mổ sỏi mật, nhận định này tương tự như thông báo của y văn, trong trường hợp khó khăn thì nên chuyển mổ để xử trí tai biến<sup>6,9</sup>.

Kết quả nghiên cứu cho thấy biến chứng chung chiếm tỷ lệ thấp 8,7% (10/115 NB), không có tử vong chu phẫu, đều được điều trị nội khoa, ổn định ra viện không cần can thiệp thủ thuật gì. Kết quả này tương tự nghiên cứu trong và ngoài nước.<sup>4,6,9</sup>

Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ sạch sỏi là 100%, tương đồng với tỷ lệ sạch sỏi với đường mật chính ngoài gan của Vũ Đức Thụ<sup>6</sup>, La Văn Phú.<sup>8</sup> Đánh giá mức độ kết quả mức độ tốt chiếm 91,3% (105 NB), trung bình 8,7% (10 NB). Không có NB nào ở mức độ xấu hay rất xấu, cao hơn thông báo của Vũ Đức Thụ (tốt 66,0%, trung bình 43,2% và kém là 1,8%)<sup>6</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

PTNS kết hợp NSĐMTM là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả có tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp và tỷ lệ sạch sỏi cao. Phẫu thuật này có thể áp dụng cho bệnh nhân đã mổ

ổ bụng cũ, NSMTND lấy sỏi thất bại và có thể áp dụng cho người cao tuổi được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và nội soi đường mật trong mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Petelin JB.** Laparoscopic common bile duct exploration. *Surg Endosc.* 2003;17(11):1705-1715. doi:10.1007/s00464-002-8917-4
- Nguyễn Khắc Đức,** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật ngoài gan, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2010.
- Zhan Z, Han H, Zhao D, et al.** Primary closure after laparoscopic common bile duct exploration is feasible for elderly patients: 5-Year experience at a single institution. *Asian Journal of Surgery.* 2020; 43(1): 110-115. doi:10.1016/j.asjsur.2019.04.009
- Zhang K, Zhan F, Zhang Y, et al.** Primary Closure Following Laparoscopic Common Bile Duct Reexploration for the Patients Who Underwent Prior Biliary Operation. *Indian J Surg.* 2016;78(5): 364-370. doi:10.1007/s12262-016-1482-1
- Nguyễn Hoàng Bắc** (2007), "Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính", Luận án tiến sĩ y học, tr.29-31.
- Vũ Đức Thu** (2020). "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật điều trị sỏi đường mật". Luận án tiến sĩ y học. Published online 2020.
- Trần Bảo Long** (2004), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị các trường hợp sỏi mật mổ lại", Luận án tiến sĩ y học.
- La Văn Phú** (2021). "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi đường mật chính ở bệnh nhân cao tuổi". Luận án tiến sĩ y học.

## KẾT QUẢ THAY ĐỔI TRỤC CƠ HỌC SAU THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Tiến Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Thuý<sup>2</sup>, Đoàn Việt Quân<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá kết quả thay đổi trục cơ học sau thay khớp gối toàn phần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, không đối chứng trên 55 bệnh nhân thoái hoá khớp gối có vẹo trục trên 5° được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2023 - 06/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân THKG trong nghiên cứu có triệu chứng đau khi đi lại nhiều chiếm tỷ lệ 76,4%, hạn chế vận động và cứng khớp buổi sáng 100%. Khớp biến dạng vẹo trong chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 50,9%. Kết quả X-quang cho thấy gai xương tại các vị trí đều trên 80%, hẹp khe khớp trong là chủ yếu (chiếm 56,4%) và một số tổn thương khác như xơ hoá, đặc xương dưới sụn (100%), hốc xương và dị vật dao động từ 27 - 47%. Sau phẫu thuật thay KGTP, trục cơ học chi dưới cải thiện trung bình  $7,2^{\circ} \pm 0,43^{\circ}$  và tất cả các khớp đều được nắn chỉnh trục cơ học về mức sinh lý. Kết quả điểm lâm sàng khớp gối và điểm chức năng khớp gối cải thiện đáng kể. **Kết luận:** Sau phẫu thuật thay KGTP cho bệnh nhân THKG nặng, có biến dạng vẹo trục, toàn bộ trục cơ học chi dưới đã được nắn chỉnh về mức sinh lý, cải thiện vấn đề đau khớp và chức năng vận động cho người bệnh. **Từ khóa:** Trục cơ học, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần.

#### SUMMARY

#### RESULTS OF MECHANICAL AXIS CORRECTION FOLLOWING TOTAL KNEE REPLACEMENT SURGERY FOR OSTEOARTHRITIS TREATMENT AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and radiographic features of the patient group and evaluate changes in the mechanical axis following total knee replacement surgery. **Subjects and Methods:** A cross-sectional, longitudinal study was conducted without a control group on 55 patients with knee osteoarthritis and an axis deviation greater than 5°, who underwent total knee replacement surgery at Viet Duc Hospital from June 2023 to June 2024. **Results:** Among the patients with knee osteoarthritis in the study, 76.4% experienced pain when walking, and 100% had limited movement and morning stiffness. The most common deformity was varus deformity (50.9%). X-ray results showed bone spurs in over 80% of cases, predominantly in the medial compartment (56.4%), along with other lesions such as subchondral sclerosis (100%), bone cysts, and foreign bodies, with incidence rates ranging from 27% to 47%. Postoperatively, the lower limb mechanical axis improved by an average of  $7.2^{\circ} \pm 0.43^{\circ}$ , with all joints achieving realignment to physiological levels. There was significant improvement in knee joint clinical scores and functional scores. **Conclusion:** After total knee replacement surgery for patients with severe knee osteoarthritis and axis deformity, the lower limb mechanical axis was successfully realigned to physiological levels, improving pain and joint function for the patients. **Keywords:** Mechanical axis, total knee replacement surgery.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Ngọc

Email: ngocvdh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024