

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 Ngọc¹, Nguyễn Xuân Thuý², Đoàn Việt Quân¹

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.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường 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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) là bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi, phổ biến hơn ở phụ nữ¹. Tỷ lệ THKG trong các nghiên cứu dao động từ 15 – 40% tùy từng khu vực và độ tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng lớn. Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài chi dưới².

Với những trường hợp THKG ở giai đoạn nặng, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (KGTP) được coi là phương pháp điều trị hiệu quả nhất để cải thiện chức năng khớp gối. Hàng năm, có hơn 600.000 ca phẫu thuật thay KGTP tại Hoa Kỳ, dự báo số lượng KGTP nguyên phát ở đây sẽ tăng 401% vào năm 2040³. Trong nhiều thập kỷ qua, căn chỉnh trục cơ học chi dưới đã được coi là mục tiêu chính trong phẫu thuật KGTP². Đây là phương pháp căn chỉnh thành phần xương đùi và xương chày của KGTP vuông góc với trục cơ học của xương đùi và xương chày, từ đó cân bằng tải trọng ở ngăn giữa và ngăn bên của KGTP giúp giảm mài mòn, lỏng khớp và tăng tuổi thọ khớp⁴. Việc căn chỉnh trục cơ học không tốt có thể dẫn đến biến chứng đau sau mổ kéo dài, hạn chế tầm vận động khớp, đặc biệt là hông khớp trong thời gian trung và dài hạn⁵.

Tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân đến khám khi bệnh THKG đã ở giai đoạn muộn, tình trạng khớp đã biến dạng nặng, không đáp ứng với vật lý trị liệu hoặc điều trị nội khoa thông thường. Vì vậy, các nghiên cứu đánh giá về trục cơ học chi dưới sau phẫu thuật, đặc biệt ở những bệnh nhân có sự thay đổi trục cơ học nhiều như biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài là vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, các báo cáo đánh giá về chỉnh sửa trục cơ học của nhóm bệnh nhân này còn rất ít. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sự thay đổi trục cơ học chi dưới sau phẫu thuật thay KGTP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân được chẩn đoán THKG tại bệnh viện Việt Đức, được thực hiện phẫu thuật thay KGTP trong thời gian từ tháng 06/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán THKG độ III, IV theo Kellgren và Lawrence có biến dạng khớp gối nặng, lệch trục chi trên 5°, được chỉ định phẫu thuật thay KGTP và có thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, khám lại đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân THKG do chấn thương gây xương vùng khớp gối, có tổn

thương hoặc từng phẫu thuật xương đùi, có bệnh toàn thân hoặc tại chỗ không thể tiến hành phẫu thuật. BN thay lại khớp gối.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, không đối chứng

Các biến nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học; đặc điểm lâm sàng, X-quang khớp gối; kết quả trục cơ học chi dưới trước và sau phẫu thuật thay KGTP.

Thu thập số liệu nghiên cứu: Số liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm X-quang trước và sau phẫu thuật thay KGTP.

Quy trình nghiên cứu: Đo mức độ vẹo trục chi dưới trên lâm sàng, chụp X-quang thẳng – nghiêng đánh giá mức độ vẹo trục. Sau đó, đánh giá sự thay đổi trục cơ học khớp gối sau phẫu thuật, điểm KS, KFS trước và sau phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật: Đánh giá sự thay đổi trục cơ học khớp gối trên X-quang, điểm KS, KFS sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, lưu trữ và làm sạch bằng phần mềm Excel, sau đó được xử lý thống kê theo thuật toán thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của BGĐ Bệnh viện Việt Đức. Người tham gia nghiên cứu biết được mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nữ	49	89,1
	Nam	6	10,9
Nhóm tuổi	< 50	2	3,64
	50 - 59	4	7,27
	60 - 69	32	58,18
	≥ 70	17	30,91
Vị trí khớp thoái hoá			
Trái	36	65,45	
Phải	19	34,55	
Cả 2 bên	0	0,0	
Tổng	55	100	
Thể trạng (BMI)			
Thiếu cân: < 18,5	1	1,82	
Bình thường: 18,5 – 22,9	21	38,18	
Thừa cân: 23 – 24,9	16	29,09	
Béo phì: ≥ 25	17	30,91	

Thời gian phát bệnh		
< 3	5	9,1
3 - 5	25	45,45
> 5	25	45,45
Tổng	55	100

Số bệnh nhân nữ nhiều hơn bệnh nhân nam với 49 người chiếm 89,1%. Nhóm tuổi 60-69 tuổi có tỷ lệ THKG nhiều nhất với 32 bệnh nhân chiếm 58,18%. Trong đó, các bệnh nhân chủ yếu có thể trạng BMI ở mức bình thường (38,18%). Phần lớn bệnh nhân có thời gian phát bệnh trên 3 năm, trong đó từ 3-5 năm và trên 5 năm đều là 25 người (chiếm 45,45%). Vị trí thoái hoá khớp gối trái nhiều hơn gối phải với 36 bệnh nhân chiếm 65,45%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và X-quang của bệnh nhân

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Đau nhiều, liên tục	13	23,6
Đau khi đi lại	42	76,4
Hạn chế vận động	55	100
Cứng khớp buổi sáng	55	100
Biến dạng khớp		
Vẹo trong	28	50,9
Vẹo trong, co rút gấp	14	25,5
Vẹo ngoài	13	23,6
Biên độ duỗi gối trước phẫu thuật		
Bình thường	36	65,5
Hạn chế ≤ 10°	13	23,6
Hạn chế > 10°	6	10,9
Triệu chứng thực thể		
Lạo xạo khi cử động	55	100,0
Sờ thấy phì đại	13	23,6
Dấu hiệu bào gồ	55	100
Biên độ gấp gối trước phẫu thuật		
< 90°	10	18,2
90 - 110°	31	56,4
> 110°	14	25,4
Tổng	55	100

Các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là hạn chế vận động và cứng khớp buổi sáng (100%), triệu chứng đau chủ yếu là đau khi đi lại nhiều (chiếm 76,4%). Khám thực thể, triệu chứng lạo xạo khi cử động gối là 100%, phì đại là 23,6%. Trong đó, khớp gối có biến dạng vẹo trong chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 50,9%. Biên độ gấp gối trước phẫu thuật chủ yếu ở góc 90 - 110° với 31 bệnh nhân chiếm 56,4% và biên độ duỗi gối chủ yếu ở mức độ bình thường với 36 người chiếm 65,4%.

Bảng 3. Triệu chứng X-quang của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gai xương		
Lồi cầu ngoài - mâm chày ngoài	45	81,8
Lồi cầu trong - mâm chày trong	54	98,2
Đùi - chày - bánh chè	53	96,3
Hẹp khe khớp		
Khe khớp ngoài	6	10,9
Khe khớp trong	31	56,4
Cả 2 khe khớp	18	32,7
Tổn thương khác		
Xơ hoá, đặc xương dưới sụn	55	100,0
Hốc xương	26	47,3
Dị vật (sụn khớp)	15	27,3
Phân độ THKG		
Độ III	15	27,3
Độ IV	40	72,7
Tổng	55	100

Trên phim X-quang khớp gối, dấu hiệu gai xương gặp ở hầu hết bệnh nhân, trong đó, vị trí lồi cầu trong - mâm chày trong chiếm 98,2% và đùi - chày - bánh chè chiếm 96,3%. Dấu hiệu hẹp khe khớp trong gặp nhiều nhất ở 31 người chiếm 56,4%. Một số tổn thương khác hay gặp như xơ hóa, đặc xương dưới sụn (100%), hốc xương (27,3%) và dị vật (27,3%).

3.3. Sự thay đổi trục cơ học chi dưới sau phẫu thuật thay KGTP

Bảng 4. So sánh trục cơ học khớp gối trước và sau phẫu thuật thay KGTP

Biến dạng	Trước mổ (X±SD)	Sau mổ (X±SD)
Biến dạng vẹo trong	9,35±3,16	1,85±0,75
Biến dạng vẹo trong co rút gấp	11,85±3,75	2,57±0,75
Vẹo ngoài	5,53±0,96	1,23±0,43
X±SD	9,09±3,69	1,89±0,83
min - max	5 - 21	1 - 4
Cải thiện trên phim X-quang	7,2±0,43	
p	P < 0,001	

Đánh giá sự thay đổi trục cơ học khớp gối trước và sau phẫu thuật thay KGTP cho kết quả, số đo góc trung bình trước và sau phẫu thuật thay đổi từ 9,09 ± 3,69 sang 1,89 ± 0,83 với số đo góc nhỏ nhất là 1° và lớn nhất là 4°. Trục cơ học trên phim X-quang cải thiện 7,2 ± 0,43, với p<0,001.

3.4. Kết quả cải thiện điểm KS, KFS sau phẫu thuật thay KGTP

Bảng 5. So sánh điểm KS, KFS của khớp gối trước và sau phẫu thuật thay KGTP

Mức độ	Trước mổ		Sau mổ		Mức độ Tỷ lệ %	Trước mổ		Sau mổ		p
	Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %		Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %	
Điểm KS					Điểm KFS					0,001
Rất tốt	0	0,0	0,0	0,0	Rất tốt	0	0,0	5	16,36	
Tốt	0	0,0	0,0	0,0	Tốt	0	0,0	41	74,55	
Trung bình	0	0,0	48	87,27	Trung bình	4	7,27	9	9,09	
Kém	55	100,0	7	12,73	Kém	51	92,73	0	0	
Điểm trung bình	43,25 ± 8,28		70,27 ± 6,20		Điểm trung bình	44,3 ± 6,14		72,7 ± 10,97		

Điểm KS trung bình trước phẫu thuật là $43,25 \pm 8,28$ và sau phẫu thuật là $70,27 \pm 6,20$, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm KFS trung bình trước phẫu thuật là $44,3 \pm 6,14$ và sau phẫu thuật là $72,7 \pm 10,97$, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 60 – 69 tuổi (58,18%), trong đó nữ chiếm 89,1%. Đa số bệnh nhân đều có thời gian phát bệnh trên 3 năm với 50 bệnh nhân chiếm 90,9%. Kết quả này phù hợp với triệu chứng bệnh thoái hoá khớp gối chủ yếu gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi, là nữ giới và vị trí THKG trái gặp nhiều hơn gối phải với 36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 65,45%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu của Đỗ Văn Minh (2024), Nguyễn Duy Sơn (2023) và một số nghiên cứu nước ngoài khác⁶⁻⁸.

4.2. Triệu chứng lâm sàng, X-quang. Trong THKG, triệu chứng đau mức độ nặng là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến thay KGTP. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều đau khớp gối, có 42 người đau khi đi lại nhiều (chiếm 76,45) và 13 người đau khớp liên tục (chiếm 23,65%), tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Duy Sơn (2023) tại bệnh viện E với tỷ lệ đau khớp liên tục cả khi nghỉ ngơi là 82,6%. Khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Sơn đều mắc bệnh ở thời gian dài > 5 năm nên triệu chứng đau xuất hiện nhiều hơn. Các triệu chứng khác như hạn chế vận động (100%) và cứng khớp buổi sáng (100%), kết quả này tương tự tác giả Nguyễn Duy Sơn. Kết quả khám thực thể cho thấy, 100% có lạo xạo khớp gối khi cử động, 23,6% sờ thấy phì đại và không có bệnh nhân nào có dấu hiệu bào gồ. Đánh giá mức độ biến dạng khớp cho kết quả, biến dạng vẹo trong chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,9%. Biên độ gấp gối trước mổ chủ yếu là 90 – 110° (50,9%) và biên độ duỗi gối chủ yếu ở mức bình thường, chỉ 23,6% hạn chế duỗi gối $\leq 10^\circ$ và 10,9% hạn

chế duỗi gối $> 10^\circ$. Đây là những triệu chứng lâm sàng điển hình ở bệnh nhân THKG.

Trên phim X-quang, dấu hiệu gai xương gặp ở tất cả bệnh nhân, một số tổn thương khác hay gặp như xơ hóa, đặc xương dưới sụn gặp ở 55 bệnh nhân (chiếm 100%), hốc xương ở 26 bệnh nhân (chiếm 27,3%) và dị vật ở 15 bệnh nhân (chiếm 27,3%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Duy Sơn (2023)⁶.

4.3. Đánh giá sự thay đổi trục cơ học khớp gối sau phẫu thuật. Trong phẫu thuật thay KGTP, trục cơ học có vai trò rất quan trọng trong thành công của ca phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% khớp gối khôi phục về mức sinh lý bình thường (số đo góc $< 5^\circ$). Trong đó, số đo góc trung bình trước phẫu thuật là $9,09^\circ \pm 3,69^\circ$ và sau phẫu thuật là $1,89^\circ \pm 0,83^\circ$ với số đo góc nhỏ nhất là 1° và lớn nhất là 4° . Kết quả cải thiện trục cơ học trên phim X-quang là $7,2^\circ \pm 0,43^\circ$, sự khác biệt trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với tác giả Sebastien Paratte (2010) căn chỉnh trục cơ học sau phẫu thuật về mức sinh lý với số đo trung bình $0^\circ \pm 2,8^\circ$. Kết quả này giúp giảm đau, giảm các biến chứng sau phẫu thuật, tuy nhiên chưa cải thiện tuổi thọ của khớp gối nhân tạo. Vì vậy, vẫn cần thêm thời gian để nghiên cứu về vấn đề này.

4.4. Cải thiện điểm KS, KFS sau phẫu thuật. Điểm lâm sàng khớp gối (KS) sử dụng để đánh giá triệu chứng đau, độ vững khớp và tầm vận động khớp gối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi phục hồi trục cơ học về mức sinh lý, điểm KS cải thiện đáng kể sau phẫu thuật, với trung bình trước phẫu thuật là $43,25 \pm 8,28$ và sau phẫu thuật là $70,27 \pm 6,20$, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này thấp hơn 1 số nghiên cứu của Đỗ Văn Minh (2024) với điểm KS sau phẫu thuật là $90,0 \pm 10,2$ ⁹. Sự khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân có biến dạng lệch trục chi nhiều hơn và có điểm KS trước phẫu thuật thấp hơn.

Điểm số chức năng khớp gối (KFS) đánh giá khả năng đi lại, lên xuống cầu thang, sự trợ giúp

của dụng cụ hỗ trợ việc đi lại. Trong nghiên cứu này, điểm KFS có cải thiện nhiều so với trước nghiên cứu, với điểm trung bình trước phẫu thuật là $44,3 \pm 6,14$ và sau phẫu thuật là $72,7 \pm 10,97$, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2021) ghi nhận điểm KFS trước mổ là $45,57 \pm 9,29$, sau mổ đạt $80,56 \pm 8,8^{10}$. Tuy nhiên vẫn thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Văn Minh (2024) với điểm KFS sau phẫu thuật là $92,6 \pm 11,6^9$. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu là do khác nhau giữa mức độ đau, tầm vận động, đặc điểm X-quang và mức độ THKG giữa các đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật thay KGTP, trục cơ học chi dưới được cải thiện đáng kể, toàn bộ bệnh nhân có trục cơ học trở về mức sinh lý, phục hồi chức năng và tầm vận động rõ rệt. Tuy nhiên, vẫn cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá những biến chứng xa cũng như kết quả điều trị lâu dài trên những đối tượng THKG nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan. Điều trị thoái hoá khớp và cột sống. In: Điều Trị Học Nội Khoa. Nhà Xuất bản Y học; 2000:212-224.
2. Alesi D, Meena A, Fratini S, et al. Total knee arthroplasty in valgus knee deformity: is it still a challenge in 2021? Musculoskelet Surg. 2022;106(1):1-8. doi:10.1007/s12306-021-00695-x
3. Singh JA, Yu S, Chen L, Cleveland JD. Rates of Total Joint Replacement in the United States: Future Projections to 2020-2040 Using the National Inpatient Sample. J Rheumatol. 2019; 46(9): 1134-1140. doi:10.3899/jrheum.170990
4. Minoda Y. Alignment techniques in total knee arthroplasty. J Jt Surg Res. 2023;1(1):108-116. doi:10.1016/j.jjoisr.2023.02.003
5. Thienpont E, Schwab PE, Fennema P. A systematic review and meta-analysis of patient-specific instrumentation for improving alignment of the components in total knee replacement. Bone Jt J. 2014;96-B(8):1052-1061. doi:10.1302/0301-620X.96B8.33747
6. Nguyễn Duy Sơn, Lê Mạnh Sơn (2023). Đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hoá khớp gối tại bệnh viện E. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2023; 531(1B). doi:10.51298/vm.531i1B.7094
7. Nguyễn Huy Phương (2021). Nghiên cứu điều trị phẫu thuật bệnh lý thoái hoá khớp gối với kỹ thuật thay khớp gối toàn phần ứng dụng các góc của lồi cầu xương đùi. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Parratte S, Pagnano MW, Trousdale RT, Berry DJ. Effect of postoperative mechanical axis alignment on the fifteen-year survival of modern, cemented total knee replacements. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(12):2143-2149. doi:10.2106/JBJS.I.01398
9. Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Văn Hùng, Đỗ Văn Minh (2024). Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 539 (3), 18-21.
10. Nguyễn Văn Học (2021). Nghiên cứu thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo và kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Luận án Tiến sĩ y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Gia Du¹, Nguyễn Văn Trung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt lồi trước tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt đa tầng lồi trước trong thời gian từ tháng 11/2019 - 5/2022 tại Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,29/1, tuổi trung bình $60,56 \pm 13,03$ tuổi. Thời gian diễn biến bệnh trung bình $6,38 \pm 5,51$ tháng. Triệu chứng thường gặp là đau cổ, rối loạn cảm giác chi trên, giảm vận động tinh tế bàn tay, tăng phản xạ gân xương, dấu Hoffman dương tính. Hội chứng chèn ép tủy cổ chiếm 93,7%; mJOA trung bình $10,66 \pm 2,78$ điểm, không có sự khác biệt về điểm mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm 2 tầng và 3 tầng. NDI trung bình là $38,56 \pm 21,09$ %. **Kết luận:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng có triệu chứng lâm sàng đa dạng, 93,7% bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ, không có sự khác biệt về mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ 2 tầng và 3 tầng. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, ACDF

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: trung32pts@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

SUMMARY

CLINICAL FEATURES IN MULTI-LEVEL