

theo dõi bằng cách kết hợp thêm một dấu ấn sinh học rẻ, sẵn có để ứng dụng theo dõi điều trị bệnh nhân trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến cố nội viện là 16,9% ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Với điểm cắt 0,032 của tỉ số MPV/PC cho khả năng tiên đoán biến cố nội viện với mức khá tốt là 0,738. Qua hồi qui đa biến, MPV/PC chứng minh được khả năng tiên lượng độc lập biến cố nội viện ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên còn cần nhiều nghiên cứu thêm để khảo sát tính ứng dụng của tỷ số này trong thực hành lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** The top 10 causes of death. Accessed Oct 15, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. **Martin SS, Aday AW, Almarazq ZI, et al.** 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. Feb 20 2024; 149(8): e347-e913. doi:10.1161/CIR.0000000000001209
3. **Lemesle G, Cayla G, Gallet de Saint-Aurin R, et al.** Abstract 11958: Incidence and Predictors of In-Hospital Complications After Myocardial Infarction in Contemporary Clinical Practice: Findings From the FRENCHIE Myocardial Infarction Cohort. *Circulation*. 2023; 148 (Suppl_1): A11958-A11958. doi:doi:10.1161/circ.148.suppl_1.11958
4. **Choi DH, Kang SH, Song H.** Mean platelet volume: a potential biomarker of the risk and prognosis of heart disease. *Korean J Intern Med*. Nov 2016;31(6): 1009-1017. doi:10.3904/kjim.2016.078
5. **Khode V, Sindhur J, Kanbur D, Ruikar K, Nallulwar S.** Mean platelet volume and other platelet volume indices in patients with stable coronary artery disease and acute myocardial infarction: A case control study. *J Cardiovasc Dis Res*. Oct 2012;3(4): 272-5. doi:10.4103/0975-3583.102694
6. **Yu T, Dong Y, Sun Z, Sun Z.** Comparison of prognostic significance of mean platelet volume/platelet count with GRACE for long-term prognosis in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *Int J Cardiol*. Feb 1 2017; 228:335-340. doi:10.1016/j.ijcard.2016.11.082
7. **Wang Z, Wang J, Cao D, Han L.** Correlation of neutrophil-to-lymphocyte ratio with the prognosis of non-ST-segment elevation in patients with acute coronary syndrome undergoing selective percutaneous coronary intervention. *J Int Med Res*. Oct 2020;48(10):300060520959510. doi:10.1177/0300060520959510
8. **Tian C, Song J, He D, Wu J, Sun Z, Sun Z.** Predictive Value of Mean Platelet Volume/Platelet Count for Prognosis in Acute Myocardial Infarction. *Int Heart J*. Mar 30 2018;59(2):286-292. doi:10.1536/ihj.17-212

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở NGƯỜI BỆNH MỔ THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Trần Thị Hiền¹, Nguyễn Thành Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phục hồi chức năng người bệnh thay khớp gối toàn phần tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Người bệnh tham gia thực hiện can thiệp phục hồi chức năng và đánh giá kết quả. **Kết quả và kết luận:** Có sự cải thiện kết quả phục hồi chức năng về mức độ sưng nề đùi và sưng nề tại khớp, lực cơ gấp duỗi khớp gối, tầm vận động gấp duỗi khớp gối cải thiện theo thời gian với $p < 0,05$. Về đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm KS, trước khi điều trị 79,07% người bệnh ở mức

kém, sau 28 ngày có 2,33% người bệnh đạt mức rất tốt, 90,7% đạt mức tốt, còn 6,98% đạt mức trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Từ khóa: khớp gối, điểm KS, phục hồi chức năng

SUMMARY

REVIEW OF FUNCTIONAL REHABILITATION RESULTS IN PATIENTS WHO HAD TOTAL KNEE REPLACEMENT SURGERY AT 108 MILITARY HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the results of rehabilitation of patients with total knee replacement at the Rehabilitation Department of the 108 Central Military Hospital in 2025. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 43 patients after total knee replacement surgery at the Rehabilitation Department of the 108 Central Military Hospital. Patients participated in rehabilitation interventions and evaluated the results. **Results and conclusions:** There was an improvement in the level of thigh swelling and swelling at the joint, knee flexion and extension muscle strength, and knee flexion and extension range of motion improved over time with p

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

< 0.05. Regarding the knee assessment score (KS), before treatment, 79.07% of patients were at a poor level, after 28 days, 2.33% of patients achieved a very good level, 90.7% achieved a good level, and 6.98% achieved an average level, the difference was significant with $p < 0.05$.

Keywords: knee joint, KS score, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một trong những khớp lớn và phức tạp nhất trong cơ thể người, đóng vai trò thiết yếu trong các hoạt động vận động. Do phải chịu áp lực từ toàn bộ trọng lượng cơ thể và các tác động cơ học lặp đi lặp lại hằng ngày, khớp gối rất dễ bị tổn thương bởi các bệnh lý như thoái hóa khớp, viêm khớp, hoặc chấn thương gây rách dây chằng và sụn chêm. Khi tổn thương tiến triển đến mức độ nặng, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng vận động và chất lượng cuộc sống, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần được xem là một giải pháp điều trị tối ưu [1]. Tuy nhiên, không ít người bệnh sau phẫu thuật gặp phải các biến chứng như teo cơ, cứng khớp, giảm tầm vận động, nếu không được can thiệp phục hồi đúng cách và kịp thời.

Việc can thiệp PHCN ngay từ giai đoạn hậu phẫu sớm giúp ngăn ngừa các biến chứng do bất động, duy trì sức mạnh cơ, phục hồi tầm vận động khớp, giảm đau và giúp người bệnh nhanh chóng quay lại các hoạt động sinh hoạt hằng ngày [2]. Để làm rõ hơn kết quả phục hồi chức năng trên người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả Phục hồi chức năng người bệnh thay khớp gối toàn phần tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần

Tuân thủ chương trình tập luyện phục hồi chức năng.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có biến chứng sau mổ: nhiễm khuẩn, gãy xương quanh khớp nhân tạo, tụ máu chảy máu khớp gối.

Người bệnh có các bệnh tim mạch, hô hấp sau phẫu thuật không đủ sức khỏe chung để vận động chủ động.

Người bệnh bị tổn thương thần kinh trung ương, thần kinh ngoại vi hoặc các bệnh cơ-xương khớp khác ảnh hưởng đến quá trình vận động của người bệnh.

X-quang mô có hình ảnh trật khớp.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

+ **Thời gian:** Tháng 12 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025

+ **Địa điểm:** khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

2.3. Phương pháp nghiên cứu

+ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

+ **Chọn mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả những người bệnh thay khớp gối toàn phần điều trị tại khoa PHCN trong thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu đã lựa chọn 43 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn.

+ **Bộ công cụ:** Phiếu nghiên cứu gồm 2 phần

- Phần 1: Thông tin chung bao gồm các thông tin như tên, tuổi, giới, vị trí tổn thương, thời gian tập PHCN sau phẫu thuật

- Phần 2: Lượng giá người bệnh: mức độ đau, đo tầm vận động khớp gối, lực cơ đùi, độ teo cơ đùi, điểm KS tại 3 thời điểm T1 trước khi can thiệp PHCN, T2 sau 5 ngày can thiệp PHCN, T3 sau 28 ngày can thiệp PHCN.

2.4. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng chương trình phần mềm Excel, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của Ban Giám hiệu trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (số 95/QĐ-ĐHKTYTHD ngày 27/6/2025). Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi	<60	4	9,31%
	60-69	27	62,79%
	≥70	12	27,9%
X ± SD	66,814 ± 5,6		
Giới	Nam	5	11,63%
	Nữ	38	88,37%
Vị trí tổn thương	Phải	26	60,47%
	Trái	17	39,53%
Tổng		43	100%

Nhận xét: Đa số người bệnh ở nhóm 60 – 69 tuổi. Tuổi thấp nhất 55 tuổi, tuổi cao nhất 79 tuổi. Nam. Tỉ lệ người bệnh thay khớp gối toàn phần chân phải chiếm 60,47% cao hơn chân trái 39,53%

Bảng 3.2. Mức độ đau gối

Nhóm	Không (%)	Đau nhẹ (%)	Đau vừa (%)	Đau trầm trọng (%)	p
T1	4,6	53,4	34,5	6,9	<0,01
T2	2,3	55,0	39,5	2,3	
T3	9,3	90,7	0	0	

Nhận xét: Tại T1 (1 ngày sau mổ), chủ yếu ở mức đau nhẹ (53,4%) đến đau vừa (39,54%). Tại T2 (khi ra viện), chủ yếu vẫn là đau vừa (39,54%) và đau nhẹ (55,8%). Nhưng tại T3 (28 ngày sau ra viện), người bệnh chủ yếu là đau nhẹ chiếm 90,7% sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$.

Bảng 3.3. Tâm vận động gối

Nhóm	Rất tốt (<3 độ) (%)	Tốt (3-5 độ) (%)	Trung bình (6-10 độ) (%)	Kém (>10 độ) (%)	p
T1	11,6	26,0	30,0	41,1	<0,01
T2	39,0	32,0	16,0	16,0	
T3	95,0	4,7	0	0	

Nhận xét: Tại thời điểm T1, người bệnh duỗi gối chủ yếu $> 10^\circ$, chiếm 41,9%. Tại thời điểm T2, người bệnh duỗi gối ở mức $< 3^\circ$ chiếm 39,5%, mức $3^\circ-5^\circ$ chiếm 32,6%. Tại thời điểm T3, phần lớn người bệnh duỗi gối rất tốt $< 3^\circ$ (95,3%), có 4,7% người bệnh duỗi tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.4. Tâm vận động gấp gối

Nhóm	<30 độ (%)	30-55 độ (%)	>55-80 độ (%)	>80-100 độ (%)	>100 độ (%)	p
T1	11,6	59,1	30,2	0	0	<0,05
T2	0	14,0	62,8	23,3	0	
T3	0	0	2,3	55,8	41,9	

Nhận xét: Tại T1, người bệnh gấp gối chủ yếu ở mức $30^\circ-55^\circ$ chiếm 58,1%. Tại T2, người bệnh gấp gối đạt mức $55^\circ-80^\circ$ chiếm 62,8%. Tại T3, phần lớn người bệnh gấp gối $80^\circ-100^\circ$ (55,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Lực cơ duỗi gối tại các thời điểm đánh giá

Nhóm	<3 (Kém) (%)	3 (Trung bình) (%)	4 (Tốt) (%)	5 (Rất tốt) (%)	p
T1	81,4	18,6	0	0	<0,01
T2	32,6	67,4	0	0	
T3	0	2,3	62,8	34,9	

Nhận xét: Kết quả phục hồi lực cơ duỗi khớp gối tại thời điểm T3 tốt hơn T1 và T2. Tại thời điểm T1 người bệnh duỗi gối chủ động khá kém, chủ yếu <3 (chiếm 81,4%). Tại T2, người bệnh cải thiện với lực cơ duỗi gối chủ yếu ở mức 3 chiếm 67,4%. Tại T3, phần lớn người bệnh có lực cơ bậc 4 (62,8%), sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,01$

Bảng 3.6. Kết quả phục hồi lực cơ gấp gối

Nhóm	<3 (Kém) (%)	3 (Trung bình) (%)	4 (Tốt) (%)	5 (Rất tốt) (%)	p
T1	100,0	0	0	0	<0,01
T2	65,1	34,9	0	0	
T3	0	0	81,4	18	

Nhận xét: Kết quả phục hồi lực cơ gấp khớp gối tại thời điểm 28 ngày tốt hơn trước điều trị và tốt hơn khi ra viện với $p < 0,01$.

Bảng 3.7. Chức năng khớp gối theo thang điểm KS

Nhóm	Kém (%)	Trung bình (%)	Tốt (%)	Rất tốt (%)	p
T1	79,07	18,6	2,33	0	<0,05
T2	55,26	30,23	15,79	0	
T3	6,98	0	90,7	2,33	

Nhận xét: Tại thời điểm T1, 79,07% người bệnh có điểm KS kém, 18,6% trung bình, 2,33% đạt mức tốt. Tại thời điểm T2, điểm KS trung bình tăng chiếm 30,23%, mức độ kém chiếm 53,49% và tốt chiếm 16,28%. Tại thời điểm T3, chủ yếu điểm KS ở mức tốt với 90,7% và rất tốt chiếm 2,33%, điểm KS ở mức trung bình chỉ chiếm 6,98% với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Mức độ sưng nề đùi

Nhóm	Nặng (> 4 cm) (%)	Vừa (2-4 cm) (%)	Nhẹ (< 2 cm) (%)	p
T1	27,9	62,8	9,3	<0,05
T2	4,7	60,5	34,9	
T3	0	18,6	81,4	

Nhận xét: Tại T1 chủ yếu ở mức sưng ở mức độ vừa (6,8%), nặng (27,9%) và nhẹ chiếm (9,3%). Tại T2 (khi ra viện), mức độ sưng nề giảm nhẹ. Trong đó, mức độ sưng nề nặng chiếm 4,7% và vừa chiếm 60,5%, tốt chiếm 34,9%. Tại T3 không còn sưng nặng, sưng vừa chiếm 18,6% và phần lớn người bệnh sưng nhẹ (81,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,814 \pm 5,6$ tuổi. Số người bệnh từ 60 – 69 tuổi chiếm 62,79%, điều này phù hợp với bệnh lý thoái hóa khớp gối chủ yếu gặp ở người bệnh lớn tuổi. Trong nghiên cứu, người bệnh nữ chiếm đa số đến 88,37%. Tỷ lệ nữ/nam là 7/1. Như vậy, thay khớp gối toàn phần thường gặp ở nữ nhiều hơn nam. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Duy Sơn (2023) với độ tuổi trung bình là $66,8 \pm 7,0$ tuổi từ 51-81 [3].

4.2. Kết quả PHCN sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần

Về mức độ đau. Bảng 3.2 cho thấy mức độ đau của người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần có xu hướng giảm dần theo thời gian. Tại T1, chủ yếu ở mức đau nhẹ (53,4%) đến đau vừa (39,54%), 6,9% người bệnh đau trầm trọng. Tại thời điểm T2, mức đau trầm trọng giảm còn 2,3%, chủ yếu vẫn là đau vừa (39,54%) và đau nhẹ (55,8%). Nhưng tại thời điểm T3, mức đau trung bình giảm nhiều, người bệnh chủ yếu là đau nhẹ chiếm 90,7% và không còn đau chiếm 9,3%. Tuy nhiên, quá trình phục hồi trong thời gian dài đã mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Larissa Sattler năm 2020 cho rằng quy trình phục hồi chức năng nhanh chóng có hiệu quả trong việc giảm thời gian nằm viện, đau sau phẫu thuật và các biến chứng sau mổ mà không ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh [4].

Về tầm vận động duỗi khớp gối. Bảng 3.3, tại thời điểm T1, có tình trạng hạn chế duỗi gối và sự khác biệt lớn giữa các đối tượng khác nhau. Điều này có thể được giải thích bởi phản ứng viêm, đau, sưng nề sau mổ cũng như sự khác biệt về mức độ tổn thương, phản ứng cơ của các nhóm cơ quanh khớp gối, đặc biệt là nhóm cơ Hamstring. Ngoài ra, tâm lý sợ đau và lo lắng của người bệnh trong ngày đầu sau mổ cũng ảnh hưởng đến vận động chủ động khớp gối. Đến thời điểm T2, TVĐ trung bình giảm dần. Đáng chú ý, tại thời điểm T3, giá trị trung bình tiếp tục giảm mạnh cho thấy phần lớn người bệnh đã phục hồi hoàn toàn biên độ duỗi khớp gối. Người bệnh đạt được tầm duỗi $\geq 0^\circ$ sau 1 tháng thường có điểm số chức năng Knee score cao hơn và thời gian quay lại sinh hoạt thường ngày nhanh hơn so với nhóm còn giới hạn duỗi [5].

Về tầm vận động gấp khớp gối. Kết quả từ Bảng 3.4 cho thấy tầm vận động gấp khớp gối được cải thiện đáng kể theo thời gian. Tại thời điểm T1, tầm gấp khớp gối còn hạn chế do mô mềm xung quanh khớp vẫn còn phù nề, tình trạng đau cấp tính sau mổ và tâm lý lo lắng của người bệnh trong khi vận động. Thời điểm T1, người bệnh đã được bắt đầu tập vận động chủ động có hỗ trợ hoặc thụ động để duy trì hoạt động khớp, ngăn ngừa nguy cơ dính khớp và bắt đầu sớm cho quá trình phục hồi. Tại thời điểm T2, người bệnh đã được tiếp cận đầy đủ với chương trình phục hồi chức năng bao gồm các bài tập vận động tăng dần, co cơ tĩnh, tập thụ động – chủ động có hỗ trợ và chủ động hoàn toàn, cùng với kiểm soát đau tích cực.

Tại thời điểm T3, tầm gấp khớp gối khoảng $80^\circ - 100^\circ$. Đây là kết quả của quá trình tập luyện đều đặn và đúng kỹ thuật sau khi xuất

viện, đặc biệt với những người bệnh tuân thủ chương trình tập tại nhà theo hướng dẫn và được theo dõi từ xa.

Về lực cơ duỗi gối. Thời điểm T1, lực cơ duỗi gối trung bình ghi nhận ở mức kém (81,4%), chủ yếu ở mức cơ cơ chủ động nhưng không thẳng được trọng lực. Ở giai đoạn này, người bệnh thường chưa thể thực hiện duỗi gối chủ động hoàn toàn hoặc nâng chân thẳng được. Thời điểm T2, lực cơ duỗi gối được cải thiện đáng kể, trung bình đạt bậc 3 (67,4%), tương ứng với khả năng cơ cơ chủ động thẳng được trọng lực. Nghiên cứu của Pettersson cho thấy sự cải thiện lực cơ tứ đầu đùi trong 2 tuần đầu là yếu tố tiên lượng quan trọng cho mức độ phục hồi toàn bộ sau mổ [6]. Thời điểm T3, lực cơ duỗi gối trung bình đạt sức cơ bậc 4 với 62,8%, có người bệnh đạt mức gần tối đa là bậc 5 với 34,9%. Ở giai đoạn này, người bệnh có thể duỗi gối chủ động hoàn toàn, đứng lên không cần hỗ trợ, và thực hiện các hoạt động như leo cầu thang, đi bộ xa, và tập tăng sức cơ kháng trở.

Về lực cơ gấp gối. Trong Bảng 3.6, thời điểm T1, lực cơ gấp gối trung bình chỉ đạt mức kém 100% cho thấy người bệnh có thể cơ cơ nhưng chưa đủ sức thẳng trọng lực. Ở thời điểm này, đau cấp, sưng nề và tâm lý là những yếu tố chính làm giảm khả năng huy động nhóm cơ gân khoeo. Ngoài ra, vì các cơ gấp gối nằm phía sau và chịu ảnh hưởng gián tiếp từ đường rạch mổ mặt trước, người bệnh thường không chủ động kích hoạt nhóm cơ này ngay sau mổ. Thời điểm T2, lực cơ gấp gối được cải thiện, trung bình đạt bậc 3 với 34,9% và dưới 3 là 65,1%, tương ứng với cơ cơ chủ động. Các bài tập chủ động có trợ giúp, tập gấp gối trên giường và ngoài giường giúp tăng cường huy động nhóm cơ gân khoeo. Mức lực cơ đạt được ở thời điểm này cho phép người bệnh gấp gối tích cực hơn, tăng tầm vận động và thực hiện các hoạt động chức năng như thay đổi tư thế và bước đi có kiểm soát. Thời điểm T3, lực cơ gấp gối trung bình bậc 4 (81,4%) và bậc 5 (18,6%).

Về chức năng khớp gối theo thang điểm KS. Trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Sơn cho kết quả điểm KS trung bình là $92,0 \pm 6,5$ [3]. Điểm này khá cao so với nghiên cứu chúng tôi do sự khác biệt ở thời điểm đánh giá. Người bệnh được can thiệp PHCN tại viện trung bình 5 ngày, sau đó được hướng dẫn bài tập về nhà hoặc chuyển về tuyến địa phương tiếp tục can thiệp phục hồi chức năng, gây ra tình trạng không đồng bộ giữa các người bệnh.

Về độ sưng nề đùi. Theo Bảng 3.8, tại thời điểm T1, đa số người bệnh có biểu hiện sưng nề

rõ tại đùi. Tại thời điểm T2, mức độ sưng nề đùi đã giảm nhưng vẫn còn tồn tại ở nhiều người bệnh cho thấy quá trình hồi phục và hấp thu dịch viêm đang diễn ra. Các biện pháp như chườm lạnh, kê cao chi dưới, tập cơ cơ tĩnh, vận động sớm đã phát huy hiệu quả, giúp tăng dẫn lưu bạch huyết và giảm phù nề mô mềm vùng đùi. Sau 1 tháng, tình trạng sưng nề đùi gần như chấm dứt ở phần lớn người bệnh. Chu vi đùi đạt mức gần tương đương bên lành, thậm chí trong một số trường hợp có thể giảm nhẹ do hiện tượng teo cơ tạm thời nếu người bệnh chưa tập luyện đủ cường độ. Theo nghiên cứu của Piva et al. (2011), vùng đùi thường bị sưng nề lan tỏa do áp lực nội khớp và dòng chảy viêm lan theo mô mềm sau mổ. Nếu không kiểm soát tốt, sưng nề có thể dẫn đến đau kéo dài, hạn chế cơ cơ và làm chậm tiến trình phục hồi chức năng [7]. Tóm lại, mặc dù không phải là chỉ số chính như sưng nề khớp gối, nhưng độ sưng nề đùi vẫn cần được đánh giá thường quy và kiểm soát hiệu quả trong quá trình phục hồi sau thay khớp. Kiểm soát tốt sưng nề đùi sẽ góp phần giảm đau, phục hồi vận động và hỗ trợ tối đa trong việc đạt được các mục tiêu phục hồi chức năng lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 43 người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 điều trị PHCN trong 28 ngày cho thấy sự cải thiện về mức độ sưng nề đùi và sưng nề tại khớp, lực cơ gấp duỗi khớp gối, tầm vận động gấp duỗi khớp gối cải thiện theo thời gian với $p < 0,05$. Trước khi điều trị

79,07% người bệnh điểm KS kém, sau 28 ngày có 2,33% người bệnh đạt mức rất tốt, 90,7% đạt mức tốt, còn 6,98% đạt mức trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fang, T., Zhou, X., Jin, M., Nie, J., & Li, X. (2021). Molecular mechanisms of mechanical load-induced osteoarthritis. *International Orthopaedics*, 45, 1125–1136.
2. Konnyu, K. J., et al. (2023). Rehabilitation for total knee arthroplasty: A systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102(1), 19–33.
3. Nguyễn, D. S., & Lê, M. S. (2023). Đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 531(1B).
4. Sattler, L., Hing, W., & Vertullo, C. (2020). Changes to rehabilitation after total knee replacement. *Australian Journal of General Practice*, 49(9), 587–591.
5. McClelland JA, et al. (2012). Knee extension range of motion and quadriceps strength are predictors of knee function after total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Research*, 30(12), 1805–1810.
6. Petterson, S. C., Mizner, R. L., Stevens-Lapsley, J. E., Raisis, L., Bodestab, A., Newcomb, W., & Snyder-Mackler, L. (2009). Improved function from progressive strengthening interventions after total knee arthroplasty: a randomized clinical trial with an imbedded prospective cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 61(2), 174–183.
7. Piva SR, et al. (2011). Quadriceps strength and function in patients with knee osteoarthritis: a systematic review. *Arthritis Care & Research*, 63(4), 513–525.

NỒNG ĐỘ HOMOCYSTEIN MÁU VÀ SỰ BIỂU HIỆN ĐẠM NIỆU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ RỐI LOẠN LIPID MÁU

Huỳnh Trung Cang^{1,2}, Trịnh Minh Thiết², Nguyễn Hồ Song Hào^{2*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid và tăng homocystein máu là các yếu tố nguy cơ quan trọng đối với biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ Homocystein máu và mối liên quan với sự biểu hiện đạm niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có và không có rối loạn lipid máu. **Đối**

tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 160 bệnh nhân đái tháo đường type 2, chia thành hai nhóm: có rối loạn lipid máu và không có rối loạn lipid máu. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,89 \pm 12,82$, nữ giới chiếm 67,5%. Nồng độ homocystein máu trung bình ở nhóm có rối loạn lipid máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có ($8,37 \pm 2,88$ so với $6,01 \pm 1,83$ $\mu\text{mol/L}$; $p < 0,001$). Tỷ lệ đạm niệu (≥ 30 mg/g) ở nhóm có rối loạn lipid máu chiếm 75,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm không có (34,4%) với $p < 0,001$. Đặc biệt, nồng độ homocystein cao nhất được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân có đồng thời rối loạn lipid máu và đạm niệu ($8,61 \pm 3,17$ $\mu\text{mol/L}$). **Kết luận:** Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có liên quan mật thiết với sự gia tăng nồng độ

¹Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Song Hào

Email: nhshao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025