

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Trung Tín¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân chấn thương ngực kín. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu 71 bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 04/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** bệnh nhân có tuổi trung bình là $52,6 \pm 12$, nam giới chiếm 77,5%, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông 71,8%; đặc điểm lâm sàng đau ngực chiếm 100%. Gãy xương sườn thường gặp nhất (93%), tổn thương phổi - màng phổi chiếm 71,8%, trong đó: tràn máu màng phổi (33,8%), dập phổi (15,5%), tràn khí - máu màng phổi (7,0%), tràn khí màng phổi đơn thuần (15,5%). Có 70/71 bệnh nhân được điều trị tốt (98,6%), trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày.

Từ khóa: Gãy xương sườn, tràn khí màng phổi, chấn thương ngực kín.

SUMMARY

EVALUATION TREATMENT RESULTS OF BLUNT CHEST TRAUMA AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: To research common chest injuries and evaluate the treatment results of patients with blunt chest trauma. **Methods:** A retrospective descriptive study of 71 patients with blunt chest trauma at Can Tho General Hospital from April 2023 to June 2024. **Results:** Mean age: 52.6 ± 12 , 77.5% of cases were male. The main reason is due to traffic accidents (71.8%). The majority of chest trauma patients had chest pain (100%). Rib fracture was the most common injury (93.0%), followed by lung and pleural injuries (71.8%), the proportion of hemothorax, pulmonary contusion, and hemopneumothorax are 33.8%, 15.5%, and 7.0% respectively. 70/71 patients were well treated and discharged, accounting for 98.6%, with a median hospital stay of 7 days. **Keywords:** Rib fracture, pneumothorax, blunt chest trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực kín rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa ở mọi tuyến y tế và có tỉ lệ cao ở các bệnh viện tuyến tỉnh [9]. Nguyên nhân của chấn thương ngực kín đa số là tai nạn giao thông, nên chấn thương ngực kín thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương với các tổn

thương rất đa dạng, thường gặp nhất là gãy xương sườn, dập phổi, tràn khí - máu màng phổi,... và có thể phối hợp với các chấn thương khác [8]. Chẩn đoán cũng gặp nhiều khó khăn, thường dựa vào cơ chế chấn thương, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng có vai trò quan trọng giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị. Mặc dù tỷ lệ tử vong cao, nhưng nếu tiếp cận xử lý ban đầu đúng đắn thì có thể cứu sống bệnh nhân và quản lý điều trị chấn thương ngực kín chỉ có khoảng 10% cần phẫu thuật, điều trị nội khoa bảo tồn là chủ yếu [3]. Chấn thương ngực kín là vấn đề nghiêm trọng và việc nghiên cứu thương tổn, kết quả điều trị giúp cung cấp các số liệu và nâng cao hiệu quả điều trị. Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ là một cơ sở y tế điều trị nhiều bệnh nhân chấn thương ngực kín từ lâu nhưng hiện vẫn có ít nghiên cứu về vấn đề này [8]. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ" với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân chấn thương ngực kín được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại Lồng ngực - Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 04/2023 đến tháng 06/2024. Bệnh án đầy đủ, rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đã tử vong tại cấp cứu, ngoại viện hoặc tử vong do thương tổn phối hợp, biến cố nội khoa trong quá trình điều trị, bệnh nhân < 16 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Kết quả điều trị: Đánh giá kết quả từng phương pháp, kết quả chung.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Đau ngực	71	100
	Khó thở	29	40,8
	Ho ra máu	2	2,8
Triệu chứng thực thể	Hội chứng ba giảm	24	33,8
	Tràn khí dưới da	9	12,7
	Tam chứng Galliard	12	16,9
	Biến dạng lồng ngực	9	12,7
Tổn thương thành ngực	Đụng dập thành ngực	5	7,0
	Gãy xương sườn	66	93,0
Tổn thương phổi - màng phổi	TKMP	11	15,5
	TMMP	24	33,8
	Tràn khí - máu màng phổi	5	7,0
	Dập phổi	11	15,5
Tổn thương phổi hợp	Chấn thương sọ não	2	2,8
	Gãy xương đòn	21	29,6
	Gãy xương vai	5	7,0
	Chấn thương cánh - cẳng tay	6	8,5

Nhận xét: Đau ngực và khó thở là 2 triệu chứng cơ năng chính của bệnh nhân, 100% bệnh nhân vào viện có triệu chứng đau ngực. Hội chứng 3 giảm chiếm 33,8%, tam chứng Galliard chiếm 16,9%, biến dạng lồng ngực và tràn khí dưới da chiếm tỷ lệ bằng nhau với 12,7%. Vị trí tổn thương bên trái chiếm 52,1% và tổn thương cả 2 bên chiếm 9,9%. Có 66 bệnh nhân gãy xương sườn chiếm 93,0%. Tổn thương phổi hợp đa số là gãy xương đòn với 29,6%. Tổn thương bên trái chiếm 52,1%, bên phải chiếm 38% và tổn thương cả 2 bên chiếm 9,9%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa xương sườn gãy và tổn thương phổi - màng phổi

Tổn thương phổi - màng phổi	Gãy 1-3 xương sườn (n=36)		Gãy >3 xương sườn (n=30)	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tràn khí màng phổi	4	13,3%	7	19,4%
Tràn máu màng phổi	11	30,6%	13	43,3%
Tràn khí - máu màng phổi	1	2,8%	4	13,3%
Dập phổi	4	11,1%	7	23,3%
Tổng	23	63,9%	28	93,3%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương phổi - màng phổi ở nhóm bệnh nhân gãy nhiều hơn 3 xương sườn chiếm tỷ lệ 93,3% cao hơn ở nhóm gãy từ 1 - 3 xương sườn chỉ có 59,0%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm phổi - màng phổi	Có khí trong khoang phổi	16	22,5
	Có dịch máu trong khoang phổi	33	46,5
X quang ngực	Gãy xương sườn	66	93,0
	Tràn khí màng phổi	17	23,9
	Tràn máu màng phổi	30	42,3

Nhận xét: Siêu âm phát hiện tràn khí trong khoang phổi chiếm 22,5% và có dịch máu trong khoang phổi chiếm 46,5%. Kết quả X-quang có gãy xương sườn là 66/71 bệnh nhân (93%), Tràn khí màng phổi lượng nhiều chiếm 7%, lượng trung bình chiếm 9,9%, lượng ít chiếm 7,0%. Tràn máu màng phổi trên X quang lượng nhiều chiếm 9,9%, lượng trung bình chiếm 19,7% và lượng ít chiếm 12,7%.

3.2. Kết quả điều trị. Phương pháp điều trị ban đầu trong số 71 bệnh nhân chấn thương ngực kín, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm điều trị bảo tồn với 32 bệnh nhân (45,1%), tiếp theo là nhóm bệnh nhân được chọc hút chiếm 39,4%, nhóm bệnh nhân được dẫn lưu chiếm 15,5%, không có bệnh nhân nào phẫu thuật.

Bảng 4. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			
	Tân số	Tốt	Chưa triệt để	Thành công
Bảo tồn (không can thiệp)	32	32	0	100%
Chọc hút	28	25	3*	89,3%
Dẫn lưu	14	13	1**	92,9%
Kết quả chung	71	70	1	98,6%

(*) 3 bệnh nhân chọc hút ban đầu chưa triệt để chuyển sang dẫn lưu màng phổi.

(**) 15 bệnh nhân dẫn lưu màng phổi ban đầu và 3 bệnh nhân chuyển dẫn lưu màng phổi.

Nhận xét: Trong số 28 bệnh nhân điều trị chọc hút có 3 bệnh nhân điều trị không triệt để, chuyển sang dẫn lưu, trong số 14 bệnh nhân dẫn lưu có 1 trường hợp điều trị không triệt để, tỷ lệ điều trị thành công chung là 98,6%.

Thời gian nằm viện: Trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày, ngày nằm viện lâu nhất là 30 ngày, còn thấp nhất là 1 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và thương tổn.

Trong nghiên cứu, vị trí tổn thương được ghi nhận chủ yếu ở ngực trái (52,1%), tổn thương hai bên chiếm 9,9%. Tỷ lệ này tương đồng với Phạm Đoàn Ngọc Tuấn, trong đó tổn thương bên trái 65,06%, bên phải 26,51% và hai bên 8,43%

[8]. Nguyễn Thế Anh cũng ghi nhận tỷ lệ tổn thương bên trái cao (58,48%), bên phải 29,91% [1]. Đoàn Duy Hùng báo cáo tổn thương ngực trái 48,7%, bên phải 36,3% và hai bên 15% [3]. Như vậy, tổn thương phía trái thường chiếm ưu thế trong hầu hết các nghiên cứu, phù hợp với kết quả của chúng tôi.

Về triệu chứng cơ năng, đau ngực ghi nhận ở 100% bệnh nhân, khó thở 40,8% và ho ra máu 2,8%. Kết quả này tương đồng với nhiều tác giả. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận đau ngực 97,59% và khó thở 32,53% [8]. Nguyễn Thế Anh ghi nhận 100% bệnh nhân đau ngực, 30,36% khó thở và 0,89% ho ra máu — chủ yếu ở các trường hợp dập phổi [1]. Đoàn Duy Hùng báo cáo đau ngực 87,6% và khó thở 51,4% [3], trong khi Nguyễn Văn Hoài Phương ghi nhận đau ngực 58,3% và khó thở 25% [7]. Như vậy, đau ngực luôn là triệu chứng đặc trưng nhất trong chấn thương ngực kín, còn khó thở dao động tùy mức độ tổn thương phổi–màng phổi.

Khám thực thể cho thấy hội chứng ba giảm chiếm 33,8%, tam chứng Galliard 16,9%, biến dạng lồng ngực và tràn khí dưới da đều 12,7%. Các kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu. Hội chứng ba giảm được ghi nhận ở bệnh nhân tràn máu màng phổi với tỷ lệ 41,07% (Nguyễn Thế Anh), 38,55% (Phạm Đoàn Ngọc Tuấn) và 28,3% (Nguyễn Văn Hoài Phương) [1],[7],[8]. Tam chứng Galliard đặc trưng cho tràn khí màng phổi được ghi nhận tương đương giữa các nghiên cứu: 12,05% (Phạm Đoàn Ngọc Tuấn), 15% (Nguyễn Văn Hoài Phương) và 14,7% (Trương Bình Khang) [4],[7],[8]. Tỷ lệ tràn khí dưới da của chúng tôi (12,7%) tương đồng với Phạm Đoàn Ngọc Tuấn (14,46%) và Nguyễn Thế Anh (13,84%) [1],[8].

Tổn thương thành ngực chủ yếu là gãy xương sườn, chiếm 93,0%. Điều này gần tương đồng với báo cáo của Phạm Đoàn Ngọc Tuấn (91,57%, trung vị số xương sườn gãy là 3) [7] và phù hợp với Kozanlı Fatoş (100%, trung bình 3 ± 2 xương sườn gãy) [10]. Tỷ lệ này cũng phù hợp với Nguyễn Thế Anh (100%) và Đoàn Duy Hùng (80,5%) [1],[3]. Như vậy, gãy xương sườn là tổn thương thành ngực thường gặp nhất trong chấn thương ngực kín.

Về tổn thương phổi–màng phổi, tràn máu màng phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,8%), sau đó là tràn khí–máu màng phổi (7,0%), tràn khí màng phổi và dập phổi đều 15,5%. Kết quả này xấp xỉ với nhiều nghiên cứu: Phạm Đoàn Ngọc Tuấn ghi nhận tổn thương phổi–màng phổi 53,01%, trong đó tràn máu đơn thuần chiếm 37,35% [8]; Đặng Công Hiếu ghi nhận tràn máu

màng phổi 42,5%, tràn khí–máu 26%, tràn khí 9,5% và dập phổi 16,4% [2]. Nguyễn Thế Anh ghi nhận tràn máu 37,05%, tràn khí 4,02%, tràn khí–máu 11,16% và dập phổi 18,75% [1]. Như vậy, tràn máu màng phổi là dạng tổn thương chiếm ưu thế trong đa số nghiên cứu.

Trong các tổn thương phổi hợp, gãy xương đòn chiếm tỷ lệ cao nhất 29,6%, trong khi chấn thương sọ não chỉ ghi nhận 2,8%. Điều này phù hợp với Phạm Đoàn Ngọc Tuấn (gãy xương đòn 26,25%) [8] và Nguyễn Văn Hoài Phương (gãy xương đòn 11,7% ở nhóm gãy xương sườn đơn giản) [7].

Về chẩn đoán, X-quang ngực đủ để xác định tổn thương ở 88,7% trường hợp, chỉ 11,3% cần cắt lớp vi tính lồng ngực (CT). Tỷ lệ này tương đồng với Nguyễn Thế Anh (85,71% chẩn đoán bằng X-quang, 14,29% cần CT) [1]. Dương Quốc Linh ghi nhận 8/72 ca rách nhu mô phổi và 1/72 ca gãy xương ức chỉ phát hiện qua CT, không thấy trên X-quang [5]. Điều này cho thấy X-quang vẫn là công cụ chẩn đoán đầu tay, nhưng CT cần thiết trong các trường hợp tổn thương phức tạp.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị. Trong số 71 bệnh nhân chấn thương ngực kín, chiếm cao nhất là nhóm điều trị bảo tồn với 32 bệnh nhân (45,1%), tiếp theo là nhóm bệnh nhân được chọc hút chiếm 39,4%, nhóm bệnh nhân được dẫn lưu chiếm 15,5%, không có bệnh nhân nào được phẫu thuật. Trong số 28 bệnh nhân điều trị chọc hút có 3 bệnh nhân điều trị không triệt để, chuyển sang dẫn lưu, trong số 14 bệnh nhân dẫn lưu có 1 trường hợp điều trị không triệt để, tỷ lệ điều trị thành công chung là 98,6%. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn có 81,93% trường hợp điều trị bảo tồn, chọc hút, trong đó có 95,59% trường hợp diễn tiến tốt; 3 trường hợp điều trị nội khoa bảo tồn có diễn tiến cần phải đặt dẫn lưu chiếm 4,41%. Có thể thấy tỷ lệ điều trị bảo tồn thành công rất cao, các trường hợp cần đặt dẫn lưu là do diễn biến tự nhiên của chấn thương. Kết quả chung điều trị thành công đạt 98,8% [8]. Trung vị thời gian nằm viện của chúng tôi là 7 ngày, ngày nằm viện lâu nhất là 30 ngày, còn thấp nhất là 1 ngày. Trung vị thời gian nằm viện của Phạm Đoàn Ngọc Tuấn là 6 ngày, tứ phân vị thứ nhất (25%) và thứ ba (75%) lần lượt là 4 và 8 ngày ngắn hơn của nhóm tác Kozanlı Fatoş và cộng sự là 17 ± 3 ngày [8],[10].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng chính là đau ngực với 100% và khó thở với 40,8%. Triệu chứng thực thể ghi nhận hội chứng 3 giảm chiếm 33,8%,

tam chứng Galliard chiếm 16,9%. Tổn thương thành ngực đa số là gãy xương sườn chiếm 93,0%. Tổn thương phổi - màng phổi đa số là tràn máu màng phổi với 33,8%. Tổn thương phổi hợp đa số là gãy xương đòn với 29,6%. Kết quả chung điều trị thành công đạt 98,6%. Trung vị thời gian nằm viện là 7 ngày (1 - 30 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Anh, Lê Văn Hải và Lê Việt Anh (2025), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí cấp cứu chấn thương ngực kín tại Bộ môn - Trung tâm Ngoại Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí y Dược học Quân sự 3, tr. 162-169.
2. Đặng Công Hiếu và Vũ Anh Hải (2021), "Đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín có gãy nhiều xương sườn tại bệnh viện Quân Y 103", Tạp chí Y học Việt Nam. 500(2), tr. 1-4.
3. Đoàn Duy Hùng và Đoàn Quốc Hưng (2016), "Kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội giai đoạn 2012 - 2014", Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 14 tr. 1-9.
4. Trương Bình Khang và Liêu Vĩnh Đạt (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn máu màng phổi do chấn thương ngực kín tại BVĐK Trung Ương Cần Thơ năm 2014 - 2015, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Dương Quốc Linh và Lê Văn Ngọc Cường (2017), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh X quang và cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân chấn thương ngực kín", Tạp chí Y Dược Học - Trường Đại học Y Dược Huế. 6, tr. 14-19.
6. Phạm Hữu Lư và Dương Văn Minh (2021), "Kết quả điều trị chấn thương ngực kèm theo chấn thương sọ não có dẫn lưu màng phổi đơn thuần tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức", Tạp chí Y học Việt Nam. 507(1), tr. 174-178.
7. Nguyễn Văn Hoài Phương và Phạm Văn Linh (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2014 - 2015, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Phạm Đoàn Ngọc Tuấn và các cộng sự. (2023), "Kết quả điều trị chấn thương ngực kín tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. số 59, tr. 100-109.
9. Nguyễn Hữu Ước, Phạm Hữu Lư và Đoàn Quốc Hưng (2006), "Đánh giá tình hình cấp cứu chấn thương lồng ngực tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004 - 2006", Tạp chí Y học Việt Nam. 328, tr. 402 - 413.
10. Kozanlı, F. và Güler, Ö (2022), "Effect of the presence of rib fracture on mortality and morbidity in blunt thoracic traumas", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 28(4), tr. 440-446.

SỬA CHỮA BIẾN DẠNG VẠO NGOÀI TRONG THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Mạnh Khánh¹, Nguyễn Văn Học¹, Cao Đình Bằng¹,
Đỗ Văn Hải¹, Đặng Văn Long¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Đỗ Văn Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kỹ thuật chỉnh biến dạng vẹo ngoài trong phẫu thuật thay khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 3 bệnh nhân có biến dạng vẹo ngoài được phẫu thuật thay khớp gối từ 2024 - 2025. Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Cả 03 trường hợp thay khớp gối biến dạng vẹo ngoài độ II, III. Cả 3 trường hợp đều đạt kết quả tốt và rất tốt sau mổ theo thang điểm KSS, KFS, bệnh nhân có thể trở về sinh hoạt hằng ngày và chưa ghi nhận biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Thay khớp gối ở bệnh nhân có biến dạng vẹo ngoài là một kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên cần có kinh nghiệm và lên kế hoạch cụ thể để có thể giúp ca mổ đạt được mục tiêu đặt ra.

Từ khóa: Khớp gối toàn phần, biến dạng vẹo ngoài.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Bằng
Email: caodinhbang93@gmail.com
Ngày nhận bài: 30.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025
Ngày duyệt bài: 7.01.2026

SUMMARY

VALGUS DEFORMITY CORECTION IN TOTAL KNEE ARTHROPLASTY: CASE REPORTS

Objective: To evaluate the outcomes of valgus deformity correction in total knee arthroplasty (TKA) operated at Viet Duc University Hospital. **Materials and Methods:** This descriptive study included three patients with valgus knee deformity who underwent total knee arthroplasty from 2024 to 2025. **Results:** All three cases presented with grade II, III valgus deformity and underwent primary total knee arthroplasty. All patients showed good to excellent outcomes on the KSS and KFS scales, resumed normal daily activities, and had no experience of postoperative complications. **Conclusion:** The correction of deformities in valgus knee is a challenge to perform a total knee arthroplasty for a surgeon and required careful preoperative planning to achieve the desired surgical outcomes. **Keywords:** Total knee arthroplasty, valgus deformity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là một trong những bệnh lý cơ xương khớp phổ biến nhất ở người lớn tuổi, gây đau đớn mạn tính, hạn chế vận động và suy