

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

giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống. Khi bệnh tiến triển đến giai đoạn muộn, các phương pháp điều trị bảo tồn thường không còn hiệu quả và phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (TKA) trở thành lựa chọn điều trị nhằm tái lập chức năng khớp, giảm đau và cải thiện khả năng vận động cho người bệnh.

Tuy nhiên, phẫu thuật TKA trong bối cảnh có biến dạng trục chi dưới là một thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Trong số đó, biến dạng vẹo ngoài chiếm khoảng 5–10% các trường hợp thoái hóa khớp gối cần thay khớp¹. So với biến dạng vẹo trong, biến dạng vẹo ngoài thường phức tạp hơn do liên quan đồng thời đến thay đổi cấu trúc xương, sự mất cân bằng phần mềm quanh khớp và thay đổi cơ sinh học của chi dưới.

Các đặc điểm giải phẫu thường gặp trong biến dạng vẹo ngoài bao gồm: sự mòn xương ở lồi cầu ngoài xương đùi và mâm chày ngoài, giãn dây chằng bên trong, co rút hệ thống phần mềm bên ngoài (dây chằng bên mác, dải chày chày, đầu ngoài cơ bụng chân), và thay đổi hướng của trục cơ học chi dưới. Các yếu tố này không chỉ làm tăng độ khó của phẫu thuật mà còn ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả sau mổ nếu không được đánh giá và xử trí thích hợp. Một khớp nhân tạo đặt sai trục hoặc phần mềm không được cân bằng đầy đủ có thể dẫn đến mất vững khớp, mòn sớm, đau kéo dài, thậm chí thất bại sớm của khớp nhân tạo².

Nhiều kỹ thuật đã được đề xuất nhằm khắc phục biến dạng vẹo ngoài trong TKA, bao gồm các chiến lược cân bằng phần mềm theo từng lớp từ nông đến sâu, giải phóng có chọn lọc cấu trúc bên ngoài, cũng như điều chỉnh vị trí cắt xương để tái lập trục cơ học chi dưới. Tuy nhiên, lựa chọn kỹ thuật phù hợp cần dựa trên mức độ biến dạng, đặc điểm giải phẫu từng bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Do vậy, việc báo cáo và phân tích chi tiết từng trường hợp lâm sàng cụ thể có ý nghĩa thực tiễn quan trọng, giúp chia sẻ kinh nghiệm và góp phần hoàn thiện chiến lược xử trí trong phẫu thuật TKA cho các trường hợp biến dạng phức tạp.

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày ba ca lâm sàng thay khớp gối toàn phần điều trị biến dạng vẹo ngoài độ II, III. Qua đó, chúng tôi thảo luận những điểm then chốt trong kỹ thuật phẫu thuật và rút ra các bài học kinh nghiệm có thể ứng dụng trong thực hành lâm sàng hàng ngày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 3 bệnh nhân được thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2024-2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, báo cáo loạt ca lâm sàng.

Quy trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa, sát khuẩn, garo gốc chi
- Rạch da đường giữa, vào khớp qua cánh trong bánh chè giúp khả năng tiếp cận tối ưu. Tuy nhiên, có thể vào khớp qua đường mở dưới cơ rộng trong hoặc qua cơ rộng ở khớp gối bị biến dạng nhẹ đến trung bình.

- Mở khớp về phía xa được đi dọc theo bờ trong của gân bánh chè.

- Nâng dưới màng xương có giới hạn của đầu trên đến 3 hoặc 4 cm của phần mềm bên trong. Tránh làm tổn thương MCL.

- Gấp gối, cắt bỏ ACL, PCL.



Hình 1: Đường rạch da và mở khớp qua cánh trong bánh chè

- Định vị, cắt đầu xa xương đùi và xương chày. Ở khớp gối biến dạng vẹo ngoài đặt lỗ vào của thanh trong khung hơi lệch về phía trong của đường giữa để thanh có thể được luôn vào giữa ống tủy. Nên cắt đầu xa xương đùi ở 4 hoặc 5 độ biến dạng vẹo ngoài so với ống tủy, thay vì 6 hoặc 7 độ so với tiêu chuẩn, để tránh việc điều chỉnh kém của sự thẳng trục của gối biến dạng vẹo ngoài.

- Chọn kích thước thành phần lồi cầu đùi và vị trí xoay, thực hiện các lát cắt xương đùi trước và sau. Cắt bỏ phần còn lại của sụn chêm và gai xương phía sau.



Hình 2: Chọn kích thước và thực hiện các lát cắt

- Khi các lát cắt đã chính xác, miếng thử sẽ được sử dụng để đánh giá sức căng của phần mềm bên trong và bên ngoài trong khi gấp và duỗi.

- Khi gối ở tư thế gấp, tiến hành giải phóng phần mềm bên trong, bên ngoài, phía sau. Trong trường hợp hợp, phần mềm co rút nhiều, các khoang còn chật có thể sử dụng đục cong và búa để việc giải phóng được dễ dàng.



Hình 3: Giải phóng phần mềm sau khi cắt xương

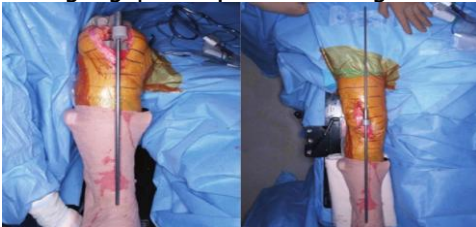
– Ở khớp gối veo ngoài từ nhẹ đến trung bình, nơi các cấu trúc bên ngoài bị co rút, kỹ thuật tạo nhiều lỗ được thực hiện:

– Duỗi gối, mở rộng khớp, xác định và bảo tồn gân cơ khỏe -> Việc này giúp ngăn chặn nguy cơ trật khớp phía sau và mất vững khớp gối.

– Ngang mức cắt xương chày sử dụng lưỡi dao 15 để tạo vết rạch ngang qua phức hợp bao khớp sau ngoài. Sau đó, nhiều lỗ thủng được tạo theo phương ngang qua dải chày - chày và bao khớp ngoài. Lưu ý là đầu lưỡi dao không được đâm sâu vào phần mềm quá 5 mm để giảm thiểu rủi ro đối với dây thần kinh mác.

– Khi thực hiện xong, đặt dụng cụ vào khoang trong và khoang ngoài sau đó kéo căng. Nếu khe khớp đã mở rộng đối xứng lấy dụng cụ kéo dẫn và dùng một miếng thử để đánh giá lại sự đối xứng của khoảng trống gấp - duỗi. Nếu sự giải phóng phần mềm chưa đủ thì tiếp tục thực hiện thêm các vết rạch bổ sung. Chu kỳ này được lặp lại cho đến khi đạt được các khoảng trống đối xứng.

– Xác định sự thẳng trục chi bằng cách sử dụng miếng thử và các thanh dẫn hướng bên ngoài khi gối gấp 90 độ và khi duỗi gối.



Hình 4: Xác định trục khi gối gấp - Khi gối duỗi

– Sau khi cân bằng phần mềm và các test trong mổ đạt yêu cầu, tiến hành bơm rửa sạch, đặt khớp nhân tạo vào và cắt lọc các tổ chức viêm, thoái hóa còn lại bên trong khớp.



Hình 5: Đặt khớp nhân tạo và cắt lọc tổ chức viêm thoái hóa

– Đóng vết mổ theo lớp

– Băng chun vết mổ

Phục hồi chức năng sau phẫu thuật:

– Tất cả bệnh nhân được sử dụng kháng sinh, chống đông.

– Tất cả bệnh nhân được gây tê tủy sống và làm giảm đau ngoài màng cứng sau mổ 3 ngày.

– Bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng theo quy trình³.

Theo dõi, đánh giá sau phẫu thuật:

– Hồ sơ bệnh nhân được đánh giá bao gồm tuổi (năm), giới tính, điểm đau VAS, điểm chức năng KS, KFS, KSS đã được đánh giá trước và sau phẫu thuật.

– Phương pháp thu thập số liệu:

• Thu thập hồi cứu số liệu thông qua hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân nam 60 tuổi.

Tiền sử: khỏe mạnh

Bệnh sử: Bệnh nhân đau gối phải tiến triển nhiều năm. Điều trị nội khoa: NSAIDs + Tiêm khớp nhiều đợt.

Lâm sàng: Đau gối phải, không nóng đỏ; ROM 120/0/0; Veo ngoài 20 độ.

XQ: Hình ảnh thoái hóa gối phải độ IV, biến dạng veo ngoài

Điểm VAS: 6 điểm, thang điểm KSS: 62 điểm, KFS: 65 điểm

Chẩn đoán: Thoái hóa gối phải.

Phẫu thuật: Thay khớp gối phải

Sau mổ 3 tháng: Điểm VAS = 2, KSS 88 điểm, KFS: 92 điểm



Hình 6: Hình ảnh Xquang khớp gối trước mổ



Hình 7: Hình ảnh trong mổ



Hình 8: Hình ảnh Xquang sau mổ

Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân nữ 71 tuổi.

Tiền sử: Tăng huyết áp. Đã phẫu thuật gãy Hoffa lồi cầu ngoài đùi cách 14 tháng.

Bệnh sử: Sau mổ bệnh nhân được tái khám theo lịch, hướng dẫn tập phục hồi chức năng. Hạn chế gấp duỗi gối.

Lâm sàng: ROM 90/0/15; Vẹo ngoài 20 độ.

XQ: Hình ảnh thoái hóa gối phải độ IV, biến dạng vẹo ngoài

Điểm VAS: 7 điểm, thang điểm KSS: 55 điểm, KFS: 60 điểm

Chẩn đoán: Thoái hóa gối phải sau mổ gãy Hoffa lồi cầu ngoài đùi phải

Phẫu thuật: Thay khớp gối phải

Sau mổ 1 năm: Điểm VAS = 2, KSS 85 điểm, KFS: 91 điểm



Hình 9: Hình ảnh Xquang trước mổ



Hình 10: Hình ảnh trong mổ



Hình 11: Hình ảnh Xquang sau mổ



Hình 12: Lâm sàng sau mổ 1 năm

Ca lâm sàng 3: Bệnh nhân nam 60 tuổi.

Tiền sử: Đã phẫu thuật gãy 2 xương cẳng chân trái cách 1,5 năm

Bệnh sử: Sau mổ bệnh nhân không tái khám

Lâm sàng: Đau gối phải, không nóng đỏ; ROM 90/0/20; Vẹo ngoài 15 độ.

XQ: Đỉnh nội tủy xương chày trái, xương liền tốt, Gãy cũ Hoffa lồi cầu ngoài

Điểm VAS: 6 điểm, thang điểm KSS: 60 điểm, KFS: 62 điểm

Chẩn đoán: Thoái hóa gối trái/Gãy cũ Hoffa lồi cầu ngoài đùi trái

Phẫu thuật: Thay khớp gối trái

Sau mổ 1 năm: Điểm VAS = 2, KSS 84 điểm, KFS: 90 điểm



Hình 13: Hình ảnh Xquang trước mổ



Hình 14: Hình ảnh trong mổ



Hình 15: Hình ảnh Xquang sau mổ



Hình 16: Lâm sàng sau mổ 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Phần mềm giữ vai trò vô cùng quan trọng đối với chức năng sinh lý của khớp gối⁴. Thoái hóa khớp gối nặng thường đi kèm với biến dạng

và sự tổn thương của các cấu trúc phần mềm bình thường. Thay khớp gối toàn phần là một phẫu thuật rất thành công trong điều trị tình trạng thoái hóa khớp gối gây đau. Tuy nhiên, khi cố gắng phục hồi chức năng và chỉnh sửa các bất thường về tầm vận động cũng như trục chi bằng TKA, điều tối quan trọng là không chỉ tập trung vào việc tái lập cân chỉnh xương đúng mà còn phải chú ý hơn nữa đến cân bằng phần mềm. Độ cân bằng phần mềm đầy đủ và tốt sẽ giúp khớp gối ổn định. Ngược lại, sự cân bằng phần mềm không đủ hoặc không chính xác có thể dẫn đến hạn chế tầm vận động, lệch trục xương bánh chè, mất vững gối, hỏng cơ học sớm các thành phần của khớp và đau.

Hiện chưa có sự đồng thuận về trình tự giải phóng các cấu trúc quanh gối trong trường hợp gối vẹo dạng. Nhiều tác giả đã mô tả một trình tự giải phóng các cấu trúc bên ngoài dựa trên các cơ sở chức năng và giải phẫu. Nếu việc giải phóng các cấu trúc bên ngoài không tạo được độ ổn định thích hợp cho khoảng gấp và duỗi, thì cần can thiệp vào phía trong của khớp. Nhiều kỹ thuật đã được mô tả nhằm làm vững thành công và an toàn dây chằng bên trong bị mất vững. Krackow và cộng sự mô tả kỹ thuật kéo căng dây chằng bên trong ở phía mâm chày, và Krackow mô tả kỹ thuật rạch và khâu chông lớp phần giữa thân dây chằng để làm đều khe khớp⁵. Kỹ thuật "tạo nhiều lỗ" của Ranawat đã được mô tả để giải phóng cấu trúc bên ngoài bằng phương pháp từ trong ra ngoài. Trong kỹ thuật này, các cấu trúc bên ngoài căng được sờ thấy khi đặt bộ mở khớp, và chúng được giải phóng bằng cách thực hiện nhiều đường rạch ngang bằng lưỡi dao số 15¹.

Healy và cộng sự mô tả kỹ thuật lùi vị trí nguyên ủy của dây chằng bên trong bằng một khối xương lấy từ vùng lõi cầu⁶. Mặc dù những thủ thuật này đòi hỏi kỹ thuật cao và có thể ảnh hưởng đến độ bền chắc cũng như tính đẳng trường của dây chằng, chúng có thể cần thiết để làm đều khe khớp nhằm đạt được kết quả vững chắc và bền lâu. Kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi khi sử dụng kỹ thuật này cũng cho thấy khớp ổn định và bền vững sau 3 tháng hậu phẫu.

Nhiều nghiên cứu gần đây ghi nhận rằng phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ở khớp vẹo ngoài tiếp tục mang lại kết quả cải thiện rõ về chức năng và trục cơ học chi dưới. Nghiên cứu của A. Williot và cộng sự năm 2010 trên 100 bệnh nhân với mức độ vẹo ngoài từ độ I đến độ III có sử dụng các kỹ thuật cân bằng phần mềm khác nhau tùy độ biến dạng (Kỹ thuật tạo nhiều lỗ, kỹ thuật đục xương mòm trên lõi cầu ngoài...)

đều cho kết quả tốt⁷. Một nghiên cứu khác của Shuai – Jie Lv và cộng sự mô tả kỹ thuật cắt xương đùi mở rộng cho khớp gối biến dạng vẹo ngoài độ II trên 103 bệnh nhân cho kết quả cải thiện KSS sau mổ 1 tháng có đáng kể, tuy nhiên kết quả dài hạn thì chưa có ý nghĩa lâm sàng⁸. Một loạt nghiên cứu áp dụng kỹ thuật trợ giúp robot (robot-assisted TKA — RATKA) cho biến dạng vẹo ngoài trung bình tới nặng đã chứng minh khả năng phục hồi trục chi dưới gần như hoàn hảo (HKA <3° so với kế hoạch), giảm nhu cầu phẫu thuật giải phóng phần mềm, đạt kết quả chức năng sớm rất tốt⁹. Tuy nhiên, vẫn có bằng chứng cho thấy khớp vẹo ngoài so với khớp gối vẹo trong có tăng tỉ lệ biến chứng, bao gồm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch và mổ lại cao hơn¹⁰. Việc lựa chọn kỹ thuật mổ, cân bằng phần mềm, và lập kế hoạch chính xác đặc biệt với sự hỗ trợ của robot hay công cụ lập kế hoạch hình ảnh đóng vai trò then chốt để đảm bảo kết quả dài hạn tốt cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Gối vẹo ngoài là một thách thức đáng kể trong phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Biến dạng xương và phần mềm đều có thể cản trở việc phục hồi trục chi, định vị chính xác các thành phần và đạt được độ vững của khớp. Các yếu tố cần được xử lý bao gồm khiếm khuyết lõi cầu ngoài đùi hoặc mâm chày ngoài do bất thường phát triển hoặc tình trạng mòn và giãn của dây chằng bên trong. Việc lựa chọn kỹ thuật mổ, cân bằng phần mềm, và lập kế hoạch chính xác đặc biệt lựa chọn vật liệu phù hợp đóng vai trò then chốt để đảm bảo kết quả dài hạn tốt cho bệnh nhân.

Nghiên cứu này, chúng tôi giải phóng và cân bằng phần mềm bằng kỹ thuật "tạo nhiều lỗ" để đạt khoảng trống gấp – duỗi đạt yêu cầu. Tuy nhiên, cần thêm nghiên cứu nhiều ca hơn và theo dõi lâu dài để đánh giá hiệu quả và độ bền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ranawat AS, Ranawat CS, Elkus M, Rasquinha VJ, Rossi R, Babhulkar S.** Total knee arthroplasty for severe valgus deformity. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87 Suppl 1(Pt 2):271-284. doi:10.2106/JBJS.E.00308
2. **Agha RA, Fowler AJ, Saeta A, et al.** The SCARE Statement: Consensus-based surgical case report guidelines. *Int J Surg.* 2016;34:180-186. doi:10.1016/j.ijsu.2016.08.014
3. **171540.pdf.** Accessed December 8, 2025. https://sa1s3.patientpop.com/assets/docs/171540.pdf?utm_source=chatgpt.com
4. **Zhao R, Liu Y, Tian H.** Accuracy of soft tissue balancing in total knee arthroplasty using surgeon-defined assessment versus a gap-

- balancer or electronic sensor. J Orthop Surg Res. 2021;16:305. doi:10.1186/s13018-021-02439-w
5. **Favorito PJ, Mihalko WM, Krackow KA.** Total Knee Arthroplasty in the Valgus Knee. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.
 6. **Healy WL, Iorio R, Lemos DW.** Medial reconstruction during total knee arthroplasty for severe valgus deformity. Clin Orthop Relat Res. 1998;(356): 161-169. doi:10.1097/00003086-199811000-00023
 7. **Williot A, Rosset P, Favard L, Brilhault J, Burdin P.** Total knee arthroplasty in valgus knee. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2010;96(4, Supplement):S37-S42. doi:10.1016/j.otsr.2010.03.009
 8. **Lv SJ, Wang XJ, Huang JF, Mao Q, He BJ, Tong PJ.** Total knee arthroplasty in Ranawat II valgus deformity with enlarged femoral valgus cut angle: A new technique to achieve balanced gap. World J Clin Cases. 2022;10(19):6406-6416. doi:10.12998/wjcc.v10.i19.6406
 9. **Kalyan K, Singh A, Kumar P, et al.** Robotic total knee arthroplasty for moderate to high-grade valgus knee deformity: technique and outcomes. SICOT-J. 2025;11:12. doi:10.1051/sicotj/2025005
 10. **Xu K, Zhang L, Yu T, Zhao X, Zhang Y.** Effect of Knee Valgus Deformity on Symptomatic Venous Thromboembolism and Prosthesis Revision Risk after Total Knee Arthroplasty: A Multicenter Retrospective Study. Orthop Surg. 2024;16(3): 654-661. doi:10.1111/os.13986.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG CÁC DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI BỆNH HEN, COPD TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 7

Lương Hoàng Liêm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) là hai bệnh mạn tính với tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao. Việc quản lý tốt người bệnh (NB) hen và BPTNMT sẽ làm chậm tiến triển bệnh, giảm biến chứng, giảm chi phí chăm sóc y tế và nâng cao chất lượng của người bệnh. Chính vì thế, Bệnh viện (BV) Quận 7 thành lập phòng khám hô hấp nhằm mục tiêu quản lý bệnh tốt hơn và thực hiện công tác khám chữa bệnh toàn diện hơn. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người bệnh (NB) hen, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) tại Phòng khám (PK) Hô hấp BV Quận 7 và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ y tế tại PK Hô hấp BV Quận 7. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, Đối tượng nghiên cứu là NB hen và BPTNMT đến khám và điều trị tại PK Hô hấp BV Quận 7. **Kết quả:** Từ 1/8/2024 đến 31/8/2024 có 131 NB được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ được tư vấn sức khỏe (TVSK) 94,66%, tham gia câu lạc bộ (CLB) 7,63%. Tỷ lệ NB được hướng dẫn sử dụng bình xịt 98,93%; tư vấn kiến thức về bệnh 29,03%; hướng dẫn tập phục hồi chức năng (PHCN) 12,1%; nhận biết đợt cấp 10,48%. Tỷ lệ NB đo hô hấp ký (HHK) là 44,27%. Tỷ lệ NB tuân thủ tái khám 76,3%. Nguyên nhân của việc không tái khám là do thấy người khỏe (83,9%). Trình độ học vấn có liên quan đến thực trạng tham gia CLB ($p=0,003$; OR 0,12; KTC 95% 0,01-0,67). Nhóm tuổi và tình trạng hút thuốc lá có liên quan đến thực trạng tuân thủ tái khám định kì với $p=0,001$; OR 0,2; KTC 95% 0,09-0,6 và $p=0,02$; OR 2,6; KTC 95% 1,02-6,6. **Kết luận:** NB

hen và BPTNMT có tỷ lệ được TVSK cao và tỷ lệ tham gia CLB còn thấp. Tỷ lệ tái khám chưa cao. Trình độ học vấn có liên quan đến thực trạng tham gia CLB. Nhóm tuổi và tình trạng hút thuốc lá có liên quan đến việc tuân thủ tái khám. Tuy nhiên cỡ mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn, cần có nhiều nghiên cứu hơn.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hen, dịch vụ y tế

SUMMARY

CURRENT STATUS OF USING MEDICAL SERVICES BY ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT DISTRICT 7 HOSPITAL

Background: Asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are two chronic diseases with high morbidity and mortality rates. Good management of patients with asthma and COPD will slow disease progression, reduce complications, reduce health care costs and improve patient quality. Therefore, District 7 Hospital established a respiratory clinic with the aim of better disease management and more comprehensive medical examination and treatment. **Objective:** Determine the rate of medical service use of asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients at the Respiratory Clinic of District 7 Hospital and analyze some factors related to the use of medical services for these diseases at the Respiratory Clinic of District 7 Hospital. **Material and methods:** A retrospective descriptive study, survey of patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease who came for examination and treatment at the Respiratory Clinic of District 7 Hospital. **Results:** From August 1, 2024 to August 31, 2024, 131 patients were included in the study. The rate of health consultation was 94.66%, and the rate of participation in the Hospital Club was 7.63%. The rate of patients instructed on how to use an inhaler was 98.93%; consultation on knowledge about the

¹Bệnh viện Quận 7

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hoàng Liêm

Email: liembs77@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026