

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP SỬ DỤNG KHỚP GỐI ĐỘNG HỌC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Mạnh Khánh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Học<sup>1</sup>, Cao Đình Bằng<sup>1</sup>, Đỗ Văn Hải<sup>1</sup>,  
Đặng Văn Long<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>1</sup>, Đỗ Văn Hà<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang và kết quả phẫu thuật TKGTP điều trị THKG sử dụng khớp gối động học tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 6/2024 - tháng 6/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang, tiến cứu, không đối chứng trên 45 bệnh nhân THKG biến dạng veo trong được phẫu thuật TKGTP sử dụng khớp gối động học tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 6/2024 - tháng 6/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân THKG biến dạng veo trong độ tuổi trung bình là 60 - 69 và chủ yếu bệnh nhân nữ. Triệu chứng hay gặp nhất là đau khi đi lại chiếm 77,8% và biên độ gấp duỗi trung bình  $105 \pm 8,3$ , lâm sàng biến dạng veo trong kèm co rút gấp chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 55,8%. Hình ảnh X-quang thoái hóa khớp gối độ IV chiếm 84,4% và veo trong mức độ nhẹ ( $3^\circ - <10^\circ$ ) chiếm tỷ lệ nhiều nhất 55,5%, mức độ nặng ( $\geq 20^\circ$ ) 6,7%. Sau mổ trục cơ học chỉ dưới cải thiện đáng kể  $9,1 \pm 2,9$ . Kết quả lâm sàng và chức năng khớp gối cải thiện đáng kể sau mổ KS là  $84,3 \pm 3,6$  và KFS là  $85,4 \pm 5,3$ . **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật TKGTP sử dụng khớp gối động học đạt được trục cơ học trung tính sau mổ. Chức năng khớp gối và mức độ đau, tầm vận động bệnh nhân cải thiện đáng kể so với trước mổ.

**Từ khóa:** Thay khớp gối toàn phần, khớp gối động học.

## ABSTRACT

### OUTCOMES OF TOTAL KNEE ARTHROPLASTY FOR OSTEOARTHRITIS USING A KINEMATIC KNEE PROSTHESIS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the clinical characteristics, radiographic features, and surgical outcomes of total knee arthroplasty (TKA) for knee osteoarthritis using a kinematic knee prosthesis at Viet Duc University Hospital from June 2024 to June 2025.

**Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study without a control group was conducted on 45 patients with varus deformity due to knee osteoarthritis who underwent TKA using a kinematic knee prosthesis at Viet Duc University Hospital from June 2024 to June 2025. **Results:** The average age of patients with varus knee osteoarthritis

ranged from 60 to 69 years, with a predominance of females. The most common symptom was pain during ambulation (77.8%), and the mean range of motion was  $105 \pm 8.3$  degrees. Clinically, varus deformity associated with flexion contracture was most common (55.8%). On radiographs, grade IV osteoarthritis accounted for 84.4%, while mild varus deformity ( $3^\circ - <10^\circ$ ) was most frequent (55.5%), and severe deformity ( $\geq 20^\circ$ ) accounted for 6.7%. Postoperatively, the lower limb mechanical axis improved significantly by  $9.1 \pm 2.9$ . Clinical and functional outcomes of the knee improved significantly after surgery, with a Knee Score (KS) of  $84.3 \pm 3.6$  and a Knee Function Score (KFS) of  $85.4 \pm 5.3$ . **Conclusion:** Total knee arthroplasty using a kinematic knee prosthesis achieved a neutral mechanical axis postoperatively. Knee function, pain level, and range of motion improved significantly compared to preoperative status.

**Keywords:** Total knee arthroplasty; kinematic knee prosthesis.

## 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, mặc dù các thể hệ khớp gối truyền thống như khớp gối giữ dây chằng chéo sau (CR) và khớp gối thay thế dây chằng chéo sau (PS) cho kết quả tốt về mặt giảm đau và cải thiện chức năng, vẫn có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân (khoảng 15-20%) chưa thực sự hài lòng sau mổ, chủ yếu do cảm giác "khớp gối không tự nhiên", hạn chế chức năng trong các hoạt động sinh lý như leo cầu thang, ngồi xổm hoặc quỳ<sup>1</sup>. Nguyên nhân được cho là do các thiết kế này chưa tái tạo được hoàn toàn cơ sinh học và động học tự nhiên của khớp gối, đặc biệt là chuyển động lăn - trượt và cơ chế trụ xoay sinh lý.

Trong những năm gần đây, khái niệm khớp gối động học (kinematic knee / kinematic alignment TKA) đã được phát triển nhằm phục

<sup>1</sup> Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức  
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Bằng  
Email: caodinhbang93@gmail.com  
Ngày nhận bài: 10.2.2026  
Ngày phản biện khoa học: 10.3.2026  
Ngày duyệt bài: 14.4.2026

hồi lại trục vận động tự nhiên của từng cá thể, thay vì áp dụng các nguyên tắc chỉnh trục cơ học truyền thống. Phương pháp này được tiên phong bởi Stephen M. Howell, với mục tiêu tái tạo chính xác hình thái giải phẫu và động học khớp gối trước khi bị thoái hóa<sup>2</sup>. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy thay khớp gối theo nguyên lý động học có thể cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân, tăng biên độ vận động và mang lại cảm giác khớp "tự nhiên" hơn so với kỹ thuật truyền thống<sup>3</sup>.

Tại Việt Nam, thay khớp gối toàn phần đã được triển khai tại nhiều trung tâm lớn, tuy nhiên các nghiên cứu về ứng dụng khớp gối động học còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu đánh giá toàn diện về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị sau mổ. Bài báo này chúng tôi muốn trình bày "kết quả điều trị toàn phần sử dụng khớp gối động học" với mong muốn cung cấp thêm bằng chứng khoa học về hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 45 bệnh nhân với 45 khớp gối được chẩn đoán THKG biến dạng vẹo trong được phẫu thuật TKGTP sửa dụng khớp gối động học tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán THKG độ III-IV theo Kellgren và Lawrence có biến dạng vẹo trong khớp gối được phân độ từ mức độ nhẹ 3°-10°, mức độ vừa 10°-20° và mức độ nặng  $\geq 20^\circ$  theo phân độ Thienpont E<sup>4</sup>.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** THKG do chấn thương, bệnh lý tổn thương thần kinh và mạch máu mạn tính chi dưới.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

**Các biến nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng; hình ảnh X-quang toàn bộ trục chi gồm trục cơ học trước mổ. Bệnh nhân khám lại sau mổ TKGTP sau 6 tháng đánh giá theo thang điểm KS (Knee Society Knee Score) và KFS (Knee Society Function Score).

### Kỹ thuật mổ:

- 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.
- Gấp gối, cắt bỏ ACL, PCL.



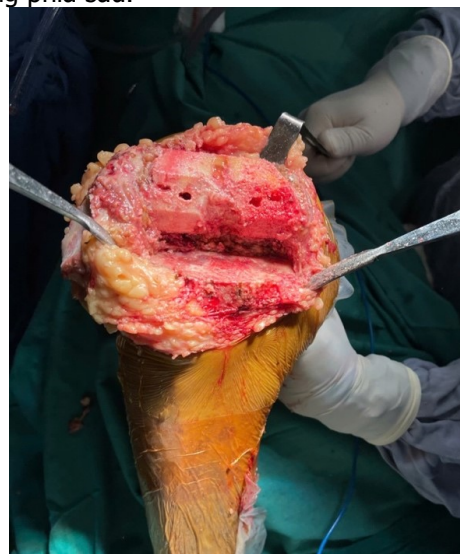
**Hình 1: Đường rạch da và mở khớp qua cánh trong bánh chè**

- Cắt đầu xa xương đùi: Điểm khoan vào ống tủy xương đùi là 1 điểm phía trước điểm bám chéo sau. Chèn thanh định hướng nội tủy vào ống tủy xương đùi và đặt hộp cắt đầu xa xương đùi, điều chỉnh hộp cắt vẹo ngoài 5-6°.

- Cắt xương mâm chày: Đặt định vị chày dọc theo trục xương chày, cắt theo khuôn tạo mặt cắt vuông góc với trục xương chày vào độ dốc 3-5°.

- Đo kích thước lồi cầu đùi, cắt theo định vị với độ xoay ngoài 3°

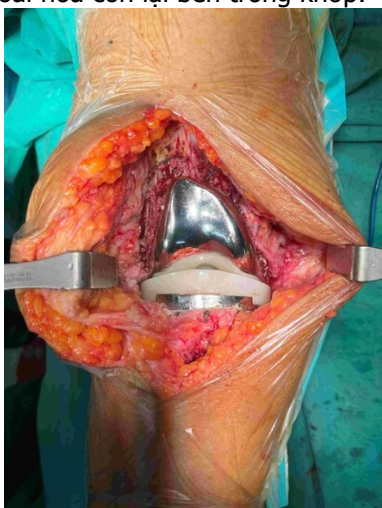
- Chọn kích thước thành phần lồi cầu đùi và vị trí xoay, thực hiện các lát cắt xương đùi trước và sau. Cắt bỏ phần còn lại của sụn chêm và gai xương phía sau.





**Hình 2: Chọc 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.
- 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.
- 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.
- 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 3: Đặt khớp nhân tạo**

- Đóng vết mổ theo lớp
- Băng chun vết mổ



**Hình 4. X-quang toàn trực bệnh nhân trong nghiên cứu trước và sau mổ**

**Phục hồi chức năng sau mổ:** Tập vận động thụ động gối trong 48 giờ đầu, vận động khớp gối chủ động để đạt được 90° ngày 3-4 lần, mỗi lần 20-30 phút. Sau 3-5 ngày tập đi lại bằng khung chữ U. Đeo nẹp orbe gối khi không tập gấp gối duy trì được tư thế gối duỗi thẳng. Sau ra viện bệnh nhân tập phục hồi chức năng tại cơ sở y tế.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng thuật toán thống kê y học phần mềm SPSS.

### 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	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>		
Nữ	34	75,6
Nam	11	24,4
<b>Nhóm tuổi</b>		
< 60	5	11,1
60 - 69	22	48,9
≥ 70	<b>18</b>	<b>40</b>
<b>Vị trí thay khớp</b>		
Trái	26	57,8
Phải	17	42,4

Tỷ lệ nữ giới phẫu thuật chiếm 75,6%. Nhóm tuổi từ 60-69 tuổi có tỷ lệ nhiều nhất chiếm 48,9%. Tỷ lệ thay khớp gối bên trái với tỷ lệ 57,8%, tiếp đến là bên phải với 42,2%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang bệnh nhân**

Triệu chứng đau chủ yếu là khi đi lại chiếm (77,8%). Lâm sàng vẹo trong kèm theo cơ rút gấp chiếm (55,6%) và vẹo trong đơn thuần (44,4%). Biên độ gấp gối trước mổ chủ yếu ở góc 90° -110° với 39 khớp gối chiếm 75,6% và biên độ duỗi trước mổ gấp ở nhóm mức độ bình thường và hạn chế duỗi ≤ 10° với 22 khớp gối (42,2%).

Trên phim X-quang khớp gối, dấu hiệu gai xương gấp ở hầu hết bệnh nhân, trong đó vị trí đùi - chày và đùi - bánh chè chiếm 77,8%. Trong

đó hẹp khe khớp đùi chày 2 bên chiếm 80% và chủ yếu THKG độ IV chiếm 84,4%. Số khớp vẹo trong mức độ nhẹ trước mổ chiếm 55,5%, mức độ vừa chiếm 37,8%, và mức độ nặng 6,7%.

**3.3. Sự thay đổi trục cơ học chi dưới trước và sau phẫu thuật**

Trục cơ học khớp gối thay đổi sau mổ từ số đo góc trung bình trước và sau mổ thay đổi từ 11,3 ± 3,9 sang 2,2 ± 1,0. Trục cơ học cải thiện 9,1 ± 2,9 sau mổ. Trục cơ học nhóm vẹo nặng sau mổ cải thiện đáng kể.

**3.4. Kết quả chức năng khớp gối biến dạng vẹo trong sau phẫu thuật**

**Bảng 2. Chức năng khớp gối trước và sau phẫu thuật**

Mức độ	Trước mổ		Sau mổ		Mức độ	Trước mổ		Sau mổ	
	Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %		Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %
<b>Điểm KS</b>					<b>Điểm KFS</b>				
Rất tốt	0	0,0	41	91,1	Rất tốt	0	0,0	41	91,1
Tốt	0	0,0	4	8,9	Tốt	0	0,0	4	8,9
Trung bình	0	0,0	0	0,0	Trung bình	0	0,0	0	0,0
Kém	45	100,0	0	0,0	Kém	45	100,0	0	0,0
Điểm trung bình	40,7 ± 5,1		84,3 ± 3,6		Điểm trung bình	41,9 ± 4,6		85,4 ± 5,3	
Cải thiện KS	43,6 ± 3,5				Cải thiện KFS	43,5 ± 4,5			
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>			

Điểm KS trung bình trước mổ là 40,7 ± 5,1 và sau mổ là 84,3 ± 3,6. Điểm KFS trung bình trước mổ là 41,9 ± 4,6 và sau mổ là 85,4 ± 5,3.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm tổn thương THKG trong nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (75,6%), phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Felson DT cũng ghi nhận tỷ lệ nữ mắc thoái hóa khớp gối cao hơn nam, đặc biệt ở nhóm tuổi trên 60. Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%), phản ánh đúng đặc điểm dịch tễ của bệnh lý thoái hóa - thường biểu hiện rõ rệt ở giai đoạn lão hóa. Về bên tổn thương, khớp gối trái chiếm tỷ lệ cao hơn (57,8%) so với bên phải (42,2%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu lâm sàng, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai bên thường không có ý nghĩa thống kê và có thể liên quan đến thói quen vận động, trục chi ưu thế hoặc yếu tố ngẫu nhiên trong chọn mẫu <sup>5</sup>.

Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau khi đi lại (77,8%), đây là triệu chứng điển hình của thoái hóa khớp gối giai đoạn tiến triển. Theo American Academy of Orthopaedic Surgeons, đau tăng khi chịu lực là dấu hiệu đặc trưng do sự mất sụn

khớp và tăng áp lực lên xương dưới sụn. Ngoài ra, biến dạng vẹo trong kèm cơ rút gấp chiếm 55,6%, cao hơn so với vẹo trong đơn thuần (44,4%). Điều này cho thấy ở giai đoạn muộn, không chỉ có biến dạng trục mà còn kèm theo rối loạn cân bằng phần mềm, đặc biệt là cơ rút bao khớp sau và gân cơ vùng khoeo.

Về tầm vận động, biên độ gấp trước mổ chủ yếu trong khoảng 90°-110° (75,6%), cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn còn duy trì được mức độ vận động chức năng nhất định trước phẫu thuật. Trong khi đó, hạn chế duỗi ≤10° gấp ở 42,2% số khớp, phản ánh tình trạng cơ rút gấp mạn tính. Theo Insall JN, hạn chế duỗi là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả sau thay khớp gối, đòi hỏi phải được xử lý đầy đủ trong phẫu thuật.

Trên phim X-quang, dấu hiệu gai xương gấp ở hầu hết bệnh nhân, trong đó vị trí đùi-chày và đùi-bánh chè chiếm 77,8%. Hẹp khe khớp đùi-chày hai bên chiếm 80%, và đa số bệnh nhân ở giai đoạn nặng với thoái hóa độ IV (84,4%). Kết quả này phù hợp với tiêu chuẩn chỉ định thay khớp gối toàn phần, thường áp dụng cho các trường hợp thoái hóa giai đoạn muộn theo phân loại Kellgren JH - Lawrence JS.

Đáng chú ý, đa số bệnh nhân có biến dạng vẹo trong mức độ nhẹ (55,5%) và trung bình

(37,8%), trong khi mức độ nặng chỉ chiếm 6,7%. Điều này có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn chiến lược phẫu thuật, đặc biệt khi áp dụng kỹ thuật thay khớp gối theo nguyên lý động học. Theo Stephen M. Howell, các trường hợp biến dạng nhẹ và trung bình là đối tượng phù hợp nhất để phục hồi trực vận động sinh lý mà không cần can thiệp giải phóng phần mềm quá mức<sup>2</sup>.

#### 4.2. Kết quả phẫu thuật TKGTP sử dụng khớp gối động học

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trực cơ học khớp gối được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, với góc trung bình giảm từ  $11,3 \pm 3,9^\circ$  trước mổ xuống còn  $2,2 \pm 1,0^\circ$  sau mổ, tương ứng mức cải thiện trung bình  $9,1 \pm 2,9^\circ$ . Sự thay đổi này phản ánh hiệu quả của phẫu thuật trong việc tái lập trực chi dưới gần với sinh lý, góp phần phân bổ lại tải trọng khớp và hạn chế tiến triển tổn thương thứ phát. Theo Timothy Lording, việc phục hồi trực cơ học về gần trung tính ( $0^\circ \pm 3^\circ$ ) có liên quan chặt chẽ đến tuổi thọ của khớp nhân tạo và kết quả lâm sàng lâu dài<sup>6</sup>.

Đặc biệt, trong nhóm bệnh nhân vẹo trong nặng, sự cải thiện trực cơ học sau mổ đạt mức đáng kể. Điều này cho thấy khả năng điều chỉnh biến dạng của phẫu thuật TKGTP là hiệu quả ngay cả trong các trường hợp biến dạng lớn, khi được thực hiện với kỹ thuật cân bằng phần mềm và cắt xương hợp lý. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Bellemans J, trong đó nhấn mạnh rằng việc phục hồi trực chi cần được cá thể hóa, đặc biệt ở các bệnh nhân có biến dạng trục trước<sup>7</sup>.

Về kết quả chức năng, điểm Knee Society Score (KS) trung bình tăng từ  $40,7 \pm 5,1$  trước mổ lên  $84,3 \pm 3,6$  sau mổ. Mức cải thiện này cho thấy hiệu quả rõ rệt của phẫu thuật trong việc giảm đau và phục hồi chức năng vận động. Theo Insall JN hay Giles R, điểm KSS sau mổ trên 80 được xem là kết quả tốt đến rất tốt, phản ánh khả năng phục hồi chức năng gần mức bình thường<sup>8</sup>. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với Sung-Sahm Lee<sup>9</sup> thang điểm KS là  $93,9 \pm 7,1$  nguyên nhân do nhóm bệnh nhân nghiên cứu mức độ vẹo trong trước mổ nặng hơn và thang điểm KS trước mổ thấp hơn. Chức năng KS sau mổ kết quả tương tự như nghiên cứu của Islam Sameeh Abdelfattah là  $86,06 \pm 5,77$ <sup>10</sup>. Nghiên cứu chúng tôi điểm KFS trước mổ  $41,9 \pm 4,6$  và sau mổ  $85,4 \pm 5,3$ . Trong đó, 41 khớp (91,1%) được xếp rất tốt và 4 khớp (8,9%) ở mức tốt. Kết quả này tương đồng so với tác giả Nguyễn Huy Phương ghi nhận điểm KFS trước mổ  $36,9 \pm 10$  và sau mổ  $82,5 \pm 6,2$  và tác giả Sung-Sahm Lee<sup>9</sup>.

Những cải thiện về cả trực cơ học và chức năng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh ưu điểm của khớp gối động học trong việc **tái tạo chuyển động sinh lý, cải thiện cảm giác khớp tự nhiên và nâng cao mức độ hài lòng của người bệnh**. So với các thiết kế khớp gối truyền thống (CR, PS), khớp gối động học có xu hướng tối ưu hóa sự cân bằng phần mềm và cơ chế vận động, từ đó góp phần cải thiện kết quả chức năng sau mổ.

#### IV. KẾT LUẬN

Thay khớp gối toàn phần sử dụng nguyên lý khớp gối động học là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Kỹ thuật này cho thấy khả năng phục hồi tốt chức năng khớp, cải thiện đáng kể mức độ đau và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Việc tái tạo trực vận động sinh lý và động học tự nhiên của khớp gối giúp cải thiện biên độ vận động sau mổ, mang lại cảm giác khớp "tự nhiên" hơn và góp phần nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân so với các phương pháp thay khớp theo trực cơ học truyền thống. Đồng thời, các kết quả bước đầu cho thấy phương pháp này đảm bảo độ an toàn, với tỷ lệ biến chứng thấp và kết quả đáng khích lệ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bourne R, Chesworth B, Davis A, Mahomed N, Charron K. Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty: Who is Satisfied and Who is Not? *Clinical orthopaedics and related research*. 2009;468:57-63. doi:10.1007/s11999-009-1119-9
2. Nisar S, Palan J, Riviere C, Emerton M, Pandit H. Kinematic alignment in total knee arthroplasty. *EFORT Open Rev*. 2020;5(7):380-390. doi:10.1302/2058-5241.5.200010
3. Dossett HG, Arthur JR, Makovicka JL, et al. A Randomized Controlled Trial of Kinematically and Mechanically Aligned Total Knee Arthroplasties: Long-Term Follow-Up. *J Arthroplasty*. 2023;38(6S):S209-S214. doi:10.1016/j.arth.2023.03.065
4. Thienpont E, Parvizi J. A New Classification for the Varus Knee. *J Arthroplasty*. 2016;31(10):2156-2160. doi:10.1016/j.arth.2016.03.034
5. Sharma L, Song J, Felson DT, Cahue S, Shamiyeh E, Dunlop DD. The role of knee alignment in disease progression and functional decline in knee osteoarthritis. *JAMA*. 2001;286(2):188-195. doi:10.1001/jama.286.2.188
6. Lording T, Lustig S, Neyret P. Coronal alignment after total knee arthroplasty. *EFORT Open Rev*. 2016;1(1):12-17. doi:10.1302/2058-5241.1.000002

7. **Bellemans J, Colyn W, Vandenneucker H, Victor J.** The Chitranjan Ranawat award: is neutral mechanical alignment normal for all patients? The concept of constitutional varus. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470(1):45-53. doi:10.1007/s11999-011-1936-5
8. **Scuderi GR, Bourne RB, Noble PC, Benjamin JB, Lonner JH, Scott WN.** The New Knee Society Knee Scoring System. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470(1):3-19. doi:10.1007/s11999-011-2135-0
9. **(PDF) The Effect of Severe Varus Deformity on Clinical and Radiographic Outcomes in Mechanical Aligned Total Knee Arthroplasty with Medial Stabilizing Technique.** *ResearchGate.* Published online October 12, 2025. doi:10.3390/jcm13061595
10. **Treatment of Severe Varus Deformity in Primary Total Knee Arthroplasty using Metal Augment.** *ResearchGate.* doi:10.21608/zumj.2025.367865.3878

## CÁC YẾU TỐ DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG LIÊN QUAN ĐẾN VẤN ĐỀ TÂM LÝ TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TP.HCM

Nguyễn Ngọc Trai<sup>1</sup>, Hoàng Gia Huy<sup>1</sup>,  
Huỳnh Thị Xuân Tâm<sup>1</sup>, Châu Văn Trỗi<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tình trạng rối loạn lo âu và tìm được mối liên hệ giữa lo âu và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng trên bệnh nhân vảy nến ở Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện 215 bệnh nhân vảy nến tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ 04/2024 - 08/2024. Các bệnh nhân sẽ được thăm khám chẩn đoán vảy nến và đánh giá tình trạng lo âu bằng thang điểm HADS-A. Kết quả sẽ được ghi nhận và phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tỷ lệ lo âu trên bệnh nhân vảy nến là 34%; trong đó có 21,9% mức độ nhẹ; 11,6% mức độ trung bình và 0,5% mức độ nặng. Diện tích sang thương vảy nến với chỉ số BSA > 10% và rối loạn giấc ngủ là hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến rối loạn lo âu. Bên cạnh đó các bệnh nhân mắc vảy nến lâu năm, được điều trị bằng thuốc sinh học và được điều trị liên tục ghi nhận ít nguy cơ lo âu hơn. **Kết luận:** 34% bệnh nhân vảy nến có rối loạn lo âu; tình trạng trầm cảm, diện tích sang thương lớn và rối loạn giấc ngủ, điều trị thuốc sinh học, thời gian mắc vảy nến và được điều trị liên tục là các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu trên bệnh nhân vảy nến.

**Từ khóa:** Vảy nến, lo âu, HADS.

### ABSTRACT

#### ANXIETY PREVALENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES IN PSORIASIS PATIENTS AT HO CHI MINH CITY DERMATOLOGY HOSPITAL

<sup>1</sup> Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trai  
Email: bacsingotraic2007@gmail.com  
Ngày nhận bài: 11.2.2026  
Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026  
Ngày duyệt bài: 15.4.2026

**Introduction:** Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic, progressive disease that significantly impairs patients' quality of life. **Objective:** To assess the prevalence of anxiety disorders and analyze their association with epidemiological and clinical characteristics among psoriasis patients in Vietnam. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 215 psoriasis patients at Ho Chi Minh City Hospital of Dermato Venereology from April 2024 to August 2024. Patients were clinically diagnosed with psoriasis and assessed for anxiety using the Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety subscale (HADS-A). **Results:** The prevalence of anxiety was 34.0%, of which 21.9% mild anxiety, 11.6% moderate, and 0.5% have severity anxiety. Depression, BSA > 10%, and sleep disturbance were three independent risk factors associated with anxiety disorders. In addition, patients with long-standing psoriasis, treated with biologics, and treated continuously reported a lower risk of anxiety. **Conclusion:** Anxiety is present in 34.0% of psoriasis patients. Depression, large lesion area and sleep disorders, biologic treatment, duration of psoriasis and continuous treatment were factors associated with anxiety disorders in psoriasis patients.

**Keywords:** Psoriasis, anxiety, HADS.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh lý mạn tính, với cơ chế tự miễn biểu hiện ở trên da, bệnh lý này ảnh hưởng 2-3% dân số thế giới<sup>1</sup>. Mặc dù tỷ lệ tử vong của bệnh vảy nến thấp, nhưng bệnh nhân vảy nến sẽ đối mặt với việc suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống. Trong những năm gần đây, sức khỏe về tâm thần ở các đối tượng mắc bệnh vảy nến được nhắc đến rất nhiều với những nghiên cứu chỉ ra vảy nến mức độ trung bình - nặng sẽ có nguy cơ lo âu, trầm cảm rất cao lên đến 32-60%<sup>2</sup>.