

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG SỚM TRÊN BỆNH NHÂN SAU MỔ THAY KHỚP GỐI TOÀN BỘ DO THOÁI HÓA

Trịnh Thu Hiền\*, Nguyễn Thị Kim Liên\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thoái hóa khớp gối là nguyên nhân thứ 2 gây tàn tật sau bệnh tim mạch ở người có tuổi, tuy không ảnh hưởng đến tính mạng nhưng hệ quả của bệnh là đau khớp và tàn tật, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Thay khớp gối toàn bộ cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối trở nên phổ biến hiện nay. Phục hồi chức năng sớm sau mổ đóng vai trò hết sức quan trọng giúp giảm phù nề, cải thiện tầm vận động khớp gối, tăng sức mạnh cơ và chức năng chi dưới, tránh các thương tật thứ cấp, giúp bệnh nhân đạt được độc lập trong cuộc sống hàng ngày, nâng cao chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu** của nghiên cứu là đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động sớm trên bệnh nhân sau mổ thay khớp gối toàn bộ do thoái hóa khi ra viện và sau mổ 1 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 66 bệnh nhân từ 18-70 tuổi thay khớp gối toàn bộ một bên do thoái hóa tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2021-2022. Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không đối chứng. **Kết quả:** so với trước tập, khi ra viện và sau 1 tháng, điểm VAS trung bình từ 5.7 giảm xuống 3.5 và 2.4. Mức độ đau chủ yếu là mức nhẹ hoặc vừa khi ra viện và sau 1 tháng. Cải thiện tầm vận động tốt khi ra viện và sau 1 tháng cả về tầm gấp và duỗi khớp gối. Cải thiện điểm chức năng LEFS, KSS so với trước tập có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có thể đi được với 1 nạng hoặc không sử dụng dụng cụ trợ giúp khi đi lại, bệnh nhân có thể đi được quãng đường >250m sau 1 tháng. **Kết luận:** Tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ do thoái hóa giúp bệnh nhân cải thiện mức độ đau, tầm vận động khớp và chức năng khớp gối.

**Từ khóa:** thay khớp gối toàn bộ, phục hồi chức năng sớm

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF EARLY REHABILITATION IN PATIENT AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY DUE TO OSTEOARTHRITIS

**Objectives:** This study aims to evaluate the outcome of early rehabilitation in patients after total knee arthroplasty surgery due to osteoarthritis. **Subject and methods:** this is a study of 66 patients aged 18-70 years who were treated total knee arthroplasty surgery after knee osteoarthritis at Viet Duc hospital in 2021-2022. **Results:** at discharge and after 1 month, the average of VAS decreased from

5.7 to 3.5 and 2.4, the pain was mainly mild or moderate. Improved ROM in both flexion and extension of the knee at discharge and after 1 month. LEFS and KSS are improved. The patients can walk with crutch or without the use of assistive devices when walking, the patients can walk a distance of >250m after 1 month. **Conclusions:** early rehabilitation after total knee arthroplasty help patients improve pain levels, joint ROM, and knee function.

**Key words:** total knee arthroplasty, early rehabilitation

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THKG là nguyên nhân thứ 2 gây tàn tật đứng sau bệnh tim mạch ở người có tuổi<sup>1</sup>. Bệnh thoái hóa khớp nói chung cũng như THKG nói riêng tiến triển chậm trong vòng 10 – 15 năm, là bệnh lý mạn tính, không ảnh hưởng tới tính mạng nhưng hệ quả của nó là đau khớp và tàn tật ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống của người bệnh<sup>1</sup>. Vì mức độ phổ biến của bệnh và sự ảnh hưởng của nó tới xã hội, ngày càng nhiều phương pháp được nghiên cứu để hạn chế sự phát triển của bệnh cũng như khắc phục tổn thương vĩnh viễn mà nó mang lại.

Những năm gần đây, thay khớp gối ngày càng trở nên phổ biến, đây được cho là phương pháp giúp điều trị triệt để, khi điều trị khác không còn hiệu quả. Thay khớp gối là phẫu thuật thay lớp sụn khớp bị bào mòn bằng vật liệu nhân tạo, đồng thời tái lập cân bằng cơ sinh học bằng cách chỉnh lại trục cơ học. Do đó, thay khớp gối giúp giảm đau và đảm đương được chức năng khớp gối trong phần đời còn lại của người bệnh.

Phục hồi chức năng (PHCN) sau mổ là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của ca phẫu thuật, giúp cải thiện các tầm vận động khớp gối, sức mạnh cơ cũng như hạn chế một số biến chứng sau phẫu thuật như viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch chi dưới, hạn chế tầm vận động khớp gối<sup>2</sup>. Ý nghĩa của PHCN đối với bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp gối đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam và trở thành một trong những điều trị bắt buộc.

Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, để góp phần xây dựng điều trị PHCN tối ưu trên bệnh nhân thay khớp gối toàn bộ chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thu Hiền

Email: hientrinh2909@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.10.2022

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân được chỉ định thay khớp gối toàn bộ do thoái hóa khớp gối, đến khám và điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức từ 8/2021 đến 6/2022, thỏa mãn các tiêu chuẩn:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** (1) Bệnh nhân từ 18- 70 tuổi. (2) Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, phẫu thuật lần đầu, thay khớp gối toàn bộ 1 bên

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Bệnh nhân có biến chứng sau mổ: nhiễm khuẩn, gãy xương quanh khớp nhân tạo, tụ máu chảy máu khớp gối. (2) Bệnh nhân có các bệnh tim mạch, hô hấp sau phẫu thuật không đủ sức khỏe chung để vận động chủ động. (3) Bệnh nhân 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 bệnh nhân. (4) X-quang sau mổ có hình ảnh trật khớp.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng

- Công cụ nghiên cứu: các biến được khai thác dựa trên bệnh án nghiên cứu

- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, có 66 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong quá trình nghiên cứu.

- Các bước tiến hành:

• Bước 1: Chọn bệnh nhân, khai thác thông tin

• Bước 2: Khám lâm sàng, cận lâm sàng, lượng giá chức năng theo ICF, khai thác các biến theo bệnh án nghiên cứu, tập PHCN tại giường theo mục tiêu SMART. Chúng tôi tiến hành phục hồi chức năng cho bệnh nhân nghiên cứu bằng các biện pháp vật lý trị liệu chườm lạnh và vận

động trị liệu, không có sự khác biệt về kỹ thuật tập ở các bệnh nhân nghiên cứu. PHCN được tiến hành sớm, ngay sau phẫu thuật. Các bước can thiệp phục hồi chức năng theo phác đồ của khoa Phục hồi chức năng bệnh viện Việt Đức

• Bước 3: khám đánh giá trước khi ra viện, hướng dẫn tập về nhà, hẹn tái khám sau 1 tháng

• Bước 4: khám lại sau 1 tháng

Xử lý số liệu: số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Các biến liên tục được tính trung bình và độ lệch chuẩn, biến rời rạc hoặc biến nhị phân được tính %. So sánh 2 tỉ lệ bằng Chi-square test, so sánh 2 giá trị trung bình bằng kiểm định Mann-Whitney U với biến không chuẩn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Mức độ đau tại các thời điểm đánh giá theo điểm VAS**

Thời gian	Trước khi tập (1)	Trước ra viện (2)	Sau 1 tháng (3)
Điểm VAS	5.7 ± 2.0	3.5 ± 1.8	2.4 ± 1.5
p <sub>1-2</sub>	0.003		
p <sub>1-3</sub>	0.001		
X ± SD, Mann-Whitney test			

**Nhận xét:** Bệnh nhân được tập ngay sau phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ. Trước khi tập, mức độ đau của bệnh nhân có điểm VAS trung bình là 5.7 ± 2.0. Tại thời điểm ra viện, điểm VAS trung bình là 3.5 ± 1.8. Sự cải thiện so với trước tập có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Tại thời điểm ra viện, điểm VAS trung bình là 2.4 ± 1.5. Sự cải thiện so với trước tập có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$

**Bảng 2. Tầm vận động gấp gối chủ động tại các thời điểm đánh giá**

Đặc điểm	Trước điều trị (1)		Trước ra viện (2)		Sau 1 tháng (3)	
	N	%	N	%	n	%
< 30°	19	28.8	4	6.1	0	0
30° - 55°	39	59.1	13	19.7	0	0
> 55° - 80°	8	12.1	42	63.6	13	19.7
> 80° - 100°	0	0	7	10.6	38	57.6
> 100°	0	0	0	0	15	22.7
p <sub>1-2</sub>	<0.001					
p <sub>1-3</sub>	<0.001					
%, Fisher exact test						

**Nhận xét:** Trước khi tập, bệnh nhân gấp gối chủ động khá kém, chủ yếu ở mức 30 – 55 độ (chiếm 59.1%), còn lại là ở mức <30 độ (28.8%) và 55-80 độ (12.1%). Thời điểm ra viện, bệnh nhân cải thiện rõ rệt với gấp gối đạt mức 55-80 độ chiếm 63.6%, có 10.6% số bệnh nhân đạt 80-100 độ, còn lại là mức 30-55 độ (19.7%) và

<30 độ (6.1%). Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$  (Fisher exact test). Thời điểm sau 1 tháng, phần lớn bệnh nhân gấp gối 80- 100 độ (57.6%), có 22.7% bệnh nhân gấp được >100 độ, 19.7% bệnh nhân gấp được 55-80 độ. Sự cải thiện so với trước tập có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$  (Fisher exact test).

**Bảng 3. Sự cải thiện thang điểm chức năng chi dưới LEFS**

Thời gian	Trước tập (1)	Trước ra viện (2)	Sau 1 tháng (3)
<b>Điểm LEFS (điểm) (min- max)</b>	18.7 ± 10.2 (9- 28)	29.3 ± 12.5 (20- 33)	52 ± 18.1 (34- 66)
p <sub>1-2</sub>	<0.001		
p <sub>1-3</sub>	<0.001		
X ± SD, Mann Whitney test			

**Nhận xét:** Trước tập, bệnh nhân hạn chế rất nhiều hoạt động, hầu như chỉ các hoạt động tại giường, điểm LEFS trung bình là 18.7 ± 10.2, thấp nhất là 9, cao nhất là 28.

Thời điểm ra viện, bệnh nhân cải thiện hơn, thực hiện được nhiều hoạt động hơn, điểm trung bình là 29.3 ± 12.5, điểm thấp nhất là 20, cao nhất là 33. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p<0.001

Sau 1 tháng, bệnh nhân cải thiện rõ rệt, điểm trung bình là 52 ± 18.1, điểm thấp nhất là 34, cao nhất là 66. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p<0.001

**Bảng 4. Đặc điểm sử dụng phương tiện hỗ trợ trong di chuyển**

Đặc điểm	Khi ra viện		Sau 1 tháng		p
	N	%	n	%	
Không phải sử dụng	0	0	11	16.7	<0.001
Sử dụng 1 nạng	0	0	35	53	
Sử dụng 2 nạng	15	22.7	16	24.2	
Sử dụng khung tập đi	51	77.3	4	6.1	
%, Fisher exact test					

**Nhận xét:** Thời điểm ra viện, hầu hết bệnh nhân đều đi bằng khung tập đi (77.3%), còn lại là đi bằng 2 nạng (22.7%). Sau 1 tháng, số bệnh nhân đi bằng khung tập đi và 2 nạng giảm xuống (6.1 và 24.2%), phần lớn là đi bằng 1 nạng/gậy hoặc không sử dụng dụng cụ trợ giúp. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0.05

**Bảng 5. Khả năng đi bộ khi ra viện và sau 1 tháng**

Đặc điểm	Khi ra viện		Sau 1 tháng		p
	N	%	n	%	
Không giới hạn	0	0	3	4.5	<0.001
> 500m	3	4.5	43	65.2	
250 – 500m	18	27.3	15	22.7	
< 250m	45	68.2	5	7.6	
Không thể đi lại	0	0	0	0	
<b>Tổng</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	
%, Fisher exact test					

**Nhận xét:** Khi ra viện, hầu hết bệnh nhân đi được quãng đường dưới 250m (68.2%), có 27.3% bệnh nhân đi được 250-500m, còn lại 4.5% bệnh nhân đi được >500m.

Sau 1 tháng, bệnh nhân đi lại được tốt hơn, 65.2% bệnh nhân đi được >500m, 22.7% số bệnh nhân đi được 250-500m, chỉ có 7.6% đi được dưới 250m, có 4.5% bệnh nhân đi được không bị giới hạn.

**Bảng 6. Sự cải thiện điểm KS và KFS**

Thời gian	Khi ra viện (1)	Sau 1 tháng (2)	p <sub>1-2</sub>
<b>Điểm KS (điểm)</b>	41.4 ± 9	74.3 ± 15.7	<0.001
<b>Điểm KFS (điểm)</b>	38.5 ± 12.3	69.9 ± 16.4	<0.001
X ± SD, Mann Whitney test			

**Nhận xét:** Điểm KS thời điểm trước khi ra viện là 41.4 ± 9. Điểm KS thời điểm sau 1 tháng là 74.3 ± 15.7. Điểm KFS thời điểm trước khi ra viện là 38.5 ± 12.3. Điểm KFS thời điểm sau 1 tháng là 69.9 ± 16.4. Sự cải thiện điểm KS và KFS có ý nghĩa thống kê với p<0.05

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 66 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Trong đó tuổi trung

bình là 62.2 ± 5.1. Chủ yếu là giới nữ với 87.9%.

Về mức độ đau được tính theo thang điểm VAS, bệnh nhân của chúng tôi có sự cải thiện đáng kể thời điểm khi ra viện và sau 1 tháng. Hầu hết bệnh nhân sau mổ đều được sử dụng gói giảm đau ngoài màng cứng hoặc thuốc giảm đau truyền tĩnh mạch ngay sau mổ, giúp cho bệnh nhân đỡ đau, có thể tập luyện một cách dễ dàng hơn. Khi tập luyện, hầu hết quy trình đều

không ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân, bệnh nhân cũng sẽ quên được nhưng cơn đau, đồng thời thích nghi được những vận động và thay đổi tư thế với khớp nhân tạo. Vì vậy bệnh nhân cải thiện đáng kể về mức độ đau. Nghiên cứu của Larissa Sattler và cộng sự (2020)<sup>3</sup> 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. Nghiên cứu của Neil Artz và cộng sự (2015)<sup>4</sup> đã tổng hợp thấy rằng, điểm đau cải thiện đáng kể sau 3-4 tháng sau mổ với SMD -0.45, CI95% (-0.85,-0.6), p= 0.02 trong nhóm tập phục hồi chức năng sớm theo thang điểm WOMAC và thang điểm VAS.

Về tầm vận động khớp gối, bệnh nhân cũng cải thiện rất tốt theo chương trình đề ra. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cần tập phục hồi chức năng sớm ngay sau mổ, tốt nhất là trong 24 giờ sau mổ, tập luyện hàng ngày đều đặn, sử dụng các kỹ thuật tập chính xác, sử dụng các biện pháp chườm mát, kê cao chân hợp lý, phối hợp cùng bệnh nhân và người nhà, từ đó đưa ra được kết quả tốt hơn. A Kornuijt và cộng sự<sup>5</sup> tiến hành đánh giá gập duỗi gối trong 8 tuần đầu tiên, thu được kết quả: độ gập gối hồi phục từ 80 độ trong tuần đầu hậu phẫu tăng lên 110 độ sau 8 tuần sau mổ, khả năng phục hồi tốt nhất trong 4 tuần đầu tiên đối với khả năng gập gối, nhóm không có khả năng gập gối đầy đủ trong 8 tuần sau phẫu thuật thì sau 8 tuần hầu như không cải thiện hoặc kém đi. Về mặt duỗi gối, duỗi gối trung bình sau 8 tuần là 10.7 đến -3.2 độ, sự cải thiện là phi tuyến tính, dao động 2.3 độ mỗi tuần (trong tuần đầu tiên) đến 0.2 độ /tuần trong 2 tuần tiếp theo. Trong nghiên cứu này cũng đưa ra 1 luận điểm, những biến chứng sau mổ như nhiễm trùng, tụ máu, sưng nề dai dẳng liên quan đến tầm vận động khớp gối. Khi đó bệnh nhân có thể bị dính khớp gối, cần phải gây mê ép khớp hoặc phẫu thuật gỡ dính.

Về chức năng khớp gối, chúng tôi đánh giá dựa trên 2 thang điểm là LEFS và KSS. Thang điểm KSS thì gồm 2 phần là KS và KFS.

Nghiên cứu của Paul W Stratford và cộng sự<sup>6</sup> đánh giá khả năng phục hồi chức năng sớm dựa trên thang điểm LEFS và PSFS thời điểm khám đầu tiên và khi xuất viện. Kết quả cho thấy điểm LEFS cải thiện đáng kể sa khi ra viện.

Nghiên cứu của Justin J Turcotte<sup>7</sup> đánh giá vai trò của thang đo LEFS trong việc dự đoán kết quả phẫu thuật cho bệnh nhân thay khớp gối và hàng toàn bộ trên 1389 bệnh nhân, trong đó có

806 bệnh nhân thay khớp gối. Tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá trước và sau phẫu thuật, sau 6 tháng đến 1 năm sau phẫu thuật. Nhóm tác giả ghi nhận được: điểm LEFS trung bình trước phẫu thuật là 36.3, điểm trung bình sau phẫu thuật là 52.2. Tác giả cho thấy mối liên hệ tích cực giữa LEFS trước phẫu thuật và LEFS sau phẫu thuật, tuy nhiên điểm LEFS ít cải thiện hơn thời điểm trước phẫu thuật so với sau phẫu thuật ở những bệnh nhân có mức chức năng trước phẫu thuật cao hơn. Điểm LEFS trước phẫu thuật cao hơn làm thời gian nằm viện ngắn hơn, mức độ chức năng thể chất cao hơn khi nằm viện. LEFS có thể được sử dụng để hướng dẫn bệnh nhân trước phẫu thuật vào các kế hoạch phục hồi chức năng sau phẫu thuật tại phòng khám hoặc ở nhà.

Trong nghiên cứu của Võ Sỹ Quyền Năng<sup>8</sup> cho kết quả điểm KFS trung bình là 78.2, điểm KS trung bình là 90.3. Điểm này khá cao so với chúng tôi do thời điểm đánh giá của tác giả xa hơn, chức năng đạt được của bệnh nhân tốt hơn. Tác giả cũng cho rằng, đa số bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật và phục hồi chức năng. Bệnh nhân được tập trong viện trung bình 7-9 ngày, sau đó được hướng dẫn về nhà hoặc chuyển về tuyến địa phương tiếp tục tập phục hồi chức năng, gây ra tình trạng không đồng bộ giữa các bệnh nhân.

Đánh giá của tác giả Graham và cộng sự năm 2021 về chức năng và sự hài lòng của bệnh nhân sau thay khớp gối toàn bộ. Tác giả kết luận rằng điểm KSS có thể dự đoán mức độ hài lòng của bệnh nhân thời điểm 2 năm sau thay khớp gối toàn bộ với độ chính xác cao. Qua đó cũng cung cấp cho bác sỹ công cụ bổ sung để xác định bệnh nhân có nguy cơ không hài lòng để can thiệp sớm hơn.<sup>9</sup>

Sự quay trở lại cuộc sống bình thường sau thay khớp gối gần như là vấn đề quan trọng bậc nhất. Việc kiểm soát được đau, cải thiện được tầm vận động gối, từ đó cải thiện về chức năng khớp gối, nâng cao chức năng của cơ thể, cải thiện về chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tập phục hồi chức năng sớm sau thay khớp gối toàn bộ giúp bệnh nhân cải thiện về mức độ đau, cải thiện về tầm vận động khớp gối, và chức năng khớp gối. Từ đó giúp bệnh nhân quay trở lại cuộc sống hàng ngày một cách tốt nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael JWP, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of

- osteoarthritis of the knee. *Dtsch Arzteblatt Int.* 2010;107(9):152-162. doi:10.3238/arztebl.2010.0152
2. Liu SC, Hou ZL, Tang QX, Qiao XF, Yang JH, Ji QH. Effect of knee joint function training on joint functional rehabilitation after knee replacement. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(28):e11270. doi:10.1097/MD.00000000000011270
  3. Sattler L, Hing W, Vertullo C. Changes to rehabilitation after total knee replacement. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(9):587-591. doi:10.31128/AJGP-03-20-5297
  4. Artz N, Elvers KT, Lowe CM, Sackley C, Jepson P, Beswick AD. Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015;16:15. doi:10.1186/s12891-015-0469-6
  5. Kornuijt A, de Kort GJL, Das D, Linsen AF, van der Weegen W. Recovery of knee range of motion after total knee arthroplasty in the first postoperative weeks: poor recovery can be detected early. *Musculoskelet Surg.* 2019;103(3):289-297. doi:10.1007/s12306-019-00588-0
  6. Stratford PW, Kennedy DM, Wainwright AV. Assessing the patient-specific functional scale's ability to detect early recovery following total knee arthroplasty. *Phys Ther.* 2014;94(6):838-844. doi:10.2522/ptj.20130399
  7. Turcotte JJ, Kelly ME, Fenn AB, Grover JJ, Wu CA, MacDonald JH. The role of the lower extremity functional scale in predicting surgical outcomes for total joint arthroplasty patients. *Arthroplasty.* 2022;4:3. doi:10.1186/s42836-021-00106-3
  8. Võ Sỹ Quyền N. Đánh Giá Kết Quả Xa Của Phẫu Thuật Thay Khớp Gối Toàn Bộ Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn Thạc sỹ Đại học Y Hà Nội; 2017.
  9. Goh GS, Bin Abd Razak HR, Tay DKJ, Lo NN, Yeo SJ. Early post-operative oxford knee score and knee society score predict patient satisfaction 2 years after total knee arthroplasty. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2021;141(1):129-137. doi:10.1007/s00402-020-03612-2

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN XỬ LÝ CẢM GIÁC Ở TRẺ RỐI LOẠN PHỔ TỰ KỶ

Nguyễn Thế Tài<sup>1</sup>, Nguyễn Doãn Phương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn phổ tự kỷ (RLPTK) là một nhóm các rối loạn xuất hiện sớm ngay trong thời thơ ấu. Các bất thường về cảm giác thường làm cho các trẻ rối loạn phổ tự kỷ khó khăn trong việc tiếp nhận, xử lý và đáp ứng với các kích thích cũng như khó khăn trong điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn xử lý cảm giác ở trẻ rối loạn phổ tự kỷ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 75 bệnh nhi rối loạn phổ tự kỷ điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 08/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là trẻ nam (85,3%); độ tuổi trung bình 34,92 ± 8,589 tháng; nơi sinh sống chủ yếu ở thành thị (57,4%). Tuổi chẩn đoán trung bình là 28,72 ± 8,072 tháng. Có đến 90,7% trẻ có ít nhất một rối loạn cảm giác, trong đó rối loạn xử lý cảm giác (GLXLCG) thính giác chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,3%, thấp nhất là GLXLCG nhận cảm bên trong với 20%. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là hạn chế về kỹ năng xã hội với 74,7%. Trẻ RLPTK nặng hơn có tỷ lệ RLXLCG cao hơn rõ rệt với 95,2%. **Kết luận:** Rối loạn xử lý cảm giác là một trong những triệu chứng rất phổ biến của rối loạn phổ tự kỷ. Rối loạn xử lý cảm

quan thính giác là hay gặp nhất và tỷ lệ rối loạn giác quan cao rõ rệt ở nhóm tự kỷ nặng. Do đó cần phát hiện và can thiệp sớm.

**Từ khóa:** Rối loạn xử lý cảm giác, phổ tự kỷ, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES OF SENSORY PROCESSING DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

**Background:** Autism spectrum disorders (RLPTK) are a group of disorders that appear early in childhood. Sensory abnormalities often make children with autism spectrum disorder difficult to receive, process, and respond to stimuli as well as difficult to treat. **Objectives:** To describe the clinical characteristics of sensory processing disorders in children with autism spectrum disorder. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study of 75 children with autism spectrum disorder treated at the National Children's Hospital from August 2021 to October 2022. **Results:** The study subjects were mainly men (85.3%); average age 34.92 ± 8.589 months; living places are mainly in urban areas (57.4%). The mean age at diagnosis was 28.72 ± 8.072 months. Up to 90.7% of children have at least one sensory disorder, in which auditory sensory processing disorder accounts for the highest percentage with 81.3%, the lowest is internal sensory processing disorder with 20%. The most common symptom onset was limited social skills with 74.7%. Children with more severe ASD have a significantly higher rate of ASD with 95.2%. **Conclusion:** Sensory

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tài

Email: Bacsiyhanoi1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022