

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Ngô Quốc Hoàn<sup>1</sup>, Trần Lê Đồng<sup>1</sup>, My Duy Tiến<sup>1</sup>, Đỗ Hữu Lương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hà Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Thọ<sup>1</sup>, Nguyễn Trần Điện<sup>1</sup>,  
Bạch Lâm Long Ân<sup>1</sup>, Lê Việt Đình Văn<sup>1</sup>, Đỗ Trung Hải<sup>1</sup>*

### TÓM TẮT

*Mở đầu: Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần là một lựa chọn điều trị cho thoái hóa khớp gối, đặc biệt là ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng, điều trị bảo tồn không hiệu quả. Thay khớp gối toàn phần giúp giảm đau, phục hồi chức năng tốt.*

*Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Quân y 175.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả tiền cứu, dùng phần mềm thống kê SPSS 26.0. Từ tháng 07/2013 đến tháng 11/2019, chúng tôi nghiên cứu 47 khớp gối toàn phần trên 40 BN thoái hóa khớp gối. Các BN được theo dõi và đánh giá sau mổ bằng thang điểm KSS - Knee Society Clinical Rating System.*

*Kết quả: Thời gian theo dõi trung bình là 26 tháng, chức năng cải thiện đáng kể với thang điểm KSS tăng. Điểm KFS trung bình trước mổ là  $37,75 \pm 10,97$ ; sau mổ là  $81 \pm 15,45$  ( $p < 0,05$ ). Đánh giá tỷ lệ rất tốt: 62,5%; tốt: 17,5%; khá: 15%; kém: 5%. Sau mổ 53,19% khớp gối không đau, 46,81% đau nhẹ. Biên độ gập gối trung bình trước mổ là  $114,89^\circ \pm 13,61^\circ$ , sau mổ là  $114,04^\circ \pm 10,66^\circ$ . Trục giải phẫu khớp gối trung bình trước mổ vẹo trong  $1,17^\circ \pm 6,46^\circ$ ; sau mổ vẹo ngoài  $3,13^\circ \pm 3,05^\circ$  ( $p < 0,05$ ). Biến chứng: 2,13% bị nhiễm trùng nông, 4,26% đau khớp chèn – đùi.*

*Kết luận: Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần giúp giảm đau, cải thiện tầm vận động khớp, khôi phục trục giải phẫu, phục hồi chức năng khớp gối tốt ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng.*

*Từ khóa: thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn phần.*

---

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Ngô Quốc Hoàn (qhoan1717@gmail.com)

Ngày nhận bài: 8/11/2021, ngày phân biện: 24/11/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2021

**PRIMARY RESULT OF TOTAL KNEE ARTHROPLASTY AT MILITARY HOSPITAL 175**

**ABSTRACT**

*Total knee replacement surgery is considered as a treatment of choice in patients with knee osteoarthritis, especially in patients with severe knee osteoarthritis where conservative treatment have been failed. Total knee replacement gives good pain relief, well recovers function.*

*Objectives: to evaluated the results of total knee replacement surgery at 175 Military Hospital.*

*Materials & methods: retrospective study, data are represented by descriptive statistics SPSS 26.0 soft –ware.*

*Subjects: 47 total knee replacement were performed for 40 patients at Orthopaedic Institue of Military Hospital 175, 19 knees with patellar resurfacing and 28 knees without patellar resurfacing. Patients were evaluated with the Knee Society Clinical Rating System (KSS).*

*Results: At an average of 26 months follow – up, knee function is improved clearly with KSS increasing. The mean preoperative and postoperative KFS improved from  $37.75 \pm 10,97$  to  $81 \pm 15,45$ , respectively ( $p < 0,05$ ). KFS grade of excellent: 62,5%, good: 17,5%, moderate: 15%, and poor: 5%. Postoperatively, 53,19% of knees were no pain, 46,81% of knees were slight pain. The mean preoperative and postoperative (at the time of the last follow-up) knee flexion angles were  $114,89^\circ \pm 13,61^\circ$  and  $114,04^\circ \pm 10,66^\circ$ , respectively ( $p < 0,05$ ). The average tibiofemoral angle was  $1,17^\circ \pm 6,46^\circ$  of varus preoperatively and  $3,13^\circ \pm 3,05^\circ$  of valgus at the final follow-up. Complication: 2,13% of knees had superficial infection, 4,26% of knees had patellofemoral pain.*

*Conclusion: Total knee replacement resulted excellent relief of pain, range of motion, restoration alignment and knee joint function in the the old patiens of severe arthritis knees.*

*Key word: Knee osteoarthritis, total knee replacement.*

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi. Điều trị bao gồm các biện pháp giảm cân nặng, nội khoa, vật lý trị liệu, nội soi, cắt xương sửa

trục... Khi ở giai đoạn muộn, khớp biến dạng nặng, lệch trục, bệnh nhân đau nhiều, các phương pháp điều trị khác không còn hiệu quả thì phẫu thuật thay khớp gối được chỉ định [7]. Hiện nay, tỷ lệ thoái hóa khớp

gói nặng với tuổi thọ ngày càng tăng đặt ra nhu cầu thay khớp ngày càng nhiều, với sự phát triển của các công nghệ mới, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần đã cải thiện khả năng đi lại và nâng cao chất lượng cuộc sống rõ rệt [2],[4],[6]. Bệnh viện Quân y 175 trong những năm gần đây đã áp dụng phương pháp điều trị này và các kết quả rất khả quan, vì vậy nghiên cứu này nhằm: Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp gối ở những bệnh nhân thoái hóa khớp nặng.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng:

40 bệnh nhân (với 47 khớp gối) bị thoái hóa khớp gối được phẫu thuật thay khớp toàn phần tại Bệnh viện Quân Y 175, trong đó 28/47 khớp không thay khớp bánh chè, 19/47 khớp thay bánh chè, thời gian từ tháng 07/2031 đến tháng 11/2019. Thời gian theo dõi trung bình 26 tháng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tiền cứu mô tả loạt ca lâm sàng, dùng phần mềm SPSS 26.0.

### 2.3. Phương pháp đánh giá:

Dựa theo thang điểm Knee Society Clinical Rating System (KSS) [5] bao gồm hai phần Knee Score (KS) và Knee Function Score (KFS).

### 2.4. Phương pháp phẫu thuật:

Đường mổ dọc dài theo cạnh trong bánh chè, kháng sinh dự phòng và Garo gốc chi áp dụng cho tất cả các bệnh nhân.

### 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức trường y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

- 40 bệnh nhân, gồm 36 nữ (90%) và 4 nam (10%) được thay khớp gối toàn phần.

- Tuổi trung bình  $65,43 \pm 6,55$ . Cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 52 tuổi.

- 35% bệnh nhân béo phì hoặc thừa cân, đa số phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn (70,21% phát hiện bệnh trên 5 năm).

- Bên gối tổn thương được thay khớp: bên phải 17 (42,5%), bên trái 16 (40%), cả hai bên 7 (17,5%) trong tổng số 40 bệnh nhân với 47 khớp gối nhân tạo.

### 3.2. Đặc điểm tổn thương khớp gối

- Nguyên nhân thoái hóa khớp: thoái hóa khớp gối tiên phát 46 trường hợp (97,87%), 1 trường hợp thoái hóa khớp gối thứ phát sau chấn thương (2,13%).

- Phân độ thoái hóa khớp: độ IV 91,49%, độ III 8,51%

- Biến dạng trục khớp gối trước mổ:

## CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

+ Vẹo trong: 41 khớp gối (87,23%).

+ Vẹo ngoài: 6 khớp gối (12,77%).

**3.3. Các loại khớp nhân tạo:** tất cả khớp của chúng tôi sử dụng là khớp nhân tạo cắt bỏ dây chằng chéo sau, có dùng xi măng, trong đó 28 khớp không thay khớp bánh chè, 19 khớp có thay khớp bánh chè.

### 3.4. Kết quả chung

- Giảm đau: trước mổ 40,43% đau nặng, 59,57% đau vừa. Sau mổ 53,19% không đau, 46,81% đau nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

- Khôi phục trực giải phẫu: trước mổ 63,83% khớp gối có trực giải phẫu vẹo trong, 8,51% khớp gối có trực giải phẫu vẹo ngoài từ  $4^{\circ}$  -  $8^{\circ}$ . Sau mổ trực giải phẫu vẹo ngoài  $4^{\circ}$  -  $8^{\circ}$  là 46,81%. Trực giải phẫu

- Xếp loại:

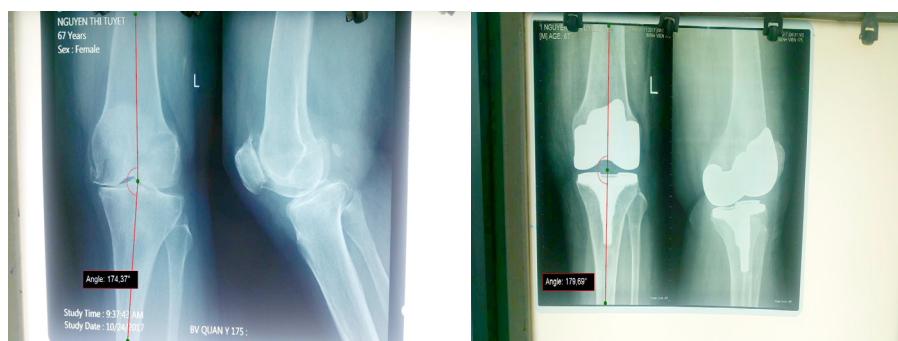
KFS	Số BN	Tỷ lệ %
Rất tốt	25	62,5
Tốt	7	17,5
Khá	6	15
Kém	2	5
Tổng số	40	100

khớp gối trung bình trước mổ vẹo trong  $1,17^{\circ} \pm 6,46^{\circ}$ ; sau mổ vẹo ngoài  $3,13^{\circ} \pm 3,05^{\circ}$ . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

- Biên độ vận động khớp: biên độ gấp gối trung bình trước mổ là  $114,89^{\circ} \pm 13,61^{\circ}$ , sau mổ là  $114,04^{\circ} \pm 10,66^{\circ}$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trước mổ có 2,13% khớp gối co rút  $> 10^{\circ}$ , 42,55% khớp gối co rút  $< 10^{\circ}$ ; sau mổ 93,62% khớp gối nhân tạo không hạn chế duỗi, 6,38% khớp gối nhân tạo mất duỗi  $< 10^{\circ}$ .

- Theo thang điểm Knee Function Score (KFS): Điểm trung bình KFS trước mổ là  $37,75 \pm 10,97$ , sau mổ là  $81,5 \pm 15,45$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện mức độ giảm đau, tầm vận động gấp gối và thang điểm KFS giữa 2 nhóm không thay bánh chè và thay bánh chè, có dẫn lưu.



Hình 1. XQ khớp gối trước và sau mổ thay khớp

Biến chứng: nhiễm trùng nông 2,13%; đau khớp chèn đùi 4,26%.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đa số các bệnh nhân trên 60 tuổi, nhỏ nhất 52 tuổi, lớn nhất 79 tuổi, trong đó nữ chiếm 90%. Nguyên nhân thoái hóa khớp gối chủ yếu là thoái hóa khớp gối tiên phát với 97,87%. Thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm chiếm 70,21%. Điều này phù hợp với bệnh lý thoái hóa khớp gối chủ yếu gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, nữ giới do liên quan đến sự giảm nội tiết tố Estrogen và tăng Interleukin 1 ở giai đoạn mãn kinh. Ngoài ra, các bệnh nhân được thay khớp gối mắc bệnh ở giai đoạn muộn (8,51% độ III và 91,49% độ IV), khi điều trị bằng các phương pháp bảo tồn không đạt hiệu quả, đau gối và lệch khớp gối nhiều, đi lại khó khăn, ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước[1],[2],[6].

##### 4.2. Mức độ giảm đau

Trong thoái hóa khớp gối triệu chứng đau mức độ nặng là một trong những nguyên nhân chính của chỉ định thay khớp. Mục đích của thay khớp gối là giảm đau và phục hồi chức năng. Sau phẫu thuật thay khớp hầu hết bệnh nhân đều giảm đau đáng kể, đặc biệt khi đi lại, tuy nhiên vẫn còn một số bệnh nhân đau nhẹ. Có nhiều nguyên nhân gây đau sau phẫu thuật: nhiễm trùng, thoái hóa khớp háng, gãy xương quanh khớp nhân tạo, lỏng khớp, mất vững khớp, lệch trục, hủy xương, viêm xơ dính khớp, hội chứng khớp chèn đùi...

Trong nghiên cứu của chúng tôi 53,19% khớp gối trong nghiên cứu không còn đau, 46,81% chỉ đau nhẹ khi hoạt động, không có bệnh nhân nào đau nhiều sau mổ. Phẫu thuật thay khớp gối đã lấy bỏ đi phần bề mặt sụn khớp bị hỏng, đặc biệt ở những vùng tiếp xúc của khớp, cũng như cắt dọn lớp bao hoạt dịch viêm, giải phóng cơ kéo phần mềm, lấy bỏ gai xương mà nhiều tác giả cho rằng là các nguyên nhân chính gây đau cho người bệnh, thay



thể bằng mặt khớp nhân tạo giúp cho vận động của khớp trở lại bình thường. Đồng thời cùng với đó sự mất vững của khớp gối trong nhiều trường hợp cũng được sửa chữa nên cũng góp phần giảm đau khớp gối khi đi lại.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số tác giả khác, Ranawat [7] theo dõi 125 khớp gối được thay, thời gian theo dõi trung bình 4,8 năm nhận thấy tỉ lệ không đau sau mổ là 79%, 11% còn đau nhẹ, 10% đau trung bình. Tác giả Guclu[3] cũng nghiên cứu cho thấy kết quả giảm đau khả quan với tỉ lệ giảm đau đạt 87%.

### 4.3. Mức độ phục hồi trực giải phẫu khớp gối

Trong phẫu thuật thay khớp gối, trực cơ học cũng như trực giải phẫu có vai trò rất quan trọng trong thành công của phẫu thuật điều trị, khôi phục về trạng thái bình thường góp phần giúp bệnh nhân giảm đau, phục hồi biên độ vận động gối tốt, hồi phục chức năng và duy trì tuổi thọ của khớp gối nhân tạo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trước mổ đa số trực giải phẫu khớp gối biến dạng vẹo trong với 30/47 khớp gối (chiếm 63,83%), chỉ có 4/47 khớp gối (chiếm 8,51%) có trực giải phẫu vẹo ngoài từ  $4^{\circ} - 8^{\circ}$ , sau mổ chỉ có 5/47 khớp gối (chiếm 10,64%) có trực giải phẫu vẹo trong, 22/47 khớp gối (chiếm 46,81%) vẹo

ngoài từ  $4^{\circ} - 8^{\circ}$ . Độ lệch trục giải phẫu khớp gối trung bình trước mổ vẹo trong  $1,17^{\circ} \pm 6,46$ ; sau mổ vẹo ngoài  $3,13^{\circ} \pm 3,05$ . Sau mổ trục giải phẫu khớp gối được khôi phục đáng kể, sự khác biệt trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Bùi Hồng Thiên Khanh [2] khi nghiên cứu 43 KGTP, trục giải phẫu phục hồi sau mổ vẹo ngoài  $4,32^{\circ} \pm 1,03$ , Sancheti K.[8] nghiên cứu 297 KGTP, kết quả trục giải phẫu khớp gối phục hồi từ vẹo trong  $8,5^{\circ} \pm 6,9$  về vẹo ngoài  $5,4^{\circ} \pm 2,2$ .

### 4.4. Biên độ vận động khớp

Phục hồi vận động và giảm đau là thước đo thành công của phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo. Chính vì vậy, đánh giá biên độ vận động của khớp gối sau phẫu thuật thay khớp là một trong những chủ đề chính của các nghiên cứu. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến biên độ vận động khớp gối sau mổ: tầm vận động trước mổ, đường mổ, biến dạng trước mổ, lỗi cân bằng khoảng gấp - khoảng duỗi, loại khớp nhân tạo, tập vật lý trị liệu...

Trong nghiên cứu của chúng tôi biên độ gấp gối trung bình trước mổ là  $114,89^{\circ} \pm 13,61^{\circ}$ . Biên độ gấp gối trung bình sau mổ là  $114,04^{\circ} \pm 10,66^{\circ}$ . Sự khác biệt về biên độ gấp gối trung bình trước và sau mổ không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, có sự cải thiện về biên độ gấp gối ở những bệnh nhân có hạn chế gấp gối  $90^{\circ}$  (trước mổ với 12,77% khớp

gối và sau mổ tất cả các khớp gối đều có biên độ gấp  $>90^{\circ}$ ). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với một số tác giả khác, Trương Trí Hữu [1] nghiên cứu 76 KGTP theo dõi 18 tháng, biên độ gấp gối trung bình là  $115^{\circ}$ , Guild và cộng sự [4] báo cáo 138 KGTP với thời gian theo dõi 2 năm, biên độ gấp gối trung bình trước mổ  $113^{\circ}$ , sau mổ cải thiện là  $121^{\circ}$ . So với nghiên cứu của Guclu [3] báo cáo 125 KGTP sau 4 năm theo dõi đạt  $93,2^{\circ}$  (trước mổ là  $75,5^{\circ}$ ), kết quả của chúng tôi khả quan hơn, điều này được lý giải do biên độ gấp gối trước mổ của chúng tôi là  $114,89^{\circ} \pm 13,61^{\circ}$ , cao hơn nhiều so với  $75,5^{\circ}$  của tác giả, điều đó ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả sau mổ.

Có 03/47 (6,38%) trường hợp mất duỗi gối  $< 10^{\circ}$ , những trường hợp này trước mổ gối co rút gấp nhiều ( $> 10^{\circ}$ ), X-quang sau mổ vẫn còn gai xương phía sau chưa được lấy bỏ hết, thêm nữa các bệnh nhân đều không được tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng ở các cơ sở y tế, tâm lý sợ đau không tích cực luyện tập tại nhà, và đây là những lý do gây hạn chế duỗi ở các bệnh nhân trên. Kết quả này cũng không có sự khác biệt so với tác giả Bùi Hồng Thiên Khanh[2] với 6,98% khớp gối hạn chế duỗi  $< 5^{\circ}$ , Trương Trí Hữu[1] với 6,58% khớp gối hạn chế duỗi  $< 10^{\circ}$ .

#### **4.5. Đánh giá kết quả theo thang điểm KSS**

Theo thang điểm KFS: điểm trung bình trước mổ là  $37,75 \pm 10,97$ , điểm trung

bình sau mổ là  $81 \pm 15,45$  (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ ).

Chúng tôi nhận thấy sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng cũng như chức năng khớp gối sau mổ. Kết quả xếp loại theo thang điểm KFS, chúng tôi có tỷ lệ rất tốt là 62,5%; tốt 17,5%; khá 15%; kém 5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả trong nước, tuy nhiên tỷ lệ BN đạt kết quả tốt và rất tốt lại khá thấp hơn so với tác giả Ranawat (1997)[7] và Radhakrishna (2017)[6], có thể do đa số BN chúng tôi gặp đến viện ở giai đoạn muộn, biến dạng khớp gối nhiều, chức năng kém hơn, so sánh về điểm KFS trước mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ( $KFS = 37,75 \pm 10,97$ ) thấp hơn so với nghiên cứu của Ranawat ( $KFS = 40$ ) và Radhaskirkna ( $KFS = 41,2$ ), đồng thời trong giai đoạn đầu chúng tôi cũng có ít kinh nghiệm về cân bằng phần mềm khớp gối, chỉnh trục khớp, và đặc biệt do hoàn cảnh khách quan, việc phục hồi chức năng sau mổ cho BN nói chung còn chưa đồng bộ đã ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả chung của phẫu thuật.

#### **4.6. So sánh 2 nhóm không thay bánh chè và thay bánh chè, không dẫn lưu**

Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi chia thành 2 nhóm: 28/47 khớp gối không thay bánh chè, có dẫn lưu, tập

vận động sau mổ 1 ngày (nhóm 1) và 19/47 khớp gối được thay khớp bán chèn, không dẫn lưu, tập vận động sớm ngay sau mổ, nhóm này đều là những trường hợp có thoái hóa khớp gối độ IV, xương bán chèn thoái hóa biến đổi hình dạng nhiều, khớp bán chèn đùi đều được đánh giá cẩn thận trước và trong mổ, kích thước xương bán chèn đủ độ dày và chất lượng xương được đảm bảo (nhóm 2). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ giảm đau, cải thiện tầm vận động, cải thiện thang điểm chức năng giữa 2 nhóm, với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên vì số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế nên vấn đề thay hay không thay khớp bán chèn đùi cần được nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và với lượng thời gian dài hơn.

### 4.7. Đau khớp chèn đùi sau mổ

Khớp chèn đùi là nguyên nhân gây đau thường gặp sau phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo. X-quang tiếp tuyến bán chèn rất có giá trị cho việc đánh giá tình trạng khớp chèn đùi. Có nhiều biến chứng có thể xảy ra tại khớp chèn đùi như: lệch trục xương bán chèn, trật hay bán trật xương bán chèn, lỏng phần bán chèn nhân tạo, gãy xương bán chèn, đứt hoặc bong gân bán chèn, đặt sai vị trí phần đùi và phần chày của khớp nhân tạo cũng gây đau sau mổ, kích cỡ dụng cụ quá lớn hoặc không tương thích...

Nghiên cứu chúng tôi có 2 trường hợp (4,26%) đau khớp chèn đùi. Cả 2

trường hợp đều không thay khớp bán chèn. Trong đó 1 trường hợp được tái khám sau 34 tháng, đau nhẹ khi đi bộ, đánh giá thang điểm KFS sau mổ là 50, kết quả kém. Chúng tôi đánh giá lâm sàng và X-quang tiếp tuyến xương bán chèn phát hiện bán chèn lệch ngoài. BN được sử dụng bộ khớp nhân tạo Genesis II PS Hight Flex với cỡ lõi cầu 5, cỡ xương chày 2, insert 9mm. Chúng tôi nhận thấy cỡ lõi cầu lớn hơn nhiều so với mâm chày. Có lẽ đây là những nguyên nhân dẫn đến cần bán chèn và phần mềm xung quanh gây đau cho bệnh nhân. Trường hợp còn lại trên XQ sau mổ phát hiện cốt hóa xương bán chèn gây cần vào bộ phận lõi cầu khi vận động. Mặc dù chúng tôi đã cố gắng làm sạch tối đa các chồi xương và dùng dao điện đốt các sợi thần kinh cảm giác quanh chu vi xương bán chèn trong mổ nhưng trên phim XQ thấy có sự cốt hóa lại sau mổ có lẽ đã gây nên triệu chứng đau này.

### 4.8. Biến chứng xa

Với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là  $26,28 \pm 15,8$  tháng, xa nhất là 85 tháng, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị lỏng khớp, mòn khớp, biến dạng khớp.

## 5. KẾT LUẬN

Qua kết quả điều trị phẫu thuật thay 47 khớp gối nhân tạo cho 40 bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối nặng, chúng tôi nhận thấy thay khớp gối toàn phần có kết quả ban đầu rất khả quan, giúp giảm



đau tốt, phục hồi trực giải phẫu, phục hồi chức năng và tầm vận động rõ rệt, qua đó giúp bệnh nhân trở lại cuộc sống thường nhật, nâng cao chất lượng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi xa hơn để đánh giá được những biến chứng cũng như kết quả điều trị lâu dài.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Trí Hữu, Đoàn Quang Phương (2014), “Kết quả phục hồi chức năng của khớp gối sau thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình”, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 18(1), pp. 449 - 455.
2. Bùi Hồng Thiên Khanh, và cộng sự (2012), “Kết quả ban đầu thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh”, Tạp chí Y học thực hành, 838(8), pp. 29-31.
3. Güçlü B., et al. (2008), “Midterm results of total knee arthroplasty in degenerative knee joint diseases with severe deformity”, Acta Orthop Traumatol Turc, 42(1), pp. 1-9.
4. Guild G. N., Labib S. A. (2014), “Clinical outcomes in high flexion total knee arthroplasty were not superior to standard posterior stabilized total knee arthroplasty. A multicenter, prospective, randomized study”, J Arthroplasty, 29(3), pp. 530-4.
5. Insall J. N., et al. (1989), “Rationale of the Knee Society clinical rating system”, Clinical orthopaedics and related research(248), pp. 13-14.
6. Radhakrishna A., Shivananda S., Girish S. (2017), “A Study of Clinical and Functional Outcome of Primary Total Knee Arthroplasty Using Posterior Cruciate Substitute Design”, International Journal of Research in Orthopaedics, 3(3), pp. 380-389.
7. Ranawat C. S., Luessenhop C. P., Rodriguez J. A. (1997), “The press-fit condylar modular total knee system. Four-to-six-year results with a posterior-cruciate-substituting design”, J Bone Joint Surg Am, 79(3), pp. 342-348.
8. Sancheti K., et al. (2009), “The INDUS knee prosthesis - Prospective multicentric trial of a posteriorly stabilized high-flex design: 2 years follow-up”, Indian Journal of Orthopaedics, 43, pp. 367.
9. Ngô Quốc Hoàn (2020), “Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phẫu thuật thay khớp toàn phần tại Bệnh viện Quân y 175”, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh.