

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN SỬ DỤNG ĐƯỜNG MỖ DƯỚI CƠ RỘNG TRONG

Vũ Mạnh Cường¹, Trần Trung Dũng^{2,3}

¹Bệnh viện TW Thái Nguyên

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Xanh Pôn

Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bằng đường mổ dưới cơ rộng trong đã được áp dụng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Xanh pôn, tuy nhiên còn thiếu nghiên cứu đánh giá hiệu quả. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần sử dụng đường ổ dưới cơ rộng trong. Nghiên cứu thực hiện trên 30 khớp gối của các bệnh nhân có thoái hóa khớp gối độ III trở lên theo phân loại Kellgren-Lawrence, đã từng điều trị nội khoa không kết quả, và có chỉ số BMI < 23. Các kết quả cho thấy bệnh nhân được theo dõi trung bình 6,53 ± 4,16 tháng. Sau phẫu thuật, mức độ đau và biên độ vận động khớp gối cải thiện rõ rệt. Cụ thể, biên độ gấp tăng 22,9 ± 17,1 độ, và biên độ duỗi giảm được 14 ± 10,0 độ. Điểm số KS sau mổ đạt 93% và trung bình tăng 34,5 ± 8,5 điểm. Trung bình mỗi bệnh nhân cũng tăng 29,5 ± 12,1 điểm KFS sau phẫu thuật. Các kết quả này cho thấy hiệu quả rất tốt của phẫu thuật về tác dụng giảm đau và cải thiện khả năng vận động.

Từ khóa: Đánh giá kết quả, thay khớp gối toàn phần, đường mổ dưới cơ rộng trong, thoái hóa khớp gối.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là tổn thương của toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương dưới sụn, dây chằng các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch [1; 2]. Trên thế giới phẫu thuật thay khớp gối toàn phần đã được tiến hành từ những năm 1970 và đã đem lại chất lượng cuộc sống tốt cho những bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Ngày nay sự phát triển của khoa học kỹ thuật cho ra đời nhiều thể hệ khớp mới có những ưu điểm vượt trội, cùng với sự tiến bộ về vô khuẩn, gây mê hồi sức và đặc biệt là sự tiến bộ về phẫu thuật đã qui chuẩn về chỉ định mổ, kỹ thuật mổ... làm cho phẫu thuật thay khớp gối ngày càng phổ biến và đạt được

nhiều thành công [3, 4]. Ở Việt Nam phẫu thuật thay khớp gối được tiến hành hơn 10 năm nay và chỉ tập trung ở các trung tâm lớn như: Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Xanh pôn, Bệnh viện 108, Bệnh viện Đại học y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai... Khi thay khớp gối đa số các phẫu thuật viên lựa chọn đường mổ dọc gân cơ tứ đầu đùi, để đa dạng hơn các đường mổ khi phẫu thuật khớp gối thì việc nghiên cứu lựa chọn thêm các đường mổ mới được đặt ra. Hofman² năm 1991 đã phổ biến đường mổ dưới cơ rộng trong là một phương pháp thay thế phù hợp khi đường mổ dọc gân cơ tứ đầu đùi không thực hiện được.

Tại Bệnh viện Đại học Y và Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội phẫu thuật thay khớp gối đã tiến hành trong nhiều năm qua. Trong quá trình thực hiện, nhiều đường mổ vào khớp phù hợp với

Tác giả liên hệ: Vũ Mạnh Cường,

Bệnh viện TW Thái Nguyên

Email: vumanhcuong1978@gmail.com

Ngày nhận: 04/07/2019

Ngày được chấp nhận: 12/08/2019

những đối tượng khác nhau đã được áp dụng. Đường mổ dưới cơ rộng trong là một trong số những đường mổ đã được thực hiện khá thành công, tuy nhiên tới nay vẫn chưa có nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bằng đường mổ dưới cơ rộng trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp gối do bệnh lý thoái hóa thỏa mãn các tiêu chuẩn: thoái hóa độ III, IV theo phân loại Kellgren-Lawrence, đã từng điều trị nội khoa không kết quả, có chỉ số BMI < 23 và có đủ hồ sơ bệnh án.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Chấn thương chỉnh hình- Bệnh viện Xanh Pôn và khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ 06/2018 đến tháng 06/2019.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

Nội dung nghiên cứu:

- Chẩn đoán: Dựa trên triệu chứng lâm sàng các động tác khớp gối, độ vũng, biến dạng khớp, mức độ đau... và hình ảnh X-quang gối tìm các hình ảnh hẹp khe khớp, biến dạng khớp, gai xương...

- Phẫu thuật:

+ Vô cảm: Gây tê tủy sống

+ Phương pháp: thay khớp gối toàn phần với đường mổ dưới cơ rộng trong.

- Đánh giá kết quả sớm sau mổ: lâm sàng, X-quang

- Đánh giá kết quả theo dõi: đánh giá độ đau, điểm KS (Knee sore), KFS (Knee Functional score) trước và sau mổ.

Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tất cả những người bệnh đạt tiêu chuẩn lựa chọn đều được đề xuất tham gia vào nghiên cứu. Có tất cả 30 khớp gối của người bệnh khác nhau đã được đưa vào nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán thoái hóa khớp gối độ III, IV theo phân loại Kellgren-Lawrence thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được khám, chẩn đoán hình ảnh và chỉ định phẫu thuật thay khớp gối toàn phần với đường mổ dưới cơ rộng trong. Các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng từ trước và ngay sau mổ được thu thập tại bệnh viện bởi đội ngũ bác sĩ. Hiệu quả điều trị được theo dõi sau mổ với đánh giá độ đau, điểm KS và điểm KFS.

3. Xử lý và phân tích số liệu

Sau khi rà soát, thống kê được những trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa chọn, các thông tin được làm sạch và nhập vào máy tính theo biểu mẫu thu thập thông tin bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được phân tích mô tả sử dụng tần suất và tỉ lệ % với phần mềm Stata 14.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Việc sử dụng số liệu được sự đồng ý của Bệnh viện Xanh-pôn, bệnh viện Đại học Y Hà Nội và chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu. Các thông tin thu thập được được giữ bảo mật và không gây bất cứ ảnh hưởng nào tới người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp gối, trong đó 24/30 bệnh nhân được thực hiện tại Bệnh viện Xanh-Pôn, 6/30 người còn lại được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,5 \pm 11,1$ tuổi và có tới 83,3% số đối tượng là nữ giới.

1. Thời gian theo dõi sau mổ

Bảng 1. Thời gian theo dõi sau mổ

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ %
< 6 tháng	12	40,0
\geq 6 tháng	18	60,0
	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Thời gian (tháng)	$6,53 \pm 4,16$	1 - 12

Hầu hết bệnh nhân được theo dõi từ 6 tháng trở lên. Trung bình mỗi bệnh nhân được theo dõi $6,53 \pm 4,16$ tháng, tối thiểu là 1 tháng và tối đa là 12 tháng.

2. Mức độ đau

Bảng 2. Mức độ đau VAS

Mức độ đau VAS	Số lượng	Tỷ lệ %
Không đau	26	86,66
Đau ít	2	6,67
Đau nhẹ	2	6,67
Đau vừa	0	0
Đau nhiều	0	0
Tổng	30	100

Sau mổ, hầu hết bệnh nhân hết đau, tỷ lệ trả lời không còn đau chiếm 86,66%. Vẫn còn 2/30 bệnh nhân đau ít và 2/30 bệnh nhân còn đau nhẹ (chiếm 6,67%)

3. Biên độ vận động

Bảng 3. So sánh biên độ gấp gối trước và sau mổ

Biên độ gấp gối	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 90 độ	4	13,33	0	0
90 – 110 độ	18	60,00	5	16,67
> 110 độ	8	26,67	25	83,33

Biên độ gấp gối	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng số	30	100	30	100
Biên độ gấp $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	98,90 \pm 26,36 (30 – 130)		121,83 \pm 12,35 (90 – 130)	
P (t - test)		0,00		
Biên độ gấp tăng (độ) $\bar{X} \pm SD$ (min – max)		22,93 \pm 17,06 (0 - 65)		

Tỷ lệ bệnh nhân có biên độ gấp gối trên 110 độ trước mổ là 26,67%, tăng lên 83,33% sau mổ. Biên độ gấp gối trung bình trước mổ là 98,9 \pm 26,4. Sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có biên độ gấp gối tăng 22,93 \pm 17,06 độ.

Bảng 4. So sánh biên độ duỗi gối trước và sau mổ

Biên độ duỗi gối	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	7	23,33	28	93,33
Hạn chế \leq 10 độ	8	26,67	2	5,67
Hạn chế $>$ 10 độ	15	50,00	0	0
Tổng số	30	100	30	30
Biên độ duỗi $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	14,67 \pm 10,74 (0 – 30)		0,67 \pm 2,54 (0 – 10)	
P (t - test)		0,00		
Biên độ duỗi giảm (độ) $\bar{X} \pm SD$ (min – max)		14,00 \pm 10,03 (0 – 30)		

Sau mổ, tỷ lệ có biên độ duỗi gối bình thường tăng từ 23,33% lên 93,33%. Đồng thời, tỷ lệ duỗi hạn chế giảm. Trung bình mỗi bệnh nhân có biên độ duỗi gối giảm 14,00 \pm 10,03 độ.

4. Đánh giá kết quả bằng điểm KS

Bảng 5. Điểm KS trước mổ

Mức độ KS	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0	9	93,33
Tốt	0	0	21	5,67

Mức độ KS	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trung bình	1	3,3	0	0
Kém	29	96,67	0	0
Điểm KS ($\bar{X} \pm SD$) (min – max)	41,20 \pm 7,12 (30 – 63)		75,67 \pm 5,09 (70 – 85)	
p (t - test)	0,00			
Điểm KS tăng $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	34,46 \pm 8,50 (7 – 55)			

Trước mổ không có bệnh nhân nào có điểm KS ở mức tốt và rất tốt. Sau mổ không còn bệnh nhân nào có điểm KS mức trung bình và kém. Tỷ lệ điểm KS sau mổ rất tốt là 93,33%. Sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có điểm số KS tăng 34,46 \pm 8,50.

5. Đánh giá kết quả bằng điểm KFS

Bảng 6. Điểm KFS trước mổ

Mức độ KFS	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0	12	40,0
Tốt	0	0	16	53,33
Trung bình	5	16,67	2	6,67
Kém	25	83,33	0	0
Điểm KFS ($\bar{X} \pm SD$) (min – max)	46,53 \pm 12,86 (20 – 80)		76,03 \pm 4,98 (60 – 85)	
p (t - test)	0,00			
Điểm KFS tăng $\bar{X} \pm SD$ (min – max)	29,50 \pm 12,07 (0 – 50)			

Tỷ lệ bệnh nhân có điểm KFS sau mổ đạt tốt và rất tốt lần lượt là 53,33% và 40%. Tỷ lệ điểm KFS ở mức trung bình và kém giảm rõ rệt sau mổ. Trung bình mỗi bệnh nhân có điểm số KFS tăng 29,5 \pm 12,07. Sự khác biệt về điểm số KFS trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân được theo dõi từ 6 tháng trở lên, chiếm 60%. Tỷ lệ dưới 6 tháng là 40%. Trung bình mỗi bệnh nhân được theo dõi 6,53 \pm 4,16 tháng, tối thiểu là 1 tháng và tối đa là 12

tháng. Thời gian theo dõi này ngắn hơn trong nghiên cứu của Phan Trung Quyết với trung bình theo dõi 7,6 tháng (4 - 15 tháng) [5]. Trên thực tế, với khoảng thời gian này là chưa đủ dài

để đánh giá toàn diện hiệu quả của phẫu thuật này. Tuy nhiên, do chúng tôi mới thực hiện thay khớp gối toàn phần sử dụng đường mổ này nên chưa có nhiều thời gian để đánh giá xa. Do vậy những kết quả của chúng tôi thu được mới chỉ là nhận định ban đầu. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi để có những đánh giá toàn diện hơn.

Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau sau mổ. Theo đó, bệnh nhân trả lời mức độ đau từ 0 đến 10 điểm, với 0 điểm là hoàn toàn không đau và 10 điểm là đau nhiều nhất. Sau đó, các mức độ đau lại được phân loại thành: Không đau: 0 điểm; Đau ít, cảm giác khó chịu: 1 - 2 điểm; Đau nhẹ: 3 - 4 điểm; Đau vừa: 5 - 6 điểm và Đau nhiều: 7 - 10 điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sau mổ, hầu hết bệnh nhân hết đau, tỷ lệ trả lời không còn đau chiếm 86,66%. Vẫn còn 2/30 bệnh nhân đau ít và 2/30 bệnh nhân còn đau nhẹ (chiếm 6,67%). Có thể thấy, trước mổ 100% số bệnh nhân có đau liên tục (cả khi không đi lại). Đau trong thoái hóa khớp gối có thể do các nguyên nhân viêm màng hoạt dịch, kéo căng đầu mút thần kinh màng xương do gai xương, co kéo dây chằng, phù nề bao khớp hay là do cơ thắt cơ. Quá trình phẫu thuật đã được cắt lọc hoạt mạc viêm, loại bỏ các gai xương, cân bằng phần mềm v.v...nghĩa là đã cố gắng loại bỏ các nguyên nhân gây đau cho bệnh nhân. Đau là chỉ định chính của phẫu thuật và giảm đau là mục tiêu quan trọng của điều trị. Một nghiên cứu khác cũng báo cáo vẫn có nhiều bệnh nhân phản ánh tình trạng đau tại thời điểm sau phẫu thuật thay khớp gối một ngày, đây là hậu quả của việc hết tác dụng của thuốc gây tê/ gây mê [6]. Kết quả giảm đau sau mổ cũng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như: thiết kế khớp gối, tình trạng phần mềm quanh khớp, mức độ xâm lấn phá hủy phần mềm trong khi mổ, khả năng lỏng khớp hoặc cứng khớp, vị trí bánh chè bất thường, biến chứng gãy xương, nhiễm trùng...[7; 8].

Tầm vận động của khớp phụ thuộc vào thiết kế của khớp, kỹ thuật mổ, phục hồi chức năng sau mổ và bệnh tật của bệnh nhân. Rõ ràng, thiết kế khớp không thể quyết định hết mà nó còn phụ thuộc vào kỹ thuật mổ và phục hồi chức năng sau mổ, bệnh tật của người bệnh. Kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả phẫu thuật. Với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm về cắt xương cũng như cân bằng phần mềm sẽ can thiệp ít hơn vào gối, bệnh nhân sẽ vững gối hơn đồng thời ít đau sau mổ nên tập phục hồi chức năng sẽ tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, biên độ vận động cải thiện đáng kể cả vận động duỗi và gấp sau mổ so với trước đó. Trước mổ có 13,33% số bệnh nhân có biên độ gấp gối dưới 90 độ, sau mổ không còn bệnh nhân nào có biên độ thuộc nhóm này. Tỷ lệ biên độ gấp gối trước mổ trong nhóm 90 – 110 độ là 60%, giảm còn chỉ 15,67% sau phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân có biên độ gấp gối trên 110 độ trước mổ là 26,67%, tăng lên 83,33% sau mổ. Biên độ gấp gối trung bình trước mổ là $98,90 \pm 26,36$. Biên độ gấp gối trung bình sau mổ là $121,83 \pm 12,35$ độ. Sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có biên độ gấp gối tăng $22,93 \pm 17,06$ độ. Bệnh nhân tăng nhiều nhất tới 65 độ. Sự khác biệt về biên độ gấp gối trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê. Sau mổ, tỷ lệ có biên độ duỗi gối bình thường tăng từ 23,33% lên 93,33%. Đồng thời, tỷ lệ duỗi hạn chế giảm. Sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có biên độ duỗi gối giảm $14,00 \pm 10,03$ độ, bệnh nhân giảm nhiều nhất tới 30 độ. Sự khác biệt về biên độ duỗi gối trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê.

Có thể thấy rằng, tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối trong nghiên cứu của chúng tôi đạt rất tốt. Kết quả này cũng được thể hiện trong nghiên cứu trước đó. Theo

Nilen A Shah và cộng sự, biên độ vận động khớp gối sau phẫu thuật được cải thiện đáng kể. Trước phẫu thuật trung bình đạt 72 độ (40 – 90 độ); trung bình mỗi bệnh nhân cải thiện 38 độ sau phẫu thuật [9]. Debette và cộng sự (2014) đã thực hiện nghiên cứu hồi cứu 239 bệnh nhân bị hạn chế gấp đầu gối (< 90) được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Trước phẫu thuật, trung bình mỗi bệnh nhân có biên độ gấp gối là 83 độ. Sau phẫu thuật, kết quả cho thấy ROM được cải thiện đáng kể, trung bình đạt 39 độ [10]. Những kết quả này có thể chứng minh hiệu quả tích cực của biện pháp thay khớp gối toàn phần trong điều trị hạn chế vận động ở bệnh nhân có thương tổn khớp gối, đặc biệt là những bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Với mức độ cải thiện biên độ vận động khớp gối sau mổ như trên, hầu hết bệnh nhân đều thấy thuận lợi trong sinh hoạt và hài lòng với kết quả thu được. Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ngoài việc sửa chữa biến dạng thì cải thiện chức năng gấp duỗi gối, thể hiện hiệu quả tuyệt vời của phẫu thuật so với trước mổ [11].

KS được xác định dựa trên độ đau, độ gấp cứng, độ chậm duỗi, mức độ gấp, mức độ vẹo trong – ngoài, mức độ mất vững theo hướng trước sau và mức độ mất vững hướng trong – ngoài. Điểm KS tối đa là 100 điểm và có thể được phân loại thành các mức rất tốt (80 – 100 điểm), tốt (70 – 79 điểm), khá (60 – 69 điểm) và xấu (dưới 60 điểm). Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước mổ không có bệnh nhân nào có điểm KS ở mức tốt và rất tốt. Sau mổ không còn bệnh nhân nào có điểm KS mức trung bình và kém. Tỷ lệ điểm KS sau mổ rất tốt là 93,33%. Sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có điểm số KS tăng $34,46 \pm 8,50$ điểm. Bệnh nhân tăng ít nhất là 7 điểm và tối đa 55 điểm. Sự khác biệt về điểm số KS trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê. Rõ ràng, điểm KS là tổng thể của các yếu tố

đau, mức độ gấp, mức độ vẹo, và mức độ mất vững. Do đó, kết quả điểm KS cung cấp đánh giá tổng quát đối với khả năng cải thiện chức năng khớp gối ở bệnh nhân sau phẫu thuật. Các kết quả này phù hợp với những số liệu đã thể hiện ở trên về hiệu quả cải thiện mức độ đau cũng như biên độ vận động rõ rệt của khớp gối sau mổ. Kết quả nghiên cứu phù hợp thậm chí là tốt hơn so với kết quả được báo cáo trong những nghiên cứu trước đó. Theo Bùi Hồng Thiên Khanh và cộng sự đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần trên 49 khớp ở 45 bệnh nhân từ 2007 – 2008, điểm trung bình KS sau mổ là $85,22 \pm 19,27$, cao hơn đáng kể so với điểm trung bình KS trước mổ là $43,32 \pm 14,54$ ($p < 0,05$). Kết quả theo thang điểm KS sau mổ là rất tốt đạt 74,41%; tốt 16,28%, khá 6,98%, xấu 2,33% [12]. Năm 2011, tác giả Lê Quang Trí báo cáo kết quả ban đầu thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Quân Dân Miền Đông cũng cho thấy điểm số KS tăng từ $43,76 \pm 6,43$ trước mổ, đạt $78,65 \pm 18,93$ sau mổ. Phân bố theo mức độ sau mổ có tỷ lệ rất tốt 68,2%; tốt 27,3%; trung bình 4,5%; không có trường hợp nào xấu [13]. Nghiên cứu của Võ Thành Toàn và cộng sự tại bệnh viện Thống Nhất cũng cho thấy điểm KS cải thiện đáng kể sau mổ. Nếu trước mổ, điểm KS hầu hết ở mức kém (96,9%) thì sau mổ, hầu hết bệnh nhân có điểm KS ở mức rất tốt (87,5%) [14].

Bên cạnh KS, nghiên cứu cũng sử dụng thang điểm KFS để đánh giá hiệu quả phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ. Thang điểm này tập trung đánh giá chức năng đi bộ và leo cầu thang ở bệnh nhân. Bệnh nhân đạt tối đa 100 điểm nếu có năng lực đi bộ và leo cầu thang bình thường không cần sử dụng hỗ trợ. Dựa trên điểm KFS, kết quả cũng được chia thành các mức rất tốt, tốt, khá và xấu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước mổ không có bệnh nhân nào có điểm KFS ở mức tốt và rất tốt, tỷ lệ này

sau mổ đạt 53,33% và 40%. Tỷ lệ điểm KFS ở mức trung bình và kém giảm rõ rệt sau mổ. Điểm KFS trung bình trước mổ là $46,53 \pm 12,86$, và sau mổ là $76,03 \pm 4,98$. Điều này tương đương với sau mổ, trung bình mỗi bệnh nhân có điểm số KFS tăng $29,50 \pm 12,07$. Kết quả này cũng tương tự như nhiều báo cáo trước đó. Năm 2008, Trương Trí Hữu đã thực hiện nghiên cứu thay khớp gối toàn phần của 38 bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình 30 tháng, thang điểm KSF được so sánh trước và sau mổ. Điểm trung bình KSF trước mổ $42,97$ và sau mổ tăng đạt $78,89$ điểm [15]. Nghiên cứu của Phan Trung Quyết cũng cho thấy điểm KFS trung bình trước mổ là $31,94 \pm 16,678$ và tăng đạt $79,19 \pm 8,74$ sau mổ (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$). Số điểm KFS được cải thiện trung bình là $47,25 \pm 14,39$ điểm [5]. Sự cải thiện rõ rệt về điểm KFS cũng được thể hiện trong báo cáo của Bùi Hồng Thiên Khanh và cộng sự với điểm số này tăng từ $41,46 \pm 16,37$ trước mổ lên thành $76,53 \pm 20,11$ sau đó [12]; trong báo cáo của Lê Quang Trí với điểm số KFS ở 2 thời điểm trước và sau mổ lần lượt là $43,76 \pm 6,43$ và $78,65 \pm 18,93$ điểm [13].

Có thể thấy rằng, kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần sử dụng đường mổ cơ rộng trong mang lại hiệu quả rất đáng khích lệ. Những kết quả này có thể thấy được một phần do đóng góp của việc lựa chọn đường mổ hợp lý. Với đường mổ dưới cơ rộng trong, phẫu thuật viên có thể không làm ảnh hưởng và tổn thương tới các cơ rộng ngoài, cơ tứ đầu đùi; do vậy, ít gây ảnh hưởng tới hoạt động duỗi – gấp của gối. Mặt khác, gối nhân tạo được thay vào giúp sửa chữa nguyên nhân gây hạn chế vận động, làm khôi phục khả năng vận động cũng như tác dụng giảm đau đối với các bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần với

đường mổ dưới cơ rộng trong mang lại hiệu quả rất tốt cả về tác dụng giảm đau (86,66% số bệnh nhân không đau sau mổ) và cải thiện chức năng vận động đối với bệnh nhân thoái hóa khớp giai đoạn muộn. Biên độ gấp gối tăng ($22,93 \pm 17,06$ độ) và biên độ duỗi gối giảm ($14,00 \pm 10,03$) đáng kể sau phẫu thuật so với trước đó ($p < 0,05$). Điểm KS và KFS tăng đáng kể sau mổ ($p < 0,05$).

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin cảm ơn khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Xanh Pôn và khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Chí Lăng (2005)**, Điều trị thoái hóa khớp gối bằng cắt xương sửa trục xương chày, *Kỷ yếu Hội nghị thường niên lần thứ XII Hội chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh*, 104 - 109.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012)**, Bệnh học cơ xương khớp, NXB Giáo dục.
3. **Đoàn Việt Quân (2014)**, Nghiên cứu điều trị thoái hóa khớp gối bằng phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Việt Đức, Bộ môn ngoại, Trường đại học y Hà Nội.
4. **Trần Trung Dũng (2012)**, Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn bộ cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đại học y Hà Nội, *Tạp chí y học thực hành*, 3/2013.
5. **Nguyễn Trung Quyết (2018)**, Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phẫu thuật thay khớp gối toàn phần với đường mổ qua cơ rộng trong tại bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **James R.B., James R.M., Michael R. W. et al (2018)**, Medial subvastus versus the medial parapatellar approach for total knee

replacement, *EFORT Open Reviews*, **3(3)**, 78 - 84.

7. **Ma L. P., Qi Y. M. and Zhao D. X. (2017)**, Comparison of local infiltration analgesia and sciatic nerve block for pain control after total knee arthroplasty: a systematic review and meta - analysis, *J Orthop Surg Res*, **12(1)**, 85.

8. **Nicola R., Chiara A., Federica R. et al (2016)**, Total knee arthroplasty and infection: how surgeons can reduce the risks, *EFORT open reviews*, **1(9)**, 339 - 344.

9. **Nilen A.S., Hitendra G.P., Vinod O.V. et al (2016)**, Total knee arthroplasty using subvastus approach in stiff knee: A retrospective analysis of 110 cases, *Indian journal of orthopaedics*, **50(2)**, 166 - 171.

10. **Caroline D., Sébastien L., Elvire S. et al (2014)**, Total knee arthroplasty of the stiff knee: three hundred and four cases, *International orthopaedics*, **38(2)**, 285 - 289.

11. **Kiều Quốc Hiền (2017)**, Đánh giá kết

quả thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp tại bệnh viện E, Trường Đại học y Hà Nội, Hà Nội.

12. **Bùi Hồng Thiên Khanh, Lê Tường Viễn, Dương Đình Triết và các cộng sự. (2012)**, Kết quả ban đầu thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, *Y học thực hành*, **838(8/2012)**, 29 - 31.

13. **Lê Quang Trí (2011)**, Đánh giá kết quả ban đầu thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện Quân dân Miền Đông, *Nghiên cứu Y học TP. Hồ Chí Minh*, **15(Phụ bản 4)**.

14. **Donald S.G., Daniel H.W., Bassam A.M (2010)**, Total knee arthroplasty: technique and results, *BCM J*, **52(9)**, 477 - 454.

15. **Trương Chí Hữu (2008)**, Kết quả ban đầu thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, *Kỷ yếu hội nghị chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh lần thứ XV* 16 - 21.

Summary

EVALUATING RESULT AFTER TOTAL KNEE REPLACEMENT WITH INCISION UNDER BROAD MUSCLE

Total knee replacement (TKR) surgery with incision under the vastus medialis has been performed at Hanoi Medical University Hospital and Xanh-Pon Hospital, but there was lack of effective evaluation studies. Therefore, we conducted the study with the aim of evaluating the results of total knee replacement using incision under the vastus medialis. We evaluated 30 TKR patients with osteoarthritis of grade III or higher according to the Kellgren-Lawrence classification, who had undergone inpatient medical treatment, and had BMI < 23. The results showed that patients were followed by an average of 6.53 ± 4.16 months. After surgery, the level of pain and amplitude of knee joint movement improved significantly. Specifically, the amplitude of folding increased by 22.9 ± 17.1 , and the amplitude of stretching was reduced to 14 ± 10.0 . Post-operative KS scores reached 93% and an average increase of 34.5 ± 8.5 points. On average, each patient also increased 29.5 ± 12.1 KFS points after surgery. These results show a very good surgical effect on pain relief and improved mobility.

Keywords: Evaluation of results, total knee replacement, vastus medialis