

Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần có xi măng thiết kế Posterior-Stabilized ở người bệnh thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Luu Danh Huy¹, Nguyễn Mạnh Khánh¹, Chu Đức Phong¹, Nguyễn Trung Kiên²

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Chu Đức Phong,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0916 858 153
Email: phongchu25@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/12/2025

Ngày chấp nhận đăng:

10/3/2026

Ngày xuất bản: 30/3/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả lâm sàng–chức năng, đau và cải thiện lệch trục chi sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (TKGTP) có xi măng loại posterior-stabilized (PS) (trong điều trị thoái hóa khớp gối.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 30 người bệnh (30 khớp gối) được phẫu thuật TKGTP có xi măng loại PS tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 09/2024 đến 01/2025. Theo dõi 6–15 tháng (trung bình 8.6 ± 1.9). Đánh giá trước mổ và sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng bằng Knee Society Score (KS/KFS) [1], đau VAS, ROM và góc HKA.

Kết quả: Tuổi trung bình 67.6 ± 6.5 (56–78) tuổi; nữ/nam: 24/6. BMI trung bình 24.37 ± 2.83 ; BMI > 25 chiếm 12/30 (40.0%). Kellgren–Lawrence: độ IV 25 trường hợp, độ III 5 trường hợp. Biến dạng vẹo trong chiếm 25/30 (83.3%). HKA trước mổ: nhẹ 17, vừa 12, nặng 1. KS tăng từ 41.03 ± 5.15 lên 84.37 ± 3.78 ($p < 0,001$); KFS tăng từ 41.67 ± 4.61 lên 84.83 ± 5.65 ($p < 0,001$). ROM tăng từ 101.0 ± 14.3 lên 114.3 ± 9.4 ($p < 0,001$). VAS giảm từ 6.8 ± 0.7 xuống 1.17 ± 0.53 ($p < 0,001$). HKA cải thiện từ $9.99 \pm 3.39^\circ$ xuống $2.07 \pm 1.13^\circ$ ($p < 0,001$). Mức độ hài lòng: 80% rất hài lòng, 20% hài lòng. Chưa ghi nhận biến chứng lớn (nhiễm trùng, huyết khối, lỏng chuôi) trong theo dõi.

Kết luận: TKGTP có xi măng loại posterior-stabilized (PS) giúp giảm đau rõ rệt, cải thiện chức năng, tăng ROM và cải thiện lệch trục chi trong theo dõi ngắn hạn.

Từ khóa: Thay khớp gối toàn phần; posterior-stabilized; có xi măng; Knee Society Score; HKA.

Evaluation of outcomes of cemented Posterior-Stabilized total knee arthroplasty at Viet Duc University Hospital

Luu Danh Huy¹, Nguyen Manh Khanh¹, Chu Duc Phong¹, Nguyen Trung Kien²

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: To evaluate clinical–functional outcomes, pain relief, and improvement in lower-limb alignment after cemented posterior-stabilized (PS) total knee arthroplasty (TKA) for knee osteoarthritis.

Patients and Methods: A retrospective study of 30 patients (30 knees) who underwent cemented PSTKA at Viet Duc University Hospital from September 2024 to January 2025. Follow-up ranged from 6 to 15 months (mean 8.6 $\pm$ 1.9). Patients were assessed preoperatively and at 1, 6, and 12 months postoperatively using the Knee Society Score (KS/KFS) pain visual analogue scale (VAS), range of motion (ROM), and the hip–knee–ankle angle (HKA).

Results: Mean age was 67.6 $\pm$ 6.5 years (56–78); female/male ratio was 24/6. Mean BMI was 24.37 $\pm$ 2.83; BMI > 25 accounted for 12/30 (40.0%). Kellgren–Lawrence grades were IV in 25 cases and III in 5 cases. Varus deformity was present in 25/30 knees (83.3%). Preoperative HKA severity distribution was: mild 17, moderate 12, severe. KS improved from 41.03 $\pm$ 5.15 to 84.37 $\pm$ 3.78 (p < 0.001); KFS improved from 41.67 $\pm$ 4.61 to 84.83 $\pm$ 5.65 (p < 0.001). ROM increased from 101.0 $\pm$ 14.3 to 114.3 $\pm$ 9.4 (p < 0.001). VAS decreased from 6.8 $\pm$ 0.7 to 1.17 $\pm$ 0.53 (p < 0.001). HKA improved from 9.99 $\pm$ 3.39° to 2.07 $\pm$ 1.13° (p < 0.001). Patient satisfaction aspect was recorded: 80% “very satisfied” and 20% “satisfied”. No major complications (infection, venous thromboembolism, or loosening) were recorded during follow-up.

Conclusion: Cemented PS-TKA provides significant pain relief, functional improvement, increased ROM, and improved lower-limb alignment in short-term follow-up.

Keywords: Total knee arthroplasty; posterior-stabilized; cemented; Knee Society Score; hip–knee–ankle angle (HKA).

Đặt vấn đề

Thoái hóa khớp gối giai đoạn muộn gây đau kéo dài, biến dạng trục chi và hạn chế vận động. Khi điều trị bảo tồn thất bại, TKGTP là phương pháp giúp giảm đau và cải thiện chức năng [1]. Thiết kế PS là dạng thiết kế khớp gối nhân tạo thay thế chức năng dây chằng chéo sau bằng việc sử dụng cam–post nhằm tăng ổn định trước–sau ở thì gấp và hỗ trợ

cân bằng khoảng gấp–duỗi trong một số bối cảnh biến dạng [2]. Tuy nhiên, dữ liệu thực hành trong nước về kết quả sớm của TKGTP PS có xi măng còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ cải thiện đau, kết quả lâm sàng–chức năng và trục chi sau phẫu thuật TKGTP có xi măng loại posterior-stabilized (PS) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu gồm 30 người bệnh (n=30) với 30 khớp gối được TKGTP PS có xi măng trong giai đoạn 09/2024 đến 01/2025. Theo dõi 6–15 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được thay khớp gối toàn phần loại PS tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, hồ sơ đầy đủ thông tin, tái khám định kỳ theo đúng hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đủ thông tin, người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tái khám đúng hẹn.

Quy trình phẫu thuật và implant

Kỹ thuật mổ: Đường rạch da mặt trước khớp gối từ bờ trên gân tứ đầu đùi đến bờ trong lồi củ chày. Bộc lộ vào khớp gối qua bờ trong bánh chè đi qua cánh trong khoảng 1 cm. Gấp gối và lật bánh chè sang bên bộc lộ toàn bộ khớp gối.

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

Giải phóng dây chằng chéo trước và chéo sau khỏi điểm bám.

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° Thực hiện tạo hộp (box cut đầu dưới xương đùi theo bộ dụng cụ của implant PS nhằm tạo không gian cho cơ chế cam-post

Cân bằng khoảng gấp duỗi, giải phóng bao khớp, lấy bỏ chuột khớp, giải phóng bó sâu MCL hoặc/ và hamstring nếu cần thiết. Thử khớp với insert phù hợp, kiểm tra tầm vận động, độ vững trước sau và vững bên.

Đặt khớp có cement, insert theo đo đạc từ trước, cầm máu, đặt dẫn lưu. Đóng vết mổ theo giải phẫu.

Implant: Trong nghiên cứu của chúng tôi người bệnh sử dụng khớp thiết kế loại PS của Microport với thiết kế cam-post tiêu chuẩn

Thiết kế posterior-stabilized (PS) sử dụng cơ chế cam-post, trong đó cam của thành phần đùi tương

tác với post của insert chày khi gối gấp. Tương tác này giúp hạn chế trượt trước của xương đùi trên xương chày, tạo điều kiện cho rollback của lồi cầu đùi và góp phần tăng ổn định trước-sau ở thì gấp, đồng thời hỗ trợ cân bằng khoảng gấp-duỗi trong quá trình thử khớp. Cơ chế cam-post đóng vai trò thay thế chức năng dây chằng chéo sau.



Hình 1: Minh họa hệ thống khớp gối nhân tạo Evolution® Cemented Knee System (MicroPort Orthopedics) thiết kế loại posterior-stabilized (PS) với các thành phần chính: thành phần đùi, insert polyethylene, và mâm chày (hình minh họa sản phẩm).

Nguồn: MicroPort Orthopedics
– Evolution® Cemented Knee System

Dự phòng huyết khối tĩnh mạch: Người bệnh được dự phòng bằng biện pháp cơ học (băng chun chi dưới) kết hợp vận động sớm ngay sau mổ. Về thuốc, trong thời gian nằm viện, sử dụng enoxaparin (Gemapaxane) 40 mg tiêm dưới da 1 lần/ngày; thời gian điều trị nội trú trung bình 7 ngày. Sau ra viện,

người bệnh tiếp tục dự phòng bằng DOACs thêm 2–3 tuần sau mổ theo chỉ định điều trị [3,4].

Protocol phục hồi chức năng: Tập vận động thụ động gối trong 48 giờ đầu; sau đó vận động khớp gối chủ động để đạt 90° (ngày 3–4), 3–4 lần/ngày, 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 để duy trì tư thế gối duỗi thẳng. Sau ra viện, người bệnh tiếp tục phục hồi chức năng tại cơ sở y tế [5].

Người bệnh được tái khám định kì, đánh giá trước mổ và sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng: KS/KFS theo Knee Society [6], VAS (được ghi nhận tại các lần tái khám 1 tháng trở đi) dựa trên phiếu khám/phiếu theo dõi thường quy và phim X-quang; dữ liệu được nhóm nghiên cứu trích xuất và đối chiếu nhằm chuẩn hóa thông tin., ROM (gấp, thiếu duỗi và cung vận động), và góc HKA (độ lệch trục) trên X-quang. Biến dạng trục lâm sàng. Mức độ hài lòng tại thời điểm 12 tháng với 3 mức: rất hài lòng/hài lòng/không hài lòng.

Phân loại mức độ lệch trục theo 3 mức độ: nhẹ <10°, vừa 10–19°, nặng ≥20°

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

Kết quả nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=30)

Chỉ số	Giá trị
Tuổi (năm), mean ± SD (min–max)	67.6 ± 6.5 (56–78)
Giới (nữ/nam)	24/6
BMI, mean ± SD	24.37 ± 2.83
BMI > 25, n (%)	12 (40.0%)
Bên mổ (trái/phải)	15/15
Theo dõi (tháng), mean ± SD (min–max)	8.6 ± 1.9 (6–15)

Nhóm người bệnh nghiên cứu phản ánh quần thể thường gặp của TKGTP: Người bệnh nữ cao tuổi chiếm ưu thế (24/30 trường hợp chiếm 80%) và nhiều trường hợp thừa cân với BMI >25 là 40%. Phân bố này tương đồng với báo cáo của các tác giả khác [1,7]. Tỷ lệ thay khớp gối 2 bên là tương đương nhau.

Bảng 2: Mức độ thoái hóa, biến dạng và phân độ lệch trục trước mổ (n=30)

Đặc điểm	n	%
Kellgren–Lawrence độ IV	25	83.3
Kellgren–Lawrence độ III	5	16.7
Biến dạng vẹo trong	25	83.3
Biến dạng vẹo ngoài	5	16.7
HKA nhẹ (<10°)	17	56.7
HKA vừa (10–19°)	12	40.0
HKA nặng (≥20°)	1	3.3
HKA trước mổ (độ), mean ± SD	9.99 ± 3.39	

Tỷ lệ thoái hóa khớp độ IV cao cho thấy người bệnh thường đến ở giai đoạn muộn, phù hợp thực tế lâm sàng cũng như chỉ định phẫu thuật [1]. Tỷ lệ vẹo trong vẫn chiếm ưu thế chiếm 83,3%. Mức độ biến dạng phần lớn đều nằm trong mức nhẹ đến vừa, cho thấy hiện nay xu hướng người bệnh được phẫu thuật sớm khi chưa để bệnh diễn biến quá muộn dẫn đến các biến dạng nặng làm tăng độ phức tạp của phẫu thuật cũng như việc lựa chọn implant sao cho phù hợp [8,9].

Bảng 3: Kết quả đau và chức năng (trước mổ, sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng)

Chỉ số	Trước mổ	1 tháng	6 tháng	12 tháng	p (Friedman)
KS (mean $\pm$ SD)	41.03 $\pm$ 5.15	70.23 $\pm$ 4.39	84.37 $\pm$ 3.78	88,41 $\pm$ 4,02	p<0,001
KFS (mean $\pm$ SD)	41.67 $\pm$ 4.61	69.83 $\pm$ 7.13	84.83 $\pm$ 5.65	89.15 $\pm$ 5.27	p<0,001
VAS (mean $\pm$ SD)	6.8 $\pm$ 0.7	3.33 $\pm$ 0.55	1.17 $\pm$ 0.53	1.05 $\pm$ 0.46	p<0,001
ROM (độ), mean $\pm$ SD	101.0 $\pm$ 14.3	87.3 $\pm$ 10.8	114.3 $\pm$ 9.4	117.5 $\pm$ 7,3	p<0,001
HKA (độ), mean $\pm$ SD	9.99 $\pm$ 3.39	1.86 $\pm$ 1.12	2.07 $\pm$ 1.13	1,78 $\pm$ 1.59	p<0,001

(Các biến định lượng được theo dõi lặp lại theo thời điểm (trước mổ, 1–6–12 tháng) được so sánh bằng Friedman test; so sánh cặp sử dụng Wilcoxon signed-rank test (hiệu chỉnh Bonferroni). p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê)

KS và KFS cải thiện mạnh và có ý nghĩa thống kê (KS: +43.3; KFS: +43.2). Kết quả này phù hợp với các báo cáo TKGTP khi KSS sau mổ thường tiến tới vùng 80–90 điểm [1,2] nếu cân bằng phần mềm tốt [1,2]. VAS giảm mạnh cho thấy mục tiêu giảm đau đạt được sớm, là điểm chính quan trọng giúp người bệnh quay lại vận động. KFS thường chịu ảnh hưởng bởi phục hồi cơ lực và sự tự tin đi lại; do vậy mốc 6 tháng mới là điểm có ý nghĩa chức năng, và theo dõi dài (ở thời điểm 12 tháng) thường cho thấy KFS tiếp tục cải thiện [1].

Có một điểm là số liệu theo dõi ROM có dạng “võng” ở 1 tháng rồi tăng ở 6 tháng và có dấu hiệu cải thiện tiếp sau này - điều này phản ánh đúng diễn tiến sau TKGTP: giai đoạn sớm chịu ảnh hưởng của đau, phù nề và phản ứng mô mềm; khi kiểm soát đau tốt và phục hồi chức năng được triển khai đều, ROM tăng rõ ở mốc 6 tháng. Từ kết quả này giúp chúng ta tư vấn người bệnh thực tế hơn: ROM 1 tháng chưa phải đích đến. Các yếu tố liên quan ROM thấp/cứng gối thường gặp gồm ROM trước mổ thấp, co rút bao sau và tuân thủ PHCN chưa tối ưu [5]. HKA cải thiện có ý nghĩa thống kê là bằng chứng cơ học cho thấy trục chỉ đã được đưa về gần

trung tính; căn chỉnh phù hợp giúp phân bố tải hợp lý và là nền tảng để kỳ vọng kết quả lâu dài [1,8].

Mức độ hài lòng tại lần khám cuối

Tỷ lệ hài lòng 100% (80% rất hài lòng, 20% hài lòng) cho thấy người bệnh ghi nhận hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng rõ rệt trong giai đoạn sớm. Mức độ hài lòng được thu thập bằng cách hỏi trực tiếp tại lần thăm khám sau mổ (mốc 12 tháng) theo 3 mức độ. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung của TKGTP khi cải thiện đau và chức năng là yếu tố chi phối cảm nhận thành công của người bệnh sau phẫu thuật [1,6].

Biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào mất vững khớp gối, nhiễm trùng, lỏng implant, gãy xương sau thay khớp nhân tạo, không ghi nhận trường hợp mất vững khớp gối có ý nghĩa lâm sàng (mất vững trước–sau ở thì gấp hoặc mất vững bên) cần can thiệp; không có trường hợp phải thay insert dày hơn hoặc chuyển sang thiết kế hạn chế hơn do mất vững trong thời gian theo dõi từ 6–15 tháng. Tuy nhiên thời gian theo dõi chưa quá dài, do đó các biến chứng muộn có thể gặp như PJI mạn tính, tiêu xương, lỏng implant... chưa được ghi nhận trong nghiên cứu này.

Ca lâm sàng

Người bệnh nữ 71 tuổi, thoái hóa khớp gối phải giai đoạn muộn kèm biến dạng trục. Trước mổ: KS 42, KFS 35, VAS 6, ROM 110°, HKA 11.6°. Người

bệnh được chỉ định TKGTP PS có xi măng. Sau mổ 6 tháng: KS 88, KFS 80, VAS 1, ROM 120°, HKA 1.3°. Theo dõi 12 tháng ghi nhận cải thiện rõ đau và chức năng; hình ảnh minh họa ở Hình 1-3.



Hình 2: X-quang trước mổ: phim toàn trục chi dưới và phim khớp gối thẳng chịu lực



Hình 3: X-quang sau mổ: phim thẳng và nghiêng khớp gối sau TKGTP PS có xi măng



Hình 4: Hình ảnh đo tầm vận động sau mổ và chức năng đi lại của người bệnh tại thời điểm 12 tháng

Bàn luận

Đặc điểm mẫu và ý nghĩa thực hành

Mẫu nghiên cứu có tuổi cao và nữ chiếm đa số—đặc điểm thường gặp của quần thể thoái hóa giai đoạn muộn. Điểm đáng bàn là theo dõi chỉ 6–15

tháng: đây là mốc thời gian theo dõi ngắn - trung hạn do đó các chỉ số cảm nhận người bệnh (VAS, KSS) thường thay đổi mạnh; ngược lại, các kết luận về độ bền, mòn và lỏng chuôi là chưa đủ dài và phù hợp nếu thời gian theo dõi chưa đủ [1].

Giảm đau là “động cơ” tăng chức năng sau mổ

VAS giảm có ý nghĩa thống kê từ trước mổ đến 6 tháng, 12 tháng, kéo theo tăng tầm vận động và cải thiện KSS. Đây là logic cơ học hóa cơn đau: thay bề mặt chịu lực bị hỏng của khớp gối thoái hóa nặng và tái lập lại bằng khớp nhân tạo làm giảm quá tải xương dưới sụn và giảm kích thích viêm. Trong nhiều nghiên cứu, KS thường tăng nhanh hơn KFS, vì KFS phụ thuộc thêm vào cơ lực, thăng bằng và thói quen vận động; đó là lý do KFS thường còn tăng tiếp nếu theo dõi 12–24 tháng [1,6].

ROM sau mổ

Kết quả ROM sau mổ 1 tháng thấp hơn trước mổ là điều hay chứ không phải xấu: nó chỉ ra rằng nghiên cứu phản ánh đúng thực tế. Trong tháng đầu, đau, phù nề, phản ứng mô mềm và sợ vận động thường giới hạn ROM. Nếu quản lý đau tốt và PHCN được triển khai đúng, ROM sẽ tăng dần theo thời gian tiếp theo. Mức độ hồi phục ROM có mối liên hệ trực tiếp với ROM trước mổ cho thấy ROM trước mổ càng thấp (mức độ co rút phần mềm và biến dạng trục chi càng cao) thì độ hồi phục càng chậm và nguy cơ co rút bao khớp phía sau làm người bệnh mất duỗi càng lớn. PHCN là nửa sau của ca mổ [5], đặc biệt là PHCN sớm ngay sau mổ có vai trò rất quan trọng trong phục hồi ROM và đạt được mục tiêu duỗi thẳng sớm để tránh mất duỗi cố định.

Độ vẹo trục

Trong nghiên cứu của chúng tôi, HKA cải thiện có ý nghĩa thống kê từ trước mổ đến sau mổ 6 tháng, cho thấy phẫu thuật đã đạt mục tiêu chính trục chi dưới về gần trung tính. Việc phân tầng mức độ lệch trục theo HKA (nhẹ/vừa/nặng) giúp mô tả rõ “độ khó” của nhóm người bệnh: nhóm lệch trục nặng thường đi kèm mất cân bằng phần mềm và hạn chế ROM trước mổ, do đó tiến trình phục hồi chức năng có thể chậm hơn trong giai đoạn sớm. Việc căn chỉnh trục và vị trí component là yếu tố then chốt ảnh hưởng phân bố tải lực lên mâm chày, qua đó liên quan đến nguy cơ mòn polyethylene, thấu quang quanh khớp và lỏng implant về lâu dài [1,8]. PS/ Cam-post.

Về lựa chọn thiết kế implant, khớp gối posterior-stabilized (PS) được sử dụng trong nghiên cứu này là thiết kế thay thế chức năng dây chằng chéo sau bằng cơ chế cam-post. Về mặt cơ học, tương tác cam-post khi gối gấp giúp tăng ổn định trước-sau ở thì gấp và hỗ trợ cân bằng khoảng gấp-duỗi, qua đó có thể góp phần vào cải thiện chức năng thể hiện qua điểm KS/KFS tăng dần theo thời gian theo dõi. Trong nhóm người bệnh có biến dạng trục (đặc biệt varus) và cần giải phóng phần mềm để đạt cân bằng, thiết kế PS có thể thuận lợi trong việc thiết lập khoảng gấp-duỗi ổn định sau khi đã cắt bỏ PCL. Sự ổn định ở thì gấp nhờ cơ chế cam-post của thiết kế PS có thể hỗ trợ quá trình tập phục hồi chức năng và cải thiện tầm vận động ở các mốc sau. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại có thiết kế hồi cứu trước-sau và không có nhóm đối chứng (CR hoặc các thiết kế khác), do đó các kết quả chỉ phản ánh hiệu quả cải thiện trong cùng nhóm người bệnh sau TKGTP PS có xi măng, và không cho phép kết luận về ưu thế tương đối của PS so với các thiết kế implant khác.

Hài lòng và biến chứng

Kết quả ghi nhận 100% người bệnh hài lòng tại lần tái khám sau mổ (80% rất hài lòng, 20% hài lòng). Mức độ hài lòng được thu thập bằng hỏi trực tiếp người bệnh tại mốc theo dõi sau mổ theo 3 mức (rất hài lòng/hài lòng/không hài lòng). Tỷ lệ hài lòng cao phù hợp với xu hướng cải thiện đồng thời ở các chỉ số cốt lõi mà người bệnh cảm nhận rõ nhất trong giai đoạn sớm: giảm đau (VAS), cải thiện chức năng (KS/KFS) và tăng ROM.

Về an toàn, trong thời gian theo dõi của nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận nhiễm trùng quanh khớp, huyết khối tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi, hoặc lỏng chuỗi. Tuy nhiên, với cỡ mẫu 30 và thời gian theo dõi tối đa 15 tháng (trung hạn), kết quả này cần được hiểu là “an toàn sớm”, chưa đủ để suy luận về biến chứng muộn. Chúng tôi duy trì quy trình dự phòng nhiễm trùng theo nguyên tắc kiểm soát vô khuẩn và kháng sinh dự phòng, đồng thời dự phòng huyết khối bằng phối hợp cơ học và kháng đông theo protocol, nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu sớm [3,10].

Hạn chế của nghiên cứu

- (1) Thiết kế hồi cứu và cỡ mẫu còn hạn chế.
- (2) Thời gian theo dõi ngắn nên chưa phù hợp để bàn sâu về độ bền implant, mòn polyethylene hoặc lỏng chuỗi.
- (3) Không có nhóm đối chứng (CR hoặc thiết kế implant khác), vì vậy kết quả chỉ phản ánh sự cải thiện trước-sau trong cùng nhóm người bệnh và không cho phép kết luận về ưu thế tương đối của thiết kế PS so với các thiết kế khác. Tương lai chúng tôi sẽ tiến hành thực hiện các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dài hạn và có nhóm so sánh để củng cố kết luận và bàn luận sâu hơn.
- (4) Thiết kế hồi cứu có thể tồn tại sai số ghi nhận do khác biệt người đánh giá; chúng tôi giảm thiểu bằng cách sử dụng các mốc tái khám chuẩn và đối chiếu hồ sơ/phim, tuy nhiên không thể loại bỏ hoàn toàn.

Kết luận

Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần có xi măng loại posterior-stabilized (PS) giúp giảm đau rõ rệt, cải thiện KS/KFS, cải thiện ROM và cải thiện lệch trục. Chưa ghi nhận biến chứng lớn trong thời gian theo dõi ngắn hạn như: nhiễm trùng, huyết khối tĩnh mạch sâu, lỏng, gãy quanh khớp, mất vững lâm sàng... Tuy nhiên do thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu còn hạn chế và không có nhóm đối chứng, cần đánh giá ở cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá khách quan và chi tiết hơn về hiệu quả, đối chứng giữa các nhóm thiết kế implant và các biến chứng muộn của phẫu thuật này để củng cố dữ liệu và giá trị nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

1. Lee BS, Bin SI, Kim JM, Kim TH, Oh SM. Twenty-year survivorship cohort study of total knee arthroplasty in Asian patient using a single posterior-stabilized implant

performed by a single surgeon. Orthop Traumatol Surg Res OTSR. 2023 Dec;109(8):103644.

2. Li N, Tan Y, Deng Y, Chen L. Posterior cruciate-retaining versus posterior stabilized total knee arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trials. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA. 2014 Mar;22(3):556–64.
3. Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, et al. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2012 Feb 1;141(2):e278S–e325S.
4. Turpie AGG, Lassen MR, Davidson BL, Bauer KA, Gent M, Kwong LM, et al. Rivaroxaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after total knee arthroplasty (RECORD4): a randomised trial. Lancet Lond Engl. 2009 May 16;373(9676):1673–80.
5. Castrodad IMD, Recai TM, Abraham MM, Etcheson JI, Mohamed NS, Edalatpour A, et al. Rehabilitation protocols following total knee arthroplasty: a review of study designs and outcome measures. Ann Transl Med. 2019 Oct;7(Suppl 7):S255–S255.
6. Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop. 1989 Nov;(248):13–4.
7. Kerkhoffs GMMJ, Servien E, Dunn W, Dahm D, Bramer JAM, Haverkamp D. The Influence of Obesity on the Complication Rate and Outcome of Total Knee Arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2012 Oct 17;94(20):1839–44.
8. Ewald FC. The Knee Society total knee arthroplasty roentgenographic evaluation and scoring system. Clin Orthop. 1989 Nov;(248):9–12.
9. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological Assessment of Osteo-Arthrosis. Ann Rheum Dis. 1957 Dec;16(4):494–502.
10. Parvizi J, Tan TL, Goswami K, Higuera C, Della Valle C, Chen AF, et al. The 2018 Definition of Periprosthetic Hip and Knee Infection: An Evidence-Based and Validated Criteria. J Arthroplasty. 2018 May;33(5):1309–1314.e2.