

Kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bảo tồn dây chằng chéo sau

The results of posterior cruciate ligament-retaining total knee arthroplasty

Mai Đức Thuận, Nguyễn Tiến Thành,
Nguyễn Quốc Dũng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần loại bảo tồn dây chằng chéo sau điều trị thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 103 trường hợp (83 nữ và 20 nam) với 113 khớp gối thoái hóa, được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần, bảo tồn dây chằng chéo sau. Tuổi trung bình là 67,7 tuổi (từ 48 đến 84 tuổi). Thời gian thực hiện từ tháng 2/2016 đến tháng 6/2019. Thời gian theo dõi trung bình là 27,9 tháng. **Kết quả:** Đánh giá kết quả chung theo thang điểm KSSS, tỷ lệ rất tốt là 78,8%, tốt 15,9%, khá 5,3% và kém 0%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần, bảo tồn dây chằng chéo sau cho kết quả khả quan.

Từ khóa: Kết quả phẫu thuật, thay khớp gối toàn phần, bảo tồn dây chằng chéo sau.

Summary

Objective: To comment on the results of posterior cruciate ligament-retaining total knee arthroplasty for treatment knee degeneration. **Subject and method:** 103 patients (83 females, 20 males) with 113 knees had been total replaced from 2/2016 to 6/2019, age from 48 to 84 years old (average: 67.7). The mean follow up was 27.9 months (from 6 to 46 months). **Result:** The results were evaluated according to KSSS score, with 78.8% excellent, 15.9% good, 5.3% and fair and poor 0%. **Conclusion:** The results from the use of posterior cruciate ligament-retaining total knee arthroplasty was satisfactory.

Keywords: Surgical result, total knee replacement, posterior cruciate ligament-retaining.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 24/5/2021, ngày chấp nhận
đăng: 26/7/2021

Người phản hồi: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Năm 1973, Insall là một trong những người đầu tiên áp dụng phương pháp thay khớp gối toàn phần để điều trị thoái hóa khớp gối [5]. Từ đó đến nay, nhiều loại khớp gối toàn phần đã được ra đời và đưa vào ứng dụng. Thay khớp gối toàn phần đã trở thành phẫu thuật thường quy ở nhiều bệnh viện lớn, tuy nhiên đây vẫn là loại phẫu thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải là người có trình độ và kinh nghiệm nhất định.

Hơn hai chục năm nay, Khoa Chấn thương Chỉnh hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã triển khai kỹ thuật thay khớp gối toàn phần với nhiều loại khớp khác nhau. Thay khớp gối toàn phần loại bảo tồn dây chằng chéo sau là loại khớp mới có nhiều ưu điểm như: Tích kiệm xương, giữ lại được dây chằng chéo sau giúp tăng cường độ vững khớp gối sau phẫu thuật [3]... Nhằm góp phần nâng cao hơn nữa chất lượng phẫu thuật, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần loại bảo tồn dây chằng chéo sau điều trị thoái hóa khớp gối.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là 113 khớp gối của 103 trường hợp (83 nữ và 20 nam). Trong đó có 10 trường hợp được thay khớp gối 2 bên, 66 trường hợp bên phải và 27 trường hợp bên trái. Tất cả các trường hợp đều được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 2 năm 2016 đến tháng 6 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những khớp bị thoái hóa độ IV (Theo phân loại của Kellgren và Lawrence [6]) có chỉ định phẫu thuật thay khớp gối toàn phần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật bởi toàn thân hoặc tại chỗ. Những trường hợp thời gian theo dõi dưới 6 tháng, không đủ hồ sơ bệnh án, không đủ phim X-quang hoặc người bệnh không đến khám lại theo hẹn.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, không nhóm chứng. Các bước trong nghiên cứu:

Thăm khám lâm sàng, đánh giá chức phận khớp gối trước phẫu thuật theo thang điểm Knee Scociety Scoring System (KSSS) gồm hai phần là Knee Scociety Score (KSS) và Knee Scociety Function Score (KSFS).

Thăm khám cận lâm sàng dựa trên phim chụp X-quang khớp gối ở tư thế đứng trên hai bình diện thẳng và nghiêng, X-quang toàn bộ chi dưới tư thế đứng để đánh giá mức độ biến dạng của khớp và tính trục chi dưới. Đánh giá mức độ hẹp khe khớp, vẹo trong, vẹo ngoài, mất duỗi, tình trạng khuyết xương mâm chày trong, mâm chày ngoài, khuyết xương lồi cầu đùi.

Thực hiện phẫu thuật thay khớp gối toàn phần loại bảo tồn dây chằng chéo sau BPK-S (hãng Peter Brehm - Đức). Trong quá trình phẫu thuật chú ý bảo tồn tối đa dây chằng chéo sau.

Chăm sóc, tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật:

Tập gồng cơ ngay sau mổ gồm các bài tập cho cơ tứ đầu đùi, cơ mông, các cơ của cẳng chân.

Tập vận động các khớp cổ chân, khớp háng.

Tập gấp duỗi gối sau mổ một ngày.

Tập đi bằng khung vào ngày thứ hai đến hết tuần thứ tư, lực tỳ lên chân thay khớp tăng dần. Hướng dẫn người bệnh đi lại bình thường sau 4 tuần.

2.3. Đánh giá kết quả

Kết quả gần: Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ, kết quả X-quang sau mổ, thời gian liền vết mổ, thời gian nằm viện.

Kết quả xa: Kết quả xa được đánh giá ở thời điểm kiểm tra cuối cùng. Căn cứ vào mức độ đau khớp gối theo thang điểm VAS; chức năng và biên độ vận động khớp gối theo KSSS được phân loại như sau:

Rất tốt:	85 - 100 điểm.
Tốt:	70 - 84 điểm.
Khá:	60 - 69 điểm.
Kém:	< 60 điểm.

Tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật: Do vô cảm, tổn thương mạch máu - thần kinh, gãy xương, khả năng gấp duỗi khớp...

Biến chứng: Nhiễm khuẩn, thuyên tắc tĩnh mạch sâu, trật khớp, gãy xương, lỏng khớp, mòn khớp, biến dạng khớp...

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng

Trong 103 bệnh nhân (BN) có 83 BN nữ và 20 BN nam. Tuổi của nhóm nghiên cứu từ 48 đến 84 tuổi (trung bình là 67,7 tuổi). Thời gian theo dõi trung bình là 27,9 tháng (từ 6 đến 46 tháng).

Bảng 1. Trục cơ học chi dưới trước mổ (n = 113)

Biến dạng khớp		Số khớp	Góc vẹo trục TB
Vẹo trong	< 5°	16	14,3° ± 4,6°
	5° - 10°	53	
	> 10°	35	
Vẹo ngoài	< 5°	5	11,2° ± 4,3°
	5° - 10°	3	
	> 10°	1	
Tổng số		113	13,5° ± 4,2°

Nhận xét: Tất cả các khớp gối trong nhóm nghiên cứu đều bị vẹo trục cơ học trong hoặc ngoài ở các mức độ khác nhau; góc vẹo trục cơ học trung bình là 13,5° ± 4,2°.

Bảng 2. Loại khớp sử dụng (n = 113)

Loại khớp	Số 2	Số 3	Số 4	Số 5	Tổng số
Lồi cầu đùi	09	21	59	24	113
Mâm chày	11	24	57	21	113
Tỷ lệ %	9,7	21,2	50,4	18,7	100

Nhận xét: Có 4 loại khớp (size) được sử dụng, trong đó nhiều nhất là bộ khớp số 4: 49/113 lõi cầu đùi và 57/113 mâm chày số 4 chiếm 50,4%, loại khớp sử dụng ít nhất là số 2 với 09/113 lõi cầu đùi và 11/113 mâm chày số 2. Loại khớp số 3 và số 5 sử dụng gần tương đương nhau.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả gần

Có 105/113 khớp (chiếm 92,9%) liền vết mổ kỳ đầu. Có 5 trường hợp (4,4%) có nhiễm khuẩn nông, trong đó có 1 trường hợp phải cắt chỉ, điều trị bằng VAC, khâu da kỳ II. Có 3 trường hợp (2,7%) bị hoại tử da ở mép vết mổ. Chụp X-quang tất cả các trường hợp ngay sau phẫu thuật, kết quả đều đạt yêu cầu. Thời gian nằm viện trung bình là $8,2 \pm 4,1$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày.

3.2.2. Kết quả xa

Thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình của chúng tôi là 27,9 tháng.

Mức độ đau: Chúng tôi khám bệnh nhân và đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale).

Bảng 3. Mức độ đau (n = 113)

Mức độ đau	Không đau	Đau ít	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nhiều	Tổng số
Số khớp	73	20	16	4	0	113
Tỷ lệ %	64,6	17,7	14,2	3,5	0	100

Nhận xét: Có 93 khớp gối (82,3%), sau khi được thay khớp không đau hoặc đau ít, không ảnh hưởng đến sinh hoạt. Không có trường hợp nào bị đau nhiều, chỉ có 4 trường hợp có mức độ đau vừa chiếm 3,5%.

Biên độ gấp gối sau mổ

Bảng 4. Biên độ gấp gối sau mổ (n = 113)

Biên độ gấp	Số khớp	Tỷ lệ %
80° - 89°	6	5,3
90° - 110°	88	77,9
111° - 130°	19	16,8
Tổng số	111	100

Nhận xét: Biên độ vận động gối trung bình là $109^\circ \pm 14,3^\circ$ (80° - 130°), số khớp có biên độ gấp gối $\geq 90^\circ$ là 107 khớp (chiếm 94,7%).

Hạn chế duỗi gối sau mổ

Bảng 5. Hạn chế duỗi gối sau mổ (n = 113)

Hạn chế duỗi	Số khớp	Tỷ lệ %
Không hạn chế	101	89,4
1° - (< 10°)	8	7,1

10° - 22°	4	3,5
Tổng số	111	100

Nhận xét: Có 101 khớp gối (chiếm 89,4%) không hạn chế duỗi gối sau phẫu thuật. Có 3 khớp hạn chế duỗi gối từ 10° - 22°, trong đó 1 khớp gối mất duỗi 22°, nguyên nhân do dính và phần mềm trước mổ đã bị co rút nhiều.

Bảng 6. Trục cơ học chi dưới sau mổ (n = 113)

Trục cơ học	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Biên độ
Chi dưới	2,1° ± 0,7°	0,0° - 4,5°

Nhận xét: Trục cơ học chi dưới trung bình sau mổ 2,1° ± 0,7° (0,0° - 4,5°). Có 98/113 khớp gối có trục cơ học nằm trong khoảng 3°; 15/113 khớp gối nhân tạo sau mổ nằm ngoài khoảng 3°.

Đánh giá kết quả chung

Điểm KS trước và thời điểm kiểm tra lần cuối.

Bảng 7. Điểm KSS trước và thời điểm kiểm tra lần cuối (n = 113)

Phân loại	Điểm KSS trước mổ		Điểm KSS kiểm tra lần cuối	
	Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0	82	72,6
Tốt	0	0	23	20,6
Khá	19	16,8	6	5,3
Kém	94	83,2	2	1,5
Tổng số	113	100	70	100

Nhận xét: Điểm trung bình KSS trước mổ là 31,2 ± 10,5 (13 - 44 điểm), đều được xếp loại khá hoặc kém. Điểm trung bình KSS thời điểm kiểm tra lần cuối là 89,4 ± 8,2 (59 - 99 điểm), tỷ lệ rất tốt và tốt đạt 93,2%.

Điểm KSFS trước và thời điểm kiểm tra lần cuối.

Bảng 8. Điểm KSFS trước và thời điểm kiểm tra lần cuối (n = 113)

Phân loại	Điểm KSFS trước mổ		Điểm KSFS kiểm tra lần cuối	
	Số khớp	Tỷ lệ %	Số khớp	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0	89	78,8
Tốt	0	0	18	15,9
Khá	13	11,5	6	5,3
Kém	100	88,5	0	0
Tổng số	113	100	113	100

Nhận xét: Điểm trung bình KSFS trước phẫu thuật là $37,5 \pm 11,6$ (0 - 54 điểm). Điểm trung bình KSFS thời điểm kiểm tra lần cuối là $83,2 \pm 13,4$ (32 - 100 điểm). Tỷ lệ đạt kết quả rất tốt và tốt về chức năng là 94,7%.

3.3. Tai biến và biến chứng

Có 6 trường hợp (5,3%) vỡ một phần mâm chày hoặc lõi cầu đùi, phải dùng vít xốp kết xương. Có 5 khớp gối (chiếm 4,4%) bị nhiễm khuẩn nông đã đề cập trong phần kết quả gần. Một trường hợp viêm tắc tĩnh mạch sâu, điều trị nội khoa ổn định. Có 6 trường hợp (chiếm 2,9%) bị đau ở mặt sau xương bánh chè. Tê bì mặt trước gối và mặt trong xương chày gặp ở 2 trường hợp (chiếm 5,3%).

Chúng tôi không gặp các biến chứng như sai khớp, gãy xương sau mổ. Các biến chứng như lỏng khớp, mòn khớp, biến dạng khớp... cũng chưa gặp, cần thời gian theo dõi dài hơn.

4. Bàn luận

4.1. Kết quả gần

Có 105/113 khớp (chiếm 94,3%) liền vết mổ kỳ đầu. Còn 8 trường hợp (5,7%) thì 5 trường hợp nhiễm khuẩn nông và 3 trường hợp (chiếm 2,6%) hoại tử da ở mép vết mổ. Trong 5 trường hợp nhiễm khuẩn nông có 1 trường hợp phải cắt chỉ, cắt lọc lại vết mổ, điều trị VAC, khâu da kỳ II. Ba trường hợp bị hoại tử da mép vết mổ chúng tôi phải cắt lọc phần hoại tử, khâu lại vết mổ sau đó bệnh nhân ổn định. Tất cả 8 trường hợp này đều phải chuyển kháng sinh điều trị. Trong 8 trường hợp trên có 5 trường hợp đái tháo đường type II.

Theo chúng tôi, việc đóng vết mổ trong phẫu thuật thay khớp gối hết sức quan trọng, khác hẳn với thay khớp háng. Độ tuổi của những trường hợp thay khớp gối

thường cao, vùng mặt trước khớp gối chỉ có da cân, tình trạng nuôi dưỡng kém nên cần chú ý, hạn chế bóc tách rộng sang hai bên, tránh làm tổn thương bầm dập tổ chức. Kinh nghiệm của chúng tôi là nên bóc tách da - cân thành 1 lớp. Những trường hợp có đái tháo đường thì cần điều chỉnh đường máu ổn định và chú ý quản lý đường huyết trong suốt thời gian sau phẫu thuật.

Kết quả X-quang sau mổ

Trước mổ trực cơ học các khớp đều bị vẹo trong hoặc vẹo ngoài ở các mức độ khác nhau, góc vẹo trực cơ học trung bình là $13,5^\circ \pm 4,2^\circ$. Tất cả các phim X-quang chụp sau mổ đều cho thấy kết quả phẫu thuật đạt yêu cầu, phục hồi được trục sinh lý của khớp. Khớp nhân tạo được đặt chính xác. Trục cơ học chi dưới trung bình sau mổ $2,1^\circ \pm 0,7^\circ$ ($0,0^\circ - 4,5^\circ$). Có 98/113 khớp gối có trục cơ học nằm trong khoảng 3° ; 15/113 khớp gối nhân tạo sau mổ nằm ngoài khoảng 3° . Việc vị trí khớp nhân tạo đạt yêu cầu, trục chi sinh lý được phục hồi là yếu tố quan trọng và quyết định, vừa giúp cho việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng, biên độ vận động gối, là yếu tố góp phần kéo dài tuổi thọ của khớp [3], [8].

Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện trung bình là $8,2 \pm 4,1$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày. Trường hợp phải kéo dài thời gian nằm viện là do vết mổ bị nhiễm khuẩn phải cắt lọc lại, điều trị VAC. Ngoài ra, một vài trường hợp có bệnh lý nền mạn tính như tim mạch, tăng huyết áp, xơ gan, đái tháo đường... phải điều trị kết hợp cho ổn định mới tiến hành phẫu thuật. Một vài trường hợp do tuổi cao, khả năng tập phục hồi kém. Khả năng chịu đau kém trong quá trình tập phục hồi cũng là nguyên nhân kéo dài ngày nằm vì chúng tôi yêu cầu người bệnh ở lại thêm để được tập vật lý trị

liệu phục hồi chức năng. Nhìn chung, càng về sau, kỹ thuật mổ càng được hoàn thiện, việc hướng dẫn bệnh nhân tập vận động sớm và có đặt giảm đau sau mổ thì thời gian nằm viện ngày càng được rút ngắn. Ngoài ra chúng tôi cũng chú ý, kiểm tra kỹ các bệnh kết hợp. Nếu có thì điều trị ổn định trước khi cho vào khoa hoặc đề nghị các khoa nội điều trị đủ điều kiện phẫu thuật mới nhận về. Nhờ nguyên tắc này mà chúng tôi rút ngắn được thời gian điều trị, giảm được ngày nằm nội trú không cần thiết.

4.2. Kết quả xa

Mức độ đau

Có 93 khớp gối (82,3%) sau phẫu thuật không đau hoặc đau rất ít. Như vậy, triệu chứng đau đều được cải thiện rõ rệt. Đau liên tục và khó khăn khi đi lại là triệu chứng chính, là yếu tố quyết định cho chỉ định thay khớp và là thước đo quan trọng đánh giá sự hài lòng của người bệnh. Chúng tôi thấy rằng nếu đặt khớp chuẩn, tập luyện sau mổ tốt thì đa phần mức độ đau đều được cải thiện rõ rệt.

Biên độ vận động khớp gối sau mổ

Biên độ vận động gấp gối trung bình sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $109^{\circ} \pm 14,3^{\circ}$. Với biên độ gấp gối như vậy sẽ tạo thuận lợi cho việc đi lại, sinh hoạt của bệnh nhân [6]. Tuy nhiên, như đã nói ở trên, các yếu tố như khớp biến dạng nhiều, tầm vận động kém trước mổ, phục hồi chức năng chưa đồng bộ, sự kém năng động sau mổ của người già, kèm theo bệnh lý nội khoa kết hợp... cũng làm ảnh hưởng đến phục hồi biên độ vận động khớp gối.

Đánh giá kết quả theo KSS và KSFS

Theo thang điểm KSS, điểm trung bình trước phẫu thuật là $31,2 \pm 10,5$, điểm trung bình thời điểm kiểm tra lần cuối là

$89,4 \pm 8,2$ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$). Theo thang điểm KSFS: Điểm trung bình trước phẫu thuật là $37,5 \pm 11,6$, điểm trung bình thời điểm kiểm tra lần cuối là $83,2 \pm 13,4$ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$).

Chúng tôi nhận thấy sau phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng cũng như chức năng khớp gối được cải thiện rõ rệt. Hầu hết người bệnh đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Kết quả chung theo thang điểm KSS, chúng tôi có tỷ lệ rất tốt là 78,8%, tốt 15,9%, khá 5,3%, kém 0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong nước (như Đoàn Việt Quân [1]). Tuy nhiên tỷ lệ đạt kết quả rất tốt và tốt thấp hơn so với tác giả khác như Gill GS [4] và Ranawat [5]. Có thể do đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đến ở giai đoạn muộn, mức độ biến dạng khớp gối nhiều, đặc biệt là nhóm bệnh nhân thoái hoá khớp sau chấn thương.

Thay khớp gối nên giữ lại dây chằng chéo sau, không giữ lại dây chằng chéo sau hay chỉ giữ lại một phần (1 bó) dây chằng chéo sau? Đây là một vấn đề lớn mà các nhà khoa học vẫn đang nghiên cứu và tranh luận. Sau 10 năm theo dõi [Beaupre](#) LA [2] thấy 2 nhóm dùng loại khớp có bảo tồn dây chằng chéo sau và không bảo tồn dây chằng chéo sau đều cho kết quả tốt với tỷ lệ các biến chứng như nhau ở mức chấp nhận được. Theo [Zhang](#) B [8] hai bó của dây chằng chéo sau có tác dụng giữ sự ổn định của khớp gối hơn, vì thế nên giữ lại trọn vẹn cả hai bó thay cho việc chỉ giữ lại một bó. Chúng tôi đang tiếp tục theo dõi kết quả xa hơn để có thể so sánh với những nhóm bệnh nhân thay khớp gối không bảo tồn dây chằng chéo sau hay chỉ giữ lại một phần dây chằng chéo sau. Tại thời điểm kiểm tra cuối cùng cả cảm giác chủ quan và khám khách quan khớp gối các bệnh nhân của chúng tôi đều khá

vững, bệnh nhân hài lòng với phẫu thuật. Như vậy mặc dù kỹ thuật có khó hơn do sau cắt xương khe khớp thường hẹp hơn nhưng rõ ràng việc bảo tồn dây chằng chéo sau giúp khớp gối vững chắc, ổn định, tập luyện tốt hơn.

4.3. Biến chứng

Nhiễm khuẩn là biến chứng đáng sợ nhất đối với phẫu thuật thay khớp, đặc biệt với phẫu thuật thay khớp gối. Nhiều tác giả coi đây như là một “thảm họa” [7]. Chúng tôi cũng thống nhất với nhận định này. Trong nhóm nghiên cứu chỉ gặp 5 trường hợp bị nhiễm khuẩn nông, 3 trường hợp bị hoại tử diện hẹp ở mép vết da, không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sâu và mủn. Những năm gần đây, với điều kiện vô khuẩn tốt, kỹ thuật cũng ngày càng được hoàn thiện, thời gian phẫu thuật được rút ngắn nên hầu như không gặp biến chứng nhiễm khuẩn sâu.

Có 6 khớp gối (chiếm 5,3%) sau mổ 6 tháng vẫn bị đau ở mặt sau xương bánh chè khi lên xuống cầu thang. Mặc dù chúng tôi đã cố gắng làm sạch tối đa các chồi xương và đốt các sợi thần kinh cảm giác quanh chu vi xương bánh chè trong quá trình phẫu thuật, nhưng trên phim X-quang kiểm tra vẫn thấy có cốt hóa trở lại. Chúng tôi cho rằng đây chính là nguyên nhân gây đau. Cho đến nay chúng tôi vẫn chưa có kinh nghiệm. Theo Gill GS [3], triệu chứng đau ở mặt sau xương bánh chè có thể do chưa lấy bỏ hết gai xương, mặc dù tác giả cũng gặp biến chứng này ở nhóm có thay cả xương bánh chè.

Chúng tôi gặp 1 trường hợp bị viêm tắc tĩnh mạch sâu. Đây là biến chứng không phải hiếm gặp khi phẫu thuật ở chi dưới. Để tránh biến chứng này cũng như biến chứng huyết khối động mạch, chúng tôi cho người bệnh đi tất áp lực, vận động sớm nhất có thể (Hạn chế đặt dẫn lưu, giảm đau

tốt cho bệnh nhân tập sớm...), dùng thuốc chống đông. Trường hợp này chúng tôi kết hợp bên tim mạch điều trị nội khoa sau đó bệnh nhân ổn định. Tác giả Yuichiro S [7] dùng siêu âm kiểm tra mạch sau thay khớp gối gặp đến 61 trường hợp chiếm 42% trường hợp có viêm tắc tĩnh mạch sâu.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 113 khớp gối toàn phần loại bảo tồn dây chằng chéo sau của 103 bệnh nhân, phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thời gian từ tháng 2 năm 2016 đến tháng 6 năm 2019, thời gian theo dõi trung bình 27,9 tháng, chúng tôi rút ra một số nhận xét kết quả như sau:

Có 105/113 khớp (chiếm 92,9%) liền vết mổ kì đầu. 100% bệnh nhân có X-quang ngay sau mổ đạt yêu cầu. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,2 \pm 4,1$ ngày. 93/113 khớp gối (chiếm 82,3%) không đau hoặc đau ít.

Biên độ gấp gối sau mổ trung bình $109^\circ \pm 14,3^\circ$ ($80^\circ - 130^\circ$), số khớp có biên độ gấp gối $\geq 90^\circ$ là 107 khớp (chiếm 94,7%). 101 khớp gối (chiếm 89,4%) không hạn chế duỗi sau mổ. Có 4 khớp hạn chế duỗi gối hơn 10° . Tất cả các trường hợp đều có khớp vững, trực chi được cải thiện rõ rệt. Có 98/113 khớp gối có trục cơ học nằm trong khoảng 3° . Người bệnh hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Đánh giá kết quả chung theo thang điểm thang điểm KSS, tỷ lệ rất tốt là 78,8%, tốt 15,9%, khá 5,3%, kém 0%. Có 7 khớp gối bị nhiễm khuẩn nông, 4 trường hợp còn đau mặt sau xương bánh chè, 1 trường hợp bị viêm tắc tĩnh mạch sâu. Chưa gặp các biến chứng như mòn khớp, lỏng khớp, biến dạng khớp... cần thời gian theo dõi xa hơn.

Thay khớp gối loại bảo tồn dây chằng chéo sau giúp khớp gối vững chắc ổn định, tập luyện tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Đoàn Việt Quân (2013) *Nghiên cứu điều trị thoái khớp gối bằng phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Việt Đức*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II.
2. [Beaupre](#) LA, [Sharifi](#) B, [Johnston](#) DWC (2017) *A randomized clinical trial comparing posterior cruciate-stabilizing vs posterior cruciate-retaining prostheses in primary total knee arthroplasty: 10-year follow-up*. [J Arthroplasty](#) 32(3): 818-823.
3. Gill GS, Joshi AB (2001) *Longterm results of cemented, posterior cruciate ligament-retaining total knee arthroplasty in osteoarthritis*. *Am J Knee Surg* 14(4): 209-214.
4. Madhav C, Ankur BB et al (2014) *Prevalence and predictors of post-operative coronal alignment outliers and their association with the functional outcomes in navigated total knee arthroplasty*. *J. Arthroplasty* 29(12): 2357-2362.
5. Ranawat CS, Ranawat AS (2012) *The history of total knee arthroplasty*. *Primary Total Knee Arthroplasty*, Springer: 699-707.
6. Shenoy R, Pastides PS et al (2013) *Biomechanics of the knee and TKR*. *Orthopaedics and Trauma* 27(6): 364-371.
7. Yuichiro S, Sawai T et al (2012) *Perioperative risk factors for deep vein thrombosis after total hip arthroplasty or total knee arthroplasty*. *Journal of Clinical Anesthesia* 24: 531-536.
8. [Zhang](#) B, [Cheng](#) CK, [Qu](#) TB et al (2016) *Partial versus intact posterior cruciate ligament retaining total knee arthroplasty: A comparative study of early clinical outcomes*. *Orthop Surg* 8(3): 331-337.