

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Vũ Gia Vình¹, Đặng Văn Huy^{1*}, Lê Việt Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Quân y 110.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối, phẫu thuật nội soi cắt lọc tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $52,74 \pm 5,23$ tuổi; đa số là nữ giới (75,0%), làm nghề nông nghiệp (66,7%), có thể trạng thừa cân, béo phì (80,0%). Trên phim X quang trước mổ, 100% bệnh nhân có hình ảnh thoái hóa khớp gối (35,0% thoái hóa mức độ II và 65,0% thoái hóa mức độ III). Trên hình ảnh nội soi khớp gối, phát hiện 100% có tổn thương mặt sụn khớp (55,0% tổn thương mức độ III); các tổn thương kèm theo chủ yếu là gai xương (80,0%), viêm màng hoạt dịch (70,0%). Sau phẫu thuật, có 11,7% bệnh nhân gặp tràn máu khớp gối sau khi rút dẫn lưu. Đánh giá chức năng khớp gối sau mổ: 50,0% đạt tốt, 43,3% đạt trung bình; điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật ($78,33 \pm 2,47$ điểm) tăng cao hơn so với trước phẫu thuật ($61,03 \pm 2,12$ điểm).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt lọc, điều trị thoái hóa khớp gối mang lại kết quả khả quan, kỹ thuật an toàn, ít biến chứng, cải thiện tương đối tốt chức năng khớp gối, đặc biệt ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối độ II, độ III.

Từ khóa: Nội soi khớp, thoái hóa khớp gối, điểm Lysholm.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of arthroscopic surgery for the treatment of knee osteoarthritis at Military Hospital 110.

Subjects and methods: A retrospective and prospective, cross-sectional description, non-controlled study on 60 patients with knee osteoarthritis, who underwent arthroscopic debridement surgery, at Military Hospital 110, from January 2022 to June 2024.

Results: The mean age of patients was 52.74 ± 5.23 years. The majority of patients were female (75.0%), engaged in agricultural work (66.7%), and were overweight or obese (80.0%). Preoperative radiographs showed knee osteoarthritis in 100% of patients (35.0% grade II and 65.0% grade III). On arthroscopic images of the knee, 100% of patients were found to have cartilage surface lesions (55.0% grade III); associated lesions were predominantly osteophytes (80.0%) and synovitis (70.0%). Postoperatively, 11.7% of patients experienced hemarthrosis following drain removal. Functional outcomes after surgery showed that 50.0% achieved good results, and 43.3% achieved fair results. The mean Lysholm score after surgery (78.33 ± 2.47) was significantly higher than before surgery (61.03 ± 2.12).

Conclusions: Arthroscopic debridement surgery for the treatment of knee osteoarthritis yielded favorable outcomes, characterized by a safe technique, a low complication rate, and relatively good improvement in knee joint function, particularly in patients with grade II and grade III osteoarthritis.

Keywords: Arthroscopy, knee osteoarthritis, Lysholm score.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đặng Văn Huy, Email: huy150997@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/6/2025; mời phản biện: 8/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là một trong những bệnh lý mạn tính thường gặp ở người trung niên và người cao tuổi và thường là thoái hóa nguyên phát. Tổn thương chính trong THKG là sự mòn và bong gầy của lớp sụn khớp. Các mảnh vỡ của sụn

(có thể kèm theo một phần xương) rơi vào khớp gối, tạo thành dị vật khớp gối (chuột khớp), gây tình trạng đau và kẹt khớp. Ngoài ra sự viêm dày của bao hoạt dịch, kích thích màng xương của các gai xương rìa khớp gối, các nang hình thành trong khớp đều gây nên tình trạng đau mạn tính, ảnh hưởng đến vận động của khớp.

Hiện nay, tỉ lệ bệnh nhân (BN) THKG có xu hướng tăng lên ở hầu hết các quốc gia do sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ, như già hóa dân số và béo phì [1]. Theo nghiên cứu Lê Quang Nhứt (2017), 88,5% BN trên 60 tuổi có THKG và những người trên 70 tuổi có nguy cơ THKG cao hơn 11,2 lần so với những người từ 60-70 tuổi [2].

Cho đến nay, có nhiều phương pháp điều trị THKG, như vật lý trị liệu, điều trị nội khoa, can thiệp phẫu thuật. Can thiệp ngoại khoa thường được chỉ định khi các phương pháp điều trị nội khoa không còn hiệu quả. Phẫu thuật nội soi (PTNS) “dọn” khớp gối (cắt lọc các tổ chức thoái hoá, biến dạng gây hẹp khoang khớp gối; cắt màng hoạt dịch viêm, đục gai xương, loại bỏ dị vật...) giúp khe khớp được giải phóng, “sạch” hơn, giúp cải thiện đáng kể chức năng khớp gối.

Tại Bệnh viện Quân y 110, kỹ thuật nội soi cắt lọc khớp gối đã được áp dụng từ năm 2018 và bước đầu cho thấy những kết quả khả quan. Góp phần rút kinh nghiệm triển khai kỹ thuật, nâng cao chất lượng điều trị cho các BN THKG, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả PTNS cắt lọc, điều trị THKG tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 BN THKG, điều trị PTNS cắt lọc tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN THKG tiên phát mức độ II và mức độ III; tuổi từ 40 trở lên, có hồ sơ bệnh án đủ thông tin nghiên cứu; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN THKG thứ phát sau chấn thương; BN THKG tiên phát mức độ IV; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Quy trình PTNS cắt lọc khớp gối:

+ Vô cảm: gây tê tủy sống
+ Tư thế BN: BN nằm ngửa trên bàn mổ, đặt garo 1/3 giữa đùi bên mổ.

+ Vào khớp theo hai cổng trước ngoài và trước trong; lần lượt đánh giá các tổn thương.

+ Xử lý các tổn thương: lấy bỏ dị vật; cắt màng hoạt dịch viêm; cắt sửa sụn chêm rách; đục bỏ gai xương, microfracture...

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thể trạng.

+ Đặc điểm tổn thương khớp gối: mức độ THKG trước phẫu thuật; tổn thương mặt sụn khớp và tổn thương kèm theo (nếu có) phát hiện trong nội soi.

+ Kết quả điều trị: tai biến, biến chứng sau phẫu thuật; chức năng khớp gối sau PTNS từ 3-32 tháng (so sánh với trước phẫu thuật).

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Hoa Kỳ (1991) [3].

+ Chẩn đoán mức độ THKG trên phim X quang theo tiêu chuẩn của Kellgren - Lawrence (1987) [2]: từ mức độ I đến mức độ IV.

+ Phân loại tổn thương mặt sụn khớp theo Outerbridge cải biên [5]: từ độ 0 đến độ IV.

+ Đánh giá chức năng khớp gối dựa trên 8 tiêu chí (khập khiễng, đau, dùng dụng cụ trợ giúp khi đi lại, sưng gối, kẹt khớp, lên xuống cầu thang, lỏng khớp, ngồi xổm), theo thang điểm Lysholm: rất tốt (95-100 điểm), tốt (84-94 điểm), trung bình (65-83 điểm), xấu (dưới 65 điểm).

+ Đánh giá thể trạng BN theo chỉ số BMI.

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học bằng chương trình SPSS 20.0.

- Đạo đức: đề tài được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 110 và được BN tình nguyện tham gia. Mọi thông tin BN bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN

Đặc điểm chung		Số BN (n = 60)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	40-49	17	28,3
	50-59	37	61,7
	≥ 60	6	10,0
	Trung bình	52,74 ± 5,23	
Giới tính	Nam	15	25,0
	Nữ	45	75,0
Nghề nghiệp	Nông dân	40	66,7
	Công chức	20	33,3
Thể trạng theo BMI	Thiếu cân	0	
	Bình thường	12	20,0
	Thừa cân	33	55,0
	Béo phì độ 1	11	18,3
	Béo phì độ 2	03	5,0
	Béo phì độ 3	01	1,7

Phần lớn BN THKG ở độ tuổi từ 50-59 tuổi (61,7%), BN ≥ 60 tuổi chỉ chiếm 10%. Tuổi trung bình BN là $52,74 \pm 5,23$ tuổi. Đa số BN là nữ giới (75,0%); làm nghề nông nghiệp (66,67%); thể trạng thừa cân-béo phì (80,0%).

3.2. Đặc điểm tổn thương khớp gối

Bảng 2. Các tổn thương khớp gối

Các tổn thương khớp gối		Số BN (n = 60)	Tỉ lệ (%)
Mức độ THKG theo Kellgren - Lawrence	Mức độ I	0	
	Mức độ II	21	35,0
	Mức độ III	39	65,0
	Mức độ IV	0	
Tổn thương mặt sụn khớp gối theo Outerbridge cải biên	Mức độ 0	0	
	Mức độ I	3	5,0
	Mức độ II	8	13,3
	Mức độ III	33	55,0
Tổn thương kèm theo	Mức độ IV	16	16,7
	Viêm màng hoạt dịch	42	70,0
	Gai xương	48	80,0
	Chuột khớp	18	30,0
	Tổn thương sụn chêm	34	56,7
	Tổn thương dây chằng	8	13,3

Trên phim X quang, tỉ lệ BN THKG mức độ III là 65,0% và mức độ II là 35,0%. Đánh giá trên nội soi khớp gối, 100% có tổn thương mặt sụn khớp, với các mức độ lần lượt là mức độ III (55,0%), mức độ IV (16,7%), mức độ II (13,3%) và mức độ I (5,0%). Các tổn thương kèm theo chủ yếu là gai xương (80,0%), viêm màng hoạt dịch (70,0%), tổn thương sụn chêm (56,7%).

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

Điểm Lysholm	Trước mổ (n = 60)	Sau mổ (n = 60)
Từ 95-100 điểm	0	0
Từ 84-94 điểm	0	30 (50,0%)
Từ 65-83 điểm	6 (10,0%)	26 (43,3%)
< 65 điểm	54 (90,0%)	4 (6,7%)
Trung bình	$61,03 \pm 2,12$	$78,33 \pm 2,47$

Trước phẫu thuật, đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm, thấy 90,0% ở mức xấu và 10,0% ở mức trung bình; điểm Lysholm trung bình là $61,03 \pm 2,12$ điểm. Sau phẫu thuật, tỉ lệ BN có chức năng khớp gối ở mức xấu giảm còn 6,7%, mức trung bình tăng lên 43,3%; có 50,0%

BN hồi phục chức năng khớp gối về mức tốt. Điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật tăng lên rõ rệt ($78,33 \pm 2,47$ điểm). Đặc biệt, có 3 BN được cắt sửa sụn chêm rách, cải thiện được tình trạng đau và kẹt khớp.

3.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Có 7/60 BN (11,7%) bị tràn máu khớp gối sau khi rút dẫn lưu. Chúng tôi điều trị bằng chọc hút dịch máu ổ khớp, băng ép bằng băng chun, chườm lạnh. Sau đó, BN ổn định ra viện.

Không BN nào có biến chứng tắc mạch chi, nhiễm khuẩn khớp gối.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Tuổi trung bình của BN THKG trong nghiên cứu là $52,74 \pm 5,23$, trong đó nhóm tuổi 50-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (61,7%). Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Nga (BN trung bình $63,29 \pm 11,20$ tuổi), Vũ Thị Tâm (BN trung bình $57,38 \pm 6,49$ tuổi), Dương Đình Toàn (BN trung bình $54,82 \pm 4,71$ tuổi) [6, 7, 8]. Kết quả này minh chứng thêm đặc điểm chung của THKG nguyên phát là hay gặp ở lứa tuổi trung niên.

Trong nghiên cứu này, BN là nữ giới (75,0%) chiếm tỉ lệ cao hơn nam giới (25,0%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đỗ Minh Vũ (61,2% BN là nữ giới). Sự chênh lệch về tỉ lệ giới tính có thể do tác động của quá trình mang thai (khớp gối bị tác động bởi khối lượng cơ thể) và sự suy giảm nội tiết, hóc-môn của phụ nữ khi bước vào tuổi mãn kinh [9].

Nghiên cứu của chúng tôi có 66,7% BN là nông dân, 33,3% là công chức. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Dương Đình Toàn (54,3% BN THKG là nông dân, 45,7% BN là công chức) [8].

Cùng với tuổi và giới, tình trạng thừa cân - béo phì cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến THKG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ BN thừa cân béo phì chiếm 80,0%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Vũ Thị Tâm (73,8% BN thừa cân - béo phì) và Dương Đình Toàn (77,6% BN thừa cân - béo phì) [7, 10].

4.2. Đặc điểm tổn thương khớp gối

Kết quả X quang cho thấy, đa số BN THKG có tổn thương mức độ III (65,0%), tỉ lệ tổn thương mức độ II chiếm 35,0%. Kết quả này có sự khác biệt so với các nghiên cứu của Dương Đình Toàn (tổn thương mức độ III chiếm 80,4%, mức độ II chiếm 19,6%), Nguyễn Thị Thúy Nga (THKG mức độ II là 80,0%, mức độ III là 14,2%) [6, 8].

Kết quả nội soi cho thấy, tất cả các BN THKG đều có tổn thương mặt sụn khớp; trong đó, đa số BN có tổn thương mức độ III (55,0%). Trên hình ảnh X quang, không có trường hợp nào THKG mức độ I hay mức độ IV. Tuy nhiên, đánh giá tổn thương sụn khớp (theo Outerbridge) trong nội soi khớp thì có tới 16,7% BN tổn thương độ IV và 5,0% BN tổn thương độ I. Nội soi khớp là phương pháp chẩn đoán tốt nhất đối với các tổn thương bên trong khớp gối, phát hiện sớm và phản ánh trực tiếp tổn thương sụn, trong khi X quang chỉ phản ánh gián tiếp, muộn hơn trong tiến trình thoái hóa khớp.

Đa số BN đều có gai xương và viêm màng hoạt dịch (lần lượt là 80,0% và 70,0%). Ngoài ra, 30,0% BN có chuột khớp, 56,7% BN tổn thương sụn chêm, 13,3% BN tổn thương dây chằng. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Đình Toàn (84,8% BN có chuột khớp, 60,9% BN có gai xương và 50,0% BN có viêm màng hoạt dịch) [8]. Vị trí gai xương có thể gặp ở lồi cầu đùi, bề mặt xương bánh chè, hố liên lồi cầu, song thường gặp nhất là tại bề mặt mâm chày. Phần lớn tổn thương sụn chêm là thoái hóa sụn, không cần xử trí; có 3 trường hợp rách sụn chêm do thoái hóa đã được cắt sửa. Tất cả các trường hợp tổn thương dây chằng là thoái hóa; song, kiểm tra thấy dây chằng còn sức căng nên chúng tôi không can thiệp gì thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không BN nào được phẫu thuật khớp gối cả hai bên.

4.3. Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm sau thời gian theo dõi từ 3-32 tháng, thấy 50,0% BN đạt kết quả tốt, 43,3% BN đạt kết quả trung bình, điểm Lysholm trung bình sau mổ là $78,33 \pm 2,47$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Chí Lăng ($65,1 \pm 3,2$) và Trần Lê Đồng (66,7% xấu, 33,3% trung bình và 25,0% tốt). Sự khác biệt này có thể là do cho đến nay, chỉ định PTNS cắt lọc đã rõ ràng hơn (với những BN THKG mức độ IV thì không chỉ định PTNS nữa, thay vào đó là chỉ định thay khớp gối).

Chúng tôi không gặp trường hợp nào nhiễm trùng hoặc tai biến trong mổ. Có 7 BN tràn máu khớp gối sau rút dẫn lưu, chúng tôi điều trị bằng chọc hút dịch máu ổ khớp, băng ép bằng băng chun, chườm lạnh. Sau đó, BN ổn định ra viện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối, điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt lọc khớp gối, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022

đến 6/2024, chúng tôi rút ra kết luận: phẫu thuật nội soi điều trị thoái hóa khớp gối thích hợp cho nhóm BN thoái hóa khớp gối độ II, III, mang lại kết quả khả quan, kỹ thuật an toàn, ít biến chứng, cải thiện tương đối tốt chức năng của khớp gối và chất lượng cuộc sống của BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Thiện Ân và cộng sự (2022), "Hội chứng chuyển hóa và độ nặng thoái hóa khớp gối theo giai đoạn X quang ở người trên 40 tuổi", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, số 160 (12V1), 2022, tr. 141.
2. Lê Quang Nhứt (2017), "Khảo sát thoái hóa khớp gối ở bệnh nhân cao tuổi tại Khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 16(1), tr.5.
3. Altman R (1986), "ACR Clinical Classification Criteria for Osteoarthritis of the knee", *Arthritis Rheum.* 29(1039), 1986.
4. Kellgren J.H, Lawrence J.S (1957), "Radiologic assessment of osteoarthritis", *Rheum Dis*, 16, pp. 494-501.
5. Radrigo Campos (2011), "Assessment of reproducibility of the Outerbridge and FSA classifications for chondral lesions of the knee", *Rev Bras Ortop*, 46(3), pp. 266-69.
6. Nguyễn Thị Thúy Nga và cộng sự (2020), "Nghiên cứu đặc điểm của bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát và mối liên quan giữa mức độ thoái hóa với một số bệnh kèm theo", *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, Số đặc biệt tháng 11/2020, tr. 163-170.
7. Vũ Thị Tâm và cộng sự (2023), "Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng các phương pháp vật lý trị liệu tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện trung ương Thái Nguyên năm 2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 531, tháng 10/2023, số 1B, tr. 56.
8. Dương Đình Toàn (2015), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Đỗ Minh Vũ và cộng sự (2023), "Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố liên quan, đánh giá hiệu quả phương pháp tập vận động trên bệnh nhân cao tuổi thoái hóa khớp gối tại trung tâm y tế U Minh, Cà Mau năm 2022-2023", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 66/2023, tr. 266.
10. Dương Đình Toàn (2021), "Vai trò của X quang thường quy trong chẩn đoán thoái hóa khớp gối tiên phát", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 508 (2), tr. 60-63. □