

sự chênh lệch này.

Những bệnh ung thư chiếm ưu thế ở nam giới là ung thư thực quản – hạ họng – khoang miệng, ung thư gan. Những bệnh ung thư chiếm ưu thế ở nữ giới là ung thư vú, ung thư tuyến giáp. Ung thư phổi tỉ lệ gặp ở nam gấp 3 lần so với nữ giới, ung thư dạ dày gặp ở nam nhiều gấp 2 lần so với nữ. Ung thư đại trực tràng và U lympho không Hodgkin tỉ lệ gặp ở 2 giới là tương đương nhau.

Tuổi gặp trong nghiên cứu từ 11-96 tuổi. Từ 40 tuổi trở lên, số ca mắc mới ung thư cao hơn hẳn nhóm tuổi dưới 40 (88% so với 12%). Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 60-69 tuổi (29,1%).

V. KẾT LUẬN

Trong năm 2023, bệnh viện ghi nhận 6.148 bệnh nhân được chẩn đoán mắc mới các bệnh ung thư (với 6.197 ca bệnh ung thư). Các bệnh ung thư phổ biến nhất gồm: ung thư tuyến giáp, ung thư phổi, ung thư vú, ung thư đại trực tràng, ung thư gan, ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư cổ tử cung, ung thư hạ họng và u lympho không Hodgkin. Trong đó, ung thư tuyến giáp và ung thư vú chủ yếu gặp ở nữ giới, ung thư thực quản và ung thư phổi chủ yếu gặp ở nam giới. Nhóm tuổi thường gặp nhất từ 60-69

tuổi. Nhóm tuổi >40 chiếm tới 88%. Ung thư tuyến giáp chủ yếu được phát hiện giai đoạn I, ung thư vú, cổ tử cung chủ yếu gặp ở giai đoạn 0-II. Các bệnh ung thư còn lại chủ yếu gặp ở giai đoạn III, IV.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Đẩy mạnh các chương trình sàng lọc các bệnh ung thư thường gặp nhưng có tỉ lệ phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm còn thấp hay chưa đạt kỳ vọng: ung thư phổi, ung thư vú, ung thư đại trực tràng, ung thư gan, ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư cổ tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung PhD, Jacques Ferlay MSc, ME, and et al** (2020). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 71(3): p. 209-249.
2. **Nguyễn Thị Mai Lan** (2020). Nghiên cứu tỉ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 - 2016 Luận An Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Hà** (2021). Nghiên cứu mô hình bệnh tật bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội giai đoạn 2017-2019.
4. **Trần Thị Thanh Hương Nguyễn Hương Giang, Trần Văn Thuận và cộng sự** (2020). Khảo sát tình hình ung thư tại Bệnh viện K giai đoạn 2016-2018.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÊN BỆNH NHÂN CỨNG KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Đinh Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Liễu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị Phục hồi chức năng (PHCN) trên bệnh nhân cứng khớp gối tại khoa VLTL/PHCN Bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, không đối chứng. Gồm 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng thang điểm Lysholm đánh giá. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân nữ có độ tuổi 51-70 chiếm tỷ lệ khá cao (72,2%), trong khi đó ở nam giới độ tuổi < 50 chiếm đa số (75%). Dùng thang Lysholm đánh giá mức độ độc lập chức năng cho thấy can thiệp Vật lý trị

liệu/PHCN có hiệu quả tốt. Một số chỉ số cải thiện như giảm đau, giảm sưng nề, tăng lực cơ và tầm vận động khớp gối, tăng khả năng leo cầu thang, giảm nhu cầu sử dụng dụng cụ trợ giúp di chuyển. **Kết luận:** Thang Lysholm phù hợp sử dụng đánh giá chức năng khớp gối. Khẳng định vai trò điều trị của VLTL/PHCN, đặc biệt can thiệp càng sớm càng hiệu quả.

Từ khóa: Cứng khớp gối, phục hồi chức năng

SUMMARY

FINDING OUT THE RESULTS OF REHABILITATION TREATMENT ON PATIENTS WITH KNEE STIFFNESS AT HAI DUONG REHABILITATION HOSPITAL IN 2023

Subject: Finding out the results of Rehabilitation treatment for patients with knee stiffness at the Department of Rehabilitation of Hai Duong Rehabilitation Hospital. **Methods:** The research design uses an interventional, prospective, non-controlled research method. Including 30 patients who met the criteria for selection into the study.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện PHCN Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

Convenient way to choose samples. Use the Lysholm scale to evaluate. **Results:** Female patients aged from 51 to 70 accounted for a high proportion (72.2%), while men aged under 50 accounted for the majority (75%). Using the Lysholm scale to evaluate the level of functional independence showed that physical therapy/rehabilitation intervention was effective. Some improvement indicators included pain and swelling reduction, increase muscle strength and knee joint range of motion, increased ability to climb stairs, and reduced need to use mobility aids. **Conclusion:** The Lysholm scale is suitable for use in assessing knee function. Affirming the treatment role of Rehabilitation, especially the earlier the intervention, the more effective it was.

Keywords: Knee stiffness, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cứng khớp là khi khớp giảm khả năng chuyển động để di chuyển trơn tru trong phạm vi tầm vận động bình thường của khớp. Khi một khớp bị cứng, việc di chuyển bộ phận của cơ thể có thể khó khăn và đôi khi gây đau. Trong đó khớp gối là một khớp có vai trò quan trọng trong hệ thống xương khớp. Vị trí này đảm nhiệm nhiều chức năng trong việc vận động, điều khiển các hoạt động cơ bản của cơ thể: đi, đứng, ngồi, chạy, nhảy,... cũng như giúp chống đỡ toàn bộ trọng lượng đổ dồn của cơ thể. Cứng khớp gối là tình trạng tổn thương cấu trúc khớp gối và xảy ra khi các cơ khớp đầu gối gặp vấn đề và xơ dính lại khiến đầu gối bị co cứng. Trên lâm sàng, cứng khớp gối cũng có thể gây ra các triệu chứng khác như: Đau từ ít đến nhiều, giảm phạm vi chuyển động khớp, tăng áp lực trong khớp, sưng nề hoặc khô khớp. Không phải tất cả các trường hợp khô cứng khớp đều do tuổi tác, nhiều tình trạng do các nguyên nhân phổ biến nhất của cứng khớp gối bao gồm: Thiếu vận động, chấn thương và sau chấn thương, thoái hóa khớp, di chứng viêm khớp (dạng thấp, gout, viêm cột sống dính khớp, nhiễm khuẩn khớp). Ngoài ra còn do yếu tố về lối sống, như chế độ ăn uống và cân nặng, cũng có thể ảnh hưởng đến khả năng vận động của khớp gối. Tình trạng này phổ biến ở nhiều lứa tuổi, gây trở ngại trong việc vận động và sinh hoạt.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc, nguyên nhân, điều trị và hậu quả của cứng khớp. Theo ước lượng có đến 1.5% dân số thế giới mắc chứng cứng khớp mà nguyên nhân chính là do viêm khớp và thoái hóa khớp khiến các khớp xương biến dạng. Vật lý trị liệu/ Phục hồi chức năng từ lâu đã được biết đến có nhiều ưu thế trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp, sử dụng các phương pháp can thiệp không dùng thuốc, tác động tại chỗ, dựa trên các nhân tố cơ

học, vật lý. Hiện nay, điều trị tình trạng cứng khớp gối có nhiều phương pháp khác nhau. Trong đó, Vật lý trị liệu/ Phục hồi chức năng được ưu tiên sử dụng rộng rãi. Việc đều đặn luyện tập Vật lý trị liệu kết hợp với phương pháp chăm sóc và điều trị phù hợp sẽ giúp người bệnh đẩy nhanh quá trình phục hồi chức năng khớp gối. Do tính chất thường gặp và liên quan đến PHCN, tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương khảo sát sơ bộ có khoảng 10% người bệnh đến điều trị bệnh lý liên quan khớp gối. Hiện tại, Bệnh viện PHCN Hải Dương chưa có nghiên cứu khảo sát tỷ lệ mắc bệnh, các đặc điểm lâm sàng cũng như đánh giá kết quả điều trị VLTL/PHCN. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: "Nhân xét kết quả điều trị Phục hồi chức năng trên bệnh nhân cứng khớp gối tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương năm 2023" với mục tiêu: *Nhân xét kết quả điều trị PHCN cho bệnh nhân cứng khớp gối tại khoa VLTL/PHCN Bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện PHCN Hải Dương với chẩn đoán cứng khớp gối do các nguyên nhân khác nhau trong năm 2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Nhóm bệnh nhân chẩn đoán cứng khớp gối sau chấn thương các loại, sau bất động dài ngày. Nhóm bệnh nhân chẩn đoán cứng khớp gối sau viêm khớp, thoái hóa khớp. Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các hội chứng cấp tính kèm theo, ảnh hưởng đến đợt điều trị. Trẻ dưới 18 tuổi. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu. Biến dạng khớp chi dưới do các bệnh lý khác (loạn dưỡng teo cơ, bẹn dạng chân chữ X,O).

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều cho vào NC.

2.4. Cách tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Phương tiện nghiên cứu: Phiếu nghiên cứu và các thang đo: VAS, Lysholm.

2.4.2. Các chỉ số nghiên cứu:

- + Thang VAS: Đánh giá chứng đau đầu gối
- + Đánh giá cơ lực: Sử dụng hệ thống 6 bậc thử cơ để đánh giá sức mạnh cơ khớp gối.
- + Đánh giá tầm vận động khớp: Đo bằng thước góc kế.
- + Đánh giá chức năng khớp gối, chức năng

độc lập: Thang LYSHOLM

Thang có độ tin cậy và tính giá trị cao, (chi số $\alpha = 0,77$) đặc biệt phù hợp với bệnh nhân sau tổn thương khớp gối gây cứng khớp.

2.5. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

2.6. Vấn đề đạo đức của đề tài: Đảm bảo các vấn đề về đạo đức nghiên cứu trong lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố theo độ tuổi, giới

Giới	Nam		Nữ		Chung	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Lứa tuổi						
< 30	5	41.7	0	0	5	16.7
31 - 50	4	33.3	4	22.2	8	26.7
51 - 70	3	25.0	13	72.2	16	53.3
> 70	0	0	1	5.6	1	3.3
Tổng	12	100	18	100	30	100

Bảng 2. Mức độ đau của bệnh nhân cứng khớp gối

Thang VAS	Trước khi điều trị		Sau khi điều trị		p
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Điểm đau					
1-3	0	0	3	10	0.001
4-6	4	13.3	25	83.3	
7-10	26	86.7	2	6.7	
Tổng	30	100	30	100	

Bảng 3. Lực cơ của bệnh nhân chân cứng khớp gối

Cử động	Lực cơ	Trước can thiệp		Sau can thiệp		p
		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Gập gối	Bậc 5	2	6.7	6	20	0.001
	Bậc 4	4	13.3	19	63.3	
	Bậc 3	19	63.3	5	16.7	
	Bậc 2	5	16.7	0	0	
	Bậc 1	0	0	0	0	
	Bậc 0	0	0	0	0	
Duỗi gối	Bậc 5	2	6.7	6	20	0.001
	Bậc 4	4	13.3	20	66.7	
	Bậc 3	20	66.7	4	13.3	
	Bậc 2	4	13.3	0	0	
	Bậc 1	0	0	0	0	
	Bậc 0	0	0	0	0	

Bảng 4. Tâm vận động gập gối chi dưới của bệnh nhân cứng khớp gối

ROM	Chủ động		p	ROM	Thụ động		p
	Trước điều trị	Sau điều trị			Trước điều trị	Sau điều trị	
	Số %	Số %			Số %	Số %	

	BN (N)	BN (N)		BN (N)	BN (N)					
0-30o	0	0	0	0	0	0.037				
0-60o	0	0	0	0	0					
0-90o	15	50	6	20	9		30	4	13.3	0.083
0-120o	15	50	24	80	21		70	25	83.3	
0-145o	0	0	0	0	0		0	1	3.3	

Bảng 5. Đánh giá điểm theo thang Lysholm

Điểm	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
A	0	0	0	0	0.161
B	0	0	1	3.3	
C	1	3.3	1	3.3	
D	29	96.7	28	93.3	
Tổng	30	100	30	100	

Bảng 6. Khả năng lên cầu thang của bệnh nhân cứng khớp gối

Mức độ chức năng	Trước khi điều trị		Sau khi điều trị		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Bình thường	2	6.7	2	6.7	0.001
Hơi khó khăn	9	30	24	80	
Phải bước từng bước	19	63.3	4	13.3	
Tổng	30	100	30	100	

Bảng 7. Khả năng dùng dụng cụ trợ giúp khi đi lại của bệnh nhân cứng khớp gối

Khả năng sử dụng	Trước khi điều trị		Sau khi điều trị		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Không cần	29	96.7	28	93.3	0.043
Dùng nạng hay gậy	1	3.3	2	6.7	
Không đứng được	0	0	0	0	
Tổng	30	100	30	100	

Bảng 8. Khả năng ngồi xổm của bệnh nhân cứng khớp gối

Khả năng ngồi xổm	Trước khi điều trị		Sau khi điều trị		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Dễ dàng	0	0	2	6.7	0.565
Hơi khó khăn	5	16.7	5	16.7	
Không thể ngồi gập gối >90°	6	20	5	16.7	
Hoàn toàn không thể	19	63.3	18	60	
Tổng	30	100	30	100	

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi 51-70 chiếm tỉ lệ cao nhất 53,3%. So sánh với kết quả của các nghiên cứu trong nước như NC của Đặng H. Hoa trên 42 bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị tại khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai có tuổi trung bình là 58-70 tuổi. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu của các tác giả trong nước đều cho rằng các bệnh về khớp gối ít gặp ở tuổi dưới 30 nhưng tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng dần đến tuổi 80.

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số là 60%. Các nghiên cứu dịch tễ học đều cho rằng các bệnh về khớp gối thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới đặc biệt sau tuổi mãn kinh do vai trò của hormone và sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương.

Thang VAS: Tỷ lệ cao bệnh nhân trước khi điều trị có (VAS 7-10) sau đợt điều trị giảm xuống VAS 4-6. Chiến lược chung trong điều trị VLTL/PHCN cho người bệnh có vấn đề về khớp là giảm đau, kiểm soát viêm sưng, cải thiện cơ lực và tầm vận động khớp, chỉnh dáng đi. Do lượng giá đúng và chọn phương pháp điều trị đúng nên BN vào sau một đợt điều trị có sự cải thiện rõ rệt tình trạng đau. Đây là vấn đề rất có ý nghĩa trong lâm sàng và nghiên cứu.

Lực cơ: Về vấn đề sức mạnh cơ, khớp gối sức mạnh cơ tăng lên đáng kể sau điều trị đặc biệt là cơ tứ đầu đùi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của Ryan và cs về sức mạnh cơ tứ đầu đùi và thời gian phục hồi chức năng sau thay khớp gối toàn phần cho thấy sau 01 tháng can thiệp tình trạng sức mạnh cơ tứ đầu được cải thiện. Kết quả NC của Robert và cs thấy rằng tập luyện tiền phục hồi đến sức mạnh và chức năng vận động sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần có hiệu quả rõ rệt. Các bệnh nhân biểu hiện giảm đau, đi bộ 6 phút, sức mạnh chân phẫu thuật và tăng sức mạnh chân không phẫu thuật và sức mạnh chân không đối xứng. Thể hiện rõ trên hoạt động chức năng là thay đổi tư thế ngồi sang đứng và ngược lại.

Tầm vận động: Về tầm vận động khớp gối, bệnh nhân cũng cải thiện rất tốt theo chương trình can thiệp đề ra. Kết quả cho thấy các phương pháp phục hồi chức năng có hiệu quả với tình trạng của bệnh nhân. Kết quả NC của Kornuijt và cs tiến hành đánh giá cử động gập - duỗi gối trong 8 tuần đầu, thu được kết quả: tầm vận động gập hồi phục có thể lên đến 110o sau 8 tuần phẫu thuật có can thiệp PHCN, khả năng phục hồi tốt nhất trong 4 tuần đầu tiên đối với

khả năng gập gối, nhóm không có khả năng gập gối đầy đủ trong 8 tuần sau phẫu thuật thì sau 8 tuần hầu như không cải thiện hoặc kém đi. Với tầm vận động duỗi gối cải thiện từ mức 10,7o về mức 3,2o.

Thang Lysholm: Để đánh giá chức năng của khớp gối chúng tôi sử dụng thang Lysholm trong nghiên cứu này cho thấy kết quả sau khi điều trị thang lysholm có sự cải thiện nhưng không có sự khác biệt đáng kể về điểm số trước và sau điều trị, có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê một số hạng mục trong thang và có ý nghĩa lâm sàng.

Sử dụng dụng cụ trợ giúp: Theo NC của Trần T. Dũng và cs - Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bằng cách sử dụng phương pháp cắt bỏ, đánh giá hồi cứu 5 năm về kết quả trung hạn – với 45 bệnh nhân nghiên cứu có đến 34 bệnh nhân không cần dụng cụ trợ giúp sau điều trị. Nghiên cứu trên cũng tương đương với nghiên cứu của chúng tôi với 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau điều trị hầu hết bệnh nhân không cần dùng dụng cụ hỗ trợ nạng

Ngồi xổm: Theo NC của chúng tôi mức độ ngồi xổm của bệnh nhân sau điều trị cải thiện không đáng kể. Dễ dàng ngồi xuống từ 0% tăng lên 6,7%. Con số này thay đổi là chưa nhiều, một lý do đó là ngồi xổm là hoạt động chức năng thuộc nhóm khó khi BN có hạn chế tầm vận động khớp gối, trước đó BN cần cải thiện tầm vận động khớp, cải thiện sức mạnh mô cơ và phần mềm xung quanh, tăng độ dẻo dai thì mới làm được các hoạt động chức năng khó như vậy. Điều này có ý nghĩa rất tích cực giúp BN yên tâm điều trị theo liệu trình mà các nhà VLTL/PHCN đề ra, cần thực hiện một vài đợt điều trị tiếp theo.

Di chuyển lên cầu thang: Theo Alexander và cs nghiên cứu "Chức năng khớp gối và cơ sinh học đi lại ở bệnh nhân rách dây chằng chéo trước giai đoạn cấp tính", đã khảo sát 18 bệnh nhân bị chấn thương dây chằng chéo trước khớp gối cấp tính và 20 người trưởng thành khỏe mạnh làm đối chứng. Cơ sinh học của khớp gối và hoạt động đi bộ được đánh giá bằng 5 cảm biến quán tính được cố định bằng các vòng bít đặc biệt ở lưng dưới, phần dưới của đùi và phần dưới của cẳng chân phải và chân trái. Các chuyển động và đặc điểm thời gian được ghi lại khi đối tượng đang đi bộ 10 m với tốc độ thoải mái, kết quả cho thấy, trong những ngày đầu sau chấn thương, không chỉ chức năng khớp gối bị ảnh hưởng đã giảm, mà cả chức năng của toàn bộ chi dưới. Điều này dẫn đến sự bất đối xứng chức năng. Động học của các chuyển động trong khớp thay đổi phù hợp với việc đi bộ chậm

hơn. Việc đi bộ không chỉ trở nên chậm hơn mà còn liên quan đến việc giảm tải tác động trong giai đoạn chấp nhận trọng lượng. Vào những ngày sau đó, các suy giảm chức năng ít rõ rệt hơn. Tổng phạm vi chuyển động gập không vượt quá 20 độ trong nhóm đầu tiên và 55 độ trong nhóm thứ hai. Một NC khác đánh giá vai trò của vận động có kháng trở lên bệnh nhân sau thay khớp gối: các đối tượng được thực hiện các bài tập kháng trở dưới nước trong 12 tuần đã cải thiện đáng kể khả năng cử động gập gối và tăng sức mạnh cơ, tăng tốc độ đi bộ và tốc độ leo cầu thang so với các đối tượng không nhận được bất kỳ can thiệp nào.

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy: trước khi điều trị có 19 người bệnh phải bước từng bước và có 9 người bước cầu thang khó khăn nhưng sau khi điều trị chỉ còn 4 người bệnh phải bước từng bước cầu thang, có 24 người bệnh chỉ bước hơi khó khăn và có 2 người bệnh bước đi bình thường có thể thấy rằng khả năng phục hồi sau khi điều trị cải thiện rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

- Ở nữ độ tuổi có vấn đề về khớp gối lớn hơn ở nam độ tuổi thường gặp là 51-70. Tâm vận động gập gối chủ động chủ yếu đạt mức 0-120 độ chiếm 80%. Tâm vận động gập gối thụ động đạt mức 0-120 độ là chủ yếu (83,3%).

- Sau điều trị phần lớn BN đau mức độ nặng (7-10) giảm rất nhiều xuống mức đau nhẹ và vừa. Lực cơ khớp gối có cải thiện, tăng bậc cơ. Tâm vận động gập gối chủ động chủ yếu đạt mức 0-120 độ chiếm 80%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Lysholm D (kém)

chiếm tỷ lệ cao nhất 96.7%. Với giá trị $p=0.161>0.05$ không có giá trị thống kê. Tuy nhiên một số chỉ số nghiên cứu trong thang Lysholm có thay đổi có ý nghĩa: Tỷ lệ không dùng dụng cụ trợ giúp chiếm (93.3%) sau điều trị. Tỷ lệ $P=0,043$ có giá trị thống kê. Khả năng lên cầu thang khá hơn chiếm tỷ lệ 80% cải thiện hơn 50 % so với trước điều trị (30%). Tỷ lệ $p=0.001<0.05$ có giá trị thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kristen Gasnick** (2022). Joint Stiffness
2. **Q. Hugh Watson, et al** (2020). Musculoskeletal stiffness is common in healthy adults and increases with age. Musculoskeletal care. PMID: 32812344. DOI: 10.1002/msc.1501
3. **Rajjat Kumar et al** (2020). Role of physiotherapy in post-operative knee stiffness: A literature review.
4. **Lương Thu Hằng, Phạm Văn Minh** (2021). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính. Tạp chí Y học Việt Nam
5. **Trần Trung Dũng, Đào Xuân Thành** (2016). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Tạp chí Y Học Việt Nam.
6. **Manuel Arroyo-Morales et al** (2019). The Lysholm score: Cross cultural validation and evaluation of psychometric properties of the Spanish version.
7. **Ryan L Mizner et al.** (2005). Quadriceps strength and the time course of functional recovery after total knee arthroplasty. J Orthop Sports Phys Ther.
8. **Robert Topp et al.** (2009). The effect of prehabilitation exercise on strength and functioning after total knee arthroplasty. www.pmrjournal.org.
9. **Theo Trần Trung Dũng và cộng sự** (2020). Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bằng cách sử dụng phương pháp cắt bỏ có đo lường sửa đổi: đánh giá hồi cứu 5 năm về kết quả trung hạn.

KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA THÌ ĐẦU Ở BỆNH NHÂN ≥ 75 TUỔI BỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

Đặng Văn Minh¹, Vũ Điện Biên², Nguyễn Ngọc Quang³, Nguyễn Tiến Dũng⁴, Lê Thị Hương Lan¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Minh

Email: dangminhtmnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Mục tiêu: Xác định kết quả của can thiệp động mạch vành (CTĐMV) qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên trong vòng 30 ngày và 6 tháng sau can thiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên, có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2023. **Kết quả:** Thời gian cửa bóng trung bình là $2318,77 \pm 3236,90$ phút; thời gian PCI ≤ 12 h là 30,8%. Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân can thiệp thành