

- molecular subtypes]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2009;31(6):447-451.
- Dokcu S, Caparlar MA, Başçeken Sİ, Eroglu A.** Distribution and Clinicopathological Characteristics of Breast Cancer Molecular Subtypes in Turkish Women. European Journal of Clinical Medicine. 2022;3(6):14-20. doi:10.24018/clinimed.2022.3.6.220
 - Zeng H, Zheng R, Guo Y, et al.** Cancer survival in China, 2003–2005: A population-based study. International Journal of Cancer. 2015;136(8):1921-1930. doi:10.1002/ijc.29227
 - Xue C, Wang X, Peng R, et al.** Distribution, clinicopathologic features and survival of breast cancer subtypes in Southern China. Cancer Sci. 2012;103(9): 1679-1687. doi:10.1111/j.1349-7006.2012.02339.x
 - Osborne CK, Bardou V, Hopp TA, et al.** Role of the estrogen receptor coactivator AIB1 (SRC-3) and HER-2/neu in tamoxifen resistance in breast cancer. J Natl Cancer Inst. 2003;95(5):353-361. doi:10.1093/jnci/95.5.353
 - Anzick SL, Kononen J, Walker RL, et al.** AIB1, a steroid receptor coactivator amplified in breast and ovarian cancer. Science. 1997;277 (5328):965-968. doi:10.1126/science.277.5328.965
 - Osovskaya V, Wang Y, Budoff A, et al.** Exploring Molecular Pathways of Triple-Negative Breast Cancer. Genes Cancer. 2011;2(9):870-879. doi:10.1177/1947601911432496

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẢNG CHÉO SAU BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI “TẮT CẢ BÊN TRONG” SỬ DỤNG ĐƯỜNG MỔ HAI LỖI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC, GIAI ĐOẠN 2018 - 2023

Phạm Ngọc Đình¹, Lưu Danh Huy¹, Phan Bá Hải¹, Nguyễn Văn Học^{1,2}, Nguyễn Hoàng Quân¹, Nguyễn Mộc Sơn^{1,3}, Lê Xuân Hoàng^{1,2}, Bùi Thị Kim Nhung¹, Nguyễn Mạnh Khánh¹

TÓM TẮT

Nhằm mô tả đặc điểm phẫu thuật và kết quả theo dõi sau phẫu thuật của bệnh nhân đứt dây chằng chéo sau (DCCS) bằng kỹ thuật nội soi tái tạo DCCS theo phương pháp “tắt cả bên trong” sử dụng hai lỗi trước, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 88 bệnh nhân đứt DCCS điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2018 đến năm 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân chủ yếu là nam giới (78,4%), tuổi trung bình là 31,4±8,3 tuổi, nguyên nhân chấn thương do tai nạn gia thông chiếm chủ yếu với tỷ lệ 44,4%, hình ảnh cộng hưởng từ vị trí đứt DCCS ở vùng đùi (46,6%), vùng thân (37,5%), có 63,6% tổn thương DCCS không kèm theo các tổn thương khác. Thời gian phẫu thuật trung bình là 35,36±4,81 phút. 100% bệnh nhân sử dụng mảnh ghép gân Hamstring tự thân với đường kính mảnh ghép trung bình là 7,96 ±0,75 mm. Sau phẫu thuật, không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng khớp gối hay nhiễm trùng vết mổ. Theo dõi bệnh nhân cho thấy chức năng và độ vững khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS có sự cải thiện đáng kể: Điểm trung bình Lysholm tăng từ 45,5 ±8,95 trước mổ lên 87,34 ±10,68 điểm sau mổ; điểm trung bình IKDC 2000 tăng từ 44,0 ±7,91 trước mổ tăng lên 85,18 ±7,17 điểm sau mổ; điểm trung bình Tegner về mức độ hoạt động thể lực tăng từ 2,69 ±1,07 trước mổ lên 5,86 ±1,48 điểm sau mổ, có ý

nghĩa thống kê.

Từ khóa: dây chằng chéo sau, nội soi, khớp gối, tắt cả bên trong, đường mổ hai lỗi trước

SUMMARY

RESULTS OF ARTHROSCOPIC “ALL INSIDE” RECONSTRUCTION TECHNIQUE USING ALL ANTERIOR PORTAL FOR POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT PATIENTS IN VIET DUC HOSPITAL, 2018-2023

To describe the surgical characteristics and postoperative follow-up results of patients with posterior cruciate ligament (PCL) rupture using the arthroscopic “all-inside” PCL reconstruction technique with two anterior portals, we conducted a study on 88 patients with PCL rupture treated at Viet Duc Hospital from 2018 to 2023. The study results showed that the patients were mainly male (78.4%), the average age was 31.4 ± 8.3 years old, the injury cause was due to traffic accidents (44.4%), the MRI location of the PCL rupture was in the thigh (46.6%), the trunk (37.5%) and there were no ligament, meniscus contusions (63.6%). The average surgical time was 35.36 ± 4.81 minutes. 100% of patients used autologous tendon grafts with an average graft diameter of 7.96 ± 0.75 mm. After surgery, no cases of knee joint infection or surgical site infection were recorded. Patient follow-up showed that knee function and stability after arthroscopic DCCS reconstruction surgery improved significantly: The average Lysholm score increased from 45.5 ± 8.95 before surgery to 87.34 ± 10.68 points after surgery; the average IKDC 2000 score increased from 44.0 ± 7.91 before surgery to 85.18 ± 7.17 points after surgery; the average Tegner score for physical activity level increased from 2.69 ± 1.07 before surgery to 5.86 ± 1.48 points after surgery,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đình

Email: dr.dinhphamngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

with statistical significance.

Keywords: Posterior cruciate ligament, arthroscopic, knee, all-inside, all anterior portal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo sau (DCCS) là một trong các thành phần chính góp phần giữ vững khớp gối, tỉ lệ tổn thương chiếm khoảng 2-23% trong tổng số các chấn thương khớp gối [7]. Điều trị phẫu thuật DCCS được áp dụng trong trường hợp tổn thương nặng hoặc tổn thương kèm theo các cấu trúc khác của khớp gối bằng hai kỹ thuật tạo hình DCCS kinh điển là tạo hình DCCS gắn diện bám chày và tạo hình DCCS với đường hầm xuyên chày [5]. Ngày nay, kỹ thuật nội soi tạo hình DCCS theo phương pháp "tất cả bên trong" đã được áp dụng dựa trên các thành tựu phát triển dụng cụ nội soi khớp gối và nội soi tạo hình DCCT. Đã có một số nghiên cứu báo cáo kỹ thuật này đem lại ưu điểm đường mổ nhỏ, ít biến chứng và phục hồi chức năng khớp gối tốt hơn so với các kỹ thuật cũ [6]. Kỹ thuật nội soi tạo hình DCCS theo phương pháp "tất cả bên trong" thường sử dụng lối vào: trước ngoài, trước trong, sau trong, sau ngoài, giúp quan sát và thao tác tại khoang sau khớp gối. Tuy nhiên, việc sử dụng các lối vào phía sau có nguy cơ tổn thương các cấu trúc như: thần kinh mạc, tĩnh mạch hiển. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy, việc sử dụng 2 lối vào phía trước và sử dụng định vị đường hầm chày được thiết kế phù hợp vẫn có thể khoan đường hầm chày đúng theo kỹ thuật.

Tại Việt Nam, cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo về đặc điểm và kết quả theo dõi bệnh nhân tái tạo DCCS bằng kỹ thuật nội soi "tất cả bên trong" và chưa có nghiên cứu nào về việc chỉ sử dụng các lối vào phía trước trong nội soi tái tạo DCCS. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS bằng phương pháp "tất cả bên trong" sử dụng đường mổ hai lối trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo DCCS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 05 năm 2023, thoả mãn các tiêu chí lựa chọn sau:

- Tuổi 18-50
- Được chẩn đoán tổn thương DCCS khớp gối trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh
- Được PTNS tái tạo DCCS bằng kỹ thuật "tất cả bên trong" sử dụng đường mổ hai lối trước
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên

cứ, biên bản phẫu thuật, kết quả phim chụp X-quang và cộng hưởng từ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý về vận động chi dưới trước phẫu thuật
- Bệnh nhân có phẫu thuật khác cùng chi dưới trước và sau PTNS tái tạo DCCS
- Bệnh nhân chưa đủ điều kiện phẫu thuật: teo cơ, hạn chế biên độ vận động khớp gối
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, không được theo dõi đầy đủ sau mổ
- Bệnh nhân không thể liên lạc được sau khi ra viện
- Hồ sơ bệnh án thiếu nhiều thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang và tiến cứu. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Kết quả có 88 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu, thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chung.

2.3. Các thang điểm được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm:

➢ Thang điểm Lysholm: Gồm 8 tiêu chí Đi khập khểnh, sự hỗ trợ, kẹt cứng khớp gối, lỏng khớp, đau, sưng nề, leo cầu thang, ngồi xổm, mỗi tiêu chí được chấm điểm theo mức độ đánh giá. Tổng điểm được phân loại thành Rất tốt: 95-100 điểm; Tốt: 84-94 điểm; Khá: 65-83 điểm; ≤ 64 điểm: Kém

➢ Điểm IKDC 2000 chủ quan: Gồm 10 câu hỏi liên quan đến khớp gối về vận động, cảm giác, hoạt động thường ngày. Câu 1, 4, 5, 7, 8, 9 mỗi đáp án được lựa chọn sẽ quy trong mức điểm 0-4. Câu 6 có mức điểm 0-1. Câu 2, 3, 10 có mức điểm 0-10. Điểm IKDC chủ quan của NB tính theo công thức: Điểm IKDC = Tổng điểm thực của người bệnh/87*100

➢ Điểm thể lực Tegner

Gồm 10 mức độ: mức cao nhất là thi đấu thể thao cho tới mức thấp nhất là nghỉ ốm đau không làm việc được.

Các thang điểm nêu trên được tính toán dựa vào các thông số lâm sàng và xét nghiệm tại thời điểm bệnh nhân nhập viện điều trị

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá lâm sàng

Kỹ thuật mổ:

- NB được gây tê tùy sống, nằm ngửa với khớp gối bên mổ gấp 90°
- Gao hơi gốc đùi có dồn máu
- Vào khớp gối với hai ngõ vào: trước trên ngoài và trước trên trong:
- + Ngõ trước trên ngoài: điểm vào sát bờ cực dưới xương bánh chè và sát bờ ngoài gân bánh chè.

+ Ngõ trước trên trong: điểm vào sát bờ trong gân bánh chè, dưới ngõ trước ngoài 0,5cm.

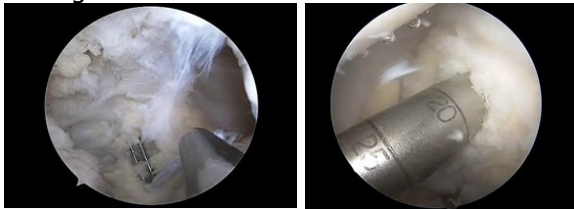
- Quan sát khớp gối, đánh giá hình thái, tính chất DCCS vị trí điểm bám đùi. Qua khe giữa lồi cầu trong và dây chằng chéo trước (DCCT), đánh giá điểm bám chày và quan sát gờ sau mâm chày. Đánh giá, xử lý tổn thương sụn chêm kèm theo.

- Lấy gân bán gân, gân cơ thon, chập bốn để chuẩn bị mảnh ghép tự thân với chiều dài 70mm.

- Dọn sạch điểm bám dây chằng còn lại.

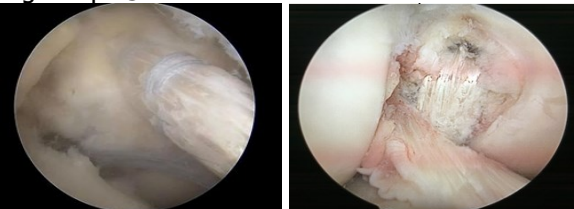
- Khoan tạo đường hầm mâm chày với định vị DCCS của hãng Arthrex và mũi khoan ngược FlipCutter®. Vị trí đặt đường hầm của DCCS tương ứng với vị trí tâm của diện bám chày của DCCS, dưới mặt khớp của mâm chày trong khoảng 10mm

- Khoan tạo đường hầm đùi ở tư thế gối gấp 90°. Vị trí đặt đường hầm được xác định tương ứng với vị trí tâm BTN của DCCS, ở vị trí 11 giờ với gối trái và 1 giờ với gối phải, cách bờ khớp khoảng 3-5mm.



Hình 1: Khoan đường hầm đùi và đường hầm chày

- Luồn, kéo và cố định mảnh ghép gân ở tư thế gối gấp 90°, cố định mảnh ghép bằng RT TightRope®.



Hình 2: Luồn, kéo mảnh ghép vào đường hầm đùi và đường hầm chày

- Kiểm tra vận động gấp duỗi khớp gối tối đa khoảng 20 lần, duy trì lực kéo mảnh ghép, kiểm tra độ căng của DCCS mới.

- Kiểm tra lại độ vững của khớp gối nội soi và thăm khám lâm sàng.

Theo dõi bệnh nhân: Bệnh nhân được theo dõi trong suốt thời gian điều trị nội trú. Sau khi bệnh nhân xuất viện, nhóm nghiên cứu sẽ liên lạc theo số điện thoại đã lưu tại bệnh án mời tái khám, đánh giá kết quả lâm sàng tại thời điểm 12 tháng – 18 tháng – 24 tháng sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn đánh giá chức năng khớp gối: Sử dụng thang điểm Lysholm, IKDC2000 và

điểm thể lực Tegner

Đo biên độ vận động khớp gối: Sử dụng thước đo Goniometer. Biên độ gấp thực tế của khớp gối ở NB được đánh giá và so sánh chân mổ với chân lành để đánh giá mức độ thiếu gấp. Mức độ thiếu duỗi khớp gối được tính bằng góc mà khi gối duỗi tối đa mà không về được 0°.

2.5. Xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn (SD), kiểm định χ^2 , Fisher's exact test để so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ, kiểm định T-test so sánh hai trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 88 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia. Tuổi trung bình là $31,4 \pm 8,3$; 69 bệnh nhân nam (78,4%). Đa số bệnh nhân đứt dây chằng khớp gối do tai nạn giao thông (44,3%) và tai nạn thể thao (31,8%). 100% bệnh nhân xuất hiện dương tính với nghiệm pháp Godfrey và ngăn kéo sau. Bệnh nhân có nghiệm pháp ngăn kéo trước, nghiệm pháp vẹo trong, vẹo ngoài dương tính chiếm tỉ lệ thấp, lần lượt là 10,2%, 7,9%, 3,4% và đều là độ I. Có 21,6% bệnh nhân có nghiệm pháp McMurray dương tính. Gần một nửa bệnh nhân có vị trí đứt DCCS ở vùng đùi (46,6%), vùng thân (37,5%). Có 63,3% bệnh nhân không có tổn thương kèm theo, 36,7% bệnh nhân có các tổn thương kèm theo trên phim cộng hưởng từ như đụn dập DCCT, DCBT, DCBN, SCT, SCN (Bảng 3.1).

Thời gian phẫu thuật trung bình là $35,36 \pm 4,81$ phút. 100% bệnh nhân sử dụng mảnh ghép gân tự thân với đường kính mảnh ghép trung bình là $7,96 \pm 0,75$ mm. Sau phẫu thuật, không ghi nhận trường hợp biến chứng nhiễm trùng khớp gối hay nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3.1. Đặc điểm DCCS trên phim cộng hưởng từ tại thời điểm nhập viện (n=88)

Đặc điểm	Kết quả
Vị trí đứt DCCS, n (%)	
Vùng thân	33 (37,5%)
Vùng chày	9 (10,2%)
Vùng đùi	41 (46,6%)
Không tín hiệu	5 (5,7%)
Tổn thương kèm theo, n(%)	
Đụn dập DCCT, DCBT, DCBN	14 (15,9%)
Rách SCT	8 (9,1%)
Rách SCN	15 (17%)
Không có	66 (63,6%)

Kết quả theo dõi bệnh nhân sau mổ cho thấy, chức năng và độ vững khớp gối đánh giá theo

thang điểm Lysholm cải thiện đáng kể: nhóm bệnh nhân đánh giá tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao (lần lượt là 40,9% và 30,7%) so với trước mổ. Điểm trung bình Lysholm trước mổ là 45,5 ±8,95 tăng lên 87,34±10,68 điểm sau mổ (Bảng 3.2)

Bảng 3.2. Chức năng khớp gối trên thang điểm Lysholm trước và sau phẫu thuật (n=88)

Điểm Lysholm	Trước PT	Sau PT	p
Rất tốt (95-100), n(%)	0	27 (30,7)	0,00
Tốt (84 -94), n(%)	0	36 (40,9)	
Trung bình (65-83), n(%)	3 (3,4)	21 (23,1)	
Kém (<65), n(%)	85 (96,6)	4 (4,5)	0,00
Điểm trung bình, (X±SD) (Min – Max)	45,5±8,95 (30 – 75)	87,34±10,68 (46 – 100)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự cải thiện về chức năng khớp gối đánh giá theo thang điểm IKDC 2000 chủ quan. Trước mổ, 100% bệnh nhân có điểm IKDC 2000 chủ quan dưới 70 và giảm xuống còn 4,5% bệnh nhân sau mổ. Nhóm điểm 81-90 chiếm chủ yếu là 53,4% sau mổ. Điểm trung bình IKDC trước mổ là 44,0 ±7,91, sau mổ tăng lên 85,18 ±7,17 điểm. (Bảng 3.3)

Bảng 3.3. Chức năng khớp gối trên thang điểm IKDC 2000 chủ quan trước và sau phẫu thuật (n=88)

Điểm IKDC 2000 chủ quan	Trước PT	Sau PT	p
> 90 điểm (95-100), n(%)	0	22 (25)	0,00
81-90, n(%)	0	47 (53,4)	
71-80 (65-83), n(%)	0	15 (17,1)	
≤70 (<65), n(%)	88 (100)	4 (4,5)	0,02
Điểm trung bình, (X±SD) (Min – Max)	44,0±7,91 (31-68)	85,18±7,17 (64-100)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có sự thay đổi về mức độ hoạt động thể lực theo thang điểm Tegner trước và sau phẫu thuật. Điểm trung bình tăng từ 2,69 ±1,07 trước mổ lên 5,86 ±1,48 điểm sau mổ (Bảng 3.4).

Bảng 3.4. Mức độ hoạt động thể lực theo thang điểm Tegner trước và sau phẫu thuật (n=88)

Điểm Tegner	Trước PT	Sau PT	p
<4, n(%)	68 (77,3)	3 (3,4)	0,00
4-5, n(%)	19 (25,6)	36 (40,9)	
>5, n(%)	1 (1,1)	49 (55,7)	
Trung bình, (X±SD) (Min – Max)	2,69±1,07	5,86±1,48	0,03
Biên độ	0-6	2-9	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân là nam giới, độ tuổi trung bình là 31

tuổi và gặp chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông và tai nạn thể thao. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Lê Thanh Tùng (năm 2020)[2] và Chen (2016) [8].

Kết quả của chúng tôi cho thấy, gần một nửa bệnh nhân có vị trí đứt DCCS ở vùng đùi (46,6%), vùng thân (37,5%). Có 63,3% tổn thương DCCS đơn độc, không kèm theo các tổn thương khác. Tổn thương sụn chêm và sụn khớp thường là tổn thương thứ phát do sự mất vững khớp gối nên bởi tổn thương của DCCS trong một thời gian dài. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả trong nước và ngoài nước [1, 2, 9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ sử dụng hai lỗ vào phía trước không gây khó khăn cho phẫu thuật. Việc sử dụng lỗ vào trước ngoài sát với gân bánh chè giúp Camera có thể đưa ra phía sau qua khoảng giữa dây chằng chéo trước và lỗ cầu trong mà không bị vướng, giúp quan sát được gờ sau mâm chày. Để tránh nguy cơ tổn thương các cấu trúc phía sau khi khoan đường hầm chày, khi đặt định vị, chúng tôi xác định chiều dài đường hầm. Khi mũi khoan đi gần hết chiều dài đường hầm, chúng tôi sẽ dùng tay để xoay mũi khoan, tránh nguy cơ khoan quá mức. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn các tác giả khác, có thể do việc không mở các cổng phía sau và thuận thực trong kỹ thuật mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,36 ±4,81 phút, ngắn hơn so với kết quả của Đỗ Văn Minh (2018) [1] với thời gian mổ trung bình 68,9 ±12,05 phút (3 lỗ vào: trước ngoài, trước trong, sau trong) và Trần Bình Dương (2022) [3] thời gian mổ trung bình 71,4 ±17 phút (4 lỗ vào: trước ngoài, trước trong, sau ngoài, sau trong). Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện biến chứng sau mổ, khác so với tác giả Chen (2016)[8] ghi nhận có 21,9% (trong tổng 181 ca bệnh) xuất hiện huyết khối tĩnh mạch sâu và 5 ca nhiễm trùng nông vết mổ, tác giả Đỗ Văn Minh (2018)[1] ghi nhận có 2 trường hợp bị nhiễm trùng nông vết mổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kết quả chức năng và độ vững khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS đánh giá theo thang điểm Lysholm, điểm IDKC 2000 chủ quan và mức độ hoạt động thể lực theo thang điểm Tegner đều có sự cải thiện đáng kể. Điều này cho thấy chức năng khớp gối của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS tốt hơn rõ rệt so với trước phẫu thuật. Từ đó khẳng định phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS giúp NB tổn thương DCCS có chức năng khớp gối tốt hơn. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả

trong và ngoài nước khi theo dõi xa trong vòng 1-3 năm [4, 7, 8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp nội soi tái tạo DCCS bằng kỹ thuật "tất cả bên trong" sử dụng đường mổ hai lỗ trước đem lại kết quả hồi phục vận động khớp gối tốt cho bệnh nhân, rút ngắn thời gian phẫu thuật và không có biến chứng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Minh.** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình dây chằng chéo sau qua nội soi kỹ thuật tất cả bên trong. 2018. Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thanh Tùng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo sau khớp gối qua nội soi bằng mảnh ghép gân đồng loại, Luận án tiến sĩ y học. 2020. Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Bình Dương.** Nghiên cứu giải phẫu - cơ sinh học dây chằng chéo sau và đánh giá kết quả tái tạo dây chằng qua nội soi bằng gân cơ mác dài. 2022. Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Trung Dũng.** Tạo hình dây chằng chéo sau khớp gối kỹ thuật hai bó "all-inside" qua nội soi

tại Bệnh viện Xanh pôn, Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam). 2020. 1-2, tr. 156-161.

5. **Bedi, Asheesh, Musahl, Volker và Cowan, James B.** Management of Posterior Cruciate Ligament Injuries: An Evidence-Based Review, The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2016. 24(5), tr. 277-289.
6. **Freychet, Benjamin và các cộng sự.** All-inside Posterior Cruciate Ligament Reconstruction: Surgical Technique and Outcome, Clinics in Sports Medicine. 2019. 38(2), tr. 285-295.
7. **Wang, Sheng-Hao và các cộng sự.** Long-term results of posterior cruciate ligament tear with or without reconstruction: A nationwide, population-based cohort study, PloS One. 2018. 13(10), tr. e0205118.
8. **Chen, Tianwu, Liu, Shaohua và Chen, Jiwu.** All-Anterior Approach for Arthroscopic Posterior Cruciate Ligament Reconstruction With Remnant Preservation, Arthroscopy Techniques. 2016. 5(6), tr. e1203-e1207.
9. **James, Evan W., Williams, Brady T. và LaPrade, Robert F.** Stress Radiography for the Diagnosis of Knee Ligament Injuries: A Systematic Review, Clinical Orthopaedics and Related Research. 2014. 472(9), tr. 2644-2657.

ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS TRẺ EM

Phạm Văn Tấn¹, Trịnh Đình Thê Nguyễn²,
Trần Thị Thanh Loan¹, Phan Đặng Anh Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm giải phẫu bệnh viêm thận Lupus (VTL) theo Hội Thận học Quốc tế/Hội Giải phẫu bệnh Thận cập nhật 2018 (ISN/RPS 2018) và đối chiếu với đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân VTL trẻ em. **Phương pháp và đối tượng:** Nghiên cứu thực hiện ở 86 trường hợp VTL trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2023 đến 03/2024. **Kết quả:** Nhóm mô bệnh học thường gặp nhất là nhóm III (40,7%), các nhóm thường gặp khác là IV (31,4%) và II (25,6%). Nhóm V (bao gồm các nhóm kết hợp III/IV+V) ít gặp. Trung vị chỉ số hoạt động (CSHD) = 6 (1-8) và chỉ số mạn tính (CSMT) = 1 (0-2). IgG, IgM, C1q dương tính hơn 94% các trường hợp. Kiểu hình "Full-house" (hiện diện đồng thời IgG, IgM, IgA, C1q và C3) có tỉ lệ 73,3%. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học về tỉ lệ các bệnh cảnh lâm sàng thận bao gồm bất thường nước tiểu, hội chứng thận hư, hội chứng viêm thận và tổn thương

thận cấp. **Kết luận:** Nhóm III chiếm tỉ lệ cao nhất. Các đặc điểm giải phẫu bệnh cho thấy sự liên quan với nhiều đặc điểm lâm sàng thận tại thời điểm sinh thiết thận. **Từ khóa:** Viêm thận Lupus trẻ em, phân loại ISN/RPS cập nhật 2018

SUMMARY

CLINICAL AND PATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PEDIATRIC LUPUS NEPHRITIS

Aims: To evaluate the spectrum of pathological findings of pediatric lupus nephritis based on revised ISN/RPS 2018 classification and explore the relationship between these findings and clinical features. **Methods and subjects:** There are 86 lupus nephritis patients at Children's Hospital 1 from 01/2023 to 03/2024. **Results:** The most common class was class III (40,7%), other common classes were class IV (31,4%) and class II (25,6%). Class V and mixed classes (III/IV+V) were rare. Activity index (median) = 6 (1-8), chronicity index (median) = 1 (0-2). Immunofluorescence staining with IgG, IgM, C1q was presented in >94% cases. As many as 73,3% of cases feature "full-house" staining for IgG, IgM, IgA, C1q and C3. We found the statistically significant relationship between classes of lupus nephritis and clinical renal manifestations such as urinary abnormalities, nephrotic syndrome, nephritic syndrome and acute kidney injury. **Conclusion:** Class

¹Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đặng Anh Thu

Email: phandanganhthu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024