

- thanh môn điều trị ung thư thanh quản tăng thượng thanh môn. Tạp chí Y học Việt Nam. 02/24 2023;523(1)doi:10.51298/vmj.v523i1.4420
3. **Hoffmann Thomas K.** Total Laryngectomy—Still Cutting-Edge 2021;13(6):1405.
  4. **Vũ Văn Bản.** Đánh giá giá trị chẩn đoán sớm ung thư vòm mũi họng, ung thư thanh quản và ung thư hạ họng bằng nội soi bước sóng ngắn. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
  5. **Nguyễn Khắc Sơn, Nguyễn Hữu Dũng, Lý Xuân Quang.** Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần điều trị ung thư thanh quản tại bệnh viện đại học y dược tp.hồ chí minh từ năm 2018 đến năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/16 2023;526(1A)doi:10.51298/vmj.v526i1A.5299.
  6. **Võ Thị Thùy Linh, Nguyễn Hữu Dũng, Lý Xuân Quang.** Kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản tại bệnh viện đại học y dược tp.hcm từ 2018 đến 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/16 2023;526(1A)doi:10.51298/vmj.v526i1A.5280.
  7. **Meulemans Jeroen, Demarsin Hannelore, Debacker Jens, et al.** Functional outcomes and complications after salvage total laryngectomy for residual, recurrent, and second primary squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx: a multicenter retrospective cohort study. 2020; 10:1390.
  8. **Stankovic M., Milisavljevic D., Zivic M., Stojanov D., Stankovic P.** Primary and salvage total laryngectomy. Influential factors, complications, and survival. Journal of BUON: official journal of the Balkan Union of Oncology. Mar-Apr 2015;20(2):527-39.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TÁI PHÁT KHÁNG TRỊ

Đỗ Huyền Nga<sup>1</sup>, Hoàng Thị Trà My<sup>2</sup>,  
Lê Phong Thu<sup>2</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát kháng trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 83 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị điều trị phác đồ RGEMOX tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-03/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 59,9; Tỷ lệ nam/nữ là ~1/1; ECOG 0-1 chiếm 97,6%. Hội chứng B gặp ở 19,3% bệnh nhân; Bệnh nhân biểu hiện tái phát tại hạch chiếm 97,6%; Kích thước tổn thương trung vị là 4,2 cm. Tổn thương bulky chiếm 20,5%; Có 38 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 45,8%. Vị trí tổn thương tại hạch hay gặp nhất là hạch ổ bụng (67,5%) và hạch đầu cổ (63,9%). Hầu hết các bệnh nhân có LDH trong giới hạn bình thường chiếm 91,6%. Có 73 bệnh nhân có thể mô bệnh học là DLBCL chiếm 87,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng của u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho các bệnh nhân này. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF RELAPSED/REFRACTORY B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA

**Objective:** To Describe the clinical and

paraclinical characteristics of relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Research subjects and methods:** Cross-sectional prospective study conducted on 83 patients with relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma treated with RGEMOX regimen at the Hematologic Oncology Department, K Hospital since 05/2019-03/2024. **Results:** The average age was 59.9 years-old; The male/female ratio was ~1/1; ECOG 0-1 accounts for 97.6%. Syndrome B occurs in 19.3% of patients; Patients with recurrence in lymph nodes account for 97.6%; Median lesion size was 4.2 cm. Bulky lesions accounted for 20.5%; There were 38 patients had extranodal lesions, accounting for 45.8%. The most common locations of lymph node lesions were abdominal lymph nodes (67.5%) and cervical lymph nodes (63.9%). Most patients had LDH within normal limits, accounting for 91.6%. There were 73 patients whose histopathology was DLBCL, accounting for 87.9%. **Conclusions:** The clinical and paraclinical features of relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma assist physicians in the early diagnosis and timely treatment of these patients. **Keywords:** Relapsed/refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULAKH) là một nhóm bệnh tăng sinh ác tính của mô lympho. Đây là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo báo cáo của Tổ chức Ung thư Toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020, tỷ lệ mắc ULAKH chuẩn theo tuổi ở cả hai giới trên thế giới là 5,8/100.000 dân. Bệnh đứng thứ 11 trong số các bệnh ung thư trên thế giới. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc chuẩn theo tuổi chung cho cả 2 giới là 10,07/100.000 dân và là một trong số 13 bệnh

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Trà My

Email: tramy22051997@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

ung thư thường gặp hiện nay<sup>1</sup>. ULAKH là một trong những bệnh ung thư có thể điều trị khỏi. Với sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch, sinh học tế bào, sinh học phân tử đã giúp phân loại chi tiết và chính xác các thể mô bệnh học. Cùng với sự phát triển của các phương pháp điều trị như hóa trị, xạ trị, các kháng thể đơn dòng, một số thể bệnh ULAKH có thể chữa khỏi với tỷ lệ sống sau 5 năm đạt được từ 30-55%. Mặc dù vậy vẫn còn một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân kháng trị (refractory) hoặc tái phát (relapse) sau điều trị ban đầu.

Trong số các type mô bệnh học của ULAKH thì thể tiến triển nhanh chiếm phần lớn nhất là u lympho tế bào B lớn lan tỏa (Diffuse large B cell lymphoma - DLBCL) đặc trưng bởi độ ác tính và tỷ lệ tái phát cao. Khoảng 50 – 60% bệnh nhân DLBCL đạt đáp ứng hoàn toàn và duy trì đáp ứng sau điều trị ban đầu, khoảng 30 - 40% số bệnh nhân sẽ tái phát và có khoảng 10% số bệnh nhân sẽ kháng với điều trị ban đầu<sup>2</sup>. Trong khi đó các thể bệnh u lympho tiến triển chậm có tỉ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn với phác đồ hóa trị ban đầu khoảng 40-80%, khoảng 10% bệnh nhân kháng trị từ đầu và hầu như toàn bộ các bệnh nhân sẽ diễn biến tới tiến triển và tái phát trong cuộc đời. Để tìm hiểu rõ về các đặc điểm lâm sàng cũng như cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát, kháng trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán là u lympho không Hodgkin đã điều trị hóa trị trước đây.

- Kết quả hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u lympho không Hodgkin tế bào B, CD 20 (+).

- Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, chức năng tim mạch đủ tiêu chuẩn điều trị hóa chất.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc bệnh ung thư khác kèm theo.

- Bệnh biểu hiện ở thần kinh trung ương trước điều trị.

- Bệnh nhân nhiễm HIV, HBV, HCV và đang trong tình trạng hoạt động mạnh của virus.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị được điều trị phác đồ RGEMOX từ tháng 05/2019 đến tháng 03/2024 tại Khoa Nội Huyết – Bệnh

viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI, PS, thể mô bệnh học, thời gian diễn biến bệnh, kích thước u, vị trí tổn thương,...).

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số BN	Tỉ lệ %	
Tuổi	≤ 40	8	9,6
	41 - 60	29	34,9
	61 - 75	42	50,6
	>75	4	4,8
Trung bình (min-max): 59,89 ± 12,68 (19-82)			
Giới	Nam	41	49,4
	Nữ	42	50,6
ECOG	0	43	51,8
	1	38	45,8
	2	2	2,4
Hội chứng B	Có	16	19,3
	Không	67	80,7

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 59,9; Tỷ lệ nam/nữ là ~1/1; Hầu hết các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG là 0 và 1, chiếm 97,6%. Hội chứng B gặp ở 19,3% bệnh nhân.

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %	
Số lượng tổn thương hạch	1 hạch	7	8,4
	2 hạch	5	6,0
	≥ 3	69	83,1
Kích thước tổn thương	Trung vị (min - max) cm	4,2	(1-16)
	Bulky > 7 cm	17	20,5

**Nhận xét:** Bệnh nhân biểu hiện tái phát tại hạch chiếm 97,6%; Kích thước tổn thương trung vị là 4,2 cm. Tổn thương bulky chiếm 20,5%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ hạch theo nhóm và vị trí ngoài hạch**

Vị trí biểu hiện	Số BN	Tỉ lệ %
Hạch ngoại vi	66	79,5
Cổ	53	63,9
Nách	23	27,7
Bẹn	21	25,3

Hạch trên cắt lớp vị tính vùng trung thất và ổ bụng	70	84,3
Trung thất	38	45,8
Ổ bụng	56	67,5
Vị trí khác (amygdal, hạ họng)	5	6,0
<b>Bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch</b>	38	45,8
Lách	11	13,3
Dạ dày	7	8,4
Đại tràng	6	7,2
Phổi	9	10,8
Xương	5	6,0
Vú	3	3,6
Gan	3	3,6
Tủy xương	2	2,4
Thương thận	2	2,4
Tuyến mang tai	1	1,2
Thận	2	2,4
Mắt	1	1,2
Phần mềm vùng mắt	1	1,2
Phần mềm vùng mũi	1	1,2
Tinh hoàn	1	1,2
Tụy	1	1,2
Cổ tử cung	1	1,2
Lưỡi	1	1,2

**Nhận xét:** Tổn thương hạch ngoại vi chiếm 79,5%, có 38 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch chiếm 45,8%. Vị trí tổn thương tại hạch hay gặp nhất là hạch ổ bụng (67,5%) và hạch đầu cổ (63,9%).

**Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm tại thời điểm chẩn đoán tái phát/ kháng trị**

Đặc điểm xét nghiệm		Số BN	Tỉ lệ %
LDH	Bình thường	76	91,6
	Tăng	7	8,4
Bình thường		80	96,4
Bất thường: thực bào máu (1); tăng sinh lympho có hình ảnh lympho blast (2).		3	3,6

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân có LDH trong giới hạn bình thường chiếm 91,6%. Đa số các bệnh nhân đều có tủy đồ bình thường (96,4%), có 3 bệnh nhân có tình trạng thâm nhiễm tủy.

**Bảng 3.5. Phân loại mô bệnh học tại thời điểm chẩn đoán tái phát/ kháng trị**

Phân loại mô bệnh học		Số BN	Tỉ lệ %
DLBCL	Tâm mầm	21	25,3
	Không tâm mầm	42	50,6
	Không xác định	10	12,0
	Tổng số	73	87,9
Các thể khác	FL	6	7,2
	MCL	2	2,4
	SLL	1	1,2

	MALT	1	1,2
	<b>Tổng số</b>	<b>10</b>	<b>12,0</b>

**Nhận xét:** Có 73 bệnh nhân có thể mô bệnh học ban đầu là DLBCL (chiếm 87,9%), trong đó chủ yếu là tít không tâm mầm chiếm 50,6%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ULAKH tái phát, kháng trị

###### 4.1.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán tái phát là  $59,9 \pm 12,6$  tuổi, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm tuổi 61-75 chiếm 50,6%. Đối với ULAKH tuổi trung bình tại thời điểm tái phát theo một số tác giả như Guglielmi là 55 tuổi (16-85) và Shioyama là 58 tuổi (29-84)<sup>3,4</sup>. Ở Việt Nam, theo Nguyễn Văn Hưng độ tuổi trung bình tại thời điểm tái phát là  $55,9 \pm 13,2$  tuổi. Nghiên cứu của Trần Xuân Dũng (2018) cho thấy nhóm tuổi hay gặp là 51-60, tuổi trung bình là 55,8 tuổi gần tương đương kết quả nghiên cứu của chúng tôi<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam tương đương nữ  $\sim 1/1$ . Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Xuân Dũng và Nguyễn Văn Đăng (2015) lần lượt là 1,9/1 và 1,5/1<sup>5,6</sup>.

**4.1.2. Lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương hạch chiếm 97,6%, trong đó hạch ổ bụng hay gặp nhất chiếm 67,5% và hạch đầu cổ là 63,9%, hạch trung thất là 45,8%, hạch nách chiếm 27,7%. Có 45,8% số bệnh nhân có biểu hiện ngoài hạch. Vị trí ngoài hạch hay gặp như đường tiêu hóa, vú, gan, phổi, xương... Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy hay gặp tổn thương ở hạch, tổn thương thường gặp ở bệnh nhân ULAKH là một khối kích thước lớn, phát triển nhanh, nhất là hạch vùng cổ hoặc bụng, hoặc ở trung thất trong trường hợp u lympho tế bào B lớn trung thất tiên phát, nhưng cũng có thể gặp ở bất kỳ nơi nào trong cơ thể. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng cho thấy vị trí hay gặp là hạch bạch huyết vùng đầu cổ (51,2%), tiếp đến là nhóm hạch thượng đòn, hạch ben (13,9%), hạch mạc treo và hạch trung thất ít gặp hơn<sup>6</sup>. Kết quả của Trần Xuân Dũng (2018), tại thời điểm tái phát, 50% bệnh nhân có tổn thương tái phát tại hạch, 45% bệnh nhân có tổn thương tái phát tại hạch và ngoài hạch, vị trí hay gặp nhất khi tái phát vẫn là hạch đầu cổ (70%) và hạch ổ bụng (45%)<sup>5</sup>. Như vậy, có thể thấy ULAKH nói chung cũng như thể DLBCL tái phát thường có nhiều vị

trí tổn thương do tính chất ác tính của bệnh, của thể mô bệnh học này<sup>5,6</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi có 19,3% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng B. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng (2015) hội chứng B gặp ở 40%, tỷ lệ này theo nghiên cứu của Trần Xuân Dũng (2018) tại thời điểm tái phát là 22,5%. Các tác giả đều cho thấy tỷ lệ đáp ứng cao hơn ở nhóm bệnh nhân không có biểu hiện của hội chứng B<sup>5,6</sup>.

**4.1.3. Cận lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi, tăng giá trị LDH tại thời điểm tái phát gặp ở 7 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 8,4%. Trong nghiên cứu của Trần Xuân Dũng, tỷ lệ tăng LDH tại thời điểm chẩn đoán ban đầu là 40%<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều được làm tủy đồ, trong đó có 3 bệnh nhân được đánh giá là thâm nhiễm tủy chiếm 3,6%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Xuân Dũng là 5,3%, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng là 6,4%<sup>5,6</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thể bệnh DLBCL chiếm đa số 87,9% trong đó chủ yếu là tít không tâm mầm chiếm 50,6%. Có 10 bệnh nhân là các thể khác không phải DLBCL chiếm 12% bao gồm 7,2% thể nang, 2,4% thể MCL, 1,2% thể SLL, 1,2% thể MALT. Theo phân loại của WHO u lympho được chia thành 2 nhóm: u lympho độ ác tính thấp và u lympho độ ác tính cao. U Lympho độ ác tính thấp đặc trưng bởi các tế bào nhỏ, phát triển chậm. Khi trong quần thể tế bào, tỷ lệ của những tế bào lớn, phát triển nhanh tăng lên, u lympho phát triển nhanh hơn giống như u lympho độ ác tính cao. Như vậy hầu hết các bệnh nhân u lympho không Hodgkin tái phát/kháng trị trong nghiên cứu của chúng tôi là thể DLBCL với độ ác tính cao thường tái phát/kháng trị sớm sau điều trị.

## V. KẾT LUẬN

U lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị là một thể bệnh thường gặp trong u lympho với nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình mắc bệnh 59,9 tuổi, tỉ lệ nam/nữ ~ 1; triệu chứng lâm sàng đặc trưng là nổi hạch, vị trí hạch ổ bụng chiếm 67,5%; hạch cổ chiếm 63,9%; thể giải phẫu bệnh chủ yếu là u lympho tế bào B lớn lan tỏa, tít không tâm mầm. Các kết quả này sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm tăng thời gian sống thêm cho các bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát/kháng trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- Perry AR, Goldstone AH.** High-dose therapy for diffuse large-cell lymphoma in first remission. *Ann Oncol.* 1998;9 Suppl 1:S9-14. doi:10.1093/annonc/9.suppl\_1.s9
- Guglielmi C, Martelli M, Federico M, et al.** Risk-assessment in diffuse large cell lymphoma at first relapse. A study by the Italian Intergroup for Lymphomas. *Haematologica.* Sep 2001;86(9):941-950.
- Shioyama Y, Nakamura K, Kunitake N, et al.** Relapsed non-Hodgkin's lymphoma: detection and treatment. *Radiat Med.* Nov-Dec 2000;18(6):369-375.
- Trần Xuân Dũng.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa tái phát tại bệnh viện K. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội. 2018;
- Nguyễn Văn Đăng.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh u lympho ác tính không Hodgkin tái phát bằng phác đồ ICE tại Bệnh viện K. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học y Hà Nội. 2015;

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO LẠI DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Mạnh Khánh<sup>1</sup>, Ngọc Thanh Phương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo lại dây chằng chéo trước khớp gối tại Bệnh viện

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

Chịu trách nhiệm chính: Ngọc Thanh Phương

Email: drphuong.hg@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả hồi cứu trên 45 bệnh nhân đứt lại DCCT khớp gối và có chỉ định phẫu thuật tái tạo lại DCCT khớp gối tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2018 – 06/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 33,3 ± 8,9, chủ yếu là nam giới (chiếm 80%), nguyên nhân tổn thương lại DCCT do tai nạn nhiều nhất với tỷ lệ 62,2%. Triệu chứng lâm sàng: đau gối (100%), lỏng khớp gối (60%), tổn thương sụn chêm kèm theo (28,9%), tổn thương thoái hóa sụn lõi cầu đùi, mâm chày (17,8%). Trong lần phẫu thuật này, gân mạc bên dài (60%) và gân Hamstring (38%) được sử dụng