

trí tổn thương do tính chất ác tính của bệnh, của thể mô bệnh học này^{5,6}.

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^{5,6}.

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%⁵. 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%^{5,6}.

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 Khánh¹, Ngọc Thanh Phương²

TÓM TẮT

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

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh 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 lồi cầu đùi, mâm chày (17,8%). Trong lần phẫu thuật này, gân mạc bên dài (60%) và gân Hamstring (38%) được sử dụng

hiều nhất, mảnh ghép gân có chiều dài trung bình là $61,11 \pm 6,11$ và đường kính trung bình là $8,7 \pm 1,0$. Sau phẫu thuật, nghiệm pháp Lachman, Pivot-Shift âm tính 100%, điểm IKDC cải thiện từ C, D sang A, B (100%). Điểm Lysholm cải thiện từ $42,8 \pm 3,29$ điểm lên $88,9 \pm 4,12$ điểm. Độ di lệch mâm chày trung bình là $2,01 \pm 1,15$ mm. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tái tạo lại DCCT cho tỷ lệ thành công cao, giúp giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối.

Từ khoá: Tái tạo lại dây chằng chéo trước, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION OF THE KNEE JOINT AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of arthroscopic surgery to revision anterior cruciate ligament reconstruction of the knee at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive was conducted on 45 patients who had recurrent ACL tears of the knee and underwent ACL reconstruction at Viet Duc Hospital from January 2018 to June 2023. **Results:** The average age was 33.3 ± 8.9 , mainly male (80%), the cause of ACL re-injury was most often due to accidents with a rate of 62.2%. Clinical symptoms: knee pain (100%), knee laxity (60%), associated meniscus injury (28.9%), degenerative injury of the femoral condyle and tibial plateau (17.8%). In this surgery, the long lateral peroneal tendon (60%) and the Hamstring tendon (38%) were used the most, the tendon graft had an average length of 61.11 ± 6.11 and an average diameter of 8.7 ± 1.0 . After surgery, the Lachman and Pivot-Shift tests were negative in 100%, the IKDC score improved from C, D to A, B (100%). The Lysholm score improved from 42.8 ± 3.29 points to 88.9 ± 4.12 points. The average tibial plateau displacement was 2.01 ± 1.15 mm. **Conclusion:** Revision anterior cruciate ligament reconstruction has a high success rate, helping to reduce pain and improve knee function. **Keywords:** Revision anterior cruciate ligament reconstruction, arthroscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối là một trong hai dây chằng có chức năng ổn định và ngăn các chuyển động về phía trước quá mức của khớp gối. Đây là dây chằng dễ bị chấn thương nhất khớp gối và không có khả năng tự lành khi bị tổn thương. Tỷ lệ đứt DCCT dao động từ 36-60/100.000 người mỗi năm¹.

Tiêu chuẩn vàng giúp phục hồi chức năng khớp gối khi bị đứt DCCT là phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT. Mặc dù tỷ lệ thành công của ca phẫu thuật tái tạo DCCT lần đầu tương đối cao từ 75 – 97% nhưng vẫn có khoảng 0% - 25% tái đứt DCCT do chấn thương, lỗi kỹ thuật trong lần phẫu thuật trước hoặc do các yếu tố sinh học². Những trường hợp phẫu thuật lại này vẫn có khả năng thất bại, tái đứt DCCT bên đối diện và các

biến chứng như đau và cứng khớp cao.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi tái tạo lại DCCT đã phát triển mạnh mẽ và trở thành một lựa chọn ưu tiên ở các trường hợp chấn thương DCCT khớp gối. Tuy nhiên, vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật tái tạo lại DCCT. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài trên nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương lại DCCT khớp gối, kỹ thuật phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 45 bệnh nhân tái đứt DCCT khớp gối, được chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo lại DCCT tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 – 50 tuổi được chẩn đoán xác định tái đứt DCCT khớp gối, không có tổn thương dây chằng khác và có chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo lại DCCT khớp gối.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có kèm tổn thương các dây chằng khác như dây chằng chéo sau, dây chằng bên trong, dây chằng bên ngoài khớp gối, BN có nhiễm trùng toàn thân hoặc các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Số liệu được lấy từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, theo dõi và điều trị sau mổ.

2.3. Biến số nghiên cứu. Bao gồm đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, tiền sử mổ tái tạo DCCT lần trước; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: dấu hiệu Lachman, nghiệm pháp ngăn kéo trước, nghiệm pháp Pivot-Shift, điểm chức năng Lysholm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, nội soi; kết quả trong mổ: thời gian phẫu thuật, loại mảnh ghép, chiều dài, đường kính mảnh ghép, phương tiện cố định mảnh ghép; kết quả gần: mức độ đau, tràn dịch, tình trạng vết mổ; kết quả xa (6 tháng sau phẫu thuật): Kết quả nghiệm pháp IKDC, Lachman, Pivot-Shift, điểm Lysholm sau phẫu thuật.

2.3. Quy trình phẫu thuật

*** Tư thế BN và PTV:** BN nằm ngửa trên bàn mổ, chân giữ bằng 1 chặn mặt ngoài đùi và 1 chặn ở bàn chân để khớp gối gấp 90°, garo hơi 1/3 trên đùi, PTV đứng bên chân tổn thương, đối diện màn hình nội soi, người phụ đứng bên đối diện.

* Các bước phẫu thuật:

Bước 1: Rạch da

Mảnh ghép gân Hamstring đối bên: Rạch da

dài khoảng 2cm tại vị trí lõi củ trước xương chày và vào trong so với mào chày 1cm, phẫu tích bộc lộ gân cơ thon và cơ bán gân. Mảnh ghép gân mạc bên dài cùng chân tổn thương: Rạch da dài khoảng 2 cm tại vị trí mặt ngoài 1/3 dưới cẳng chân phía trên mắt cá ngoài 3 cm, phẫu tích bộc lộ gân.

Bước 2: Thăm khám khớp gối

Đánh giá toàn diện khớp gối, bơm rửa sạch ổ khớp. Lấy dị vật, sụn khớp và làm sạch ổ khớp, bộc lộ vị trí các đường hầm cũ, lấy bỏ các phương tiện cố định cũ.

Bước 3: Chuẩn bị đường hầm

Theo dõi trên nội soi, khoan tạo đường hầm xương đùi qua cổng trước – trong với gối gấp đến 120°, vị trí 10h30 đối với gối phải và 1h30 đối với gối trái; khoan tạo đường hầm xương chày từ bên ngoài vào trong khớp sau đó mở ngang mũi khoan, khoan ngược từ bên trong khớp ra khi sử dụng kỹ thuật “all-inside”.

Bước 4: Đặt mảnh ghép cố định

Chọn 2 Endo Button có chiều dài vòng dây phù hợp với đường hầm, luồn mảnh ghép qua vòng dây và khâu buộc các bó gân với nhau bằng chỉ tự tiêu hoặc PDS đánh dấu đoạn gân và Endo Button bằng chiều dài đường hầm. Sau đó đưa mảnh ghép vào trong khớp với đường hầm xương đùi và cố định bằng vòng treo, cố định đường hầm xương chày bằng vòng treo TightRope ở tư thế gối gấp 30°.

Bước 5: Hoàn thiện phẫu thuật, đóng vết mổ.

2.4. Xử lý số liệu. Tất cả số liệu được xử lý bằng phần mềm spss 20.0. Dữ liệu được mô tả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, bảng phân phối tần số, tỷ lệ. Kiểm định Khi bình phương, Fisher’s exact test để xác định sự khác biệt hai tỷ lệ và mối liên quan giữa hai biến.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng thông qua đề cương trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý của BGD Bệnh viện Việt Đức. Người tham gia nghiên cứu biết được mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tổn thương lại DCCT khớp gối

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương lại DCCT khớp gối

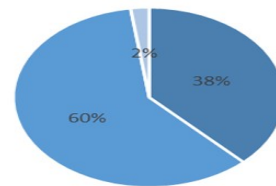
Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Tuổi	
18 – 20	3 (6,7)
21 – 30	15 (33,3)
Giới	

Nam	36 (80)
Nữ	9 (20)
Nguyên nhân tổn thương lại DCCT	
Tai nạn giao thông, sinh hoạt, thể thao	28 (62,2)
Nguyên nhân khác	10 (22,2)
Loại mảnh ghép sử dụng trong lần phẫu thuật tái tạo DCCT lần đầu	
Mảnh ghép tự thân	12 (28,9)
Gân Hamstring	8(17,8)
Gân bánh chè	0 (0,0)
Triệu chứng đau gối	45 (100)
Tổn thương sụn chêm kèm theo	13 (28,9)
Trung bình: 33,3 ± 8,9 (18 – 50)	
31 – 40	22 (48,9)
41 - 50	5 (11,1)
Chân chấn thương	
Phải	22 (48,9)
Trái	23 (51,1)
Sai đường hầm xương đùi	4 (8,9)
Sai đường hầm xương chày	3 (6,7)
Gân mạc bên dài	23 (51,1)
Mảnh ghép đồng loại	1 (2,2)
Tổng	
	45 (100)
Triệu chứng lỏng khớp gối	27 (60)
Tổn thương thoái hóa sụn lõi cầu đùi, mâm chày	8 (17,8)

Nhận xét: Tuổi trung bình 33,3 ± 8,9, chủ yếu là nam giới (chiếm 80%), chân chấn thương có tỷ lệ tương đương nhau. Nguyên nhân tổn thương lại DCCT cho chấn thương (tai nạn) là chủ yếu chiếm 62,2%. Loại mảnh ghép sử dụng trong lần phẫu thuật trước là gân mạc bên dài (51,1%), gân tự thân (28,9%) và gân Hamstring (17,8%). Các triệu chứng bao gồm đau (100%), lỏng gối (60%), tổn thương sụn chêm kèm theo (28,9%), tổn thương thoái hóa sụn lõi cầu đùi, mâm chày (17,8%).

3.2. Đặc điểm mảnh ghép gân

Loại mảnh ghép



■ Gân Hamstring ■ Gân mạc bên dài ■ Gân đồng loại

Biểu đồ 1. Loại mảnh ghép

Nhận xét: Trong phẫu thuật tái tạo lại DCCT, mảnh ghép gân mạc bên dài (chiếm 60%) và gân Hamstring (chiếm 38%) là hai loại mảnh ghép được sử dụng chủ yếu.

Bảng 2. Đặc điểm mảnh ghép

Chiều dài mảnh ghép	Số lượng (%)	Đường kính mảnh ghép	Số lượng (%)
---------------------	--------------	----------------------	--------------

(mm)			
55 – 60	43 (95,6)	6,5 - 7	5 (11)
> 60-70	1 (2,2)	7,5 - 9	26 (57,8)
> 70	1 (2,2)	> 9	14 (31,2)
Trung bình ± SD	61,11 ± 6,11	Trung bình ± SD	8,7 ± 1,0
Min – max	60-100	Min – max	6,5-10
Tổng	45 (100)	Tổng	45 (100)

Nhận xét: Chiều dài mảnh ghép trung bình là 61,11 ± 6,11mm, trong đó kích thước 55-60mm chiếm tỷ lệ nhiều nhất (95,6%). Đường kính mảnh ghép trung bình là 8,7 ± 1,0mm, trong đó kích thước 7,5 – 9mm chiếm tỷ lệ nhiều nhất (57,8%).

3.3. Kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật: 50,2 ± 6 phút
- Mức độ đau: 43 bệnh nhân không đau chiếm 95,6%. Không có trường hợp nào tràn dịch sau phẫu thuật.
- Tình trạng vết mổ: Liên thì đầu 100%.

Bảng 3. Nghiệm pháp Lachman, Pivot-Shift, điểm IKDC, điểm Lysholm trước và sau phẫu thuật

Phân loại		Trước mổ (n,%)	Sau mổ 6 tháng (n,%)
Nghiệm pháp Lachman	Âm tính	0 (0,0)	45 (100)
	Độ I	0 (0,0)	0 (0,0)
	Độ II	25 (55,6)	0 (0,0)
	Độ III	20 (44,4)	0 (0,0)
Nghiệm pháp Pivot - Shift	Âm tính	0 (0,0)	45 (100)
	Độ 1	0 (0,0)	0 (0,0)
	Độ 2	15 (33,3)	0 (0,0)
	Độ 3	30 (66,7)	0 (0,0)
Điểm IKDC	A	0 (0,0)	37 (82,2)
	B	0 (0,0)	8 (17,8)
	C	20 (44,4)	0 (0,0)
	D	25 (55,6)	0 (0,0)
Điểm Lysholm	Trung bình	42,8 ± 3,29	88,9 ± 4,12
	Biên độ dao động	37 – 50	81 – 96

Nhận xét: Nghiệm pháp Lachman, Pivot-shift trước phẫu thuật đều ở độ II và III, sau phẫu thuật 100% âm tính. Điểm IKDC cải thiện từ loại C (44,4%) và D (55,6%) sang loại A (82,2%) và B (17,8%) sau phẫu thuật. Điểm Lysholm trung bình cải thiện từ 42,8 ± 3,29 điểm trước phẫu thuật sang 88,9 ± 4,12 điểm sau phẫu thuật.

Bảng 4. Sự khác biệt về mức độ di lệch mâm chày ra trước của chân mổ so với chân lành

Độ di lệch (Chân mổ - chân lành)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0 – 2mm	32	71,1%

3 – 5mm	10	22,2%
> 5mm	3	6,7%
Tổng số	45	100%
Trung bình ± SD	2,01 ± 1,15 mm	
Min - Max	0,5 – 6 mm	

Nhận xét: Độ di lệch mâm chày trung bình giữa 2 chân là 2,01 ± 1,15 mm, trong đó chủ yếu di lệch từ 0 – 2mm (chiếm 71,1%).

Sau 6 tháng phẫu thuật, không có trường hợp nào tái đứt DCCT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương lại DCCT khớp gối. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình là 33,3 ± 8,9 tuổi, nam giới là chủ yếu (chiếm 80%). Kết quả tương tự tác giả Hà Xuân Hướng (2023) với độ tuổi trung bình là 33,15 ± 8,78³, nam giới chiếm 66,7%; Phạm Quang Vinh (2022) độ tuổi trung bình là 29,26 ± 6,21⁴, nam giới chiếm 96,8%. Điểm tương đồng của các nghiên cứu phẫu thuật DCCT là được thực hiện chủ yếu ở người trẻ tuổi, giới nam, có mức độ hoạt động hàng ngày linh hoạt, tần suất hoạt động thể thao nhiều hơn so với những người trung niên, nữ giới.

Cơ chế tổn thương đứt DCCT là do xương chày trượt quá mạnh ra trước kết hợp với xoay trong, do khớp gối duỗi quá mức hoặc bị trật theo chiều trước sau và thường gặp trong tai nạn giao thông, tai nạn thể thao. Trong nghiên cứu này, nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt là chủ yếu chiếm hơn 60%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu trong nước của Lê Mạnh Sơn (2016), Hà Xuân Hướng (2023)^{3,5} và các nghiên cứu nước ngoài như tác giả Colombet và cộng sự báo cáo 88% bệnh nhân tổn thương DCCT do hoạt động thể thao⁶. Nghiên cứu nguyên nhân tổn thương lại DCCT của nhóm MARS (2011) cho thấy, 35% bệnh nhân đứt lại DCCT do chấn thương, nếu chấn thương kết hợp với nguyên nhân khác tăng thêm 24% tỷ lệ đứt lại DCCT, các nguyên nhân khác như lỗi kỹ thuật (24%) và sinh học (7%)⁷.

Trong lần tổn thương lại DCCT này, 100% bệnh nhân có triệu chứng đau khớp, có 27 bệnh nhân có triệu chứng lỏng gối (chiếm 60%). Hầu hết bệnh nhân đều có cảm giác khớp gối không vững như trước, đặc biệt khi đang di chuyển mà xoay gối bệnh nhân có thể thấy gối trật ra, cơ chế này giống với nghiệm pháp Pivot – Shift. Tình trạng lỏng khớp sau phẫu thuật tái tạo DCCT lần đầu có khả năng dẫn đến phẫu thuật tái tạo lại DCCT. Bên cạnh đó, có 28,9% bệnh nhân có tổn thương sụn chêm kèm theo và 17,85 bệnh nhân tổn thương thoái hoá sụn lõi

cầu xương đùi, mâm chày. Đây là tổn thương hay gặp trong đứt DCCT, đặc biệt là tổn thương sụn chêm ngoài thường xảy ra khi chấn thương. Các trường hợp này thường do bệnh nhân chịu tình trạng mất ổn định khớp gối kéo dài, không thăm khám và điều trị dẫn đến tăng nguy cơ tổn thương sụn chêm, suy giảm sức mạnh cơ và thoái hoá sụn.

4.2. Đặc điểm mảnh ghép gân. Trong lần phẫu thuật tái tạo lại DCCT, việc lựa chọn mảnh ghép vô cùng quan trọng, quyết định sử dụng loại mảnh ghép nào để phẫu thuật thường phụ thuộc vào loại ghép được sử dụng trong lần tái tạo DCCT trước. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân mạc bên dài và gân Hamstring nhiều nhất (lần lượt là 60% và 37,8%), chỉ có 1 trường hợp sử dụng gân đồng loại (chiếm 2,2%). Đây cũng là 2 loại mảnh ghép sử dụng nhiều nhất trong lần tái tạo DCCT đầu tiên với tỷ lệ 80%. Đặc điểm cơ sinh học của mảnh ghép gân mạc bên dài và gân Hamstring đã được nghiên cứu đầy đủ và được sử dụng rộng rãi trong tái tạo DCCT.

Chiều dài trung bình của mảnh ghép là $61,11 \pm 6,11$ (60mm-100mm), đường kính mảnh ghép trung bình là $8,7 \pm 1,0$ mm (6,5mm-10 mm). Chiều dài và đường kính của mảnh ghép có sự khác biệt giữa các bệnh nhân, điều này phụ thuộc vào đặc điểm giải phẫu, sinh học của bệnh nhân và loại tổn thương.

Chiều dài và đường kính mảnh ghép trong nghiên cứu này tương tự một số nghiên cứu tại Việt Nam như Lê Mạnh Sơn chiều dài mảnh ghép trung bình là $66,55 \pm 4,68$ mm và đường kính trung bình là $5,67 \pm 0,59$ mm⁵. Theo Nguyễn Mạnh Khánh (2015) báo cáo kết quả nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật "tất cả bên trong" (all-inside) với chiều dài trung bình là $60,3 \pm 0,5$ mm và đường kính trung bình là $7,6 \pm 7$ mm⁸.

Nghiên cứu tương tự của Mingguang Bi và cộng sự (2021) trên 21 bệnh nhân phẫu thuật tái tạo DCCT bằng kỹ thuật all-inside sử dụng mảnh ghép gân mạc dài có chiều dài trung bình là 65mm và đường kính trung bình là 7,9mm⁹.

4.3. Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 50 phút. Sau mổ, phần lớn bệnh nhân cải thiện mức độ đau (95,6% không đau sau phẫu thuật), không có trường hợp nào tràn dịch sau phẫu thuật, tất cả các vết mổ đều liền thỉ đầu.

Chúng tôi theo dõi sau 6 tháng phẫu thuật, kết quả nghiệm pháp Lachman, Pivot-Shift đều âm tính ở 100% bệnh nhân, điểm KIDC cải thiện từ loại C, D sang loại A, B. Như vậy, kết quả chức năng khớp gối trong nhóm bệnh nhân

nghiên cứu đạt hiệu quả cao, tất cả bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt, với tỉ lệ trở về mức hoạt động bình thường và gần bình thường cao tương tự các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

Điểm Lysholm từ $42,8 \pm 3,29$ trước phẫu thuật lên $88,9 \pm 4,1$ sau phẫu thuật. Có thể thấy, điểm Lysholm cải thiện đáng kể sau phẫu thuật với sự thay đổi trung bình là 46,1 điểm, kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị $< 0,001$. Tuy nhiên, điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn (2016), Hà Xuân Hường (2023) do các nghiên cứu này thực hiện phẫu thuật tái tạo DCCT lần đầu.

Đánh giá độ di lệch mâm chày giữa hai khớp gối cho kết quả, độ di lệch mâm chày trung bình là $2,01 \pm 1,15$ mm với phạm vi từ 0,5 đến 6 mm. Kết quả này tương tự nghiên cứu tương tự của Matthew và cộng sự (2017), sau phẫu thuật tái tạo lại DCCT độ di lệch mâm chày < 3 mm là chủ yếu chiếm 58%¹⁰. Kết quả này cho thấy hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có sự di lệch mâm chày ở mức độ nhẹ, phản ánh hiệu quả của phẫu thuật trong việc cải thiện sự ổn định khớp gối tương tự các nghiên cứu trên thế giới.

Ngoài ra, sau 6 tháng phẫu thuật, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng hoặc phải phẫu thuật lại. Tuy nhiên, vẫn cần thời gian theo dõi dài hơn để xác định rõ hơn tính ổn định và độ bền vững của mảnh ghép cũng như khả năng phục hồi chức năng khớp gối hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu phẫu thuật nội soi tái tạo lại DCCT trên 45 bệnh nhân diễn ra thành công đem lại kết quả tích cực trong việc giảm đau khớp và phục hồi chức năng vận động khớp gối sau chấn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gianotti SM, Marshall SW, Hume PA, Bunt L.** Incidence of anterior cruciate ligament injury and other knee ligament injuries: a national population-based study. *J Sci Med Sport.* 2009; 12(6): 622-627. doi:10.1016/j.jsams. 2008.07.005
- Wright RW, Magnussen RA, Dunn WR, Spindler KP.** Ipsilateral Graft and Contralateral ACL Rupture at Five Years or More Following ACL Reconstruction. *J Bone Joint Surg Am.* 2011; 93(12): 1159-1165. doi:10.2106/JBJS. J.00898
- Hường HX, Chiên T, Dung HV, Anh NT, Sinh NN.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân đồng loại tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2023;532(1B). doi:10.51298/vmj.v532i1B.7439
- Phạm QV, Đỗ QS, Nguyễn PN.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với mảnh ghép nửa trước gân cơ mạc dài tự

- thân kỹ thuật tất cả bên trong. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3692
5. **Lê Mạnh Sơn** (2015), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Two-bundle, four-tunnel anterior cruciate ligament reconstruction - PubMed**. Accessed October 5, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16341690/>
 7. **Descriptive Epidemiology of the Multicenter ACL Revision Study (MARS) Cohort**. Am J Sports Med. 2010;38(10):1979-1986. doi:10.1177/0363546510378645
 8. **Nguyễn Mạnh Khánh** (2015), "Kết quả bước đầu nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với kỹ thuật 'tất cả bên trong' (all-Inside technique)", Y học Việt Nam(2), tr. 136-140.
 9. **Bi M, Zhao C, Zhang Q, et al.** All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using an Anterior Half of the Peroneus Longus Tendon Autograft. Orthop J Sports Med. 2021;9(6):2325967121991226. doi:10.1177/2325967121991226
 10. **Kraeutler MJ, Welton KL, McCarty EC, Bravman JT.** Revision Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. J Bone Joint Surg Am. 2017; 99(19):1689-1696. doi:10.2106/JBJS.17.00412

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÀY KHÔNG MỞ Ổ GỖ BẰNG ĐINH NỘI TUỖ CÓ CHỐT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gầy bằng đinh nội tuỷ có chốt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 64 bệnh nhân gãy kín thân xương chày được phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ kín không mở ổ gầy từ tháng 01/2021 đến hết tháng 01/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Đánh giá kết quả nắn chỉnh diện gầy theo Larson- Bostman, đánh giá liền xương theo thang điểm RUST (Radiographic Union Score in Tibial fracture) và đánh giá chức năng cẳng chân theo thang điểm Ter- Schiphort ở thời điểm sau mổ ít nhất 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Gãy kín thân xương chày gặp ở nam nhiều hơn nữ chiếm tỷ lệ 73,40%, gặp nhiều nhất ở độ tuổi từ 18-60 chiếm 86% và nguyên nhân chính của gãy kín thân xương cẳng chân là tai nạn giao thông chiếm 67,2%, vị trí gãy gặp trong gãy kín thân xương chày là ở 1/3G chiếm 60,9%. Theo phân loại AO, tổn thương gãy đơn giản loại A chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,6%, tổn thương gãy có mảnh rời loại B chiếm tỷ lệ 23,4%, không có tổn thương loại C. Kết quả nắn chỉnh đánh giá theo thang điểm Larson-Brosman ghi nhận ổ gầy được nắn chỉnh rất tốt chiếm 90,6% và tốt chiếm 9,4%, không có trường hợp nào cho kết quả trung bình và kém. Kết quả liền xương đánh giá theo thang điểm RUST là 100% bệnh nhân cho kết quả liền xương ở mức độ tốt. Biên độ vận động khớp gối bình thường chiếm 92,2% và hạn chế ít chiếm 7,8%. Biên độ vận động khớp cổ chân bình thường chiếm 93,8% và hạn chế ít

**Khou Yongkuy¹, Nguyễn Mạnh Khánh^{2,3},
Đỗ Văn Minh¹, Nguyễn Huy Thiệp²**

chiếm 6,2%. Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả chung sau mổ đạt tốt và rất tốt theo thang điểm Ter-Schiphort. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương chày không mở ổ gầy bằng đinh nội tuỷ có chốt là phương pháp hiệu quả trong điều trị gãy kín thân xương chày.

Từ khoá: gãy kín thân xương chày, đinh nội tuỷ, không mở ổ gầy

SUMMARY

OUTCOMES OF CLOSED REDUCTION AND TIBIAL FIXATION USING INTRAMEDULLARY NAILING WITH LOCKING SCREWS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of closed reduction and tibial fixation using intramedullary nailing with locking screws at Viet Duc university hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study involving 64 patients with close tibial shaft fractures who carried out closed reduction and tibial fixation using intramedullary nailing with locking screws from January 2021 to February 2024 at Viet Duc university hospital. The outcomes of fracture reduction were evaluated according to the Larson- Bostman scale, and bone healing was assessed using RUST at least 6 months after surgery. **Results:** Closed tibia shaft fractures are more common in men than women, accounting for 73.40%, most common in the age group of 18-60, accounting for 86%, and the leading cause of closed tibia shaft fractures is traffic accidents. 67.2%, the fracture location in closed tibial shaft fractures is at 1/3G, accounting for 60.9%. According to the AO classification, simple fractures of type A account for the highest rate of 76.6%, fractures with loose fragments of type B account for 23.4%, and no injuries of type C. The correction evaluated according to the Larson-Brosman scale showed that very good fractures accounted for 90.6% and good results accounted for 9.4%, with no cases of average or poor results. Bone healing results assessed by the RUST scale were 100% of patients with good bone healing results. Normal knee joint range of motion accounts

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Khou Yongkuy

Email: khouyongkuy88@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2024

Ngày duyệt bài: 4.12.2024