

- loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có thời gian phát hiện bệnh dưới 2 năm. Tạp chí Y - Dược học Quân sự 9, 1-7 (2011).
- Nguyễn Đình Tài, Lê Đình Tuấn & Vũ Thanh Bình.** Khối lượng cơ thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam 515, 45-49, doi:10.51298/vmj.v515i1.2671 (2022).
 - Collaborators, G. D. a. I.** Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet (London, England) 396, 1204-1222, doi:10.1016/s0140-6736(20)30925-9 (2020).
 - Collaborators, G. D.** Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet (London, England) 402, 203-234, doi:10.1016/s0140-6736(23)01301-6 (2023).
 - Biswas, T. et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. BMJ Open 12, e052725, doi:10.1136/bmjopen-2021-052725 (2022).
 - Ernande, L. et al.** Clinical Implications of Echocardiographic Phenotypes of Patients With Diabetes Mellitus. Journal of the American College of Cardiology 70, 1704-1716, doi:10.1016/j.jacc.2017.07.792 (2017).
 - Urlic, H. et al.** Role of Echocardiography in Diabetic Cardiomyopathy: From Mechanisms to Clinical Practice. J. Cardiovasc 10, 1-15, doi:10.3390/jcdd10020046 (2023).
 - Suran, D., Sinkovic, A. & Naji, F.** Tissue Doppler imaging is a sensitive echocardiographic technique to detect subclinical systolic and diastolic dysfunction of both ventricles in type 1 diabetes mellitus. BMC cardiovascular disorders 16, 72, doi:10.1186/s12872-016-0242-2 (2016).
 - Pintó, X. et al.** Factors Predictive of Cardiovascular Disease in Patients With Type-2 Diabetes and Hypercholesterolemia. ESODIAH Study. Revista Española de Cardiología (English Edition) 60, 251-258, doi:https://doi.org/10.1016/S1885-5857(07)60149-2 (2007).

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI DIỄN RA SAU KÈM THEO TỔN THƯƠNG HILL-SACHS NGƯỢC: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Hữu Mạnh^{1,2}, Nguyễn Quốc Trung¹, Vũ Đức Việt^{1,2},
Trần Quyết^{1,2}, Trần Đại Hiệp¹, Trần Trung Dũng^{1,2}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Trật khớp vai ra sau là một tổn thương hiếm gặp trên lâm sàng chiếm từ 2-4% trong tổng số các bệnh nhân bị trật vai và có tới 50% các trường hợp bị bỏ sót tổn thương tại các phòng khám cấp cứu. Khi tình trạng trật khớp ra sau tái diễn nhiều lần dễ dẫn đến mất xương của phần phía trước của chỏm xương cánh tay gần diện bám của gân dưới vai (tổn thương Hill- Sachs ngược) và tình trạng này càng dễ gây ra tình trạng trật lại khớp vai ra sau. **Trình bày ca lâm sàng:** Chúng tôi xin trình bày 01 trường hợp trật khớp vai tái diễn ra sau trên phim chụp MRI tại thời điểm sau lần trật gần nhất thấy có tổn thương Hill – Sachs ngược ở chỏm xương cánh tay, kèm theo có tổn thương Bankart ngược (rách sụn viền phía sau) không có tổn thương mất xương tại bờ sau ổ chảo. Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật nội soi khớp vai bao gồm khâu phục hồi tổn thương sụn viền phía sau kèm theo tiến hành chôn chuyển 1 phần điểm bám phía trên của gân dưới vai. Kiểm tra các tư thế

của khớp vai trong mổ (ngay sau khi khâu xử trí hết các tổn thương) thấy khớp vai vững không còn tình trạng trật ra sau của chỏm xương cánh tay, bệnh nhân sau mổ ổn định không ghi nhận bất cứ biến chứng nào sau mổ, mặc áo dạng vai và ra viện sau 02 ngày phẫu thuật. **Thảo luận:** Một số phương pháp phẫu thuật để giải quyết nguy cơ trật lại cao đối với mỗi mức độ của tổn thương Hill-Sachs ngược này đã được giới thiệu như chuyển gân dưới vai (Phẫu thuật McLaughlin) hoặc đục xương chuyển vị trí củ lớn, cắt xoay chỏm xương cánh tay, ghép xương đồng loại hoặc tự thân. Tuy nhiên tất cả các can thiệp này đều phải tiến hành bằng phẫu thuật mổ mở. Đối với phẫu thuật chuyển gân được đa số các Tác giả khuyến cáo áp dụng cho các trường hợp tổn thương Hill-Sachs ngược ở mức độ nhỏ đến trung bình. Phẫu thuật nội soi chuyển phần trên của gân dưới vai đã được một số tác giả thực hiện gần đây, kỹ thuật này có thể kiểm soát tốt và thực hiện sau khi tiến hành khâu phục hồi lại sụn viền phía sau dưới ổ chảo cánh tay tránh phát sinh thêm quá trình mổ mở, giúp cho quá trình phẫu thuật nhanh hơn và ít xâm lấn. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp vai tái diễn bao gồm khâu phục hồi tổn thương sụn viền phía sau dưới và chuyển điểm bám phần trên của gân dưới vai cho tổn thương lớn của Hill-Sachs ngược đảm bảo độ vững và chống được sự di chuyển ra phía sau của vai. **Từ khóa:** Trật khớp vai tái diễn ra sau, nội soi khớp vai, tổn thương Hill-Sachs ngược, chuyển gân dưới vai

¹Trường Đại học VinUni

²Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Mạnh

Email: manhnghuyen0901@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025

SUMMARY**ARTHROSCOPIC TREATMENT OF POSTERIOR SHOULDER DISLOCATION WITH ENGAGING REVERSE HILL-SACHS LESION: A RARE CASE REPORT**

Introduction: Posterior shoulder dislocation is a rare clinical entity, accounting for 2-4% of all shoulder dislocations. Up to 50% of these injuries are missed in the emergency department. Recurrent posterior dislocations can lead to bone loss of the anterior aspect of the humeral head near the insertion of the subscapularis tendon (reverse Hill-Sachs lesion). This further increases the risk of recurrent posterior shoulder dislocation. **Clinical Case:** We present a case of recurrent posterior shoulder dislocation. On MRI images revealed a reverse Hill-Sachs lesion of the humeral head and a reverse Bankart lesion (posterior labral tear) without bony deficiency of the posterior glenoid rim. The patient underwent arthroscopic shoulder surgery, which included repair of the posterior labral tear and superior capsular shift of the subscapularis tendon. An intraoperative examination of the shoulder joint (after all repairs were completed) confirmed stability, and there was no further posterior dislocation of the humeral head. The patient recovered well postoperatively with no complications. He was discharged two days after surgery with a sling in place. **Discussion:** Several surgical techniques have been described to address the high risk of redislocation associated with reverse Hill-Sachs lesions, including subscapularis transfer (McLaughlin procedure), remplissage with bone grafting, rotational osteotomy of the humeral head, and allograft or autograft bone grafting. However, all of these interventions require open surgery. Subscapularis transfer is recommended by most authors for small to medium-sized reverse Hill-Sachs lesions. Arthroscopic superior capsular shift of the subscapularis tendon has been performed by some authors recently. This technique allows for good control and can be performed after repair of the posterior labral tear, avoiding additional open procedures. This approach results in a faster and less invasive surgery. **Conclusion:** Arthroscopic surgery for recurrent posterior shoulder dislocation, including repair of the posterior labral tear and superior capsular shift of the subscapularis tendon, provides stability and prevents posterior displacement of the shoulder in cases of recurrent posterior shoulder dislocation with huge reverse Hill-Sachs lesions. **Keywords:** Recurrent posterior shoulder dislocation, arthroscopic shoulder surgery, reverse Hill-Sachs lesion, subscapularis transfer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp vai là một khớp chỏm cầu, hõm khớp nông vì thế có biên độ vận động lớn nhất cơ thể. Đồng thời đây cũng là khớp thường bị trật nhất cơ thể, chiếm khoảng 50% tổng số các trường hợp trật khớp cấp cứu. Trong khi trật khớp vai ra trước chiếm tới 95% trong tổng số các bệnh nhân trật khớp vai, trật khớp vai ra sau chỉ chiếm tỷ lệ 2-4% [1]. Tuy nhiên, trật vai ra sau

lại có tới 50%-79% trường hợp chấn thương bị bỏ sót chẩn đoán tại phòng cấp cứu, thời gian trung bình từ khi bệnh nhân bị chấn thương tới khi được chẩn đoán là khoảng một năm [2].

Cơ chế bệnh sinh trật khớp vai ra sau có thể do lực tác động trực tiếp vào chỏm hoặc đầu trên xương cánh tay, hay cũng có thể do lực tác động gián tiếp khi ngã tư thế chống tay, cánh tay gấp, khép, xoay trong. Sau lần đầu trật khớp cấp tính, bao khớp thường lỏng lẻo, dẫn tới trật lại nhiều lần. Mặc dù bệnh lý trật khớp vai ra sau hiếm gặp hơn trật khớp vai ra trước, tuy nhiên dễ xuất hiện các tổn thương phối hợp như bong điểm bám dây chằng ổ chảo cánh tay phía sau, rách sụn viền sau dưới, hay rách gân chóp xoay và đặc biệt là tổn thương Hill-Sachs ngược tổn thương này xuất hiện do khi khớp vai trật ra sau phần phía trước chỏm xương cánh tay va chạm với bờ sau ổ chảo dẫn tới bào mòn xương phía trước của chỏm xương cánh tay (tổn thương Hill-Sachs ngược hay tổn thương McLaughlin). Với mỗi mức độ của tổn thương Hill-Sachs sẽ liên quan đến các khái niệm "On-track/Off-track", "Engaging/Non-engaging" điều này sẽ giúp định hướng cho các phẫu thuật viên trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật để điều trị tổn thương trật khớp vai ra sau có kèm theo tổn thương Hill-Sachs ngược [3]. Nếu tổn thương Hill-Sachs ngược không được sửa chữa phù hợp, tổn thương này sẽ gây đau, mất vững khớp vai, giảm biên độ vận động của khớp và thoái hóa sớm khớp vai, là một nguyên nhân dẫn tới thất bại điều trị phẫu thuật khi khâu phục hồi bao khớp đơn thuần. Sau mổ bệnh nhân vẫn có nguy cơ trật khớp vai tái diễn cao.

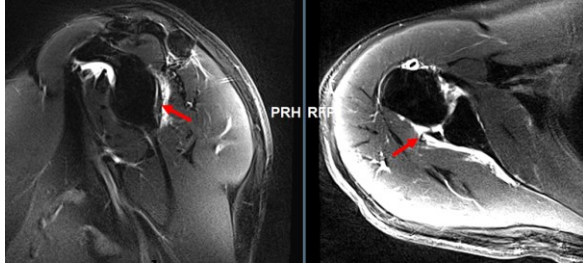
Chúng tôi xin trình bày 01 trường hợp trật khớp vai tái diễn ra sau trên phim chụp MRI tại thời điểm sau lần trật gần nhất thấy có tổn thương Hill – Sachs ngược ở chỏm xương cánh tay, kèm theo có tổn thương Bankart ngược (rách sụn viền phía sau) không có tổn thương mất xương tại bờ sau ổ chảo.

II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

Chúng tôi xin giới thiệu 01 trường hợp bệnh nhân nam 45 tuổi, cách vào viện 1 năm bị ngã do tai nạn sinh hoạt, đập vai phải xuống nền cứng. Sau ngã bệnh nhân đau, hạn chế vận động nhẹ, người bệnh không điều trị. Từ đó, bệnh nhân đau âm ỉ vùng phía sau vai, tăng lên khi thực hiện các động tác gấp khép và xoay trong cánh tay, cùng với tình trạng yếu vai phải, khớp vai lỏng và dễ dàng bị trật khi xoay tay ra sau hoặc trật vai khi đang lái xe, bệnh nhân có thể tự nắn trật.

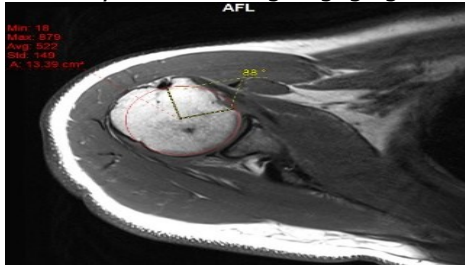
Bệnh nhân tới khám do đau vai sau một lần trật vai gần nhất cách thời điểm đi khám 02 tuần, tuy nhiên bệnh nhân chỉ biết mô tả là cảm giác khớp vai bị lỏng và trật nhưng không biết phân biệt là trật ra trước hay sau, hỏi kỹ hơn về triệu chứng khi bị trật khớp thì người bệnh mô tả khi bị trật thì thấy lồi lên phía sau của vai

Khám lâm sàng thấy các nghiệm pháp đánh giá sụn viền bao khớp phía trước âm tính. Các nghiệm pháp đánh giá bao khớp phía sau như Kim test, nghiệm pháp e ngại phía sau (Posterior apprehension test) cho kết quả dương tính. Bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) vai phải để đánh giá sụn viền bao khớp, trên phim chụp MRI thấy có tổn thương Hill – Sachs ngược ở chỏm xương cánh tay, kèm theo có tổn thương Bankart ngược (rách sụn viền phía sau) không có tổn thương mất xương tại bờ sau ổ chảo.



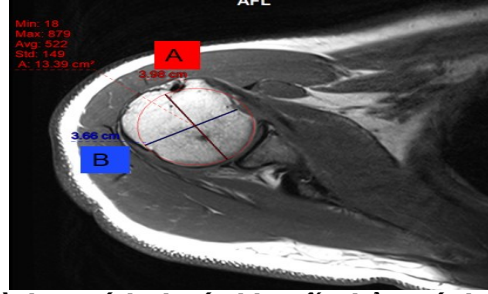
Hình 1. Ảnh rách sụn viền phía sau trên MRI (Mũi tên màu đỏ)

Để xác định và đánh giá mức độ tổn thương Hill-Sachs ngược, chúng tôi dựa trên trị số đo góc Gamma trên MRI góc này được xác định dựa trên lát cắt ngang qua vị trí đường kính lớn nhất của chỏm cánh tay, vẽ đường tròn lý tưởng có đường kính lớn nhất bao quanh chỏm. Góc Gamma được xác định là góc từ tâm đường tròn tới rãnh nhị đầu và bờ trong của tổn thương khuyết xương chỏm cánh tay. Khi tổng của góc Gamma cộng thêm 2° với mỗi millimet xương khuyết lớn hơn 90° , tổn thương được đánh giá là "Engaging" [4]. Ở bệnh nhân này, góc Gamma đo được là 88° , có khuyết xương xấp xỉ 3mm, theo công thức $88^\circ + 3 \times 2^\circ = 94^\circ$, lớn hơn mốc 90° do đó đây là tổn thương Engaging.



Hình 2. Tổn thương Hill-Sachs ngược, "vòng tròn lý tưởng" và xác định góc

Gamma của bệnh nhân



Hình 3. Kích thước khuyết chỏm cánh tay của bệnh nhân bằng 3.2mm (A-B)

Bệnh nhân được chẩn đoán trật khớp vai ra sau tái diễn, kèm theo tổn thương Bankart và Hill – Sachs ngược, đã chỉ định phẫu thuật nội soi khâu phục hồi bao khớp phía sau và đồng thời thực hiện thủ thuật McLaughlin qua nội soi để sửa chữa tổn thương Hill-Sachs ngược.

Bệnh nhân được chuẩn bị phẫu thuật ở tư thế nằm nghiêng trái.



Hình 3: Hình ảnh tư thế phẫu thuật

Chúng tôi sử dụng 2 cổng nội soi: 1 cổng tiêu chuẩn phía sau và 1 cổng tiêu chuẩn phía trước. Vào khớp vai qua cổng tiêu chuẩn phía sau, sau đây thiết lập ngõ vào cổng tiêu chuẩn phía trước, sau đây chuyển cổng nội soi qua cổng phía trước, qua cổng này sẽ khảo sát thấy rõ tổn thương rách hoàn toàn sụn viền bao khớp vai phía sau từ vị trí 6h đến 11h, phần còn lại của bao khớp còn nguyên vẹn. Kèm theo là hình ảnh tổn thương Hill-Sachs ngược phía trước chỏm cánh tay gần vùng diện bám của gân dưới cùng với các hạt loose bodies.



Hình 4: Hình ảnh rách sụn viền bao khớp phía sau



Hình 5: Hình ảnh tổn thương Hill-sachs ngược trên nội soi

Chúng tôi tiến hành làm mới phần xương bờ sau dưới ổ chảo cùng với bờ sụn viền tương ứng. Tiến hành khâu phục hồi sụn viền kèm theo khâu chõng ngăn thu hẹp bao khớp phía sau bằng 03 neo chỉ tại các vị trí 5h30, 9h và 10h30.



Hình 6: Hình ảnh sau khi khâu phục hồi sụn viền bao khớp phía sau

Sau đó thực hiện kỹ thuật "reverse remplissage" đính gân dưới vai vào vị trí tổn thương Hill-Sachs ngược bằng 01 đinh chỉ neo. Cuối cùng là bơm rửa ổ khớp và đóng vết mổ.



Hình 7. Khâu đính gân dưới vai sửa chữa tổn thương Hill-Sachs ngược

Bệnh nhân ngay sau phẫu thuật được bắt động vai mổ bằng áo dạng vai hay dùng trong phẫu thuật khâu gân chóp xoay trong thời gian 04 tuần (dạng vai 30 độ và tư thế xoay tay trung tính) . Tập phục hồi chức năng theo đúng phác đồ dành cho bệnh nhân trật khớp vai ra sau tái diễn gồm 5 giai đoạn: giai đoạn 1 từ 0-4 tuần; giai đoạn 2 từ 5-8 tuần; giai đoạn 3 từ 9-12 tuần; giai đoạn 4 từ 4-6 tháng; giai đoạn 5 ngoài 6 tháng tính từ thời điểm sau phẫu thuật [5].

III. BÀN LUẬN CA LÂM SÀNG

Trật khớp vai ra sau là tổn thương ít gặp trên lâm sàng, chiếm tỷ lệ 2-4% [1]. Trong ca lâm sàng trên, thời gian từ lúc bệnh nhân bị

chấn thương tới khi được chẩn đoán là 12 tháng. Để chẩn đoán sớm và chính xác bệnh lý này gặp rất nhiều khó khăn, vì có tới 42% bệnh nhân trật khớp vai ra sau chỉ có biểu hiện đau vai đơn thuần[6]. Điều đó dẫn tới khả năng chẩn đoán sai cao, do vậy việc điều trị tình trạng này thường bị trì hoãn kéo dài, khiến bệnh nhân không hài lòng khi phải chịu đựng tình trạng đau và yếu vai liên tục. Để khắc phục căn xác định được cơ chế chấn thương, thăm khám lâm sàng một cách kỹ lưỡng cũng như các đánh giá chẩn đoán hình ảnh phù hợp.

Phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp vai ra sau tái diễn đã được tiến hành từ lâu và có nhiều các tác giả đã công bố về tỷ lệ thành công của phương pháp này. Tác giả James và cộng sự trong nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp vai ra sau tái diễn của mình đã cho thấy có tới 89% số bệnh nhân sau phẫu thuật có thể trở lại chơi thể thao và 67% có thể chơi thể thao với mức độ tương tự như trước khi bị trật vai [7]. Với các trường hợp trật vai tái diễn ra sau đơn thuần không có tổn thương Hill-Sachs hoặc có tổn thương nhưng ở mức độ nhỏ không gây "Engaging" của chỏm xương cánh tay với ổ chảo thì các tác giả đều nhận thấy phẫu thuật chỉ cần khâu phục hồi lại sụn viền và cùng với chõng ngăn bao khớp phía sau là đủ để đảm bảo độ vững của khớp vai [7].

Đối với các trường hợp có tổn thương Hill-Sachs ngược chúng ta sẽ thấy có sự khác biệt cơ bản với một tổn thương Hill-Sachs thường thấy của mặt sau chỏm cánh tay. Trong tổn thương Hill-Sachs ngược vấn đề mất sụn đầu xương ở mặt trước chỏm nhiều và rộng hơn. Một nghiên cứu cơ sinh học gần đây đã xác định các yếu tố nguy cơ về kích thước và vị trí cho sự va chạm của các tổn thương này trên vành sau của xương ổ chảo với các động tác xoay trong và ra sau. Chúng tôi đề xuất sử dụng góc Gamma, đo cung độ từ mặt trong của tổn thương Hill-Sachs ngược đến mặt trước của rãnh nhị đầu, để dự đoán tổn thương nào sẽ va chạm [4]. Các tổn thương Hill-Sachs ngược có va chạm là vấn đề và nếu không được xử lý có thể dẫn đến tình trạng mất ổn định vai tái phát. Do đó cần được xử lý sớm và lấp đầy trong phẫu thuật. Chỉ định điều trị tổn thương Hill-Sachs ngược được dựa trên kích thước tổn thương. Cicak và cộng sự đã khuyến nghị điều trị không phẫu thuật cho các tổn thương Hill-Sachs ngược nhỏ ảnh hưởng đến dưới 25% bề mặt khớp của xương cánh tay; thực hiện thủ thuật McLaughlin, thủ thuật McLaughlin đã chỉnh sửa, hoặc cắt xương xoay

cho các tổn thương Hill-Sachs ngược từ 25% đến 50%; và thay khớp đầu xương cánh tay cho các khiếm khuyết ảnh hưởng đến hơn 50% bề mặt khớp. Việc xác định kích thước tổn thương được dựa trên "vòng tròn lý tưởng" và góc Gamma. Phương pháp trên cho phép đánh giá một cách khách quan, tránh việc ước lượng kích thước tổn thương dựa trên kinh nghiệm cá nhân bác sĩ.

Các tổn thương Hill-Sachs ngược tại chỏm cánh tay có thể điều trị bằng các phương pháp khôi phục lại theo giải phẫu hoặc không theo giải phẫu. Các phương pháp khôi phục lại theo giải phẫu nhằm phục hồi cấu trúc hình thái của chỏm xương cánh tay. Những phương pháp này thường bao gồm ghép xương và loại bỏ các mảnh xương gãy khô phục hình dạng bình thường của đầu xương. Trong khi đó phương pháp phẫu thuật khôi phục không theo giải phẫu phổ biến sử dụng kỹ thuật chuyển gân cơ dưới vai hoặc củ bé xương cánh tay nhằm mục đích làm đầy vị trí khuyết xương. Các kỹ thuật này được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các tổn thương Hill-Sachs ngược có diện mất xương dưới 33% chỏm xương cánh tay [8]. Kỹ thuật McLaughlin là phương pháp đầu tiên của nhóm được mô tả, sẽ tiến hành chuyển điểm bám gân cơ dưới gai tại củ bé và cố định tới vị trí tổn thương Hill-Sachs ngược [9]. Hughes và Neer đã mô tả cải tiến quy trình trên trong việc chuyển điểm bám gân cơ dưới vai bao gồm cả phần xương bám tận tại củ bé [10]. Ưu điểm của phương pháp này so với kỹ thuật McLaughlin ban đầu là phần xương củ bé có thể lấp đầy khiếm khuyết tốt hơn và vì có sự tiếp xúc giữa các bề mặt xương nên quá trình lành thương có thể dự đoán được. Tuy nhiên kỹ thuật trên được thực hiện bằng mổ mở, có thể dẫn đến hạn chế xoay trong sau mổ. Do đó phương pháp McLaughlin cải biên đã được các tác giả phát triển, đặc biệt phương pháp này có thể được ứng dụng trong phẫu thuật nội soi giúp can thiệp trở nên ít xâm lấn. Trong ca lâm sàng được giới thiệu, bằng cách sử dụng một đinh neo cố định gân cơ dưới vai để lấp đầy vị trí khuyết của tổn thương Hill-Sachs ngược cùng với kỹ thuật chôn chỉ không dùng nút buộc, giúp bảo tồn được điểm bám của gân cơ mà vẫn đảm bảo sửa chữa được tổn thương, đem lại kết quả gần rất khả quan. Kiểm tra sau mổ khớp vai vững, không bị hạn chế xoay trong, bệnh nhân không đau và hồi phục tốt. So với các kỹ thuật tiêu chuẩn có ứng dụng gân cơ dưới vai, phương pháp trên có ưu điểm đó là dễ tiếp cận gân cơ dưới vai, không làm ngăn đáng kể chiều dài gân, giảm tối thiểu tầm

vận động dạng và xoay ngoài và không cần giải phóng không gian dưới mỏm quạ hoặc cắt bỏ các phần cứng. Đây là một lựa chọn tốt giữa các phương pháp phẫu thuật nội soi và mổ mở lớn, đồng thời giúp bảo tồn các cấu trúc giải phẫu cho các phẫu thuật điều trị khác trong tương lai. Phương pháp này nên dành cho các bệnh nhân cụ thể với tình trạng trật khớp vai mạn tính ngay cả với tổn thương Hill-Sachs ngược lớn và kỳ vọng chức năng cao.

IV. KẾT LUẬN

Trật khớp tái diễn ra sau là một tổn thương hiếm gặp và dễ bị bỏ sót chẩn đoán. Đối với các trường hợp trật vai tái diễn có kèm theo tổn thương Hill-Sachs ngược thì phẫu thuật nội soi điều trị bao gồm khâu phục hồi tổn thương sụn viền phía sau dưới và chuyển một phần điểm bám phía trên của gân dưới vai cho tổn thương Hill-Sachs ngược đảm bảo độ vững và chống được sự di chuyển ra phía sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Robinson, C.M., M. Seah, and M.A. Akhtar,** The epidemiology, risk of recurrence, and functional outcome after an acute traumatic posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*, 2011. 93(17): p. 1605-13.
- Berk, A.N., et al.,** Clinical and radiographic outcomes of the modified McLaughlin procedure for locked posterior dislocation of the shoulder: a systematic review. *JSES Rev Rep Tech*, 2024. 4(1): p. 8-14.
- Di Giacomo, G., E. Itoi, and S.S. Burkhart,** Evolving concept of bipolar bone loss and the Hill-Sachs lesion: from "engaging/non-engaging" lesion to "on-track/off-track" lesion. *Arthroscopy*, 2014. 30(1): p. 90-8.
- Moroder, P., et al.,** Risk of Engagement of Bipolar Bone Defects in Posterior Shoulder Instability. *Am J Sports Med*, 2017. 45(12): p. 2835-2839.
- Goldenberg, B.T., et al.,** Rehabilitation Following Posterior Shoulder Stabilization. *Int J Sports Phys Ther*, 2021. 16(3): p. 930-940.
- Lanzi, J.T., Jr., et al.,** Epidemiology of Posterior Glenohumeral Instability in a Young Athletic Population. *Am J Sports Med*, 2017. 45(14): p. 3315-3321.
- Bradley, J.P., et al.,** Arthroscopic capsulolabral reconstruction for posterior instability of the shoulder: a prospective study of 100 shoulders. *Am J Sports Med*, 2006. 34(7): p. 1061-71.
- Paul, J., et al.,** Posterior shoulder dislocation: systematic review and treatment algorithm. *Arthroscopy*, 2011. 27(11): p. 1562-72.
- Mc, L.H.,** Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*, 1952. 24 a(3): p. 584-90.
- Hughes, M. and C.S. Neer,** 2nd, Glenohumeral joint replacement and postoperative rehabilitation. *Phys Ther*, 1975. 55(8): p. 850-8.

KHẢO SÁT NGƯỠNG NỒNG ĐỘ LIPOPROTEIN (A) ≥ 125 NMOL/L Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH DO XƠ VỮA

Thái Thị Phương Thảo¹, Trương Thanh Hương², Trần Huy Thịnh²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 450 đối tượng có chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn tại bệnh viện Hữu Nghị. Xét nghiệm nồng độ lipoprotein (a) tại khoa Hóa sinh bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng có nồng độ Lp (a) ≥ 125 nmol/l là 6,9%, trong đó tỷ lệ có hẹp động mạch vành $\geq 50\%$ chiếm 87,1%. Nguy cơ mắc bệnh ĐMV do xơ vữa cao gấp 3,61 lần khi nồng độ Lp (a) ≥ 125 nmol/l (OR: 3,61; 95%CI: 1,239-10,515). Nữ giới có nồng độ Lp (a) ≥ 125 nmol/l có nguy cơ mắc bệnh ĐMV do xơ vữa cao gấp 4,902 lần (OR: 4,902; 95%CI: 1,054 – 22,798). **Từ khóa:** Lipoprotein (a), bệnh động mạch vành do xơ vữa

SUMMARY

STUDY OF LIPOPROTEIN (A) CONCENTRATIONS ≥ 125 NMOL/L IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC CORONARY ARTERY DISEASE

A cross-sectional descriptive study of 450 subjects with a diagnosis of chronic coronary artery syndrome at Huu Nghi hospital. Lipoprotein (a) concentration was test at the department of Biocheminty, Bach Mai hospital. The study results showed that the proportion of subjects with Lp (a) concentration ≥ 125 nmol/l was 6,9%, of which the proportion with coronary artery stenosis $\geq 50\%$ accounted for 87,1%. The risk of atherosclerotic coronary artery disease was 3,61 times higher when Lp (a) concentration ≥ 125 nmol/l (OR: 3,61; 95%CI: 1,239-10,515). Women with Lp (a) concentration ≥ 125 nmol/l had a 4,902 times higher risk of atherosclerotic coronary artery disease (OR: 4,902; 95%CI: 1,054 – 22,798). **Keywords:** Lipoprotein (a), chronic coronary artery syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế ở các nước đang phát triển và phát triển và việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ để cải thiện tiên lượng bệnh ĐMV có vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng hiện nay.¹ Lipoprotein (a) là một hạt Cholesterol trọng lượng phân tử thấp (LDL) có gốc Apo(a) liên kết cộng hóa trị với thành phần ApoB của nó.²

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Phương Thảo

Email: thaithaohp2014@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

Nhiều nghiên cứu trên thế giới hiện nay đã cho thấy lipoprotein (a), đặc biệt ngưỡng Lp (a) ≥ 50 mg/dl hoặc ≥ 125 nmol/l là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh ĐMV do xơ vữa.^{2,3} Ở Việt Nam, còn ít các nghiên cứu về lipoprotein (a), vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát nồng độ lipoprotein (a) ≥ 125 nmol/l ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành do xơ vữa" với 02 mục tiêu: Khảo sát nồng độ lipoprotein (a) ≥ 125 nmol/l ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành do xơ vữa tại Bệnh viện Hữu Nghị và Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai. Tìm hiểu mối liên quan giữa lipoprotein (a) ≥ 125 nmol/ và bệnh động mạch vành do xơ vữa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán hoặc nghĩ đến Hội chứng động mạch vành mạn, được chụp ĐMV và/hoặc chụp mạch vành qua da tại Bệnh viện Hữu Nghị và bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh ĐMV không do xơ vữa: dị tật bẩm sinh, Hội chứng mạch vành cấp, Suy thận giai đoạn cuối và Bệnh nhân bị mắc các bệnh ác tính

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị và viện Tim mạch bệnh viện Bạch Mai. Từ tháng 8/2021 đến tháng 9/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ trong quần thể:⁴

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.e)^2}$$

- n: cỡ mẫu tối thiểu

- Z: hệ số tin cậy tính theo α . Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- p: tỷ lệ hiện mắc khi Lp (a) ≥ 125 nmol/l ở nghiên cứu trước

- ϵ : là mức sai lệch tương đối theo p, chọn $\epsilon = 0,3$

- Với $p = 0,17$ thì $n = 384,16$. Lấy thêm 15% số mẫu dự phòng đối tượng không tham gia nghiên cứu hoặc không đảm bảo xét nghiệm. Như vậy: $n = 442$. Thực tế chúng tôi lấy được $n = 450$

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Mẫu thuận tiện có đủ điều kiện đến khi đủ cỡ mẫu. Các bệnh nhân được chẩn đoán/nghi ngờ Hội chứng động mạch vành mạn, có chụp ĐMV bằng cắt lớp vi tính 256 dãy và/hoặc chụp ĐMV qua da.