

kháng thuốc. Do đó, việc mở rộng nghiên cứu trên các đối tượng đa dạng hơn, đặc biệt nhóm có xơ gan, đồng nhiễm HBV/HIV hay từng thất bại điều trị trước sẽ là hướng đi cần thiết để hoàn thiện bằng chứng. Tuy nhiên, với kết quả khả quan này, việc áp dụng điều trị rút ngắn theo đáp ứng tải lượng HCVRNA sớm là khả thi tại Việt Nam, giúp tiết kiệm chi phí, giảm gánh nặng hệ thống y tế và tăng tính khả thi triển khai ở cộng đồng. Kết quả nghiên cứu đóng vai trò gợi mở chính sách cho các chiến lược điều trị viêm gan C cá thể hóa – phù hợp với mục tiêu loại trừ viêm gan C của WHO đến năm 2030.²

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ DAAs, cả theo chuẩn và theo đáp ứng tải lượng virus ngày thứ 7, đều đạt hiệu quả cao với tỷ lệ SVR12 trên 93%. Đặc biệt, tỷ lệ SVR12 của nhóm điều trị 8 tuần không thua kém nhóm điều trị chuẩn (97,1% và 98,4%). Như vậy, mô hình điều trị rút ngắn là hướng đi triển vọng, có tính khả thi trong bối cảnh nguồn lực hạn chế tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thompson KA, Blank G, Toy J, et al.** Prevalence and incidence of hepatitis C infection amongst men who have sex with men in a population-based pre-exposure prophylaxis

- program in British Columbia, Canada. *Liver Int.* Jul 2022;42(7):1528-1535. doi:10.1111/liv.15237
2. **Organization WH.** Global Hepatitis Report 2024.
3. **Nguyen E, Trinh S, Trinh H, et al.** Sustained virologic response rates in patients with chronic hepatitis C genotype 6 treated with ledipasvir+sofosbuvir or sofosbuvir+velpatasvir. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2018/11/22 2018;49(1):99-106. doi:10.1111/apt. 15043
4. **Ioannou GN, Feld JJ.** What Are the Benefits of a Sustained Virologic Response to Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Virus Infection? *Gastroenterology.* Jan 2019;156(2):446-460.e2. doi:10.1053/j.gastro.2018.10.033
5. **d'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Ceccherini-Silberstein F, et al.** Access and response to direct antiviral agents (DAA) in HIV-HCV co-infected patients in Italy: Data from the Icona cohort. *PloS one.* 2017;12(5):e0177402-e0177402. doi:10.1371/journal.pone.0177402
6. **Bộ Y tế.** Quyết định 2065/QĐ-BYT 2021 hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút C. In: *tế BY, editor.* 2021.
7. **Heo M, Norton BL, Pericot-Valverde I, et al.** Optimal hepatitis C treatment adherence patterns and sustained virologic response among people who inject drugs: The HERO study. *J Hepatol.* May 2024;80(5):702-713. doi:10.1016/j.jhep.2023.12.020
8. **Vranjkovic A, Deonaraine F, Kaka S, Angel JB, Cooper CL, Crawley AM.** Direct-Acting Antiviral Treatment of HCV Infection Does Not Resolve the Dysfunction of Circulating CD8(+) T-Cells in Advanced Liver Disease. *Front Immunol.* 2019;10:1926-1926. doi:10.3389/fimmu. 2019.01926

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐÚT KÍN GÂN GÓT

Hồ Trường Giang¹, Ngô Thái Hưng², Trần Văn Dương³, Phan Thế Nhựt⁴, Trương Nhật Tôn⁵, Huỳnh Kim Hiệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đút kín gân gót. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đút kín gân gót. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không đối chứng, được thực hiện trên 30 bệnh nhân từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Đút kín gân gót gặp ở cả hai

giới, nhưng chủ yếu xảy ra ở nam giới trong độ tuổi từ 30 đến 49. Nguyên nhân phổ biến nhất là chấn thương, chiếm 73,3%. Tỷ lệ tổn thương giữa hai chân tương đương nhau. Các dấu hiệu lâm sàng bao gồm mất liên tục gân gót (86,7%), nghiệm pháp Thompson dương tính (96,7%) và hình ảnh đứt hoàn toàn gân gót trên siêu âm (93,3%). Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) với bệnh lý gân ($p = 0,007$, kiểm định Fisher) và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận ($p < 0,001$, kiểm định Wilcoxon). Biến chứng sau phẫu thuật có liên quan đến khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận, đặc biệt ở nhóm đứt đầu gần ($p = 0,048$). Điểm phục hồi chức năng (PHCN) ATRS không liên quan đến khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận ($p = 0,287$). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị đút kín gân gót giúp phục hồi chức năng sớm và mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Đút kín gân gót, đứt gân gót, phẫu thuật điều trị, gân cơ gấp dài ngón chân cái, ATRS

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Chợ Rẫy

⁴Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

⁵Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Hiệu

Email: hkheiu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025

OUTCOMES FOR CLOSED ACHILLES TENDON RUPTURE

Objectives: 1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with closed Achilles tendon rupture. (2) To evaluate the outcomes of surgical treatment for this condition. **Material and methods:** A cross-sectional, single-arm, interventional clinical study was conducted on 30 patients from March 2023 to September 2024 at Can Tho Central General Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Closed Achilles tendon rupture was observed in both sexes, predominantly affecting males aged 30 to 49 years. Trauma was the most common cause, accounting for 73.3% of cases. The incidence of bilateral injuries was similar. Clinical signs included tendon discontinuity (86.7%), a positive Thompson test (96.7%), and complete tendon rupture on ultrasound imaging (93.3%). A statistically significant association was found between body mass index (BMI) and tendon pathology ($p = 0.007$, Fisher's exact test) and between the distance of the rupture site from the insertion point ($p < 0.001$, Wilcoxon test). Postoperative complications were associated with the distance of the rupture site from the insertion, particularly in proximal ruptures ($p = 0.048$). The Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS) was not associated with the distance of the rupture site from the insertion ($p = 0.287$). **Conclusions:** Surgical treatment for closed Achilles tendon rupture facilitates early functional recovery and yields favorable outcomes. **Keywords:** Closed Achilles tendon rupture, Achilles tendon rupture, surgical treatment, flexor hallucis longus tendon, ATRS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gân gót là gân lớn và mạnh nhất trong cơ thể, chịu lực gấp 2-3 lần trọng lượng cơ thể khi đi bộ và hơn 10 lần khi chạy nhảy. Gân này được tạo thành từ gân của cơ bụng chân, cơ gót và một phần nhỏ từ cơ gan chân, có chức năng duỗi mạnh bàn chân, giúp đẩy cơ thể về phía trước khi di chuyển [1]. Tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh sau tuổi 25, trong đó nam giới trong độ tuổi 40-50 chiếm phần lớn các trường hợp đứt gân gót cấp tính. Tỷ lệ nam/nữ dao động từ 1,7:1 đến 30:1. Sự phân bố mạch máu đặc biệt khiến gân gót dễ bị tổn thương ở vùng "watershed", cách điểm bám tận trên xương gót khoảng 2-6cm. Khoảng 75% trường hợp đứt gân gót xảy ra ở vùng này. Bệnh sử, khám lâm sàng và siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán đứt gân gót. Khám lâm sàng có thể phát hiện tăng gập lưng bàn chân thụ động, yếu gập gan bàn chân, mất liên tục gân tại vị trí đứt và nghiệm pháp Thompson dương tính [2][3].

So với điều trị bảo tồn, phẫu thuật điều trị đứt gân gót cấp tính giúp giảm đáng kể nguy cơ tái đứt, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống và chức năng vận động một cách vượt trội. Tuy

nhien, phẫu thuật cũng làm tăng nguy cơ gặp các biến chứng liên quan [4]. Đối với đứt gân gót mạn tính, phương pháp phẫu thuật điều trị phụ thuộc vào kích thước khuyết hổng. Trong trường hợp khuyết hổng từ 3 đến 6 cm, kỹ thuật chuyển gân cơ gấp ngón chân cái dài (FHL) hoặc gân cơ mào ngắn thường được áp dụng để tái tạo gân gót [5].

Phẫu thuật điều trị đứt kín gân gót được xem là lựa chọn tối ưu nhằm phục hồi chức năng vận động và giảm thiểu nguy cơ tái đứt. Hiện nay, nhiều kỹ thuật phẫu thuật đã được phát triển và áp dụng trong điều trị đứt kín gân gót. Việc lựa chọn phương pháp phù hợp phụ thuộc vào các yếu tố như kích thước khuyết hổng gân, vị trí tổn thương và tình trạng mô gân còn lại. Tại Việt Nam, nghiên cứu về đứt kín gân gót còn khá hạn chế. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, nhiều trường hợp đứt kín gân gót đã được điều trị bằng các kỹ thuật phẫu thuật khác nhau trong nhiều năm qua. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá một cách hệ thống về kết quả điều trị của các phương pháp này. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đứt kín gân gót" với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đứt kín gân gót và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đứt kín gân gót.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt kín gân gót và được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024.

+ Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đứt kín gân gót dựa trên bệnh sử, thăm khám lâm sàng và kết quả cận lâm sàng.
- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.
- Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị liệt.
- Bệnh nhân có dị tật ở cổ bàn chân bên tổn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

+ **Nội dung nghiên cứu:** Thu thập thông tin từ 30 bệnh nhân đứt kín gân gót đáp ứng

tiêu chuẩn chọn mẫu và được phẫu thuật điều trị. Các thông tin bao gồm: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), chân bị tổn thương, cơ chế chấn thương và bệnh lý gân; kết quả thăm khám lâm sàng về mất liên tục gân và nghiệm pháp Thompson; kết quả siêu âm gân gót; khoảng cách từ vị trí đứt đến điểm bám tận; điểm phục hồi chức năng ATRS, các biến chứng liên quan và kỹ thuật phẫu thuật.

+ Kỹ thuật phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân đều được bó bột căng bàn chân ở tư thế gấp gân bàn chân khoảng 15-30 độ ngay sau phẫu thuật.

+ Kỹ thuật khâu nối gân gót tận-tận: Áp dụng cho trường hợp đứt gân gót cấp tính và khoảng cách giữa hai đầu gân sau khi cắt lọc dưới 3 cm.

- Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm sấp hoặc nghiêng gần sấp, có đệm lót đầy đủ để phòng ngừa tổn thương mạch máu và thần kinh.

- Vô cảm.

- Rạch da dọc trục sau trong căng chân, từ vị trí nối gân-cơ đến điểm bám gân vào xương gót, mở rộng bao gân để bộc lộ gân gót.

- Loại bỏ máu tụ và cắt lọc tiết kiệm phần gân tổn thương.

- Khâu nối gân gót đứt bằng kỹ thuật Krackow cải biên.

+ Kỹ thuật khâu nối gân gót bằng chuyển gân FHL: Áp dụng cho trường hợp đứt gân gót mạn tính, khi khoảng cách giữa hai đầu gân từ 3 cm trở lên.

- Rạch da dọc theo bờ trong bàn chân, từ củ thuyền đến xương bàn chân thứ nhất.

- Cắt gân FHL ở vị trí xa nhất có thể, thường là giữa thân xương bàn chân thứ nhất, đồng thời bảo tồn một đoạn gốc để khâu nối với gân FDL.

- Kéo gân FHL từ bàn chân lên căng chân.

- Tạo đường hầm gân gót.

- Luồn gân FHL qua đường hầm và gân gót.

- Cố định gân FHL vào gân gót bằng nhiều mũi khâu FiberWire.

+ Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Phân loại	Kết quả n (%)	Đặc điểm	Phân loại	Kết quả n (%)
----------	-----------	---------------	----------	-----------	---------------

Nhóm tuổi	16 - ≤ 29 tuổi	2(6,7)	Vị trí chân đứt	Chân trái	14(46,7)
	30-49 tuổi	19(63,3)		Chân phải	16(53,3)
	≥ 50 tuổi	9(30,0)	Cơ chế chấn thương	Có	22(73,3)
Giới	Nam	20(66,7)		Không	8(26,7)
	Nữ	10(33,3)	Tổng		30(100)

Nhận xét: Đứt gân gót thường gặp ở nhóm tuổi từ 30 đến 49, tỷ lệ nam giới cao gấp đôi nữ giới, xảy ra tương đương ở cả hai chân và thường có cơ chế chấn thương rõ ràng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Mất liên tục gân	Nghiệm pháp Thompson dương tính	Đứt gân gót hoàn toàn trên siêu âm
Kết quả n(%)	26 (86,7)	29 (96,7)	28 (93,3)

Nhận xét: Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm mất liên tục gân gót (86,7%), nghiệm pháp Thompson dương tính (96,7%) và hình ảnh đứt gân gót hoàn toàn trên siêu âm (93,3%).

3.2. Các mối liên quan chung

3.2.1. Liên quan giữa BMI và bệnh lý gân

Bảng 3. Liên quan giữa BMI và bệnh lý gân

BMI	Đứt cấp tính n(%)	Đứt mạn tính n(%)	p*
Không béo phì	2 (20)	8 (80)	0,007
Béo phì	15 (75)	5 (25)	
Tổng	17 (56,7)	13 (43,3)	

*: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$) giữa BMI và bệnh lý gân (cấp tính/mạn tính).

3.2.2. Liên quan giữa BMI và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận

Bảng 4. Liên quan giữa BMI và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận

Khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận	BMI	Kiểm định (p*)
Đứt đầu gần (n=22)	26,47±2,73	<0,001
Đứt đầu xa (n=8)	21,45±3,82	

*: kiểm định Independent-Samples T-Test

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa BMI và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

3.3.1. Liên quan giữa khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận và kỹ thuật mổ so với điểm phục hồi chức năng ATRS và biến chứng

Bảng 5. Liên quan giữa khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận với điểm phục hồi chức năng ATRS và biến chứng sau phẫu thuật

Kết quả		Điểm ATRS n(%)		p*	Biến chứng n(%)		p*
		>80	≤80		Có	Không	
Nhóm khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận	Đứt đầu gần	17 (77,3)	5 (22,7)	0,287	1 (4,5)	21 (95,5)	0,048
	Đứt đầu xa	8 (100%)	0 (0)		3 (37,5)	5 (62,5)	

*: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,287$) giữa điểm phục hồi chức năng ATRS và vị trí đứt từ điểm bám tận. Tuy nhiên, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$) giữa biến chứng sau phẫu thuật và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận.

Bảng 6. Liên quan giữa kỹ thuật mổ và kết quả phục hồi chức năng theo điểm ATRS và biến chứng sau phẫu thuật

Kết quả		Điểm ATRS n(%)		p*	Biến chứng n(%)		p*
		>80	≤80		Có	Không	
Kỹ thuật mổ	Kiểu tận – tận	20 (83,3)	4 (16,7)	1,00	3(12,5)	21(87,5)	1,00
	Chuyển gân FHL	5 (83,3)	1 (16,7)		1(16,7)	5(83,3)	

*: Kiểm định Fisher

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 1,00$) giữa kỹ thuật mổ và điểm ATRS hoặc biến chứng sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 30 trường hợp đứt kín gân gót được phẫu thuật từ tháng 3 năm 2023. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật khâu nối gân gót, sau đó được đánh giá và theo dõi trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật.

Đặc điểm chung của bệnh nhân đứt kín gân gót cho thấy độ tuổi thường gặp nhất là từ 30 đến 49 tuổi. Bệnh lý này xảy ra ở cả nam và nữ, tuy nhiên, tỷ lệ mắc ở nam giới cao gấp đôi so với nữ giới. Đứt gân gót xảy ra tương đương ở cả hai chân, không có sự khác biệt đáng kể giữa chân trái và chân phải. Đa số các trường hợp đứt gân gót có cơ chế chấn thương rõ ràng, thường liên quan đến các hoạt động thể thao hoặc vận động mạnh đột ngột, với tỷ lệ cao gấp 3 lần so với các trường hợp không có cơ chế chấn thương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mộc Sơn (2015)[1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận 86,7% trường hợp có dấu hiệu mất liên tục gân gót, 96,7% trường hợp có nghiệm pháp Thompson dương tính và 93,3% trường hợp có hình ảnh đứt gân gót hoàn toàn trên siêu âm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Amendola và cộng sự (2022), trong đó độ nhạy của các dấu hiệu lâm sàng dao động từ 73% đến 96%; siêu âm có độ nhạy là 95% và độ đặc hiệu là 99%. Những phát hiện này khẳng định giá trị của các phương pháp thăm khám lâm sàng và

cận lâm sàng trong chẩn đoán đứt gân gót [3].

4.2. Các mối liên quan chung. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan đáng kể giữa béo phì và tỷ lệ đứt gân gót cấp tính cao hơn (75% so với 20%, $p = 0,007$), phù hợp với kết quả từ nghiên cứu quy mô lớn của Ahn và cộng sự (2022), trong đó chỉ số khối cơ thể (BMI) cao có liên quan mật thiết đến nguy cơ đứt gân gót cấp tính (HR: 3,49). Điều này củng cố giả thuyết rằng béo phì là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với đứt gân gót cấp tính, có thể do áp lực cơ học tăng lên và tình trạng viêm mạn tính liên quan đến BMI cao [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI trung bình ($24,53 \pm 2,99$, dao động từ 20,13 đến 31,25) và vị trí đứt gân gót so với điểm bám tận ($p < 0,001$, kiểm định Wilcoxon, cỡ mẫu 30). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao và cộng sự (2021), trong đó BMI trung bình là 25,1 (dao động từ 18,3 đến 31,2) và cũng cho thấy mối tương quan yếu nhưng có ý nghĩa thống kê giữa BMI và vị trí đứt gân gót ($p = -0,230$, $P = 0,013$). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan mạnh hơn về mặt thống kê, có thể do sự khác biệt về phương pháp kiểm định (kiểm định Wilcoxon so với hệ số tương quan Pearson) hoặc đặc điểm dân số nghiên cứu. Những phát hiện này góp phần củng cố giả thuyết rằng BMI có ảnh hưởng đến vị trí đứt gân gót so với điểm bám tận, đặc biệt là ở những người có BMI cao hơn [7].

4.3. Kết quả sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá kết quả phục hồi chức năng (PHCN) dựa trên điểm ATRS, với điểm số trên 80 được xem là thành công. Kết quả cho

thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm bệnh nhân đứt gân gót chân ở vị trí đầu gần và đầu xa:

+ Nhóm đứt đầu gần:

○ 17/22 bệnh nhân (77,3%) đạt điểm ATRS trên 80.

○ 1/22 bệnh nhân (4,5%) gặp biến chứng, cụ thể là nhiễm trùng nông sau phẫu thuật.

+ Nhóm đứt đầu xa:

○ 100% bệnh nhân (8/8) đạt điểm ATRS trên 80.

○ Tỷ lệ biến chứng cao hơn đáng kể, với 3/8 bệnh nhân (37,5%) gặp biến chứng, bao gồm 1 trường hợp nhiễm trùng nông và 2 trường hợp đứt lại gân gót.

Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,048$), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cao và cộng sự (2021). Điều này gợi ý rằng vị trí đứt gân gót chân có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị và nguy cơ biến chứng, có thể liên quan đến sự khác biệt về cấu trúc mô gân và phân bố mạch máu ở các vị trí khác nhau [7].

Kết quả điểm ATRS và tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm kỹ thuật mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân đứt gân gót cấp tính được phẫu thuật bằng kỹ thuật khâu nối tận - tận, tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm ATRS trên 80 là 20/24 (83,3%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mộc Sơn (2015). Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng trong nhóm này là 3/24 (16,7%), bao gồm 1 trường hợp nhiễm trùng nông và 2 trường hợp đứt lại gân gót, cao hơn so với nghiên cứu của Maffulli và cộng sự (2023) với tỷ lệ biến chứng là 3/33.

Trong khi đó, ở nhóm bệnh nhân đứt gân gót mạn tính được phẫu thuật bằng kỹ thuật chuyển gân FHL, kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đạt điểm ATRS trên 80 là 5/6 (83,3%) và tỷ lệ biến chứng là 1/6 (13,3%), cụ thể là nhiễm trùng nông. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Maffulli và cộng sự (2023), với điểm ATRS trung bình đạt $85,7 \pm 7,5$ và tỷ lệ biến chứng là 14,8% [1] [8].

V. KẾT LUẬN

Đứt kín gân gót là một bệnh lý phổ biến, được chẩn đoán thông qua bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Các phương pháp phẫu thuật điều trị ngày càng được cải tiến và cập nhật, mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

đứt kín gân gót chủ yếu xảy ra ở nam giới trong độ tuổi từ 30 đến 49, với chấn thương là nguyên nhân hàng đầu. Các đặc điểm lâm sàng nổi bật bao gồm mất liên tục gân gót, nghiệm pháp Thompson dương tính và hình ảnh đứt hoàn toàn trên siêu âm. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) với thời gian chấn thương và khoảng cách từ vị trí đứt đến điểm bám tận của gân gót.

Kết quả sau phẫu thuật cho thấy 75% bệnh nhân đạt điểm ATRS trên 80, cho thấy sự phục hồi chức năng tốt. Tuy nhiên, 25% bệnh nhân gặp phải biến chứng sau mổ. Phẫu thuật điều trị đứt kín gân gót được chứng minh là một phương pháp hiệu quả, giúp bệnh nhân phục hồi chức năng vận động sớm và đạt kết quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mộc Sơn (2015). Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật đứt hoàn toàn gân Achilles do chấn thương tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Bác sĩ Nội Trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Pedowitz, D., & Kirwan, G. (2013). Achilles tendon ruptures. Current reviews in musculoskeletal medicine, 6, tr. 285-293.
3. Amendola, F., Barbasse, L., Carbonaro, R., Alessandri-Bonetti, M., Cottone, G., Riccio, M., Serrao, K. (2022). The acute Achilles tendon rupture: An evidence-based approach from the diagnosis to the treatment. Medicina, 58(9), tr. 1195.
4. Fan, L., Hu, Y., Zhou, L., & Fu, W. (2024). Surgical vs. nonoperative treatment for acute Achilles' tendon rupture: a meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Surgery, 11, 1483584.
5. Feng, S.-M., Maffulli, N., Oliva, F., Saxena, A., Hao, Y.-F., Hua, Y.-H., Migliorini, F. (2024). Surgical management of chronic Achilles tendon rupture: evidence-based guidelines. Journal of orthopaedic surgery and research, 19(1), tr. 132.
6. Ahn, H. S., Kim, H. J., Suh, J. S., Kazmi, S. Z., Kang, T. U., & Choi, J. Y. (2022). WITHDRAWN: The association of body mass index and waist circumference with the risk of Achilles tendon problems: A nationwide population-based longitudinal cohort study. In: Elsevier.
7. Cao, S., Teng, Z., Wang, C., Zhou, Q., Wang, X., & Ma, X. (2021). Influence of Achilles tendon rupture site on surgical repair outcomes. Journal of Orthopaedic Surgery, 29(1), 23094990211007616.
8. Maffulli, N., Ziello, S., Maisto, G., Migliorini, F., & Oliva, F. (2023). Local tendon transfers for chronic ruptures of the Achilles tendon: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, 12(2), tr. 707.