

- Arıcı C, Giles Şenyürek Y.** Transoral endoscopic parathyroidectomy vestibular approach (TOEPVA) for primary hyperparathyroidism: Turkey's experience. *Surg Endosc.* 2022 Feb;36(2):1037-1043. doi: 10.1007/s00464-021-08368-3. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33660120.
7. **Entezami P, Boven L, Ware E, Chang BA.** Transoral endoscopic parathyroidectomy vestibular approach: A systematic review. *Am J Otolaryngol.* 2021 Jan-Feb;42(1):102810. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102810. Epub 2020 Oct 25. PMID: 33202327.
8. **Grogan RH, Khafif AK, Nidal A, Anuwong A, Shaeer M, Razavi CR, Russell JO, Tufano RP.** One hundred and one consecutive transoral endoscopic parathyroidectomies via the vestibular approach for PHPT: a worldwide multi-institutional experience. *Surg Endosc.* 2022 Jul;36(7):4821-4827. doi: 10.1007/s00464-021-08826-y. Epub 2021 Nov 5. PMID: 34741203.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG KỸ THUẬT TẮT CẢ BÊN TRONG SỬ DỤNG GÂN MÁC DÀI TỰ THÂN

Phan Sỹ Thái¹, Vũ Trường Thịnh^{2,3},
Lê Thị Thanh Lam⁴, Dương Đình Toàn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân mạc dài tự thân tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 60 bệnh nhân. **Kết quả:** Nguyên nhân chủ yếu là do TNTT (63,3%), nam giới chiếm nhiều hơn nhóm nguyên nhân này. 100% bệnh nhân đến với triệu chứng lỏng khớp, các dấu hiệu Lachmann, Pivot Shift và ngăn kéo trước biểu hiện rõ (100% độ II và độ III). Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm và độ vững khớp gối theo thang điểm IKDC ở mức trung bình và kém trước khi phẫu thuật (Điểm Lysholm trung bình trước phẫu thuật là $66,8 \pm 4,26$). Kết quả chung chức năng khớp gối đạt mức rất tốt và tốt sau phẫu thuật (Điểm Lysholm trung bình là $96,5 \pm 2,53$), độ vững khớp gối sau phẫu thuật cải thiện rõ thang điểm IKDC sau phẫu thuật có: mức A: 78,35% và mức B: 21,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật bằng phương pháp tắt cả bên trong, với ưu điểm mảnh ghép lớn hơn đảm bảo được đường kính cần thiết của mảnh ghép, vít treo điều chỉnh độ dài giúp làm căng dây mảnh ghép được như DCCT nguyên thủy, ngoài ra khoan đường hầm từ phía trong ra, phẫu thuật viên chủ động vị trí khoan phù hợp với điểm bám của dây chằng, đảm bảo đúng vị trí. Tất cả những ưu điểm đó giúp cải thiện nhiều về lâm sàng và độ vững của khớp gối.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, gân mạc dài.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF ENDOSCOPIC

¹Bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 10.6.2025

ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING AN ALL-INSIDE TECHNIQUE WITH PERONEUS LONGUS TENDON WERE EVALUATED

Objective: This study aimed to assess the outcomes of endoscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using an all-inside technique with peroneus longus tendon at 115 Hospital in Nghe An province, spanning from January 2020 to July 2021.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study involving 60 patients. **Results:** Sports-related injuries were the predominant cause (63.3%), with males comprising the majority of this group. All patients exhibited symptoms of knee laxity, and clinical signs of Lachmann, Pivot Shift, and anterior drawer tests were universally present (100% grade II and III). Preoperatively, knee function, as measured by the Lysholm score, and knee stability, assessed by the IKDC score, were suboptimal (mean preoperative Lysholm score was 66.8 ± 4.26). Postoperatively, there was a marked improvement in knee function (mean Lysholm score postoperatively was 96.5 ± 2.53), and knee stability showed significant enhancement with IKDC scores of grade A: 78.35% and grade B: 21.7%. **Conclusion:** The all-inside ACL reconstruction technique offers several advantages, including a larger graft size ensuring the required diameter, an adjustable suspensory fixation system that allows graft tensioning akin to the native double-bundle ACL, and the drilling of tunnels from the inside out, enabling precise positioning of the drill hole at the ligament's attachment point. These advantages collectively contribute to substantial clinical and stability improvements in knee function.

Keywords: Anterior cruciate ligament, peroneus longus tendon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một khớp lớn trong cơ thể, được giữ vững nhờ hệ thống dây chằng, bao khớp, sụn chêm và các cơ bao bọc xung quanh. Dây chằng chéo trước đóng vai trò quan trọng trong hoạt động khớp gối, có vai trò chính trong chống

di lệch của mâm chày ra trước so với xương đùi khi khớp vận động.

Về kỹ thuật và phương tiện cố định, kỹ thuật tất cả bên trong (All-Inside) với ưu điểm mảnh ghép có đường kính lớn hơn và sử dụng nút treo gân điều chỉnh độ dài là kỹ thuật phổ biến nhất hiện nay và đang được áp dụng rộng rãi trên thế giới và cả trong nước.

Yêu cầu của mảnh ghép trong phẫu thuật tái tạo DCCT là đáp ứng các tiêu chuẩn cơ bản: đặc tính cơ sinh học, sự liền mảnh ghép, mức độ dễ dàng khi lấy ghép. Có nhiều nguồn gân ghép tự thân và đồng loại, mỗi loại có những ưu, nhược điểm nhất định. Gân Hamstring và gân xương bánh chè đã được nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước báo cáo là những mảnh ghép có nhiều ưu điểm và được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên, gân xương bánh chè có nhược điểm là có thể gây biến chứng vỡ xương bánh chè trong và sau phẫu thuật, yếu động tác duỗi, đau trước gối, còn gân Hamstring gây yếu cơ chế gấp gối, mất đi thành phần quan trọng ngăn mâm chày di chuyển ra trước.

Gân mạc dài (MD) đã được sử dụng trong nhiều phẫu thuật tái tạo dây chằng vùng cổ chân. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về cơ sinh học mảnh ghép gân mạc dài từ những năm 1977. Trong đó, nhiều nghiên cứu ứng dụng mảnh ghép nửa trước gân mạc dài trong tái tạo dây chằng vùng gối và tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT). Các nghiên cứu này đều đánh giá ảnh hưởng của việc lấy gân MD lên cổ chân không đáng kể. Gân MD là gân có sức mạnh tương đương DCCT nguyên bản và hơn gân Hamstring, gân gân thon, không có trẻ nhỏ nên việc lấy gân dễ dàng. Cho kết quả tốt về ổn định và chức năng khớp gối và không ảnh hưởng nhiều đến chức năng của cổ chân nên có thể là một lựa chọn. Từ thực trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng gân mạc dài tự thân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương DCCT khớp gối và được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong với mảnh ghép gân MD, tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An, từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân có tổn thương DCCT được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong với

mảnh ghép gân MD có thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu 9 tháng

- Từ 16 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân được ghi nhận thang điểm chức năng cổ chân trước phẫu thuật theo AOFAS loại tốt (90-100 điểm).
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và giữ được liên lạc.

- Hồ sơ bệnh án có đủ thông tin nghiên cứu

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương DCCT có kèm theo tổn thương dây chằng chéo sau, dây chằng bên ngoài, dây chằng bên trong.

- Bệnh nhân có thoái khớp gối độ III, IV theo Kellgren và Lawrence.

- Những bệnh nhân có bệnh lý tổn thương khớp cổ chân, bệnh lý tổn thương thần kinh mạc chung.

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2.5. Biện số nghiên cứu

- Tuổi, giới.
- Nguyên nhân chấn thương.
- Chân bị tổn thương, thời gian bị chấn thương.
- Các triệu chứng cơ năng.
- Nghiệm pháp Lachman, dấu hiệu ngăn kéo trước, chuyển trục (Pivot Shift).
- Đánh giá chức năng theo thang điểm Lysholm (1982), độ vững theo thang điểm IKDC (1997), chức năng cổ chân lấy gân theo thang điểm AOFAS
- Hình ảnh tổn thương DCCT trên phim chụp cộng hưởng từ
- Thời gian phẫu thuật.
- Chiều dài mảnh ghép, đường kính mảnh ghép.

- Biến chứng sau phẫu thuật

- Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm, độ vững khớp gối theo thang điểm IKDC, chức năng cổ chân theo thang điểm AOFAS sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	16 - 19	4	6,7
	20 - 29	10	16,7
	30 - 39	18	30,0
	40 - 49	24	40,0
	≥ 50	4	6,7
Giới	Nam	36	60%

	Nữ	24	40%
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	8	13,3%
	Tai nạn sinh hoạt	9	15%
	Tai nạn thể thao	38	63,4%
	Tai nạn lao động	5	8,3%
Vị trí bên tổn thương	Gối trái	28	46,7%
	Gối phải	32	53,3%
Mức độ tổn thương DCCS trên MRI	Hoàn toàn	37	84,10%
	Bán phần	5	11,36%
	Còn sức căng	2	4,54%
Thời điểm phẫu thuật	< 12 tuần	57	95
	13 tuần	3	5,0
Triệu chứng cơ năng	Lỏng khớp	43	71,7
	Đau + lỏng khớp	17	28,3
Lachmann	Độ II	42	70,0
	Độ III	18	30,0
Pivot Shift	Độ I	1	1,7
	Độ II	40	66,7
	Độ III	19	31,7
Ngăn kéo trước	Độ II	42	70,0
	Độ III	18	30,0
McMurray	Âm tính	47	78,3
	Dương tính trong	5	8,3
	Dương tính ngoài	6	10,0
	Dương tính 2 bên	2	3,3
Điểm Lysholm	Rất tốt (95-100)	0	0
	Tốt (84-94)	0	0
	Trung bình (65-83)	50	83,3
	Xấu (<65)	10	16,7
Thang điểm IKDC	Mức A	0	0
	Mức B	0	0
	Mức C	50	83,3
	Mức D	10	16,7

Bảng 1 cho thấy đa số BN ở nhóm 40 - 49 tuổi (chiếm 40%), giới tính nam chiếm đa phần (60%). Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNTT (63,4%). Vị trí bên tổn thương gối phải chiếm 53,3%, gối trái chiếm 46,7%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong 3 tháng đầu tính từ khi chấn thương chiếm 95% bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả điểm Lysholm và Gilquist trước mổ là thấp $66,8 \pm 4,26$ điểm và phân loại IKDC khách quan đánh giá trước mổ có tỷ lệ 83,3% ở mức C và 16,7% là ở mức D.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kích thước mảnh ghép (n=44)

Đường kính mảnh ghép (mm)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trung bình: $8,7 \pm 0,56$	8	33,3
	8.5	11,7
	9	43,3
	9.5	8,3
	10	3,3
Tổng	60	100

Chiều dài mảnh ghép		mm
Độ dài	Nhỏ nhất	60
	Lớn nhất	65
	Trung bình	61
	Độ lệch chuẩn	1,6

Bảng 3. Kết quả điều trị

Điểm Lysholm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Rất tốt (95-100)	0	50 (83,3%)
Tốt (84-94)	0	10 (16,7%)
Trung bình (65-83)	50 (83,3%)	0
Xấu (<65)	10 (16,7%)	0
Điểm trung bình	$66,8 \pm 4,26$	$96,5 \pm 2,53$
P = 0,000		
Thang điểm IKDC	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Mức A	0 (0%)	47 (78,3%)
Mức B	0 (0%)	13 (21,7%)
Mức C	50 (83,3%)	0 (0%)
Mức D	10 (16,7%)	0 (0%)
Tổng	60 (100%)	60 (100%)
Điểm AOFAS	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Rất tốt (90-100)	55 (91,7%)	50 (83,3%)
Tốt (80-90)	5 (8,3%)	10 (16,7%)
Khá (70-80)	0	0
Xấu (<70)	0	0
Điểm trung bình	$96,6 \pm 2,9$	$95,95 \pm 3,65$
P = 0,074		

Kết quả gần sau mổ là tốt với 100 % bệnh nhân. Kết quả với điểm Lysholm và Gilquist cải thiện rõ rệt với điểm trung bình ở lần theo dõi sau mổ là $96,5 \pm 2,53$ và phân loại IKDC khách quan đánh giá sau mổ ở lần theo dõi cuối cùng có tỷ lệ 78,3% là bình thường, 21,7% là gần thường. Chức năng cổ chân trước và sau phẫu thuật là khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 37 ± 10 , kết quả này thể hiện tỷ lệ bị đứt DCCT trong nhóm nghiên cứu đa phần là ở độ tuổi lao động và hoạt động thể thao. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân (2019), $35,4 \pm 8,8^1$. Tỷ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu là 36/24. Chênh lệch tỷ lệ không có sự khác biệt quá lớn, tuy nhiên kết quả cũng phản ánh về thực trạng hoạt động thể lực nói chung ở nam cao hơn nữ. Kết quả này tương tự kết quả các nghiên cứu trong nước, nghiên cứu Nguyễn Thành Luân (2019)¹, tỷ lệ nam/ nữ là 1,7, Trần Hoàng Tùng (2021)⁴, tỷ lệ nam/ nữ là 1,8, của

Dương Đình Toàn (2021)⁵, tỷ lệ nam/ nữ là 1,8. Nghiên cứu của Đỗ Quốc Cường (2022)³, tỷ lệ nam/nữ có sự cách biệt lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác là 4/1.

Về nguyên nhân chấn thương, theo nghiên cứu của chúng tôi TNTT chiếm tỷ lệ cao nhất (63,3%), thấp nhất là TNLD (8,3%). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn (2015), 53,3% nguyên nhân do TNTT, Trương Kim Hùng (2021)⁷, nguyên nhân do TNTT chiếm 53,26%, Trần Hoàng Tùng (2018)⁴, nguyên nhân do TNTT chiếm 55,56%. Khi so sánh với các nghiên cứu được tiến hành xa hơn trước đó thông qua nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân¹, cụ thể: nghiên cứu của Đinh Ngọc Sơn (2002), nguyên nhân do TNGT chiếm 74,5% trong khi đó do TNTT có 15,4%. Như vậy, nguyên nhân của đứt DCCT có xu hướng giảm dần do tai nạn giao thông nhưng tăng dần ở nhóm nguyên nhân TNTT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ lúc bị tai nạn đến lúc phẫu thuật là $29,4 \pm 19,4$ ngày, cao nhất ở tuần thứ 3-4 với 46,6%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Trương Kim Hùng (2021), thời gian từ lúc bị đến lúc phẫu thuật 3-6 tuần chiếm chủ yếu⁷. So sánh với các tác giả khác: Nguyễn Thành Luân (2019) thời gian trung bình từ lúc bị tai nạn đến lúc phẫu thuật là $5,15 \pm 9,24$ tháng¹, Trần Quốc Lâm (2018) là $5,94 \pm 8,12$ tháng², Lê Mạnh Sơn (2015) là $5,97 \pm 6,78$ tháng⁶, thời gian trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn vì các nghiên cứu này tiến hành ở các bệnh viện tuyến trung ương, người bệnh khám ở địa phương chưa phát hiện ra bệnh nên được phẫu thuật sau khi tổn thương một thời gian dài.

Tỷ lệ người bệnh tổn thương DCCT ở chân trái là 53,3%, bên chân phải là 46,7%. Tỷ lệ này là tương đương giữa hai bên. Kết quả tổn thương ở chân trái tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác: Nguyễn Thành Luân (2019) là 63,2%¹, Trần Quốc Lâm (2018) là 50%², Trần Hoàng Tùng (2018) là 58,3%⁴.

Chức năng của khớp gối trước phẫu thuật chủ yếu ở mức trung bình và xấu. Điểm Lysholm trước phẫu thuật trung bình là $66,8 \pm 4,26$. Phân loại theo mức độ trung bình 83,3% và mức xấu là 13,7%. Kết quả nghiên cứu này tương tự nhiều nghiên cứu chúng tôi tham khảo được, cụ thể: Nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn (2015)⁶, điểm Lysholm trung bình $55,89 \pm 7,40$, Trần Hoàng Tùng (2018)⁴, mức độ trung bình là: 5,6; xấu là: 94,4, Nguyễn Thành Luân (2019)¹, điểm Lysholm trung bình là: $59 \pm 2,03$. Kết quả thang điểm IKDC trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là: 50 trường hợp mức C (83,3%) và

10 trường hợp mức D (16,7%). Báo cáo của Lê Mạnh Sơn (2015)⁶, đánh giá độ vững theo IKDC trước phẫu thuật, mức C là: 68,4%; mức D là: 31,6%. Nghiên cứu của Trần Hoàng Tùng (2018)⁴, mức C là: 19,5%; mức D là: 80,5%. Phạm Ngọc Trường (2020), Mức C là: 33,3%; mức D là 66,7%⁸. Như vậy, dù các nghiên cứu có tỷ lệ các mức độ C và mức D khác nhau, nhưng tất cả đều không có mức A và mức B trước phẫu thuật.

4.2. Kết quả sau mổ

4.2.1. Kích thước mảnh ghép. Đường kính trung bình là $8,7 \pm 0,56$, chiều dài trung bình là 61.

4.2.2. Kết quả sau mổ. Theo kết quả nghiên cứu, ghi nhận chức năng khớp gối sau mổ ở lần theo dõi cuối cùng đánh giá theo thang điểm Lysholm và Gilquist có 83,3% là tốt và 16,7% là khá. Để đánh giá chức năng khớp gối khách quan chúng tôi sử dụng thang điểm IKDC 2000 khách quan do thầy thuốc thăm khám NB đánh giá chức năng khớp gối dựa vào các tiêu chí lâm sàng và X quang. Chức năng khớp gối sau mổ ở lần theo dõi cuối cùng có 78,3% ở mức A, 21,7% ở mức B.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nội soi tái tạo DCCT bằng gân mạc dài tự thân đem lại kết quả tốt, góp phần vào những lựa chọn của bệnh nhân trong điều trị đứt DCCT. Phẫu thuật bằng phương pháp tất cả bên trong giúp làm tăng đường kính mảnh ghép đó gấp được nhiều lần nhưng vẫn đảm bảo chiều dài và với nút treo gân điều chỉnh độ dài giúp căng mảnh ghép tốt, giúp cải thiện lâm sàng của khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thành Luân.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép nửa trước gân cơ mạc dài tự thân tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn Bác sĩ Nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2019.
2. **Đỗ Văn Minh và cộng sự** (2019). Nghiên cứu ứng dụng tạo hình dây chằng chéo sau qua nội soi kỹ thuật tất cả bên trong.
3. **Trần Quốc Lâm.** Nghiên cứu giải phẫu và đối chiếu trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo tr-ước khớp gối bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong. Luận án tiến sĩ Trường Đại học Hà Nội. Published online 2018.
4. **Đỗ Quốc Cường.** Kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phương pháp tất cả bên trong tại Bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y học Việt Nam. Published 2022. Accessed March 30, 2023. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2318/2126>
5. **Trần Hoàng Tùng.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân bánh chè đồng loại. Luận Án Tiến Sĩ Đại Học Hà Nội. Published online 2018.

6. **Dương Đình Toàn.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-Inside sử dụng mảnh ghép gân hamstring tự thân. Tạp chí Y học Việt Nam. Published 2021. Accessed April 14, 2023. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/925/793>
7. **Lê Mạnh Sơn.** 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 Đại Học Hà Nội. Published online 2015.
9. **Trương Kim Hùng.** Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ thon và gân cơ bán gân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định. Nghiên Cứu Khoa Học Cấp Cơ Sở. Published online 2021.
10. **Phạm Ngọc Trưởng.** Nghiên cứu kích thước gân cơ thon gân cơ bán gân dựa trên chẩn đoán hình ảnh và kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật hai bó. Luận án tiến sĩ Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2020.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM THOÁT VỊ CUỐNG RỖN BẨM SINH

Trần Thị Hoa¹, Đỗ Thị Trà¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoát vị cuống rốn (TVCR) là một khuyết tật của đường giữa thành bụng, trong đó các tạng trong ổ bụng bị thoát vị ra ngoài ổ bụng qua vòng rốn không khép kín. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm chẩn đoán trước sinh, triệu chứng lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị sớm của trẻ bị TVCR. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 40 trẻ bị TVCR đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2017 đến 31/08/2023. **Kết quả:** Phân bố giới tính nam/nữ là 2,1/1, trẻ sinh đủ tháng chiếm 85%. 90% trẻ được phát hiện TVCR qua siêu âm trước sinh, tuổi thai trung bình khi phát hiện là $15,9 \pm 6,6$ tuần. Khối thoát vị chủ yếu chứa ruột (97,5%) và gan (52,5%), 77,5% trẻ có kích thước khối thoát vị ≥ 5 cm. 12,5% trẻ có dị tật phổi hợp, chủ yếu là dị tật tim bẩm sinh. Tỷ lệ điều trị bảo tồn ở nhóm có khối thoát vị ≥ 5 cm cao hơn so với nhóm < 5 cm (89,5% so với 10,5%). Việc chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào kích thước khối thoát vị, tuổi thai, cân nặng, và các dị tật phổi hợp. Tạng thoát vị chứa dạ dày ở nhóm bảo tồn cao hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật. Trẻ điều trị bằng phẫu thuật 1 thì có tỷ lệ sống 90,9%, phẫu thuật 2 là 37,5%, trong khi điều trị bảo tồn là 68,4%. Kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước khối thoát vị, dị tật phổi hợp và tình trạng sức khỏe của trẻ. Tỷ lệ tử vong là 40%. Tỷ lệ sống sót có liên quan đến cân nặng khi sinh, nhu cầu hồi sức và hỗ trợ hô hấp sau đẻ. **Kết luận:** Đa số trẻ mắc TVCR được phát hiện sớm và có khối thoát vị lớn. Khối thoát vị chủ yếu chứa ruột non và gan. Tỷ lệ sống sau điều trị cao, nhưng nguy cơ tử vong tăng lên ở trẻ nhẹ cân và cần hỗ trợ hồi sức, oxy sau sinh.

Từ khóa: Thoát vị cuống rốn, chẩn đoán trước sinh, triệu chứng lâm sàng, kết quả điều trị sớm

SUMMARY

PRENATAL DIAGNOSIS AND EARLY

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hoa
Email: tranthihoa13111990@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025
Ngày duyệt bài: 12.6.2025

TREATMENT RESULTS OF CONGENITAL UMBRELLA HERNIA

Background: Umbilical cord hernia (UCH) is a congenital midline abdominal defect, in which the abdominal organs protrude through the incomplete umbilical ring. **Object:** Describe the prenatal diagnosis and clinical symptoms of UCH at National hospital of obstetrics and gynecology, and evaluate the results of early treatment for UCH. Subjects - Methods: A descriptive study of 40 cases of UCH born at National hospital of obstetrics and gynecology from January 1, 2017 to August 31, 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 2.1/1, 85% of the children were full-term. 90% of UCH cases were detected via prenatal ultrasound, the average gestational age at detection was 15.9 ± 6.6 weeks. The hernia mass primarily contained the intestine (97.5%) and liver (52.5%), 77.5% of the hernia masses measuring ≥ 5 cm. 12.5% of the children had associated congenital anomalies, mainly congenital heart defects. The study showed a higher rate of conservative treatment in the group with hernia masses ≥ 5 cm compared to those with masses < 5 cm (89.5% vs 10.5). Treatment depended on the size of the hernia mass, gestational age, birth weight, and associated anomalies. The group receiving conservative treatment had a significantly higher rate of hernias containing the stomach compared to the surgical group. Children treated with one-stage surgery had a survival rate of 90.9%, two-stage surgery had a survival rate of 37.5%, while the conservative treatment group had a survival rate of 68.4%. Treatment outcomes were influenced by factors such as hernia size, associated anomalies, and the child's health status. The mortality rate was 40%. Survival rates were associated with birth weight, the need for resuscitation, and respiratory support after birth. **Conclusions:** In this study, most UCH were detected early and had large hernia masses, primarily consisting of the small intestine and liver. The survival rate after treatment was high, but the risk of mortality increased in newborn who has low-birth-weight, required resuscitation and respiratory support after birth.

Keywords: Umbilical cord hernia, prenatal diagnosis, clinical symptoms, early treatment results