

nhau sau đó. Mặc dù các BN đã được đánh giá nguy cơ và dự phòng hạ bạch cầu với trường hợp nguy cơ cao, tuy nhiên số BN hạ bạch cầu độ 3-4 vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể, đây là điều cần đáng lưu ý khi điều trị phác đồ R-CHOP. Hạ tiểu cầu ít gặp với 6,7%, 1 BN hạ tiểu cầu 62 G/L được tạm ngưng điều trị và hồi phục sau 1 tuần. Tăng men gan AST/ALT độ 1-2 gặp với tỷ lệ 45% và 50%, hầu hết là tăng độ 1 (38,3% và 45%) và không cần phải trì hoãn hóa trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa tại bệnh viện Đà Nẵng từ 1/2018 đến 4/2025 cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 38,3%, sau khi kết thúc điều trị là 76,7%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi cao hơn bệnh nhân trên 60 tuổi (79,5% so với 71,4%), giai đoạn khu trú (I-II) cao hơn giai đoạn tràn (III-IV) (78,6% so với 75%), IPI nguy cơ thấp và trung bình (0-3 điểm) cao hơn IPI nguy cơ cao (4-5 điểm) (80,8% so với 50%), nhưng các sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Độc tính lâm sàng hay gặp là rụng tóc (100%), buồn nôn (45%), loét miệng (28,3%), chủ yếu độ 1-2. Độc tính huyết học hay gặp là thiếu máu (78,3%), hạ bạch cầu hạt (70%, độ 3-4 31,7%), các độc tính này có thể kiểm soát được và hồi phục tốt sau đó. Kết luận R-CHOP là phác đồ hiệu quả và an toàn với độc tính chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li S, Young KH, Medeiros LJ. Diffuse large B-cell lymphoma. Pathology. 2018-01-01 2018; 50(1): 74-87. doi:10.1016/j.pathol.2017. 09.006
2. Rovira J, Valera A, Colomo L, et al. Prognosis of patients with diffuse large B cell lymphoma not reaching complete response or relapsing after frontline chemotherapy or immunochemotherapy. Annals of Hematology. 2015 2015;94(5):803-812. doi:10.1007/s00277-014-2271-1
3. Coiffier B, Thieblemont C, Van Den Neste E, et al. Long-term outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab-CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. Blood. 2010-09-23 2010;116(12): 2040-2045. doi:10.1182/blood-2010-03-276246
4. Lưu Hùng Vũ. Nghiên cứu điều trị u lymphô ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa với CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. The New England Journal of Medicine. 2002-01-24 2002;346(4):235-242. doi:10.1056/NEJMoa011795
6. Đỗ Anh Tú. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị u lympho ác tính không Hodgkin thể lan tỏa tế bào B lớn. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
7. Nguyễn Quỳnh Tú. Kết quả điều trị phác đồ R-CHOP bệnh u lympho ác tính không Hodgkin tế bào lớn lan tỏa CD20 (+) tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
8. Phan Thị Phượng. Nghiên cứu kết quả điều trị một số dưới nhóm u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa bằng phác đồ R-CHOP tại bệnh viện Bạch Mai 2015-2017. Luận văn thạc sĩ y học. Đại Học Y Hà Nội; 2017.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TRÊN NGƯỜI BỆNH THOÁI HOÁ KHỚP GỐI NẶNG TẠI KHOA Y HỌC THỂ THAO BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thanh Hoàng Vũ¹, Trần Văn Dương¹, Võ Anh Quân¹, Tô Hoàng Linh¹, Nguyễn Võ Hồng Ân¹, Nguyễn Thị Thanh Vi¹

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần trên người bệnh thoái hoá khớp gối nặng tại khoa Y Học Thể Thao- Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả 34 hồ

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hoàng Vũ

Email: Vunguyenmedical@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

sơ bệnh án của bệnh nhân đã được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại khoa Y học thể thao, Bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, điểm KS trung bình đạt $75,19 \pm 5,7$ và điểm KFS trung bình đạt $75,47 \pm 4,08$, đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức rất tốt theo thang điểm KS và KFS lần lượt là 66,7% và 72,2%; mức tốt lần lượt là 22,2% và 25%. **Kết luận:** Thay khớp gối toàn phần là phương pháp điều trị hiệu quả trên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

Từ khóa: Thay khớp gối toàn phần, thoái hóa khớp gối nặng, phẫu thuật.

SUMMARY**SURGICAL OUTCOMES OF TOTAL KNEE ARTHROPLASTY IN PATIENTS WITH SEVERE KNEE OSTEOARTHRITIS AT THE DEPARTMENT OF SPORTS MEDICINE, 115 HOSPITAL, HO CHI MINH CITY**

Objective: To evaluate the surgical outcomes of total knee arthroplasty (TKA) in patients with severe knee osteoarthritis at the Department of Sports Medicine, 115 Hospital, Ho Chi Minh City. **Subjects and Methods:** A descriptive study of 34 medical records of patients who underwent total knee arthroplasty at the Department of Sports Medicine, Nhân Dân 115 Hospital from January 2019 to August 2023. **Results:** Postoperatively, the average Knee Society Score (KSS) was 75.19 ± 5.7 and the average Knee Function Score (KFS) was 75.47 ± 4.08 , both significantly improved compared to preoperative scores ($p < 0.05$). The proportion of patients achieving an excellent rating according to the KSS and KFS was 66.7% and 72.2%, respectively; good rating accounted for 22.2% and 25%, respectively. **Conclusion:** Total knee arthroplasty is an effective treatment method for the patient group studied.

Keywords: Total knee arthroplasty, severe knee osteoarthritis, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) là tổn thương thoái hoá của sụn khớp do có sự bất thường quá trình sinh tổng hợp chất căn bản của các tế bào sụn. Tùy theo giai đoạn bệnh, có thể áp dụng nhiều phương pháp điều trị khác nhau như: điều trị nội khoa kết hợp phục hồi chức năng, kiểm soát cân nặng, nội soi khớp, cắt xương chỉnh trục xương chày... Trong những trường hợp nặng, khi sụn khớp bị phá hủy nghiêm trọng, khớp biến dạng, lệch trục cơ học và các phương pháp điều trị bảo tồn không còn hiệu quả, người bệnh sẽ được chỉ định phẫu thuật thay khớp gối toàn phần [1].

Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (KGTP) được triển khai từ những năm 1970, giúp cải thiện rõ rệt chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân thoái hoá khớp gối [2]. Nhờ tiến bộ khoa học kỹ thuật, các thể hệ khớp gối mới ngày càng hoàn thiện với hoạt tính sinh học cao.

Tại Việt Nam, phẫu thuật thay khớp gối toàn phần được PGS. Võ Thành Phụng triển khai cách đây hơn 30 năm và hiện chủ yếu thực hiện tại các trung tâm chấn thương chỉnh hình và bệnh viện lớn của cả nước. Nhiều báo cáo cho thấy kết quả điều trị khả quan [3].

Tại Khoa Y học thể thao- Bệnh viện Nhân Dân 115, kỹ thuật này đã được áp dụng trong điều trị thoái hoá khớp gối nặng và bước đầu ghi nhận nhiều kết quả tích cực. Tuy nhiên, cần có đánh giá cụ thể về hiệu quả của phương pháp

này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần trên người bệnh thoái hoá khớp gối nặng tại khoa Y Học Thể Thao - Bệnh viện Nhân Dân 115.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối độ III, IV theo phân độ Kellgren – Lawrence và đã được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Khoa Y học thể thao, Bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu, có đủ kết quả phim chụp X-quang trước và sau mổ. Có địa chỉ, số điện thoại liên lạc với bệnh nhân rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được thay khớp do nguyên nhân bệnh lý như bướu xương, ung thư, lao...

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Dữ liệu sau khi được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án sẽ được tiến hành xử lý, thực hiện nghiên cứu tại khoa Y học thể thao, Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 02/2024 đến tháng 11/2024.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả 1 loạt ca bệnh được can thiệp điều trị, không có so sánh, sử dụng phương pháp thu thập số liệu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của người bệnh.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Trên thực tế chúng tôi lựa chọn được hồ sơ bệnh án của 34 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.5. Các biến số/chỉ số nghiên cứu

- Thông tin dịch tễ học: tuổi, giới, địa dư, nghề nghiệp.

- Đặc điểm lâm sàng trước mổ: tiền sử bệnh, nguyên nhân thoái hóa, mức độ đau, chức năng vận động,...

- Đặc điểm hình ảnh X-quang trước mổ.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

- Đánh giá phục hồi chức năng sau mổ.

- Đánh giá Xquang khớp gối sau phẫu thuật

- Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học của Bệnh viện Nhân

Dân 115 chấp thuận và cho phép thực hiện. Kết quả nghiên cứu được phản hồi cho bệnh viện. Kết quả nghiên cứu trung thực, khách quan, khoa học.

Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật

cho bệnh nhân và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Thông tin thu thập được mã hóa và lưu trữ trên máy tính. Không một cá nhân nào có thể tiếp cận được khi chưa được sự chấp thuận của nghiên cứu viên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi	<55	5	13,9
	55-64	12	33,3
	65-74	17	47,2
	>75	2	5,6
Giới	Nam	8	22,2
	Nữ	28	77,8
Chẩn đoán	Thoái hóa khớp tiên phát	32	88,9
	Thoái hóa khớp sau chấn thương	4	11,1
Mức độ Thoái hóa theo Kellgren - Lawrence	Độ III	10	27,8
	Độ IV	26	72,2
Bên phẫu thuật	Phải	21	58,3
	Trái	10	27,8
	Hai bên	5	18,9

Nhận xét: Bệnh nhân ở nhóm tuổi 65-74 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,2% bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam, tỉ lệ nữ/nam là 7/2. Thoái hóa khớp tiên phát chiếm tỉ lệ 88,9%, thoái hóa độ IV chiếm tỉ lệ 72,2%. Tỉ lệ thay khớp gối bên phải chiếm tỉ lệ 58,3%, bên trái và hai bên lần lượt là 27,8% và 18,9%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Điểm khớp gối KS sau mổ (n=36)

Điểm KS sau mổ	<65 tuổi		≥65 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Rất tốt	12	70,6	14	63,2	26	66,7
Tốt	4	23,5	4	21,1	8	22,2
Trung bình	1	5,9	3	15,8	4	11,1
Kém	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Điểm KS sau mổ nhóm <65 tuổi: rất tốt: 70,6%, tốt: 23,5%, trung bình: 5,9%, không có ai xếp loại kém. Nhóm ≥65 tuổi: rất tốt: 63,2%, tốt: 21,1%, trung bình: 15,8%, không có ai xếp loại kém.

Bảng 3.3. Điểm chức năng khớp gối KFS sau mổ (n=36)

Điểm KFS sau mổ	<65 tuổi		≥65 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Rất tốt	11	73,3	15	71,4	26	72,2

Tốt	4	26,7	5	23,8	9	25,0
Trung bình	0	0,0	1	4,8	1	2,8
Kém	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Điểm KFS sau mổ nhóm <65 tuổi: rất tốt 73,3%, tốt 26,7%, không có ai xếp mức trung bình và loại kém. Nhóm ≥65 tuổi: rất tốt 71,4, tốt 23,8, trung bình 4,8%, không có ai xếp loại kém.

Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ (n=36)

Biến chứng sau mổ	<65 tuổi		≥65 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Vấn đề với vết mổ	2	66,7	1	33,3	3	100
Huyết khối sau mổ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nhiễm trùng	0	0	0	0	0	0,0
Trật khớp	0	0	0	0	0	0,0
Đau khớp chèn dùi	2	40,0	3	60,0	5	100

Nhận xét: Vấn đề với vết mổ nhóm <65 tuổi có 2 bệnh nhân (66,7%), nhóm ≥65 tuổi có 1 bệnh nhân (33,3%). Đau khớp chèn dùi nhóm <65 tuổi có 2 bệnh nhân (40%), nhóm ≥65 tuổi có 3 bệnh nhân (60%). Không có bệnh nhân bị huyết khối sau mổ, nhiễm trùng, trật khớp.

Bảng 3.5. Mức độ đau sau mổ theo VAS

Mức độ đau	Trước phẫu thuật (%)	Sau phẫu thuật (%)
Không đau, hơi đau	0	94,4
Đau nhẹ	8,3	5,6
Đau vừa, nặng	91,7	0
Tổng	100	100

Nhận xét: Sau mổ 6 tháng có 34 bệnh nhân (94,4%) không đau hoặc chỉ hơi đau, có 2 bệnh nhân (5,6%) đau nhẹ; không có bệnh nhân nào đau vừa hoặc nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có tuổi từ 65 trở lên có 19/36 trường hợp chiếm 52,8%. Độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 65-74 tuổi với 47,2%. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khi cho thấy đa số bệnh lý thoái hóa khớp gối chủ yếu xuất hiện ở người cao tuổi và cần được chỉ định thay khớp nhân tạo [4].

Trong tổng số 36 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, có 28/36 bệnh nhân là nữ chiếm 77,8% và 8/36 bệnh nhân là nam chiếm 22,2%, tỉ lệ nữ/nam là 7/2. Điều này phù hợp với bệnh lý thoái hóa khớp gối chủ yếu gặp ở bệnh nhân nữ, do liên quan đến sự giảm nội tiết tố Estrogen và tăng Interleukin 1 ở giai đoạn mãn kinh. Các nghiên cứu khác trong và ngoài nước về thay khớp gối nhân tạo có hoặc không tái tạo mặt khớp bánh chè, số lượng bệnh nhân nữ cũng chiếm ưu thế so với nam [4].

4.2. Điểm khớp gối và điểm chức năng

khớp gối sau mổ. Phục hồi vận động và giảm đau là hai tiêu chí quan trọng đánh giá thành công trong phẫu thuật thay khớp gối nhân tạo. Trong đó, biên độ vận động khớp gối sau phẫu thuật luôn là nội dung được quan tâm hàng đầu trong các nghiên cứu. Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến biên độ vận động sau mổ, bao gồm: tầm vận động trước phẫu thuật, đường mổ, biến dạng khớp trước mổ, cân bằng phần mềm (khoảng gấp – duỗi), loại khớp nhân tạo sử dụng, cũng như chương trình phục hồi chức năng sau mổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số lâm sàng khớp gối (Knee Society Score - KS) và điểm số chức năng (Knee Function Score - KFS) đều được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Cụ thể, điểm KS sau mổ đạt mức "rất tốt" ở 66,7% bệnh nhân và mức "tốt" ở 22,2%. Điểm KFS sau mổ cho thấy 72,2% bệnh nhân đạt mức "rất tốt" và 25% đạt mức "tốt". Nhiều nghiên cứu tương tự cũng ghi nhận sự cải thiện điểm lâm sàng khớp gối và điểm số chức năng như nghiên cứu của Nguyễn Văn Vĩ và cộng sự (2023) cho thấy điểm KFS trung bình tăng theo thời gian sau mổ: sau 1 tháng là $31,43 \pm 10,96$; sau 2 tháng là $60,36 \pm 11,38$; sau 3 tháng là $75,89 \pm 13,13$; với sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tỉ lệ bệnh nhân đạt mức "tốt" và "rất tốt" là 97,2% [5].

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật. Nhiễm trùng sau phẫu thuật là một biến chứng nặng nề trong thay khớp gối. Một số yếu tố nguy cơ đã được xác định như: béo phì, suy dinh dưỡng, tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường, viêm đa khớp dạng thấp, hoặc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đường vào phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến hệ mạch nuôi, từ đó làm tăng nguy cơ hoại tử và nhiễm trùng da quanh vết mổ [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tai biến nào liên quan đến nhiễm trùng sau mổ thay khớp, cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng có xu hướng giảm nhờ điều kiện vô trùng được cải thiện, kỹ thuật mổ ngày càng hoàn thiện và thời gian phẫu thuật được rút ngắn [7].

Đau khớp chèn - đùi, có 2 bệnh nhân ở nhóm < 65 tuổi và 3 bệnh nhân ở nhóm ≥ 65 tuổi. Như vậy, tỷ lệ đau khớp chèn - đùi trong nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn nhóm < 65 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể phản ánh ảnh hưởng của tuổi tác đến chất lượng xương và khả năng phục hồi chức năng, hoặc đơn giản là ngưỡng cảm nhận đau khác nhau giữa các nhóm tuổi.

4.4. Mức độ đau sau mổ theo VAS.

Chúng tôi đánh giá kết quả giảm đau theo thang điểm VAS gồm 4 mức độ: không đau (0), đau nhẹ (1-3), đau vừa (4-7), đau nặng (8-10). Trước phẫu thuật, các bệnh nhân đi lại đều đau gối vừa và nặng chiếm tỷ lệ cao nhất. Sau phẫu thuật 6 tháng, bệnh nhân đi lại không đau gối hoặc hơi đau (chiếm tỷ lệ rất cao 94,4%). Triệu chứng đau khi đi lại cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Trong báo cáo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thành Tấn (2021)[8], cũng ghi nhận kết quả tương tự. Thay khớp gối toàn phần mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Thoái hóa khớp gối thường gặp ở nữ giới trong độ tuổi từ 65–74. Kết quả nghiên cứu cho thấy thay khớp gối toàn phần ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng giúp cải thiện đáng kể chức năng vận động và giảm đau. Sau phẫu thuật, điểm KS trung bình đạt $75,19 \pm 5,7$ và điểm KFS trung bình đạt $75,47 \pm 4,08$, đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức rất tốt theo thang điểm KS và KFS lần lượt là 66,7% và 72,2%; mức tốt lần lượt là 22,2% và 25%. Điều này cho thấy thay khớp gối toàn phần là phương pháp điều trị hiệu quả trên nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang KG Auw, Saris DBF, Dhert WJA, Verbout AJ. Osteoarthritis of the knee: current treatment options and future directions. *Current Orthopaedics*. 2004;18(4):pp.311-320.
2. Bonnin Michel, Amendola Annunziato, Bellemans Johan, et al. The history of total knee arthroplasty. *The knee joint: surgical techniques*. 2012:pp. 699-707.
3. Kiên Quốc Hiền. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ở thoái hóa tại Bệnh viện E, Đại học Y Hà Nội; 2019.
4. Nguyễn Duy Sơn, Lê Mạnh Sơn. Đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(1B-2023):1-7
5. Nguyễn Văn Vĩ, Trần Trung Dũng, Phạm Văn Minh. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;1(582):37-41.
6. Scott W Norman, Rubinstein Michael, Scuderi Giles. Results after knee replacement with a posterior cruciate-substituting prosthesis. *JBJS*. 1988;70(8):1163-1173.
7. Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Văn Hùng, Đỗ Văn Minh. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;3(539):18-21
8. Nguyễn Thành Tấn. Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại bệnh viện trường đại học Y được căn thơ trong 5 năm từ năm 2014 đến năm 2019. *Tạp chí Y dược Cần Thơ-số 37/2021:pp.166-174*.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO RÃNH KHỨU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đoàn Văn Ánh¹, Dương Đại Hà^{2,3}, Phạm Quỳnh Trang⁴
Phạm Hoàng Anh^{2,3}, Phạm Tuấn Dũng³, Đồng Văn Hệ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật u màng não rãnh khứu tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 41 bệnh nhân u màng não rãnh khứu được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** 41 bệnh nhân u màng não rãnh khứu được phẫu thuật sử dụng hệ thống kính vi phẫu trong đó 30 nữ (73,2%), 11 nam (26,8%); tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1; tuổi trung bình $55,7 \pm 10,8$, nhóm tuổi 46-60 có tỷ lệ cao nhất (51,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau đầu (80,5%), giảm thị lực (34,1%), thay đổi tâm thần (43,1%), giảm/mất khứu giác (24,4%). Kích thước u trung bình $40,0 \pm 14,2$ mm. Phẫu thuật lấy hết u (Simpson II) là 73,2%, lấy một phần u (Simpson IV) chiếm 26,8%. Sau mổ: khứu giác cải thiện 10,0%, không thay đổi 12,5%, xấu hơn 7,5%. Thị lực cải thiện 20,0%, không thay đổi 12,5%. Biến chứng sau mổ 12,2%: Tử vong 2,4%, phù não 4,9%, viêm màng não 2,4%, chảy máu 2,4%. **Kết luận:** Tuổi trung bình bệnh nhân u màng não rãnh khứu là $55,7 \pm 10,8$, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 2,7/1. Kích thước u trung bình là $40,0 \pm 14,2$ mm. Phẫu thuật phần lớn lấy hết u (Simpson II) chiếm tỷ lệ 73,2%, lấy một phần u (Simpson IV) chiếm 26,8%. Tỷ lệ biến chứng 12,2%.

Từ khóa: u màng não rãnh khứu, u màng não nền sọ tăng trước, phẫu thuật vi phẫu.

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF OLFACTORY GROOVE MENINGIOMAS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluating of surgical result of olfactory groove meningiomas (OGM) at Viet Duc hospital. **Methods:** Retrospective and prospective descriptive study of 41 patients with olfactory groove meningiomas operated from 01/2023 to 6/2025 at Viet Duc hospital. **Results:** 41 patients with OGM were operated using an operating microscope, including 30 females (73.2%) and 11 males (26.8%); The ratio of females to males was approximately 2.7/1; the average age was 55.7 ± 10.8 years old, the 46-60 age group had the highest rate of 52.1%. The most common presenting symptoms were headache (80.5%), visual changes (34.1%), cognitive changes

(34.1%) and altered olfaction (24.4%). The mean tumor diameter was 40.0 ± 14.2 mm. Gross total resection (Simpson Grades II) was achieved in 73.2%, and subtotal resection (Grades IV) was reported in 26.8%. Following surgery, 10.0% achieved improved olfaction, no olfaction change for 12.5% and worsening of olfaction 7.5%. Visual improvement was note in 20.0%, with 12.5% showing no change. Postoperative complication 12.2%: mortality 2.4%, cerebral edema 4.9%, meningitis 2.4%, and hemorrhage 2.4%. **Conclusion:** The mean age of patients with olfactory groove meningiomas was 55.7 ± 10.8 years, with a female-to-male ratio of approximately 2.7:1. The mean tumor diameter was 40.0 ± 14.2 mm. Gross total resection (Simpson Grades II) was achieved in 73.2%, and subtotal resection (Grades IV) was reported in 26.8%. The complication rate was 12.2%.

Keywords: olfactory groove meningiomas, anterior skull base meningiomas, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não rãnh khứu (Olfactory groove meningiomas), được phân loại trong nhóm u màng não nền sọ tăng trước theo phân loại của tổ chức y tế thế giới (WHO). U phát sinh từ tế bào màng nhện dọc theo mảnh sàng và khớp trán bướm, có thể phát triển mở rộng sang hai bên và đẩy thùy trán lên trên. Theo nghiên cứu u màng não rãnh khứu chiếm khoảng 6–10%, và trong một số trường hợp nhất định, lên tới 18% u màng não nội sọ trong thực hành lâm sàng [1].

Chẩn đoán u màng não rãnh khứu dựa trên bệnh sử, khám thực thể và chẩn đoán hình ảnh. Biểu hiện lâm sàng của u màng não rãnh khứu là do sự đè ép của u vào cấu trúc thần kinh và các vùng lân cận bao gồm: giảm khứu giác, giảm thị giác, thay đổi nhận thức, đau đầu và co giật... Chụp cộng hưởng từ sọ não là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u màng não. Với u màng não rãnh khứu, cộng hưởng từ còn xác định thêm được sự lan rộng các hướng của u nhất là về phía sau, sự lan rộng của u vào xoang sàng, sự liên quan của u với thần kinh thị, giao thoa thị giác và đặc biệt khảo sát được sự đẩy lệch, chèn ép hay xâm lấn của u đối với động mạch não trước.

Đối với các khối u màng não phát triển nhanh, khối u lớn hoặc bệnh nhân có triệu chứng, phẫu thuật là phương pháp điều trị lựa chọn hàng đầu, có thể điều trị triệt để khối u. Mức độ cắt bỏ và mức độ mô học là một trong các yếu tố tiên lượng tỷ lệ tái phát của u màng não [2].

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: duongdaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025