

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BONG DIỆN BẨM CHÀY DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng Long¹, Nguyễn Huy Phương^{2,3}, Kiều Hữu Thọ^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** 33 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tỉ lệ nam/nữ là 1/2. Tuổi trung bình là $32,03 \pm 16,07$ (từ 11 đến 62 tuổi); nhóm tuổi hay gặp nhất là 20 đến 39 tuổi (45,5%). Nguyên nhân thường gặp nhất là do tai nạn giao thông (69,7%). Phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 10 ngày kể từ khi chấn thương (81,8%). Phân độ tổn thương thường gặp là độ IIIA (42,5%) và độ IIIB (33,3%) theo phân độ Meyers, Mc Keever và Zaricznys. Thang điểm Lysholm và IKDC không được sử dụng để đánh giá trước phẫu thuật bởi đa số bệnh nhân đều mới chấn thương. Sau phẫu thuật, tất cả các trường hợp đều được cố định diện bám về đúng vị trí giải phẫu; không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện trung bình là $4,97 \pm 2,11$ ngày. Các bệnh nhân được theo dõi trung bình là 26,3 tháng (từ 6 đến 65 tháng). Điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật là $92,12 \pm 5,04$ (từ 81 đến 98 điểm); có 54,5% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và 39,4% đạt kết quả tốt, không bệnh nhân nào có kết quả kém. Sử dụng thang điểm IKDC đánh giá có 93,9% bệnh nhân có chức năng khớp gối ở mức rất tốt và tốt; có 6,1% ở mức trung bình. Các yếu tố: tuổi, thời điểm phẫu thuật và tập phục hồi chức năng sau mổ có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật và chức năng khớp gối. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối là một phẫu thuật ít xâm lấn, giúp cố định vững chắc mảnh gãy, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi chức năng sau mổ. Cần tiến hành nghiên cứu với thời gian dài hơn và trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để tăng tính khách quan và khoa học của nghiên cứu.

Từ khóa: bong điểm bám, bong diện bám dây chằng chéo trước

SUMMARY

RESULT OF ARTHROSCOPIC TREATMENT OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT TIBIAL AVULSION AT HA NOI MEDICAL

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phương

Email: huyphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the result of arthroscopic treatment of anterior cruciate ligament tibial avulsion at Ha Noi Medical University hospital. **Subjects and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up, combining both retrospective and prospective data on 33 patients diagnosed with anterior cruciate ligament (ACL) tibial avulsion fractures and treated arthroscopically at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to February 2025. **Results:** Among the 33 patients included in the study, the male-to-female ratio was 1:2. The mean age was 32.03 ± 16.07 years (range: 11–62 years), with the most common age group being 20–39 years (45.5%). The most frequent cause of injury was traffic accidents (69.7%). Most patients underwent surgery within 10 days of injury (81.8%). The most common injury classifications were type IIIA (42.5%) and IIIB (33.3%) according to the Meyers, McKeever, and Zaricznys classification. Preoperative Lysholm and IKDC scores were not assessed as most patients presented with acute injuries. Postoperatively, all avulsion fragments were anatomically fixed; no cases of surgical site infection occurred, and the mean hospital stay was 4.97 ± 2.11 days. Patients were followed up for an average of 26.3 months (range: 6–65 months). The mean postoperative Lysholm score was 92.12 ± 5.04 (range: 81–98); 54.5% of patients achieved excellent outcomes, and 39.4% achieved good outcomes, with no poor outcomes recorded. IKDC assessment showed that 93.9% of patients had knee function rated as excellent or good, and 6.1% rated as fair. Factors such as age, timing of surgery, and postoperative rehabilitation significantly influenced surgical outcomes and knee function. **Conclusion:** Arthroscopic treatment of ACL tibial avulsion fractures is a minimally invasive procedure that allows for stable fragment fixation, reduced hospital stay, and improved postoperative functional recovery. Further research with a larger sample size and longer follow-up is needed to enhance the objectivity and scientific validity of the study.

Keywords: avulsion fracture, ACL tibial avulsion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong diện bám chày là một trong ba hình thái tổn thương có thể gặp của dây chằng chéo trước khớp gối (DCCT), chiếm 2 – 5 % trong số tổn thương xương vùng gối. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 8 – 34 tuổi, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và chấn thương thể thao¹. Cơ chế chấn thương thường là gián tiếp do mâm chày xoay và căng quá mức so với lõi cầu đùi, DCCT bị kéo căng làm bong mảnh xương tại vị trí bám ở mâm chày. Dựa vào mức độ di lệch của mảnh gãy, các tác giả Meyer, Mc Keever và Zaricznys đã phân chia tổn thương thành 4 độ.

Độ I được chỉ định điều trị bảo tồn, phẫu thuật từ độ II trở lên. Có nhiều phương pháp phẫu thuật như mổ mở, mổ nội soi, bắt vít xố, buộc vòng chỉ thép hay khâu bằng chỉ siêu bền². Hiện nay, phẫu thuật nội soi sử dụng chỉ siêu bền khâu luôn số 8 qua đường hầm mâm chày để cố định mảnh gãy được sử dụng khá phổ biến. Tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, chúng tôi đã triển khai kỹ thuật này và cho kết quả ban đầu khá khả quan. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội" nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật và nâng cao chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 33 bệnh nhân (27 BN hồi cứu và 6 BN tiền cứu) được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày DCCT khớp gối tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2025.

– **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán bong diện bám chày DCCT khớp gối từ độ II trở lên và được phẫu thuật nội soi cố định diện bám, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

– **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có kèm theo gãy xương bánh chè, gãy đầu dưới xương đùi hoặc đầu trên xương chày cùng bên nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, kết hợp hồi cứu và tiền cứu

– Hồi bệnh: thời gian, nguyên nhân, cơ chế chấn thương

– Thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh: triệu chứng cơ năng, X-quang phân độ tổn thương theo Meyer, Mc Keever Zaricznys, MRI đánh giá thương tổn kèm theo.

– Tiến hành phẫu thuật: Bệnh nhân được gây tê tùy sống, tư thế nằm ngửa, gối gấp 90°, ga rô 1/3 giữa đùi. Quy trình phẫu thuật nội soi gồm 3 thì:

• Thì 1: Tạo đường vào khớp gối
• Thì 2: Kiểm tra khớp, đánh giá và xử trí thương tổn

• Thì 3: Cố định diện bám chày DCCT bằng kỹ thuật khâu hình số 8 bằng chỉ siêu bền.

– Chăm sóc sau mổ: Kháng sinh, giảm đau, chườm lạnh, gác cao chân, nẹp cố định khớp gối tư thế duỗi trong 2 tuần đầu. Tập phục hồi chức năng từ ngày thứ 2 sau mổ, tập gấp duỗi gối biên độ tăng dần, đi lại sử dụng nạng, không đi 4 tuần đầu sau mổ, sau 4 tuần tập từ nẹp tăng dần.

– Đánh giá kết quả phẫu thuật: chụp X-quang khớp gối thẳng sau phẫu thuật, tình trạng

vết mổ, biến chứng sau mổ. Đánh giá chức năng khớp gối sử dụng 2 thang điểm:

• Thang điểm Lysholm gồm 4 mức độ: rất tốt (95 – 100 điểm), tốt (84 – 94 điểm), trung bình (65 – 83 điểm) và kém (<65 điểm).

• Thang điểm IKDC (International Knee Documented Committee) của hội Khớp học Quốc tế gồm 4 mức độ: rất tốt (A), tốt (B), trung bình (C) và kém (D).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân thấp nhất là 11 tuổi, cao nhất là 62 tuổi, độ tuổi trung bình là $32,03 \pm 16,07$. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 20 – 39 tuổi (45,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/2. Nguyên nhân do tai nạn giao thông là thường gặp nhất (69,7%). Phần lớn các bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 10 ngày kể từ khi bị chấn thương (81,8%). Khớp gối bên trái và bên phải có tỷ lệ tổn thương là tương đương nhau (51,5% và 48,5%). Phân độ tổn thương thường gặp nhất lần lượt là độ IIIA (42,5%) và độ IIIB (33,3%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau (75,8%) và hạn chế vận động gối (69,7%). Các thương tổn kèm theo được đánh giá dựa trên phim chụp MRI và trong quá trình phẫu thuật, phát hiện có 15/33 (45,5%) bệnh nhân có rách sụn chêm và được xử trí cắt phần sụn chêm rách.

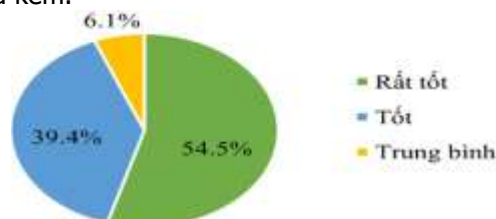
Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	69,7
	Tai nạn sinh hoạt	24,2
	Tai nạn thể thao	6,1
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	≤ 10 ngày	81,8
	11 – 20 ngày	12,1
	≥ 20 ngày	6,1
Phân độ tổn thương	Độ II	12,1
	Độ IIIA	42,5
	Độ IIIB	33,3
	Độ IV	12,1

3.2. Kết quả phẫu thuật. Sau mổ, thời gian nằm viện trung bình là $4,97 \pm 2,11$ ngày (2 – 11 ngày), tất cả các trường hợp đều liền sẹo tốt kì đầu, không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn vết mổ và khớp gối, không có trường hợp nào phải chọc hút dịch do tràn dịch khớp gối. Các bệnh nhân được theo dõi ngắn nhất là 3 tháng và dài nhất là 65 tháng (trung bình 26,3 tháng). Các bệnh nhân được tập phục hồi chức năng (PHCN) trung bình 3,27 tháng; có 27/33 bệnh nhân tiếp tục PHCN tại cơ sở y tế hoặc tự tập theo hướng của bác sĩ, có 6/33 bệnh nhân không tiếp tục tập PHCN sau khi ra viện.

3.2.1. Hình ảnh X-quang. Chụp phim X-quang ngay sau phẫu thuật cho kết quả tất cả các mảnh xương bong được cố định đúng vị trí giải phẫu.

3.2.2. Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm. Sau phẫu thuật, điểm Lysholm trung bình là $92,12 \pm 5,04$ (từ 81 đến 98 điểm). Phân loại theo thang điểm Lysholm có 54,5% đạt kết quả rất tốt và 39,4% đạt kết quả tốt; không bệnh nhân nào có kết quả kém.



Biểu đồ 1: Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

3.2.3. Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm IKDC. Sau phẫu thuật, khả năng vận động khớp gối do bệnh nhân tự đánh giá đạt mức độ bình thường chiếm tỷ lệ 42,4% và gần bình thường là 51,5%. Về độ vững khớp gối sau mổ, đa số bệnh nhân có khớp gối vững sau mổ với 93,9% bệnh nhân có dấu hiệu ngăn kéo trước âm tính và 78,8% bệnh nhân có nghiệm pháp chuyển trục Pivot shift âm tính. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm IKDC có 31/33 bệnh nhân (93,9%) đạt kết quả chức năng khớp gối mức độ rất tốt và tốt.

Bảng 2: Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm IKDC

Thang điểm IKDC	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Khả năng vận	Bình thường	42,4

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Lysholm và các yếu tố liên quan (N=33)

Yếu tố		Lysholm	Rất tốt n, (%)	Tốt n, (%)	Trung bình n, (%)	p
Tuổi	<40		18 (54,5%)	5 (15,2%)	0 (0%)	<0,0001
	≥40		0 (0%)	8 (24,2%)	2 (6,1%)	
Thời điểm phẫu thuật	≤ 10 ngày		16 (48,4%)	11 (33,3%)	0 (0%)	0,032
	>10 ngày		2 (6,1%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	
Tập PHCN	Có tập		15 (45,4%)	12 (36,4%)	0 (0%)	0,022
	Không tập		3 (9,1%)	1 (3%)	2 (6,1%)	

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật theo thang điểm IKDC và các yếu tố liên quan (N=33)

Yếu tố		IKDC	Rất tốt n, (%)	Tốt n, (%)	Trung bình n, (%)	p
Tuổi	<40		9 (27,3%)	14 (42,4%)	0 (0%)	0,037
	≥40		1 (3%)	7 (21,2%)	2 (6,1%)	
Thời điểm phẫu thuật	≤ 10 ngày		8 (24,2%)	19 (57,6%)	0 (0%)	0,03
	>10 ngày		2 (6,1%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	
Tập PHCN	Có tập		8 (24,2%)	18 (54,6%)	0 (0%)	0,042
	Không tập		1 (3%)	3 (9,1%)	2 (6,1%)	

động gối (Bệnh nhân tự đánh giá)	Gần bình thường	51,5
	Không bình thường	6,1
Mức độ vận động gối cao nhất mà không có triệu chứng	Hoạt động nặng	57,6
	Hoạt động vừa	36,3
	Hoạt động nhẹ	6,1
Đánh giá chung	Rất tốt	30,3
	Tốt	63,6
	Trung bình	6,1

3.2.4. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan

- **Tuổi:** tính theo thang điểm Lysholm và IKDC, tỷ lệ các bệnh nhân dưới 40 tuổi có kết quả điều trị đạt mức độ rất tốt và tốt cao hơn so với nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- **Thời điểm phẫu thuật:** tính theo thang điểm Lysholm và IKDC, tỷ lệ nhóm bệnh nhân được mổ ở thời điểm ≤ 10 ngày có kết quả phẫu thuật đạt mức độ rất tốt và tốt cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

- **Phục hồi chức năng:** nhóm bệnh nhân có tập phục hồi chức năng có tỷ lệ chức năng khớp gối đạt mức độ rất tốt và tốt cao hơn nhóm bệnh nhân không tập. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- **Phân độ tổn thương:** không có mối liên quan giữa phân độ tổn thương và kết quả điều trị của bệnh nhân, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- **Tổn thương kèm theo:** không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm bệnh nhân có tổn thương kèm theo và không có tổn thương kèm theo, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- **Tuổi và giới:** tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 32,03 tuổi (11 – 62 tuổi); độ tuổi thường gặp nhất là 20 – 39 tuổi (45,5%), tiếp theo là nhóm tuổi <20 tuổi (24,2%); tỉ lệ nam/nữ là 1/2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Dương Trinh Xuyên, Quảng Văn Hải và trẻ hơn so với nghiên cứu của tác giả Tsan – Wen Huang (tuổi trung bình là 37 tuổi)³⁻⁵. Có thể thấy, chấn thương thường gặp ở nhóm tuổi trẻ, trong độ tuổi lao động, nữ thường gặp nhiều hơn nam. Khi nghiên cứu mối quan hệ giữa tuổi và kết quả phẫu thuật theo thang điểm Lysholm và IKDC, kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi có kết quả phẫu thuật tốt hơn nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- **Nguyên nhân:** thường gặp nhất là do tai nạn giao thông (69,7%). Kết quả này là tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài, Trần Trung Dũng và Shi-da Kuang⁶⁻⁸. Phần lớn các bệnh nhân bị chấn thương trong hoàn cảnh đột ngột, gối ở tư thế gấp, đùi khép, cẳng bàn chân xoay quá mức.

- **Thời gian phẫu thuật và triệu chứng lâm sàng:** Đa số các bệnh nhân đều được phẫu thuật trong vòng 10 ngày (81,8%) với các triệu chứng thường gặp nhất là đau (75,8%) và hạn chế vận động (69,7%). Kết quả này là tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài và Dương Trinh Xuyên^{3,6}. Bong diện bám DCCT là một chấn thương cấp tính, đau và hạn chế vận động gối nhiều nên các bệnh nhân đi khám, được chẩn đoán và điều trị sớm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng nhóm có thời gian phẫu thuật trong vòng 10 ngày kể từ khi chấn thương có kết quả tốt hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Kết quả này là tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài⁶.

- **Phân độ tổn thương:** đa số các bệnh nhân có phân độ tổn thương loại IIIA (42,5%) và IIIB (33,3%). Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Quảng Văn Hải, Nguyễn Trọng Tài và Trần Trung Dũng^{4,6,8}. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật giữa các nhóm phân độ tổn thương. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài cũng cho kết quả tương tự⁶.

- **Tổn thương kèm theo:** thường gặp nhất là rách sụn chêm (45,5%). Kết quả này là tương đồng với Đoàn Anh Tuấn², nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Quảng Văn Hải và Trần Trung Dũng^{4,8}. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật giữa hai nhóm có và không có

tổn thương kèm theo. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài⁶.

- **Tập phục hồi chức năng:** Nhóm bệnh nhân có tập PHCN có kết quả phẫu thuật tốt hơn so với nhóm không tập, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Phẫu thuật nội soi cho phép người bệnh tập PHCN ngay từ ngày thứ 2 sau mổ sau khi được rút dẫn lưu. Việc hướng dẫn bệnh nhân tập sớm và đúng phương pháp đã đạt được những kết quả tốt⁶.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

- **Diễn tiến hậu phẫu:** Thời gian nằm viện trung bình là 4,97 ngày. Sau mổ, tất cả các mảnh gãy được cố định về đúng vị trí giải phẫu; không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng vết mổ, tràn dịch khớp gối có chỉ định phải chọc hút. Kết quả này là tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Tài và Trần Trung Dũng^{6,8}. Phẫu thuật nội soi là phẫu thuật ít xâm lấn góp phần làm giảm thời gian nằm viện, hạn chế biến chứng sau mổ, quá trình phục hồi sau mổ được rút ngắn hơn so với mổ mở⁶.

- **Theo thang điểm Lysholm:** tại thời điểm đánh giá, điểm Lysholm trung bình là 92,12. Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt chiếm 93,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Trọng Tài, Dương Trinh Xuyên, Tsan – Wen Huang.^{3,5,6}

- **Theo thang điểm IKDC:** 93,9% bệnh nhân có khả năng vận động khớp gối đạt mức độ bình thường và gần bình thường, các bệnh nhân có thể sinh hoạt ở mức độ hoạt động vừa và nặng mà không có triệu chứng. Kết quả này là khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Quảng Văn Hải, Nguyễn Trọng Tài và Trần Trung Dũng^{4,6,8}.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả 93,9% các bệnh nhân sau mổ có chức năng khớp gối đạt mức độ rất tốt và tốt, chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi điều trị bong diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối là một phẫu thuật ít xâm lấn, giúp cố định vững chắc mảnh gãy, rút ngắn thời gian nằm viện và phục hồi chức năng sau mổ. Tuy nhiên, cần tiến hành nghiên cứu với thời gian dài hơn và trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để tăng tính khách quan và khoa học của nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Woo SLY, Hollis JM, Adams DJ, Lyon RM, Takai S. Tensile properties of the human femur-anterior cruciate ligament-tibia complex: The effects of specimen age and orientation. Am J Sports Med. 1991;19(3):217-225. doi:10.1177/036354659101900303

2. **Đoàn Anh Tuấn, Lê Trung Hậu.** Kết quả phẫu thuật điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối cố định bằng chỉ siêu bền dưới nội soi. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.2931
3. **Dương Trình Xuyên.** Đánh giá kết quả điều trị bong diện bám dây chằng chéo trước khớp gối ở người trưởng thành bằng kỹ thuật nội soi. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Hà Nội; 2020.
4. **Quảng Văn Hải.** Đánh giá kết quả điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường đại học Y Hà Nội; 2013.
5. **Huang TW, Hsu KY, Cheng CY, et al.** Arthroscopic Suture Fixation of Tibial Eminence Avulsion Fractures. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg. 2008;24(11): 1232-1238. doi:10.1016/j.arthro.2008.07.008
6. **Nguyễn Văn Phan, Nguyễn Trọng Tài, Đỗ Đức Mạnh và cộng sự.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cố định diện bám dây chằng chéo trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;539(2). doi:10.51298/vmj.v539i2.9787
7. **Kuang S, Su C, Zhao X, Li Y, Xiong Y, Gao S.** "Figure-of-Eight" Suture-Button Technique for Fixation of Displaced Anterior Cruciate Ligament Avulsion Fracture. Orthop Surg. 2020;12(3):802-808. doi:10.1111/os.12682
8. **Tran Trung Dung, Hoang Gia Du, Nguyen Hoang Long, et al.** Arthroscopic fixation of ACL avulsion fracture in the saint paul hospital: A review of treatment outcomes: Cohort study. Ann Med Surg. 2019;48:91-94. doi: 10.1016/j.amsu.2019.07.008

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN DO UNG THƯ HỐC MŨI - KHOANG MIỆNG CÓ TÁI TẠO BẰNG VẬT DA CƠ XƯƠNG MÁC TỰ DO

Trần Anh Bích¹, Trần Văn Dương¹, Phạm Hoàng Nam¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư hốc mũi – khoang miệng có thể xâm lấn xương hàm trên, yêu cầu phẫu thuật cắt xương hàm trên để loại bỏ khối u. Tuy nhiên, việc cắt xương hàm trên gây ra tổn khuyết lớn, ảnh hưởng đáng kể đến chức năng ăn nhai, nói và thẩm mỹ. Để khắc phục vấn đề này, tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do là một phương pháp tối ưu nhờ khả năng cung cấp cả xương, mô mềm và da trong một lần phẫu thuật. Phương pháp này giúp khôi phục cấu trúc giải phẫu và chức năng của vùng hàm mặt, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của việc cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng có sử dụng vật da cơ xương mạc tự do để tái tạo tổn khuyết xương hàm trên. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả loạt ca. Nghiên cứu 12 trường hợp cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng, có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2018 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Trong số 12 trường hợp cắt xương hàm trên do ung thư hốc mũi – khoang miệng có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do, có 2 trường hợp cắt bán phần xương hàm trên 1 bên + mô da bị xâm lấn, 2 trường hợp cắt bán phần hạ tầng xương hàm trên 1 bên, 4 trường hợp cắt toàn phần hạ tầng xương hàm trên 2 bên, 4 trường hợp cắt toàn phần xương hàm trên 1 bên + bán phần xương hàm trên còn lại. Tất cả bệnh nhân được ghi nhận vật sống, vết thương lành tốt. Biến chứng sau mổ: 1 trường hợp tụ máu nơi lấy vật,

2 trường hợp hở khẩu cái mềm và 1 trường hợp bán tắc tĩnh mạch vẹo. Hốc mũi và khoang miệng được ngăn cách tốt bởi vật ở tất cả các bệnh nhân. Các bệnh nhân có thể ăn bằng miệng và không gặp vấn đề về phát âm. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt xương hàm trên có tái tạo bằng vật da cơ xương mạc tự do giúp phục hồi chức năng ăn uống và nói, nâng cao chất lượng cuộc sống. Việc chuyển vật xương mạc tự do có tỉ lệ thành công cao và tỉ lệ biến chứng chu phẫu thấp, là một lựa chọn lý tưởng cho sự tái tạo tổn khuyết vùng hàm trên. **Từ khóa:** cắt xương hàm trên, ung thư hốc mũi – khoang miệng, vật da cơ xương mạc tự do, tái tạo, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

MAXILLARY RESECTION FOR NASAL CAVITY-ORAL CAVITY CANCER WITH FREE FIBULAR OSTEOCUTANEOUS FLAP RECONSTRUCTION

Introduction: Nasal cavity-oral cavity cancer can invade the maxilla, necessitating maxillary resection to achieve oncologic control. However, maxillary defects significantly impact speech, swallowing, and facial aesthetics. To address these challenges, free fibular osteocutaneous flap reconstruction has emerged as a preferred technique due to its ability to provide bone, soft tissue, and skin in a single-stage procedure. This approach effectively restores maxillofacial structure and function, improving patients' quality of life. **Objective:** This study aims to evaluate the outcomes of maxillary resection for nasal cavity-oral cavity cancer with reconstruction using a free fibular osteocutaneous flap. **Methods:** A prospective case series was conducted on 12 cases who underwent maxillary resection with free fibular osteocutaneous flap

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: bsnamtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025