

NCKN. Mặc dù có sự khác biệt về mức tiêu thụ, tỷ lệ không đạt NCKN năng lượng vẫn ở mức rất cao ở cả hai giới (> 97%). Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Đức Minh và cộng sự tại Bệnh viện Quân Y 103, trong đó nam giới có nguy cơ không đạt NCKN về năng lượng và protein cao hơn lần lượt 2,03 và 2,14 lần so với nữ⁸. Kết quả củng cố bằng chứng rằng nam giới là nhóm có nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng cao hơn, đồng thời phản ánh tình trạng thiếu năng lượng phổ biến ở toàn bộ nhóm bệnh. Khẩu phần ăn giảm sút rõ rệt ở người bệnh ung thư thực quản giai đoạn muộn, tỷ lệ không đạt NCKN năng lượng ở nhóm III-IV cao vượt trội so với nhóm I-II (98,9% so với 0%, $p = 0,02$). Mặc dù không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, toàn bộ người bệnh thuộc nhóm nghèo/cận nghèo đều không đạt NCKN về năng lượng và protein. Người bệnh không nghèo có mức tiêu thụ năng lượng và protein cao hơn rõ rệt so với nhóm có nuôi nhện, và tỷ lệ đạt NCKN năng lượng giảm đáng kể khi mức độ nuôi nhện tăng ($p = 0,03$). Người bệnh có tình trạng dinh dưỡng theo BMI và PG-SGA kém hơn thường có tỷ lệ không đạt NCKN cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày trong nghiên cứu không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, protein, lipid, glucid. Tình trạng

thiếu chất xơ, các vitamin và khoáng chất là rất phổ biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Như An, Dương Thùy Linh, và cộng sự.** Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời tiến phẫu trong điều trị ung thư thực quản 1/3 giữa, dưới giai đoạn II, III. <https://tapchi.yhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2710/2506>
2. **Zhang L, Lu Y, Fang Y.** Nutritional status and related factors of patients with advanced gastrointestinal cancer. *Br J Nutr.* 2014;111(7):1239-1244. doi:10.1017/S000711451300367X
3. **Associations between nutritional status, weight loss, radiotherapy treatment toxicity and treatment outcomes in gastrointestinal cancer patients - ScienceDirect.** <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0261561410001469>
4. **Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al.** ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2021;40(5):2898-2913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005
5. **Bộ Y tế - Viện Dinh dưỡng.** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam. Năm 2016.
6. **Đào Thị Thu Hoài.** Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân ung thư tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai năm 2015.
7. **Hoàng Việt Bách, Nguyễn Thị Dung, Nguyễn Thị Hồng Tiến, et al.** Chế độ nuôi dưỡng trước phẫu thuật của người bệnh ung thư đường tiêu hóa tại bệnh viện K năm 2021. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;542(2). doi:10.51298/vmj.v542i2.11117.
8. **Phạm Đức Minh.** Một số yếu tố liên quan đến năng lượng khẩu phần ăn của người bệnh ung thư tại bệnh viện Quân Y 103. <https://tapchi.yhocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/718/59>.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO HAI DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC VÀ CHÉO SAU KHỚP GỐI QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121

Trần Mạnh Hùng¹, Nguyễn Văn Hiền¹, Nguyễn Minh Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tái tạo hai dây chằng chéo trước và chéo sau khớp gối qua nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 18 bệnh nhân chấn thương khớp gối đứt cả hai dây chằng chéo trước và chéo sau tại Bệnh viện Quân Y 121. Chất liệu mảnh ghép để tái tạo là cơ thon và cơ bán gân tự thân chập 4 + tăng cường

chỉ siêu bền để tái tạo dây chằng chéo sau và gân cơ mạc dài cải tiến + tăng cường chỉ siêu bền đã tái tạo dây chằng chéo trước. Kết quả đánh giá bước đầu theo tiêu chuẩn của Lysholm. **Kết quả:** Mười tám bệnh nhân gồm 15 nam và 03 nữ bị chấn thương khớp gối và tổn thương hai dây chằng chéo trước và chéo sau. Độ tuổi 19-29 chiếm tỉ lệ 55,6 %. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương đứt toàn phần cả dây chằng chéo trước và chéo sau đều chiếm tỷ lệ cao. Sau phẫu thuật chức năng khớp gối được phục hồi tốt với sự cải thiện rõ của thang điểm Lysholm. Chỉ có 03 trường hợp sau phẫu thuật còn giới hạn tầm vận động. **Kết luận:** Đánh giá bước đầu kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau tái tạo hai dây chằng chéo trước và chéo sau một thì qua nội soi chúng tôi nhận thấy khớp gối phục hồi đáng kể sau phẫu thuật 3 tháng, tuy nhiên nghiên cứu cỡ mẫu còn

¹Bệnh viện Quân Y 121

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: manhhung2907@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

nhỏ cần tiến hành các nghiên cứu quan sát lớn hơn.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTHROSCOPIC ONE-STAGE RECONSTRUCTION OF BOTH ANTERIOR AND POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENTS AT MILITARY HOSPITAL 121

Objective: To preliminarily evaluate the outcomes of arthroscopic one-stage reconstruction of both the anterior cruciate ligament (ACL) and posterior cruciate ligament (PCL) of the knee. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 18 patients diagnosed with combined ACL and PCL ruptures treated at Military Hospital 121. The graft materials used included a quadrupled autologous gracilis and semitendinosus tendon bundle reinforced with ultra-high-strength sutures for PCL reconstruction, and a modified peroneus longus tendon reinforced with ultra-high-strength sutures for ACL reconstruction. Postoperative outcomes were assessed using the Lysholm knee scoring scale. **Results:** Eighteen patients (15 males and 3 females) with combined ACL and PCL injuries were included. The age group of 19–29 years accounted for 55.6% of cases. Magnetic resonance imaging (MRI) revealed a high rate of complete ruptures of both cruciate ligaments. Postoperative evaluation showed significant improvement in knee function according to the Lysholm score, with only three patients experiencing limited range of motion after surgery. **Conclusion:** Preliminary assessment of arthroscopic one-stage reconstruction of both ACL and PCL demonstrated substantial improvement in knee stability and function at three months postoperatively. However, due to the small sample size, further large-scale observational studies are necessary to confirm these findings.

Keywords: Anterior cruciate ligament, posterior cruciate ligament, arthroscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo là một trong những chấn thương phổ biến và nghiêm trọng nhất của khớp gối, đặc biệt ở người trẻ, vận động viên, người lao động nặng. Các dây chằng chéo đóng vai trò thiết yếu trong việc kiểm soát độ vững trước – xoay của gối, do đó mất chức năng dây chằng gây ảnh hưởng lớn đến vận động, thể thao và chất lượng sống của người bệnh [1-3]. Tổn thương đồng thời hai dây chằng chéo trước (DCCT) và chéo sau (DCCS) ít gặp hơn so với tổn thương DCCT đơn thuần, nhưng thường có mức độ mất vững nghiêm trọng hơn và dễ bị bỏ sót trong chẩn đoán ban đầu. DCCT có vai trò ngăn mâm chày trượt ra trước và kiểm soát các chuyển động xoay, dạng – khép; còn DCCS giữ vững mâm chày trong chuyển động gập gối, ngăn trượt ra sau, góp phần ổn định

toàn bộ khớp gối. Do đó, việc tái lập chức năng cả hai dây chằng là thiết yếu để phục hồi vận động và ngăn ngừa thoái hóa khớp sớm [4-6].

Các cơ chế gây tổn thương đồng thời DCCT – DCCS thường là tác động tốc độ cao như tai nạn giao thông, thể thao va chạm, té ngã mạnh khi gối đang duỗi hoặc gập quá mức. Bốn dạng bán trật điển hình gồm: duỗi quá mức, dạng – gập xoay trong, khép – gập xoay trong, và chấn thương mặt phẳng đứng dọc. Nếu không nhận diện đúng cơ chế chấn thương và đánh giá toàn diện, tổn thương DCCS có thể bị bỏ sót trong giai đoạn cấp, dẫn đến mất vững mạn tính, biến dạng cơ học và thoái hóa khớp. Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS bằng mảnh ghép gân mạc dài tự thân đã cho kết quả chức năng tốt và cải thiện độ vững khớp gối [5]. Các nghiên cứu gần đây cũng nhấn mạnh vai trò của các cấu trúc phụ trợ như dải chậu chày trước ngoài, vì nếu không xử trí đồng thời có thể làm thất bại phẫu thuật tái tạo DCCT đơn độc [7].

Trước đây, phẫu thuật tái tạo DCCT – DCCS ít được thực hiện tại Việt Nam do yêu cầu kỹ thuật cao và nguy cơ tổn thương mạch máu – thần kinh khoeo. Tuy nhiên, sự phát triển của kỹ thuật nội soi và các hệ thống mảnh ghép, cố định hiện đại (như all-inside, button, screw) đã cho phép thực hiện tái tạo DCCT – DCCS trong cùng một thì với kết quả khả quan. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu bước đầu đã báo cáo kết quả tích cực. Nguyễn Minh Luân và cộng sự nghiên cứu trên 24 bệnh nhân được tái tạo DCCT – DCCS bằng gân Hamstring và mạc dài tự thân ghi nhận điểm Lysholm trung bình 88,3 sau mổ, tỷ lệ “tốt” và “rất tốt” đạt 87,5%, không có biến chứng đáng kể [8]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước vẫn còn rải rác, cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và chưa đủ mạnh để làm cơ sở chỉ định lâm sàng rộng rãi.

Với xu hướng phục hồi toàn diện độ vững khớp gối, đặc biệt ở nhóm người trẻ, lao động nặng và vận động viên, việc tái tạo đồng thời DCCT – DCCS là lựa chọn đáng cân nhắc. Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tái tạo đồng thời hai dây chằng chéo trước và chéo sau khớp gối qua nội soi tại Bệnh viện Quân Y 121, góp phần bổ sung bằng chứng cho lựa chọn can thiệp tối ưu trong tổn thương đa dây chằng khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân chấn thương khớp gối có tổn thương DCCT và DCCS nhập viện ở Bệnh viện Quân Y 121 từ

tháng 1/2020-12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt DCCT và DCCS qua khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ (MRI); (2) Có chỉ định phẫu thuật tái tạo hai dây chằng qua nội soi; (3) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được theo dõi sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Có tổn thương phổi hợp nặng vùng gối (gãy xương, tổn thương mạch máu, thần kinh); (2) Bệnh lý khớp gối mạn tính hoặc dữ liệu theo dõi không đầy đủ; (3) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: 18 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Quân y 121

Nội dung nghiên cứu: Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu Khám và cận lâm sàng: khám lâm sàng xác định mất vững khớp gối; chụp MRI khớp gối xác định mức độ đứt dây chằng (đứt hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn) và đánh giá tổn thương phổi hợp như rách sụn chêm, phù nề xương, thoái hóa khớp.

Phẫu thuật tái tạo dây chằng: thực hiện tái tạo đồng thời hai dây chằng qua nội soi. DCCS được tái tạo bằng mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon chập 4, tăng cường chỉ siêu bền. DCCT được tái tạo bằng mảnh ghép gân cơ mào dài tự thân; cố định bằng hệ thống chỉ siêu bền hoặc vis tự tiêu.

Theo dõi và đánh giá sau mổ: đánh giá chức năng khớp gối sau mổ bằng thang điểm Lysholm (Rất tốt: > 90 điểm; Tốt: 84–90 điểm; Trung bình: 65–83 điểm; Kém: < 65 điểm) và ghi nhận biến chứng sớm: nhiễm trùng, cứng khớp, lỏng hoặc đứt lại dây chằng.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, trình bày dưới dạng tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Do nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ và mục tiêu mang tính mô tả bước đầu, không thực hiện các phép kiểm định suy luận thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin về bệnh án được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 18 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, có 15 nam (83,3%) và 3 nữ (16,7%) bị chấn thương khớp gối kèm theo tổn thương đồng thời DCCT và DCCS. Nhóm tuổi từ 19 đến 29 chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%). Trên

hình ảnh cộng hưởng từ, ghi nhận có 4 trường hợp (22,2%) rách sụn chêm kết hợp và 2 trường hợp (11,1%) có dấu hiệu thoái hóa khớp gối.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông (55,6%) và tai nạn thể thao (27,7%). Cơ chế tổn thương thường gặp là do lực tác động trực tiếp lên khớp gối, kết hợp với các yếu tố gián tiếp như xoắn vặn quá mức và xoay mâm chày, gây mất vững cơ học nghiêm trọng.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	15	83,33
Nữ	3	16,67
Đặc điểm nguyên nhân		
Tai nạn giao thông	10	55,6
Tai nạn thể thao	5	27,7
Tai nạn sinh hoạt	2	11,1
Tai nạn lao động	1	5,6
Thời gian từ lúc bị tai nạn đến phẫu thuật		
<2 tuần	8	44,45
2-4 tuần	2	11,11
4-8 tuần	6	33,33
>8 tuần	2	11,11

Nhận xét: Đa số các trường hợp nhập viện là nam giới do tai nạn giao thông.

Bảng 3.2. Kết quả cộng hưởng từ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm trên cộng hưởng từ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương sụn chêm		
Có	4	22,2
Không	14	77,7
Tổn thương dây chằng chéo sau		
Đứt toàn phần	13	72,23
Đứt bán phần	5	27,77
Tổn thương dây chằng chéo trước		
Đứt toàn phần	16	88,88
Đứt bán phần	2	11,11
Thoái hóa khớp gối		
Có	2	11,11
Không	16	88,88

Nhận xét: Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương đứt toàn phần cả DCCT và DCCS đều chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

Điểm Lysholm	Trước phẫu thuật (n, %)	Sau phẫu thuật (n, %)
Rất tốt (>90)	0 (0)	3 (16,67)
Tốt (84-90)	0 (0)	13 (72,22)
Trung bình (65-83)	10 (55,56)	2 (11,11)
Xấu <65	8 (44,44)	0 (0)

Nhận xét: Sau phẫu thuật chức năng khớp gối được phục hồi tốt với sự cải thiện rõ của thang điểm Lysholm.

Bảng 3.4. Đánh giá tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật

Tầm vận động khớp gối	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới hạn tầm gấp	3	16,67
Giới hạn tầm duỗi	0	0
Tổng	18	100

Nhận xét: Tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật có 3 trường hợp còn giới hạn tầm gấp.

IV. BÀN LUẬN

Vấn đề tái tạo DCCS trong tổn thương hai dây chằng theo quan điểm trước kia là chỉ tái tạo DCCT không tái tạo DCCS, nhưng thực tế bệnh nhân có thể sẽ không phục hồi vận động tốt. Như vậy chỉ định tái tạo DCCS trong tổn thương hai dây chằng là phù hợp. Vấn đề kỹ thuật khó nhất trong tái tạo DCCS kết hợp với tổn thương DCCT là khoan đường hầm ở mâm chày, phải xác định đúng vị trí điểm bám của DCCS và đảm bảo an toàn tuyệt đối vì động mạch khoeo chỉ cách điểm bám DCCS ở mâm chày 9mm theo mặt phẳng đứng dọc. Trong 18 bệnh nhân tại nghiên cứu này, chúng tôi đã phẫu thuật an toàn.

Vấn đề sử dụng mảnh ghép trong tái tạo dây chằng: Chúng tôi sử dụng mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân chập 4 và tăng cường chỉ siêu bền để tái tạo DCCS với đường kính gân trung bình 7-8mm. Gân mạc dài cải tiến (bệnh xoắn thay vì chập đôi theo kinh điển) kết hợp tăng cường chỉ siêu bền xung quanh mảnh ghép để tái tạo DCCT là kỹ thuật lần đầu được áp dụng tại Bệnh viện Quân y 121 và đạt được kết quả rất khả quan, đạt được độ vững chắc của khớp gối sau khi tái tạo dây chằng. Mục đích của tăng cường chỉ siêu bền là chống lại lực tác động lên sợi gân sau khi tái tạo còn yếu, giúp cho quá trình biệt hóa vững chắc của mảnh ghép từ tuần thứ 8 trở đi.

Việc cố định mảnh ghép vào trong đường hầm chày ở đầu ngoại vi thường dùng vít tự tiêu Biocrew, phương tiện này đơn giản rẻ tiền, tác dụng nén ép mau lành gân nhưng có sức chịu đựng chỉ tương đối từ 400-500N dễ tuột thứ phát nếu gân chưa lành. Để khắc phục nhược điểm này chúng tôi sử dụng kỹ thuật cột đầu ngoại vi của gân bằng chỉ siêu bền và vít xương cứng ở xương chày. Trong tái tạo 2 dây chằng do phải xác định điểm bám DCCS ở mâm chày nên phải cắt lọc hết tổ chức DCCS cũ bị tổn thương, chúng tôi ưu tiên giữ lại DCCT cũ nhằm mục đích tạo sự kết dính giữa tổ chức DCCT cũ và mảnh ghép DCCT mới vì mảnh ghép chắc

nhất khi được đặc vào khớp sẽ trải qua 4 giai đoạn thay đổi mô học: Giai đoạn 1 viêm vô mạch xảy ra 2 tuần đầu nên dây chằng dễ yếu hơn nhiều, giai đoạn 2 tăng sinh mạch máu từ 6-8 tuần sau mổ, giai đoạn 3 là sự tái tạo sợi Collagen mới có cấu trúc giống DCCT từ tuần thứ 8, giai đoạn 4 là sự biệt hóa cấu trúc giống DCCT từ 12-24 tháng.

Bệnh nhân sau phẫu thuật đã được theo dõi và ghi nhận các biến chứng có thể xuất hiện. Về biến chứng sớm, trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào tụ máu khớp sau mổ, biến chứng này thường xảy ra từ ngày 2-5 sau mổ. Về biến chứng muộn như đứt lại dây chằng sau mổ, chúng tôi không gặp trường hợp nào trong nghiên cứu này. Tuy nhiên có 3 trường hợp tê bì cảm trước cẳng chân, thường là do ảnh hưởng của nhánh thần kinh da bị tổn thương khi lấy mảnh ghép Hamstring.



Hình 4.1. Mảnh ghép được tăng cường chỉ siêu bền

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái tạo đồng thời DCCT và DCCS là một kỹ thuật phức tạp nhưng có tiềm năng trong các trường hợp chấn thương phối hợp, nhằm phục hồi tối đa độ vững khớp gối. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cải thiện chức năng sau mổ đạt 88,9%, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng. Việc cải tiến mảnh ghép bằng kỹ thuật chập bốn, bện xoắn và tăng cường chỉ siêu bền giúp nâng cao độ bền cơ học sớm, hỗ trợ quá trình liền gân – tái cấu trúc. Tuy nhiên, cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên cần thêm nhiều nghiên cứu tiếp theo có quy mô lớn và theo dõi dài hạn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kotsifaki, R., et al., Aspetar clinical practice guideline on rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. Br J Sports Med, 2023. 57(9): p. 500-514.
2. Figueroa, D., M.L. Figueroa, and F. Figueroa, Return to sports in female athletes after anterior cruciate ligament reconstruction: A systematic review and metanalysis. J isakos, 2024. 9(3): p. 378-385.
3. Trương Việt Thông, Trần Đăng Khoa, Tái tạo đồng thời dây chằng chéo trước và dây chằng trước ngoài. Tạp chí Y học Cộng đồng, 2024. 65(CĐ11-HN Chấn thương Chính hình-TPHCM).

4. Wu, J., et al., Rehabilitation Principles to Consider for Anterior Cruciate Ligament Repair. Sports Health, 2022. 14(3): p. 424-432.
5. Nguyễn Tiến Thành, Nguyễn Quốc Dũng, Hà Thu Hương, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau bằng mảnh ghép gân mạc dài tự thân. Tạp chí Y Dược học Quân sự, 2023. 48(5): p. 91-99.
6. Nguyễn Tấn Luật, Trần Đăng Khoa, Tái tạo dây chằng chéo sau theo giải phẫu bảo tồn gốc dây chằng sử dụng lõi vào gian dây chằng chéo. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023(68): p. 104-109.
7. Ayati Firoozabadi, M., et al., Investigating Injuries to the Anterolateral Corner of the Knee: Imaging Insights Into Kaplan Fibers and the Anterolateral Ligament in Anterior Cruciate Ligament Tears. Orthop J Sports Med, 2025. 13(3): p. 23259671251319504.
8. Nguyễn Minh Luận, Nguyễn Thành Tấn, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo đồng thời dây chằng chéo trước và chéo sau khớp gối bằng gân hamstring và gân mạc dài tự thân. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023(59): p. 93-100.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM 2022

Phạm Khánh Minh¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Tạ Thị Hương Trang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại bệnh viện Bạch Mai theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022. 2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 71 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn New York sửa đổi năm 1984 hoặc tiêu chuẩn ASAS 2009, khám và điều trị tại Trung tâm cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai và Khoa khám bệnh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Nguy cơ tim mạch trong 10 năm ở bệnh nhân VCSDK đánh giá theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt nam năm 2022 là: nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình chiếm 47,9%, nhóm nguy cơ tim mạch cao chiếm 32,4% và nhóm nguy cơ tim mạch rất cao chiếm 19,7%. Nguy cơ tim mạch có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh, thời gian mắc bệnh và nồng độ CRP. Nhóm nguy cơ tim mạch cao-rất cao có điểm ASDAS trung bình là $2,5 \pm 0,8$, cao hơn (phản ánh mức độ hoạt động bệnh cao hơn) so với nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình (ASDAS $2,0 \pm 0,7$); nồng độ CRP trung bình ở nhóm nguy cơ tim mạch cao-rất cao ($19,29 \pm 23,58$ mg/L) cao hơn khoảng 1,41 lần so với nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình ($13,65 \pm 21,06$); nhóm có thời gian mắc bệnh > 5 năm có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình là $8,16 \pm 7,27$ %, cao hơn khoảng 2,48 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm (điểm dự báo nguy cơ tim mạch $3,29 \pm 2,46$ %). **Kết luận:** Bệnh nhân Viêm cột sống dính khớp có nguy cơ tim mạch cao. Một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm cột

sống dính khớp : thời gian mắc bệnh, nồng độ CRP, mức độ hoạt động bệnh. Cần đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp để sớm xác định các yếu tố nguy cơ tim mạch của người bệnh để can thiệp kịp thời. **Từ khóa:** nguy cơ tim mạch, viêm cột sống dính khớp, SCORE-2

SUMMARY

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS ACCORDING TO THE 2022 GUIDELINES OF THE VIETNAM SOCIETY OF CARDIOLOGY

Objectives: 1. Survey 10-year cardiovascular (CV) risk in patients with ankylosing spondylitis (AS) at Bach Mai Hospital according recommended by the Vietnam Heart Association in 2022. 2. Find out the relationship between cardiovascular risk and selected clinical and paraclinical characteristics of the study subjects. **Subjects and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 71 patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to the Modified New York 1984 criteria or ASAS 2009 criteria. Patients were examined or treated at the Musculoskeletal Center and the Outpatient Department of Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025. **Results:** The 10-year cardiovascular risk in patients with ankylosing spondylitis (AS), assessed according to the 2022 guidelines of the Vietnam National Heart Association: The low-moderate cardiovascular risk group accounted for 47.9%, the high-risk group accounted for 32.4%, the very high-risk group accounted for 19.7%. Cardiovascular risk was associated with several factors including disease activity level, disease duration, and CRP concentration. The high-to-very high-risk group had an average ASDAS score of 2.5 ± 0.8 , which was higher (reflecting higher disease activity) than the low-to-moderate risk group (ASDAS 2.0 ± 0.7); the average CRP concentration in the high-to-very high-risk group (19.29 ± 23.58 mg/L) was about 1.41 times higher than the low-to-moderate risk group (13.65 ± 21.06); the group with disease duration > 5 years had an

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang

Email: trangntnoi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025