

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẢO TỒN DI TÍCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Bùi Nguyên Long¹, Lê Mạnh Sơn², Nguyễn Huy Phương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bảo tồn di tích tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu không nhóm chứng trên 52 bệnh nhân đứt DCCT khớp gối được phẫu thuật nội soi tái tạo bảo tồn di tích tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Sau mổ số bệnh nhân có nghiệm pháp Lachman âm tính chiếm 92,3%, nghiệm pháp Pivot Shift âm tính chiếm 94,2%, điểm Lysholm đạt trung bình sau mổ đạt 93,52 và IKDC sau mổ có tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 98%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bảo tồn di tích phục hồi khớp gối vững, chức năng khớp gối tốt.

Từ khóa: dây chằng chéo trước, bảo tồn di tích

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC REMNANT-PRESERVING ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: This study aimed to evaluate the clinical outcomes of arthroscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction with remnant preservation at Viet Duc University Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 52 patients with ACL rupture who underwent arthroscopic remnant-preserving ACL reconstruction at Viet Duc University Hospital between August 2024 and March 2025. **Research results:** Postoperatively, 92.3% of patients had a negative Lachman test and 94.2% had a negative Pivot Shift test. The mean Lysholm score was 93.52. According to the IKDC score, 98% of patients achieved good to excellent results. **Conclusion:** Arthroscopic remnant-preserving ACL reconstruction provides satisfactory restoration of knee stability and function, yielding favorable clinical outcomes.

Keywords: anterior cruciate ligament (ACL), remnant preservation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương dây chằng chéo trước (DCCT) là một trong những tổn thương thường gặp nhất trong chấn thương khớp gối, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ, năng động và tham gia các hoạt

động thể thao. Trong vài thập kỷ qua, phẫu thuật tái tạo DCCT qua nội soi đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị, với mục tiêu phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối, giúp bệnh nhân sớm quay lại sinh hoạt và thể thao. Tuy nhiên, kỹ thuật tái tạo DCCT kinh điển thường loại bỏ hoàn toàn phần dây chằng bị đứt. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng việc bảo tồn di tích dây chằng còn sót lại của DCCT có thể giúp phục hồi chức năng và giảm nguy cơ đứt mảnh ghép sau tái tạo. Chất lượng cảm nhận bản thể và sự ổn định là quan trọng sau phẫu thuật. Các di tích còn sót lại chứa thụ thể cơ học và đầu dây thần kinh tự do có thể hỗ trợ phục hồi, đặc biệt khi mạch máu vẫn còn nguyên vẹn. Do đó, bảo tồn các cơ quan thụ cảm và mạng lưới mạch máu trong phần DCCT còn sót lại giúp cải thiện tái tạo mạch máu và phục hồi khớp.

Mặc dù kết quả trên thế giới khá hứa hẹn tuy nhiên tại Việt Nam việc bảo tồn hoàn toàn phần DCCT di tích hiếm khi được mô tả bởi vì các bác sĩ phẫu thuật phải thường cắt bỏ phần còn lại của DCCT và tiến hành tái tạo DCCT tiêu chuẩn mà không bị cản trở bởi phần còn lại. Với lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT có bảo tồn di tích tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với mục tiêu cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn, góp phần hoàn thiện chiến lược điều trị tối ưu cho bệnh nhân đứt DCCT.

Phương pháp phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bảo tồn di tích. Về kỹ thuật trước khi tái tạo DCCT, nội soi khớp qua cổng trong trước ngoài với ống nội soi khớp 30° được thực hiện để đánh giá tình trạng các di tích còn sót lại của DCCT. Các tổn thương sụn chêm nếu có sẽ được sửa chữa hoặc cắt bỏ. Gân cơ bán gân được lấy qua đường rạch dài 3 cm ở mặt trong đầu gối xương chày, và mô cơ của cơ bán gân được cắt bỏ. Để bảo tồn di tích còn sót lại, thành bên được làm sạch cẩn thận bằng dụng cụ nạo xương nhỏ. Vị trí bám lồi cầu xương đùi được xác định, và kim Kirschner 2,4 mm được đưa vào xương đùi. Trong khi quan sát qua nội soi khớp, một kim 2,4 mm được đặt qua thanh dẫn hướng vào xương chày, đảm bảo góc 40° từ trục dài xương chày. Các đường hầm xương đùi và xương chày được khoan với đường kính bằng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Nguyên Long

Email: longnguyen181998@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

mảnh ghép. Đường hầm xương đùi được khoan theo hướng dẫn của K-wire, sau đó một đường hầm xương chày được khoan bằng mũi khoan dạng ống có cùng đường kính với phần xa của mảnh ghép. Mũi doa được nâng lên cẩn thận để giảm thiểu thiệt hại cho di tích còn sót lại. Sau khi làm sạch mảnh vụn xương, sợi dây dẫn hướng mảnh ghép được đưa từ xương chày đến xương đùi. Mảnh ghép được đưa vào khớp qua cổng trước trong và cố định vào vỏ xương đùi bằng nút. Kỹ thuật siết chặt mảnh ghép được sử dụng để cố định mảnh ghép ở xương chày với đầu gối ở góc 30°.



Hình ảnh DCCT di tích (bên trái), hình ảnh đường hầm mâm chày trên qua điểm góc điểm bám dây chằng cũ (ở giữa) và hình ảnh sau mổ DCCT mới có bảo tồn di tích cũ (bên phải)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước khớp gối được chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bảo tồn di tích tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu không nhóm chứng

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân chấn đoán đứt DCCT được phẫu thuật tái tạo DDCT bảo tồn di tích từ 16 -> 55 tuổi. MRI: Đứt hoàn toàn DCCT, còn di tích dây chằng từ độ I->IIđ theo Crain cải tiến và hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu và đồng ý tham gia.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Kèm theo tổn thương đa dây chằng như dây chằng bên trong hoặc dây chằng bên ngoài, mô cũ vùng gối ở vùng khớp gối. Các bệnh nhân nằm ngoài lứa tuổi 16->55. Tổn thương thần kinh, không tuân thủ điều trị như: nghiện rượu, tổn thương sọ não, động kinh, yếu liệt chi trước mổ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia hoặc không đầy đủ thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân được chẩn đoán đứt DCCT có chỉ định điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo

trước bảo tồn di tích tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<20	2	3.8
	20-29	18	34.6
	30-39	16	30.8
	>40	16	30.8
Giới	Nam	33	63.4
	Nữ	19	36.6
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn thể thao	29	55.8
	Tai nạn giao thông	13	25.0
	Tai nạn sinh hoạt	10	19.2
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	3-6 tuần	26	50.0
	>6 tuần-6 tháng	16	30.8
	>6 tháng-12 tháng	4	7.7
	>12 tháng-24 tháng	3	5.8
	> 24 tháng	3	5.8

Nhận xét: Trong số 52 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 53 tuổi, tuổi trung bình là $33,5 \pm 9,62$, trong đó độ tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất (34,6%). Bệnh nhân là nam giới chiếm đa số (63,4%). Phần lớn nguyên nhân đứt DCCT là do tai nạn khi chơi thể thao chiếm 55,7%, tiếp theo là tai nạn giao thông chiếm 25%. Phần lớn bệnh nhân bị chấn thương đến khi mổ từ 3- 6 tuần (50%), trong đó bệnh nhân được can thiệp sớm nhất là sau 3 tuần và muộn nhất là sau hơn 2 năm.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.2. Nghiệm pháp Lachman, Pivot - Shift trước và sau mổ

Nghiệm pháp	Phân loại	Trước mổ	Sau mổ 6 tháng
Nghiệm pháp Lachman	Âm tính	0	48 (92,3%)
	Độ I	0	4 (7,7%)
	Độ II	34 (65,4%)	0
	Độ III	18 (34,6)	0
Nghiệm pháp Pivot - Shift	Âm tính	0	49 (94,2%)
	Độ I	0	3 (5,8%)
	Độ II	38 (73,1%)	0
	Độ III	14 (26,9%)	0

Nhận xét: Trước mổ tất cả bệnh nhân đều có dấu hiệu mất khi đánh giá bằng nghiệm pháp Lachman trên lâm sàng với mức độ 2 trở lên. Sau mổ phần lớn nhóm bệnh nhân âm tính với nghiệm pháp Lachman chiếm tỉ lệ 92,3%, dương tính chiếm 7,7%. Trước mổ 100% bệnh nhân mất vững khi thăm khám trên lâm sàng, với dương tính với nghiệm pháp Pivot shift chủ yếu là độ 2. Sau mổ tỷ lệ bệnh nhân âm tính với nghiệm pháp Pivot Shift chiếm 94,2%, chỉ có 3

bệnh nhân dương tính chiếm tỉ lệ 5,8%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Chức năng khớp gối theo Lysholm và IKDC trước và sau mổ

Chức năng	Phân loại	Trước mổ	Sau mổ 6 tháng
Lysholm	Rất tốt (95-100)	0	37 (71,2%)
	Tốt (84-94)	0	13 (25%)
	Trung bình (65-83)	10 (19,2%)	2 (3,8%)
	Xấu (≤ 64)	42 (80,8%)	0
IKDC	A	0	40 (76,9%)
	B	0	11 (21,1%)
	C	20 (38,5%)	1 (2%)
	D	32 (61,5%)	0

Nhận xét: Theo thang điểm Lysholm chức năng khớp gối trước khi mổ không có trường hợp nào ở mức độ tốt và rất tốt, chủ yếu mức xấu chiếm (80,8%), điểm trung bình là $60,1 \pm 8,1$; sau khi mổ 6 tháng hầu hết chức năng là rất tốt và tốt chiếm 71,2% và 25%, điểm trung bình đạt 93,2. Theo IKDC tình trạng độ vững chắc khớp gối trước khi mổ có 61,5% bệnh nhân ở mức độ D và mức độ C là 38,5%; sau khi mổ 6 tháng theo IKDC hầu hết là loại A và B chiếm 76,9% và 21,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 53 tuổi, tuổi trung bình là 33,5 tuổi. Như vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của Tạ Văn Thành Nam¹ là 34,47 và lớn hơn của Lê Mạnh Sơn² là 27,87 tuổi, Vũ Văn Khoa³ là 29,5 tuổi và Jiang Tao – Wang⁴ là 28,8 tuổi. Như vậy hầu hết bệnh nhân trong các nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác chủ yếu là người trẻ tuổi, có mức hoạt động hàng ngày mạnh và nhu cầu thể thao cao.

Số bệnh nhân nam giới trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 63%, trong khi đó nữ chiếm 37%. Tỷ lệ này tương tự với một số nghiên cứu về DCCT của các tác giả Việt Nam như tỷ lệ nam giới của Hoàng Công Anh⁵ chiếm 62,26%, Nguyễn Văn Điệp⁶ chiếm 63,5%. Tuy nhiên thấp hơn so với các nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn² chiếm 97,4%, Đỗ Quốc Cường⁷ chiếm 80%. Điều này phù hợp với nhu cầu hoạt động và thể thao cao thường gặp hơn ở nam giới, vì vậy tỷ lệ nam

giới cao hơn ở tất cả các nghiên cứu.

Trong nghiên cứu có 55,77% bệnh nhân bị đứt DCCT do TN thể thao và 25% do TN giao thông. Đặc biệt tất cả trong số tai nạn thể thao hầu hết đều là nam giới chơi thể thao mang tính chất giải trí như đá bóng, bóng chuyền, pickleball... Kết quả cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước như Lê Mạnh Sơn² với 55,3%, Nguyễn Văn Điệp⁶ với 59,6% là do tai nạn thể thao. Tuy nhiên kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu nước ngoài. Nguyên nhân nghĩ tới do tai nạn giao thông (đặc biệt tại nạn xe máy) cũng là một trong những nguyên nhân quan trọng gây chấn thương khớp gối, mặc dù nguyên nhân này chỉ là thứ yếu nhưng nó vẫn là một trong những vấn đề rất đáng quan tâm bởi nó không những gây chấn thương khớp gối đứt DCCT, mà còn gây tàn phế thậm chí gây tử vong ở nhiều trường hợp.

Thời gian từ khi bị chấn thương đứt DCCT đến khi được phẫu thuật sớm nhất là 3 tuần và muộn nhất lớn hơn 2 năm. Có 42/52 bệnh nhân được phẫu thuật trong 6 tháng đầu (chiếm 80,8%) và 26/52 bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 3 - 6 tuần kể từ khi tai nạn. Kết quả của chúng tôi sớm hơn so với các tác giả Lê Mạnh Sơn², Hoàng Công Anh⁵. Sự khác biệt này là do sự phát triển của phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là cộng hưởng từ đã mang đến chẩn đoán sớm được đứt DCCT.

4.2. Kết quả lâm sàng. Trước mổ tất cả nghiệm pháp đánh giá tác dụng của độ vững chắc của như test Lach man và Pivot - Shift đều dương tính độ II và độ III trên tất cả các BN (bảng 3.2). Sau mổ 6 tháng, đánh giá bằng nghiệm pháp Lachman chúng tôi thu được kết quả 48/52 trường hợp âm tính (92,3%), dương tính độ I chiếm 7,7%. Đánh giá dựa trên nghiệm pháp Pivot Shift chúng tôi thu được kết quả 49 trường hợp âm tính (94,2%) và 3 trường hợp dương tính độ 1, không có trường hợp nào dương tính độ 2 ở thời điểm đánh giá 6 tháng sau mổ. Kết quả này cao hơn so với các tác giả trong nước như Vũ Văn Khoa³, Hoàng Công Anh⁵, Nguyễn Văn Điệp⁶, Tạ Văn Thành Nam¹. Trong các nghiên cứu nước ngoài Zheng Wang⁸ và cộng sự đã báo cáo nghiên cứu trên 70 bệnh nhân sau 6 tháng khi so sánh 2 phương pháp có bảo tồn và không bảo tồn di tích dây chằng cho kết quả nghiệm pháp Lachman lần lượt là 94,2% âm tính và 91,4% âm tính. Felicitas Allende⁹ và cộng sự cũng báo cáo khi so sánh trên 2 nhóm đối tượng gồm 518 bệnh nhân bảo tồn di tích và 604 bệnh nhân không bảo tồn, kết quả phẫu thuật bảo tồn di tích có ưu điểm vượt trội trên

nghiêm pháp Pivot Shift với 88,89% và 79,92% tỷ lệ âm tính sau mổ. Michaela Kopka và cộng sự¹⁰ báo cáo trên 210 bệnh nhân bảo tồn di tích và 210 bệnh nhân không bảo tồn sau phẫu thuật 24 tháng đưa ra kết quả có sự khác biệt đáng kể ở nghiệm pháp Lachman trên bệnh nhân bảo tồn với 18/210 dương tính, con số này ở bệnh nhân không bảo tồn là 40/210. Tuy nhiên không có sự khác biệt đáng kể trên nghiệm pháp Pivot – Shift với tỷ lệ dương tính lần lượt của 2 nhóm là 12/210 và 14/210. Như vậy kết quả chức năng khớp gối sau phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đạt hiệu quả cao, tất cả các bệnh nhân đều cải thiện rõ rệt, với tỉ lệ trở về mức hoạt động bình thường và gần bình thường cao.

4.3. Kết quả điều trị. Kết quả đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm trước khi mổ chủ yếu mức xấu chiếm (80,8%) và chức năng khớp gối trung bình chiếm 19,2%, điểm trung bình là $60,1 \pm 8,1$; sau khi mổ 6 tháng hầu hết chức năng là rất tốt và tốt chiếm 71,2% và 25%. Tổng số 2 loại này là 96,2%. điểm trung bình đạt 93,2. Theo IKDC trước mổ có 32/52 bệnh nhân (61,5%) ở mức độ D, sau đó đến mức độ C (38,5%); sau khi mổ 6 tháng theo IKDC hầu hết là loại A và B chiếm 76,9% và 21,1%. Tổng số 2 loại này là 98%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn với các nghiên cứu ở trong nước sử dụng các phương pháp khác như của các tác giả như Đỗ Quốc Cường⁷, Hoàng Công Anh⁵, Nguyễn Văn Điệp⁶. Kết quả này của chúng tôi cũng cao hơn so với các nghiên cứu gần đây của các tác giả nước ngoài. Zheng Wang⁸ và cộng sự báo cáo trên 70 bệnh nhân khi so sánh 2 phương pháp có bảo tồn và không bảo tồn di tích dây chằng. Kết quả điểm Lysholm và IKDC tại thời điểm 3, 6 và 9 tháng sau phẫu thuật của nhóm bảo tồn theo thang điểm Lysholm là $81,31 \pm 3,6$; $86,57 \pm 3,05$; $92,69 \pm 2,52$ và nhóm không bảo tồn là $75,34 \pm 4,10$; $82,17 \pm 3,21$; $91,91 \pm 2,59$. Dong Won Suh¹¹ và cộng sự cũng chia 2 nhóm đối tượng gồm 44 bệnh nhân bảo tồn và 22 bệnh nhân không bảo tồn di tích. Kết quả cho thấy có sự cải thiện chức năng khớp gối với điểm Lysholm nhóm bảo tồn di tích là $94,9 \pm 6,5$ và nhóm không bảo tồn là $92,4 \pm 9,2$; số điểm IKDC nhóm bảo tồn là $70,2 \pm 12,6$ lớn hơn đáng kể với nhóm không bảo tồn là $61,7 \pm 9,3$. Felicitas Allende⁹ và cộng sự cũng báo cáo khi so sánh trên 2 nhóm đối tượng gồm 518 bệnh nhân bảo tồn và 604 bệnh nhân không bảo tồn di tích, kết quả đưa ra việc bảo tồn di tích có độ ổn định vượt trội với thang điểm IKDC khi so sánh lần lượt là 88,89% và 79,92%. John

Nyland và cộng sự¹² đã chỉ ra rằng về mặt sinh lý, phần di tích chứa các thụ thể cơ học; bảo tồn di tích được cho là giúp duy trì và tái lập đường dẫn thần kinh – mạch máu hỗ trợ quá trình “gân thành dây chằng”. Nghiên cứu đã nêu luận điểm rằng bảo tồn di tích đoạn gân có thể tạo thuận lợi cho tân mạch và tái phân bố thần kinh của mảnh ghép, qua đó cải thiện tái cấu trúc mô. Chunrong Chen¹³ và cộng sự gần nhất cũng đưa ra một tổng hợp thống kê giữa các nghiên cứu so sánh đánh giá sự khác biệt hiệu quả điều trị giữa phẫu thuật tái tạo DCCT bảo tồn và không bảo tồn. Kết quả cho thấy việc giữ lại phần di tích được cho là tạo môi trường giàu mạch máu và bao hoạt dịch, giúp che chắn đường hầm, hỗ trợ nuôi mảnh ghép và tích hợp gân-xương tốt hơn. Ngoài ra ghi nhận kết quả chức năng và ổn định tốt hơn khi bảo tồn di tích so với cắt bỏ hoàn toàn, mà không tăng biến chứng.

Từ các phân tích trên, có thể nhận thấy rằng phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT với bảo tồn di tích cho thấy những ưu thế về độ vững cơ học, sự ổn định khớp gối cũng như phục hồi chức năng so với các kỹ thuật tái tạo không bảo tồn di tích hiện đang được áp dụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Những kết quả này phù hợp và nhất quán với nhiều công bố quốc tế, qua đó củng cố thêm bằng chứng về hiệu quả sinh học và lâm sàng của việc bảo tồn di tích trong phẫu thuật tái tạo DCCT

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 trường hợp đứt DCCT khớp gối được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bảo tồn di tích chúng tôi thấy kết quả cải thiện tốt độ vững chắc và chức năng khớp gối và độ ổn định khớp gối, mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nam TVT, Thịnh VT, Dũng TT.** Đánh giá kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật all-inside tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội
2. **Lê Mạnh S.** 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. Published online 2016.
3. **Vũ Văn Khoa.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân hamstring tự thân tại bệnh viện Việt Đức năm 2017-2018.
4. **Wang JT, Zhao G, Bu JL, et al.** [Case-control study on remnant-preserving strategy for preservation and reconstruction of anterior cruciate ligament]. Zhongguo Gu Shang. 2021;34(12): 1095-1102. doi:10.12200/j.issn.1003-0034.2021.12.002
5. **Hoàng Công Anh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật

- nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân hamstring tự thân kỹ thuật cắt cả bên trong, 2023.
6. **Nguyễn Văn Điệp.** Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó theo giải phẫu sử dụng gân cơ bán gân tự thân tại bệnh viện Việt Đức, 2020.
 7. **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, 2022.
 8. **Wang Z, Tao H bing, Wang Y, Liu B, Han W feng, Xiang L bi.** Clinical application of modified Crain classification in the Design of Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with remnant preservation. BMC Musculoskelet Disord. 2022;23:1066. doi:10.1186/s12891-022-05912-7
 9. **Allende F, Allahabadi S, Sachdev D, et al.** Comparing Clinical Outcomes and Knee Stability in Remnant-Preserving ACL Reconstruction Versus Standard ACL Reconstruction: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. 2024;52(14): 3651-3661. doi:10.1177/03635465231225984
 10. **Kopka M, Heard SM, Buchko GM, Hiemstra LA, Lafave MR, Kerslake S.** Remnant-Sparing Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Results in Similar Clinical, Functional, and Quality-of-Life Outcomes to Anatomic Single-Bundle Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. ASMAR. 2024;6(2). doi:10.1016/j.asmr.2024.100898

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Văn Thao¹, Nguyễn Khắc Kiềm², Lô Quang Nhật³,
Nguyễn Văn Lợi², Nguyễn Văn Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi nguyên phát là một trong những bệnh lý ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong hàng đầu trên thế giới. Tại Việt Nam, số ca mắc mới và tử vong do ung thư phổi vẫn gia tăng do được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi được xem là lựa chọn điều trị triệt để đem lại hiệu quả nhất được nhiều tác giả đồng thuận. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá độ hiệu quả, an toàn của phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt thùy phổi. Tại bệnh viện K đã triển khai phẫu thuật này từ năm 2019. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ ở bệnh viện K nhằm đánh giá tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 116 bệnh nhân mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ từ tháng 9/2024 tới 3/2025 về các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bao gồm 60 nam và 56 nữ. Tuổi trung bình $60,5 \pm 7,6$ (42-73). Vị trí u phổ biến nhất là thùy trên phổi phải (36,2%). Thời gian phẫu thuật trung bình $114,2 \pm 15,6$ phút (90-180). Thời gian rút dẫn lưu trung bình $5,5 \pm 1,4$ ngày (4-10). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,5 \pm 1,9$ (8-14) ngày. Trong số 116 bệnh nhân có 2 bệnh nhân bị tai biến chảy máu trong mổ trong đó có 1 bệnh nhân phải chuyển mổ mở và 1

bệnh nhân xử lý cầm máu được bằng phẫu thuật nội soi, 4 bệnh nhân viêm phổi và 8 bệnh nhân xì khí kéo dài sau mổ. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ là một phương pháp an toàn, khả thi và có nhiều ưu điểm.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, cắt thùy phổi

SUMMARY

RESULTS OF UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR EARLY-STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT K HOSPITAL

Background: Lung cancer is one of the most common malignancies and remains the leading cause of cancer-related mortality worldwide. In Vietnam, the incidence and mortality of lung cancer continue to rise due to late-stage diagnosis. For early-stage non-small cell lung cancer (NSCLC), lobectomy video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) has been recognized as the optimal radical treatment. In Vietnam, there are not many studies evaluating the efficacy and safety of uniportal thoracoscopic lobectomy. Uniportal VATS lobectomy has been adopted at K Hospital since 2019. This study aimed to evaluate the feasibility and safety of this technique in early-stage NSCLC patients. **Methods:** This was a descriptive, prospective study of 116 patients with early-stage non-small cell lung cancer who underwent uniportal video-assisted thoracoscopic surgery from September 2024 to March 2025, assessing preoperative, intraoperative and postoperative variables along with pathological outcomes. **Result:** Among 116 patients, 60 were male and 56 were female, with a mean age of 60.5 ± 7.6 years (42–73). The most frequent tumor location was the right upper lobe (36.2%). The mean operative time was 114.2 ± 15.6 minutes (range, 90–180). The mean chest tube duration was 5.5 ± 1.4 days (4–10),

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Thao

Email: dovanthao081298@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025