

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kazahaya K, Potsic WP.** (2004). Congenital cholesteatoma. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 12(5), 398-403.
2. **Castle JT. Cholesteatoma Pearls.** (2018). Practical Points and Update. Head Neck Pathol. 12(3), 419-429.
3. **McCabe R, Lee DJ, Fina M.** (2021). The Endoscopic Management of Congenital Cholesteatoma. Otolaryngol Clin North Am. 54(1), 111-123.
4. **Nelson M, Roger G, Koltai PJ, et al.** (2002). Congenital cholesteatoma: classification, management, and outcome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 128(7), 810-814.
5. **Lê Thị Thu Hà** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh cholesteatoma tai màng nhĩ đóng kín, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Choi JE, Kang WS, Lee JD, et al.** (2023). Outcomes of Endoscopic Congenital Cholesteatoma Removal in South Korea. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 149(3), 231-238.
7. **Nguyễn Anh Quỳnh** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng nội soi và chụp cắt lớp vi tính của viêm tai cholesteatoma ở trẻ em, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **James AL.** (2024), Cholesteatoma Severity Determines the Risk of Recurrent Paediatric Cholesteatoma More Than the Surgical Approach. J Clin Med. 13(3), 836.
9. **Luật, N. H., & Dũng, Đào T.** (2024), Đặc điểm nội soi tai và cắt lớp vi tính Cholesteatoma bẩm sinh tai giữa ở trẻ em. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 183(10), 237-246.
10. **Cao Minh Thành** (2011), Chuỗi xương con và kết quả tạo hình bằng gốm sinh học trong viêm tai giữa mạn tính, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 45-124.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KỸ THUẬT MỘT BÓ TẮT CẢ BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Thành Nam¹, Nguyễn Trung Tuyền², Nguyễn Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó tắt cả bên trong tại bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng. Gồm 31 người bệnh được chẩn đoán đứt DCCS khớp gối, được phẫu thuật nội soi điều trị đứt DCCS bằng kỹ thuật một bó tắt cả bên trong tại bệnh viện E từ tháng 3/2021 đến hết tháng 3/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 34.10 ± 12.62 (18–57), nhóm 18–40 tuổi chiếm 61,3%. Triệu chứng thường gặp: lỏng gối 100%, đau gối 80,6%, sưng nề 38,7%. Trên MRI: đứt hoàn toàn 74,2%, bán phần 25,8%. Sau mổ, điểm Lysholm–Gillquist trung bình 90,94 ± 5,4; rất tốt/tốt 93,5%. IKDC 2000: A 64,5%, B 32,3%, C 3,2%, D 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật tái tạo DCCS một bó cả bên trong (all-inside) cho kết quả khả quan, cải thiện rõ rệt độ vững và chức năng khớp gối.

Từ khóa: Dây chằng chéo sau, tái tạo dây chằng chéo sau kỹ thuật all-inside, bệnh viện E.

SUMMARY

RESULTS OF ARTHROSCOPIC SINGLE-BUNDLE ALL-INSIDE POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION AT E HOSPITAL

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

Email: nguyenthannam130698@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Objectives: (1) To describe the clinical characteristics and magnetic resonance imaging (MRI) findings of the study group. (2) To evaluate the outcomes of all-inside single-bundle posterior cruciate ligament (PCL) reconstruction performed at E Hospital.

Methods: This was a retrospective and prospective interventional clinical study without a control group. A total of 31 patients diagnosed with posterior cruciate ligament rupture of the knee underwent arthroscopic all-inside single-bundle PCL reconstruction at E Hospital from March 2021 to March 2025. **Results:** The mean age was 34.10 ± 12.62 years (range, 18–57), with the 18–40 age group accounting for 61.3%. Common symptoms included knee instability (100%), knee pain (80.6%), and swelling (38.7%). MRI findings showed complete rupture in 74.2% and partial rupture in 25.8% of cases. Postoperatively, the mean Lysholm–Gillquist score was 90.94 ± 5.4, with very good/good outcomes in 93.5% of cases. IKDC 2000 grading was as follows: A 64.5%, B 32.3%, C 3.2%, and D 0%. **Conclusion:** All-inside single-bundle PCL reconstruction yielded favorable outcomes, with significant improvements in knee stability and function. **Keywords:** Posterior cruciate ligament, all-inside PCL reconstruction, E Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo sau cùng với dây chằng chéo trước là hai dây chằng quan trọng giúp đảm bảo sự vững chắc của khớp gối. DCCS có kích thước diện cắt ngang gấp khoảng 1,3 đến 2 lần và khỏe gấp đôi so với dây chằng chéo trước. Do đó, tỷ lệ tổn thương DCCS ít hơn nhiều do với tổn thương dây chằng chéo trước, chiếm khoảng 20% tổng số ca chấn thương khớp gối. DCCS đóng vai trò quan trọng không chỉ chống lại di

lệch ra sau mà còn chống lại di lệch xoay của mâm chày¹. Mục đích của việc tái tạo DCCS nhằm phục hồi sự vững chắc, cải thiện chức năng khớp gối.

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về giải phẫu và cơ sinh học của DCCS giúp các phẫu thuật viên chẩn thương chỉnh hình có hiểu biết toàn diện hơn về DCCS. Với sự phát triển của dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp gối và các phương tiện cố định mảnh ghép, kế thừa và phát huy những thành tựu của phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo trước, phẫu thuật nội soi tạo hình DCCS kỹ thuật tất cả bên trong (all-inside) đã ra đời và được áp dụng nhờ ưu điểm ít xâm lấn, bảo tồn xương và kiểm soát chiều dài mảnh ghép. Tại bệnh viện E, kỹ thuật này đã được triển khai thường quy, tuy nhiên nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị còn hạn chế. Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E" được thực hiện với hai mục tiêu:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

(2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật nội soi một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 31 người bệnh chẩn đoán đứt DCCS, có hoặc không kèm rách sụn chêm, không kèm tổn thương dây chằng khác, được phẫu thuật nội soi điều trị đứt DCCS bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong tại bệnh viện E từ tháng 3/2021 đến hết tháng 6/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu lâm sàng, hình ảnh học, phẫu thuật và theo dõi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có tổn thương khớp phối hợp cùng chi, tổn thương DCCS có phối hợp với các tổn thương: dây chằng chéo trước, dây chằng bên trong, dây chằng bên ngoài, cấu trúc góc sau ngoài hoặc góc sau trong, tiền sử phẫu thuật gối cũ dựa vào khám lâm sàng và hình ảnh chụp cộng hưởng từ khớp gối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu, không có nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu thuận tiện:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ NB đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- **Phương pháp tiến hành:**

+ Thống kê đặc điểm lâm sàng trước mổ của người bệnh đứt DCCS

+ Kỹ thuật phẫu thuật: nội soi khớp gối với

ba cổng (trước ngoài, trước trong, sau trong). Sử dụng mảnh ghép gân tự thân Hamstring (gân cơ bán gân và cơ thon) hoặc móc bên dài dạng tết, cố định treo hai đầu trong các đường hầm đùi-chày theo kỹ thuật all-inside. Xử trí tổn thương phối hợp (nếu có) trước khi tạo đường hầm và luồn mảnh ghép. Định vị đường hầm đùi tại vùng bám bó trước-trong; đường hầm chày hướng ra bờ sau mâm chày, góc dẫn hướng 45–50°. Sau cố định tạm đầu đùi, thực hiện vận động thụ động, căng mảnh ghép và cố định đầu chày ở gối gấp ~80°.

- Bước 1: Chẩn bị dụng cụ, chuẩn bị bệnh nhân
- Bước 2: Nội soi chẩn đoán
- Bước 3: Chẩn bị mảnh ghép
- Bước 4: Xử lý tổn thương phối hợp trong khớp
- Bước 5: Khoang đường hầm đùi và chày theo kích thước mảnh ghép

- Bước 6: Luồn mảnh ghép và cố định mảnh ghép

+ Phục hồi chức năng: bất động gối dưới 0° bằng nẹp đùi-căng chân trong giai đoạn sớm; tập theo phác đồ tăng tiến qua các mốc 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng và tái khám cuối.

- **Tiêu chí đánh giá:** (1) Lâm sàng: dấu hiệu ngăn kéo sau, Lachman ngược; thang điểm Lysholm–Gillquist trước và sau mổ. (2) Hình ảnh học: MRI trước mổ; MRI sau mổ (khoảng 6 tháng) khi có chỉ định. (3) Trong mổ: loại mảnh ghép, đường kính/chiều dài mảnh ghép, thời gian mổ, phương tiện cố định

- **Phân tích thống kê:** so sánh trước-sau bằng kiểm định thích hợp (ví dụ kiểm định t ghép cặp hoặc Wilcoxon), mức ý nghĩa $p < 0,05$; trình bày ước lượng khoảng tin cậy 95% khi có thể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nam giới có tỉ lệ đứt DCCS cao hơn nữ giới chiếm 71% với tỉ lệ nam/nữ là 2,44/1. Trong 31 người bệnh nghiên cứu, tuổi trung bình của người bệnh là $34,1 \pm 12,62$ tuổi, người bệnh trẻ nhất là 18 tuổi, người bệnh cao tuổi nhất là 57 tuổi, tập trung 18 – 40 tuổi chiếm 61,3%. Nguyên nhân chính gây nên đứt DCCS chủ yếu là tai nạn giao thông chiếm 45,2% và tai nạn thể thao chiếm 45,2%. Thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi được thăm khám và phẫu thuật là 79.87 ± 67.45 ngày.

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=31)

Đặc điểm	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Cơ chế chấn thương	Tai nạn giao thông	45.2
	Tai nạn thể thao	45.2
	Tai nạn sinh hoạt	9.6

Triệu chứng cơ năng	Lỏng khớp	100
	Đau	80,6
	Sưng nề gối	38,7
Ngăn kéo sau	Độ II	32,3
	Độ III	67,7
Lachman ngược	Độ II	35,5
	Độ III	64,5
Thời gian từ khi chấn thương đến khi mổ	≤3 tháng	83,9
	>3 tháng	16,1

100% người bệnh có triệu chứng lỏng gối ở các mức độ khác nhau, kèm theo triệu chứng đau gối xuất hiện ở 25/31 người bệnh chiếm 80,6%, triệu chứng sưng nề gối xuất hiện ở 12/31 người bệnh chiếm 38,7%.

MRI trước mổ: đứt hoàn toàn DCCS 74,2% (23/31), đứt bán phần 25,8% (8/31). Tổn thương phối hợp: rách sụn chêm trong 16,1% (5/31), rách sụn chêm ngoài 9,7% (3/31), rách cả hai 3,2% (1/31).

3.2. Đánh giá trong mổ. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều sử dụng mảnh ghép gân tự thân để tái tạo DCCS. Trong đó, mảnh ghép gân hamstring có 20/31 người bệnh, chiếm 64,5%, còn lại là mảnh ghép gân mạc bên dài có 11/31 người bệnh, chiếm 35,5%. Mảnh ghép gân sử dụng có đường kính trung bình là $8,16 \pm 0,78$ mm. Chiều dài trung bình là $70,77 \pm 3,40$ mm. 100% NB được phẫu thuật được sử dụng phương tiện cố định gân bằng treo 2 đầu.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $74,68 \pm 22,17$ phút. Trong đó, thời gian phẫu thuật của nhóm người bệnh không có tổn thương phối hợp là $67,5 \pm 18,12$ phút, trong khi thời gian phẫu thuật của nhóm người bệnh có tổn thương phối hợp là $99,29 \pm 16,94$ phút.

3.3. Đánh giá sau mổ. Sau mổ và trong nằm viện: không ghi nhận sốt, tràn dịch khớp hay nhiễm trùng vết mổ; thời gian nằm viện trung bình $12,84 \pm 4,9$ ngày. Tại lần thăm khám gần nhất, tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều có nghiệm pháp ngăn kéo trước và Lachman ngược ở mức âm tính và độ I.

Bảng 2: Phân loại chức năng khớp gối sau mổ theo thang điểm Lysholm và Gilquist (n=31)

Phân loại điểm Lysholm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt (95- 100)	13	41,9
Tốt (84- 94)	16	51,6
Khá (65- 83)	2	6,5
Kém (≤ 64)	0	0
Trung bình ± Độ lệch chuẩn: $90,94 \pm 5,4$		
Biên độ giao động: 78 – 98		

Bảng 3: Đánh giá thang điểm IDKC 2000 khách quan sau phẫu thuật (n=31)

IDKC	A	B	C	D	Tổng
Số lượng	20	10	1	0	31
Tỷ lệ %	64,5	32,3	3,2	0	100

Bảng 4: Đánh giá cải thiện chức năng khớp gối trước và sau mổ theo thang điểm Lysholm và Gilquist (n=31)

Điểm Lysholm và Gilquist	Trước mổ	Sau mổ
Trung bình ± độ lệch chuẩn (điểm)	$68,77 \pm 7,77$	$90,94 \pm 5,4$
Biên độ dao động	55–82	78–98
Chênh lệch sau mổ và trước mổ	$90,94 \pm 5,4$	
Khoảng tin cậy 95% của chênh lệch sau mổ và trước mổ	19.45–24.87	
P	<0,05	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 người bệnh được chụp cộng hưởng từ khớp gối sau mổ nội soi tái tạo DCCS với kết quả có 17/18 người bệnh được chụp MRI hình ảnh mảnh ghép gân có tín hiệu bình thường chiếm 94,4 %. Có 1 trường hợp tín hiệu mảnh ghép gân mất liên tục một phần. Không ghi nhận trường hợp nào mất tín hiệu dây chằng và viêm xương, tiêu xương tại đường hầm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là $34,10 \pm 12,62$ tuổi, người bệnh trẻ nhất là 18 tuổi, người bệnh cao tuổi nhất là 57 tuổi, tập trung 18 – 40 tuổi chiếm 61,3%. Kết quả cho thấy bệnh nhân đứt DCCS chủ yếu ở lứa tuổi lao động phù hợp với đặc thù cơ chế chấn thương (tai nạn thể thao và giao thông chiếm đa số).

Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau và sưng nề hạn chế vận động khớp gối ngay sau chấn thương, mức độ sưng đau khớp gối tùy thuộc vào từng bệnh nhân, tùy từng hoàn cảnh chấn thương. Sưng đau khớp gối sau chấn thương là triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân chấn thương gối giai đoạn cấp, nhưng ít giá trị chẩn đoán đặc hiệu cho đứt DCCS. Sau giai đoạn cấp tính, tình trạng đau gối và lỏng gối là các triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân đứt DCCS đến khám với tỷ lệ 100% người bệnh có dấu hiệu lỏng gối, 80,6% người bệnh có triệu chứng đau vùng gối. Tại thời điểm nhập viện, các nghiệm pháp đánh giá mất vững khớp gối do tổn thương DCCS (nghiệm pháp Lachman ngược và ngăn kéo sau độ II và độ III) đều xuất hiện ở 100% các người bệnh nghiên cứu. Trong đó, dấu

hiệu ngắn kéo sau độ III dương tính là 21/31 người bệnh (chiếm 67,7%), so với các nghiên cứu có kết quả tương đồng như nghiên cứu của Lê Thành Tùng² là 77,8% cũng như các nghiên cứu của Phạm Quốc Hùng³, Phùng Văn Tuấn⁴, Tăng Hà Nam Anh⁵

Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh giá trị cao nhất trong đánh giá tổn thương khớp gối. Chụp MRI khớp gối rất có giá trị trong chẩn đoán đứt DCCS nói riêng và đứt dây chằng khớp gối nói chung. Chụp MRI có độ nhạy từ 96-100% và độ đặc hiệu lên đến 100% trong chẩn đoán đứt DCCS cấp tính⁷. DCCS được đánh giá tốt nhất trên phim T2. Hình ảnh DCCS bình thường là một dải cường độ tín hiệu thấp liên tục được xác định rõ trong tất cả các xung. Trong trường hợp đứt hoàn toàn DCCS, các bó sợi không liên tục với tín hiệu chất lỏng đi qua hoàn toàn trong các sợi. Trong rách một phần DCCS dày lên, tăng tín hiệu, một số sợi DCCS còn nguyên vẹn, và một số xuất hiện không liên tục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% NB có biểu hiện tổn thương DCCS trên MRI với các mức độ tổn thương khác nhau, bao gồm: 74,2% NB đứt hoàn toàn DCCS và 25,8% người bệnh đứt bán phần DCCS. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán đứt DCCS ở các mức độ khác nhau trên phim chụp MRI khớp gối đều có tổn thương DCCS được chẩn đoán trong khi nội soi khớp gối.

Vấn đề lựa chọn mảnh ghép gân đồng loại hay gân tự thân trong phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp gối vẫn còn được tranh cãi. Ưu điểm của mảnh ghép gân tự thân là: không có nguy cơ nhiễm bệnh, nguồn gân an toàn và đáng tin cậy, tuy nhiên việc lấy gân tự thân làm gia tăng thời gian phẫu thuật, thêm đường mổ để lấy gân làm gia tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, đau tại vị trí lấy gân và đặc biệt là việc hạn chế về kích thước gân lấy được phụ thuộc vào từng người bệnh. Với nghiên cứu của chúng tôi, 100% người bệnh được phẫu thuật tái tạo DCCS được sử dụng mảnh ghép gân tự thân. Trong đó, 20/31 người bệnh (chiếm 64,5%) được sử dụng mảnh ghép gân Hamstring và 11/31 người bệnh (chiếm 35,5%) được sử dụng mảnh ghép gân mạc bên dài. Mảnh ghép gân tự thân được sử dụng với đường kính trung bình là $8,16 \pm 0,78\text{mm}$, chiều dài trung bình là $70,77 \pm 3,40\text{mm}$. Theo Đỗ Văn Minh⁶, với chiều dài trung bình của DCCS đoạn trong khớp khoảng 35mm, chiều dài mỗi đầu của mảnh ghép nằm trong đường hầm xương tối thiểu là 15mm. Do đó, chiều dài mảnh ghép trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là $70,77 \pm 3,40\text{mm}$ là đủ để tạo hình DCCS bằng kỹ thuật tất cả bên trong.

Để đánh giá chức năng khớp gối sau mổ, chúng tôi sử dụng thang điểm Lysholm và Gilquist đánh giá theo chủ quan người bệnh trước và sau phẫu thuật. Theo kết quả nghiên cứu, chức năng khớp gối trước mổ của tất cả người bệnh đều thuộc nhóm khá và kém với trung bình của nhóm NB là 68.77 ± 7.77 điểm, biên độ dao động từ 55 – 82 điểm. Chức năng khớp gối sau mổ đạt mức tốt và rất tốt chiếm 93,5%, 2 người bệnh có chức năng khớp gối ở mức khá. Chức năng khớp gối sau mổ đạt trung bình 90.94 ± 5.4 điểm, có sự thay đổi rõ rệt so với trước mổ ở người bệnh tái tạo DCCS. So với các tác giả khác như Đỗ Văn Minh⁶, Tăng Hà Nam Anh⁵, Lê Thanh Tùng², kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra sự thay đổi đáng kể chức năng khớp gối sau mổ của người bệnh đứt DCCS

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS kỹ thuật một bó all-inside tại Bệnh viện E cho thấy hiệu quả cải thiện độ vững và chức năng khớp gối, tỉ lệ rất tốt/tốt cao theo Lysholm-Gillquist và hạng IKDC ưu thế A-B. Kỹ thuật khả thi, an toàn và có thể áp dụng thường quy với lựa chọn mảnh ghép tự thân phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Janousek AT, Jones DG. Posterior cruciate ligament injuries of the knee joint. Sports Med. 1999;28(6):429-441.
2. Lê Thanh Tùng. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo hình DCCS khớp gối qua nội soi bằng mảnh ghép gân đồng loại. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. Phạm Quốc Hùng. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tái tạo DCCS khớp gối bằng gân Hamstrings. Luận án BSCKII. Học viện Quân y; 2014.
4. Phùng Văn Tuấn, Lê Hồng Hải, Nguyễn Quốc Dũng, và cs. Đánh giá kết quả xa và yếu tố ảnh hưởng đến tái tạo DCCS. Tạp chí Chấn thương Chính hình Việt Nam. 2017; Số đặc biệt: 366-371.
5. Tăng Hà Nam Anh, Cao Bá Hường. Tái tạo DCCS qua nội soi gối bằng hai đường sau. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2012;16(1):362-364.
6. Đỗ Văn Minh. Nghiên cứu ứng dụng tạo hình DCCS qua nội soi kỹ thuật all-inside. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. Sonin AH, Fitzgerald SW, Hoff FL, et al. MRI of the posterior cruciate ligament: normal, abnormal, and associated injury patterns. RadioGraphics. 1995;15(3):551-561.
8. Martin RK, Melugin HP, Freychet B, et al. Posterior cruciate ligament all-inside reconstruction. Curr Rev Musculoskelet Med. 2020; 13: 585-595.
9. Prince MR, Stuart MJ, King AH, Sousa PL, Levy BA. All-inside posterior cruciate ligament reconstruction: GraftLink technique. Arthrosc Tech. 2015;4(2): e147-e153.
10. Nguyễn Xuân Thùy. Phẫu thuật nội soi khớp gối. NXB Y học; 2014:166-228.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Khắc Đông^{1,3}, Dương Trọng Hiền², Nguyễn Hoàng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật u mô đệm dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán GIST dạ dày và được phẫu thuật cắt u tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023. Dữ liệu thu thập hồ sơ từ bệnh án, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình $56,0 \pm 15,2$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,09/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị (56,3%), khối u kích thước dao động từ 10 đến 285 mm, chủ yếu là u tế bào hình thoi với 47/48 trường hợp chiếm 97,9%, 22 bệnh nhân (45,8%) được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, 26 bệnh nhân (54,2%) trường hợp được mổ mở, cắt hình chêm là phương án được áp dụng chủ yếu (81,3%), thời gian mổ trung bình là $116,1 \pm 54,7$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình $7,1 \pm 2,1$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu cho GIST dạ dày. Chẩn đoán cần kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào cơ sở y tế và thói quen phẫu thuật viên.

Từ khóa: U mô đệm dạ dày, GIST, phẫu thuật.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AS WELL AS THE EARLY SURGICAL OUTCOMES OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS (GISTS) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical characteristics and early surgical outcomes of gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST) at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted on 48 patients diagnosed with gastric gastrointestinal stromal tumors (GIST) who underwent surgical resection at Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2023. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS 20.0. **Results:** The mean age was 56.0 ± 15.2 years; male-to-female ratio was 1.09:1. The most common presenting symptom was epigastric pain (56.3%). Tumor size ranged from 10 to 285 mm, predominantly spindle cell type (97.9%). Laparoscopic surgery was

performed in 22 cases (45.8%) and open surgery in 26 cases (54.2%). Wedge resection was the most common surgical technique (81.3%). The mean operative time was 116.1 ± 54.7 minutes, and the mean postoperative hospital stay was 7.1 ± 2.1 days. **Conclusions:** Surgery remains the primary treatment modality for gastric GIST. Diagnosis requires a combination of clinical evaluation, imaging, and histopathology. The choice of surgical approach depends on institutional facilities and surgeon's experience. **Keywords:** GastroIntestinal Stroma Tumors, GIST, surgery,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa - GastroIntestinal Stroma Tumors (GIST) là khối u trung mô có nguồn gốc từ tế bào kẻ Cajal. Bệnh chiếm khoảng 0,2% các bệnh lý đường tiêu hóa, với tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,5/100.000 dân. GIST dạ dày có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Phần lớn u được phát hiện một cách tình cờ hoặc khi u đã có kích thước lớn, bệnh được phát hiện chủ yếu bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như, chụp cắt lớp vi tính, nội soi dạ dày, siêu âm nội soi. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định là hóa mô miễn dịch. GIST là bệnh lý điều trị đa mô thức tuy nhiên phẫu thuật đóng vai trò chính trong điều trị với phương pháp cắt bỏ hoàn toàn khối u với diện cắt âm tính và tránh làm vỡ u. Imatinib được chỉ định cho những BN nguy cơ trung bình – nguy cơ cao.

Để thống kê lại thực trạng điều trị GIST tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian gần đây, chúng tôi làm đề tài này với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị u mô đệm dạ dày bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

2.3. Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán là GIST dạ dày, điều trị bằng phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học, hóa mô miễn dịch là GIST dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2023.

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán là u mô đệm dạ dày, có kết quả giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch sau mổ là GIST dạ dày.

BN được phẫu thuật cắt bỏ khối u mô đệm

¹Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khắc Đông

Email: nkdong.dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025