

hoặc không phình mạch sau đoạn hẹp.⁷ Các thăm dò đặc hiệu hơn có thể được chỉ định, bao gồm siêu âm Doppler mạch ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ dựng hình mạch máu chọn lọc. Các phương pháp này nên được thực hiện kết hợp với nghiệm pháp thử.³ Trên siêu âm Doppler sẽ thấy hình ảnh tốc độ máu qua động mạch thân tạng tăng lên trong thì thở ra rồi giảm đi hoặc trở về bình thường trong thì hít vào.³

Điều trị hội chứng dây chằng cung giữa chỉ được thực hiện ở những bệnh nhân có triệu chứng. Phẫu thuật giải ép động mạch thân tạng là phương pháp điều trị chính cho hội chứng này. Phương pháp phẫu thuật có thể là phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi, hoặc phẫu thuật với sự hỗ trợ của robot. Trong đó, phẫu thuật ít xâm lấn (nội soi hoặc sử dụng robot) được ưa chuộng hơn do ít biến chứng và bệnh nhân hồi phục nhanh hơn.⁶ Lựa chọn bệnh nhân để điều trị cũng là vấn đề quan trọng. Nghiên cứu của Reilly và cộng sự cho thấy kết quả điều trị tốt hơn ở những bệnh nhân có triệu chứng đau sau ăn, trong độ tuổi từ 40-60 và có sụt cân từ 9kg trở lên.⁴ Đau bụng thường giảm ngay sau khi phẫu thuật.⁶ Nếu triệu chứng vẫn còn tồn tại dai dẳng, các phương pháp can thiệp mạch như tạo hình, đặt stent mạch thân tạng hoặc bắc cầu có thể cần được sử dụng.³

Trong ca bệnh của chúng tôi, bệnh nhân có biểu hiện của chèn ép động mạch thân tạng đáng kể (ước tính 50-60% diện tích lòng mạch) trên kết quả chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, trên lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng nào phù hợp với MALS. Vì vậy, sau khi hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa ngoại tiêu hóa và chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi lựa chọn theo dõi

và không can thiệp giải ép động mạch thân tạng cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Hội chứng dây chằng cung giữa có thể gặp ở trẻ em với sự vắng mặt của các triệu chứng lâm sàng. Sự chèn ép động mạch thân tạng có thể được phát hiện tình cờ qua các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khi khảo sát các nguyên nhân gây đau bụng. Điều trị giải ép nên được cân nhắc khi bệnh nhân có các triệu chứng chèn ép trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harjola PT. A Rare Obstruction Of The Coeliac Artery. Report Of A Case. Ann Chir Gynaecol Fenn. 1963;52:547-550.
2. Park CM, Chung JW, Kim HB, Shin SJ, Park JH. Celiac axis stenosis: incidence and etiologies in asymptomatic individuals. Korean J Radiol. 2001;2(1):8-13. doi:10.3348/kjr.2001.2.1.8
3. Kim EN, Lamb K, Relles D, Moudgill N, DiMuzio PJ, Eisenberg JA. Median Arcuate Ligament Syndrome—Review of This Rare Disease. JAMA Surg. 2016;151(5):471. doi:10.1001/jamasurg.2016.0002
4. Schweizer P, Berger S, Schweizer M, Schaefer J, Beck O. Arcuate ligament vascular compression syndrome in infants and children. J Pediatr Surg. 2005;40(10): 1616-1622. doi:10.1016/j.jpedsurg.2005.06.040
5. Loukas M, Pinyard J, Vaid S, Kinsella C, Tariq A, Tubbs RS. Clinical anatomy of celiac artery compression syndrome: a review. Clin Anat. 2007;20(6):612-617. doi:10.1002/ca.20473
6. Jimenez JC, Harlander-Locke M, Dutson EP. Open and laparoscopic treatment of median arcuate ligament syndrome. J Vasc Surg. 2012;56(3): 869-873. doi:10.1016/j.jvs.2012.04.057
7. Baskan O, Kaya E, Gungoren FZ, Erol C. Compression of the Celiac Artery by the Median Arcuate Ligament: Multidetector Computed Tomography Findings and Characteristics. Can Assoc Radiol J. 2015;66(3):272-276. doi:10.1016/j.carj.2015.01.001

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU NỐI THÌ ĐẦU VẾT THƯƠNG GÂN GẤP VÙNG V CÁC NGÓN TAY DÀI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Lê Minh¹, Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Phân tích, mô tả đặc điểm tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài của nhóm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê Minh

Email: plminh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

bệnh nhân nghiên cứu; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thì đầu vết thương gân gấp vùng V các ngón tay dài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu theo dõi dọc. Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán bị tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài dựa trên dấu hiệu lâm sàng và phẫu thuật khâu phục hồi thì đầu vết thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,28, chủ yếu là nam giới với tỷ lệ 92,85%; trong độ tuổi lao động. Triệu chứng thường

gấp, tay thuận bị tổn thương nhiều hơn (54,77%). Bệnh nhân bị tổn thương gân có tính chất sắc gọn (59,52%). Các bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 12h từ khi tai nạn (85,71%), thời gian nằm viện trung bình 3 ngày. Sau mổ các bệnh nhân được hướng dẫn luyện tập. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu nối gân Kessler cải tiến 2 sợi trục có hiệu quả điều trị khả quan, với gần một nửa bệnh nhân đạt kết quả tốt. Kết quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào tính chất tổn thương, số lượng gân tổn thương và việc tập phục hồi chức năng.

Từ khóa: Nối thì đầu vết thương, gân gấp vùng V các ngón tay dài, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF PRIMARY REPAIR OF FLEXOR TENDON INJURIES IN ZONE V OF THE LONG FINGERS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: (1) To analyze and describe the characteristics of flexor tendon injuries in zone V of the long fingers among the study patients; (2) To evaluate the surgical outcomes of primary repair of flexor tendon injuries in zone V of the long fingers at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective longitudinal study design. A total of 42 patients diagnosed with flexor tendon injuries in zone V of the long fingers, based on clinical signs, underwent primary surgical repair at Viet Duc Hospital, from December 2024 to July 2025. **Results:** The mean age of patients was 40.28 years, with a predominance of males (92.85%), mostly in the working age group. Common symptoms included injury to the dominant hand (54.77%). The majority of tendon injuries were sharp and clean-cut (59.52%). Most patients underwent surgery within 12 hours of the accident (85.71%), with an average hospital stay of 3 days. Postoperatively, all patients were instructed in rehabilitation exercises. **Conclusion:** The modified two-strand core Kessler repair technique showed favorable treatment outcomes, with nearly half of the patients achieving good results. Treatment outcomes mainly depended on the characteristics of the injury, number of injured tendons, and the rehabilitation exercises. **Keywords:** Primary tendon repair, flexor tendon injuries in zone V of the long fingers, Viet Duc Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài là chấn thương thường gặp trong lao động và sinh hoạt. Khâu nối thì đầu là phương pháp điều trị chủ yếu, giữ vai trò quyết định trong phục hồi chức năng bàn tay. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như kỹ thuật khâu, thời gian xử trí, quá trình phục hồi chức năng và đặc điểm người bệnh^{1,3}.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - trung tâm ngoại khoa lớn của cả nước, mỗi ngày tiếp nhận nhiều ca vết thương bàn tay, trong đó tổn thương gân gấp vùng V đặc biệt phức tạp do liên quan đến gân, thần kinh và mạch máu. Dù không nguy hiểm đến tính mạng, tổn thương này gây hạn chế

vận động, ảnh hưởng nặng nề đến lao động, sinh hoạt và chất lượng sống của bệnh nhân.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả phẫu thuật khâu nối thì đầu vết thương gân gấp vùng V các ngón tay dài tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với hai mục tiêu: *Thứ nhất, Mô tả đặc điểm tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu và Thứ hai, Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối thì đầu vết thương gân gấp vùng V tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 42 bệnh nhân bị tổn thương gân gấp vùng V các ngón tay dài được chẩn đoán dựa trên dấu hiệu lâm sàng và phẫu thuật khâu phục hồi thì đầu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Những bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương gân gấp vùng V đơn thuần các ngón tay dài và được tiến hành phẫu thuật tại phòng mổ cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trường hợp vết thương nặng, không đủ điều kiện phẫu thuật sửa chữa gân thì đầu: Đa chấn thương nặng kèm hồi sức kéo dài, có chấn thương sọ não kèm theo. Tổn thương gân gấp ở những bệnh nhân: Tâm thần, nghiện rượu hoặc ma túy, di chứng sọ não kèm theo; Bệnh nhân liệt, có dị tật ở bàn tay bị tổn thương; Gãy xương kèm theo; Tổn thương gân gấp ở các vùng khác; Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả, tiền cứu và lựa chọn mẫu nghiên cứu.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Được tiến hành theo thiết kế nghiên cứu mô tả, tiền cứu, nhằm thu thập thông tin một cách hệ thống, phản ánh đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân ngay từ thời điểm phẫu thuật và trong quá trình theo dõi sau mổ. Việc lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện giúp khai thác tối đa số lượng người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu tại thời điểm triển khai.

- **Các biến số nghiên cứu:** Trong quá trình nghiên cứu, các biến số xác định thành ba nhóm chính: biến số liên quan, biến số trong và sau phẫu thuật, và biến số về kết quả điều trị.

Nhóm biến số về đặc điểm lâm sàng: đặc điểm chung của người bệnh tuổi, giới tính, nguyên nhân gây tổn thương (tai nạn sinh hoạt, lao động...), tay bị tổn thương (tay thuận hoặc không thuận) và thời gian từ khi bị chấn thương

đến khi phẫu thuật (tính bằng giờ). Các yếu tố này có vai trò quan trọng trong việc mô tả đặc điểm dịch tễ, những biến số có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Nhóm biến số liên quan đến kết quả điều trị: gồm số lượng gân bị tổn thương, các tổn thương kèm theo (thần kinh, mạch máu), thời gian nằm viện (số ngày điều trị) và tình trạng tập luyện phục hồi chức năng sau mổ, chỉ số TAM (Total active motion) - tính bằng tổng biên độ gấp chủ động trừ đi tổng mất duỗi của các khớp MP, PIP và DIP. Ngoài ra, để so sánh mức độ phục hồi vận động, nghiên cứu còn sử dụng tỷ lệ phần trăm giữa TAM của ngón tay tổn thương so với ngón tay lành đối diện.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Toàn bộ thông tin từ bệnh án được mã hóa thành các biến số, làm sạch dữ liệu và kiểm định bằng các phương pháp thống kê, xử lý bằng phần mềm SPSS và Excel. Kết quả nghiên cứu được phân tích và so sánh với các công trình trong và ngoài nước nhằm đánh giá tính khách quan và giá trị khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nam giới tỷ lệ 92,85%, nữ giới chiếm tỷ lệ rất nhỏ (7,15%), trong độ tuổi lao động. Kết quả đạt rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 19/42 (45,23%), tỷ lệ kém và rất kém chiếm 10/42 (23,8%). So sánh với dữ liệu quốc tế, kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả tương đồng với nghiên cứu lớn về vết thương gân gấp Dy và cộng sự (2022), ghi nhận độ tuổi lao động chiếm ưu thế trong các loại ca đứt gân gấp, thường liên quan trực tiếp đến tai nạn nghề nghiệp⁵. Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi >60 tuổi (14,3%) có xu hướng cao hơn so với một số báo cáo quốc tế, vốn thường tập trung vào bệnh nhân trẻ tuổi trong môi trường lao động công nghiệp. Tuy nhiên, kết quả này lại phù hợp với bối cảnh Việt Nam, nơi nhiều bệnh nhân cao tuổi vẫn tham gia lao động hoặc dễ bị tai nạn sinh hoạt do giảm thị lực, phản xạ. Nhóm bệnh nhân <18 tuổi chiếm tỷ lệ 9,52%, tương tự xu hướng chung trong các nghiên cứu quốc tế, cho thấy tổn thương gân gấp nặng ít gặp ở trẻ em hơn so với người trưởng thành⁵.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm	Phân loại	Tỷ lệ (%)
Cơ chế chấn thương	Tai nạn sinh hoạt	30,95
	Tai nạn lao động	47,61
	Tai nạn giao thông	2,40

	Tai nạn bạo lực	19,04
Triệu chứng	Tay không thuận	45,23
	Tay thuận	54,77
Tính chất tổn thương	Sắc gọn	59,52
	Nham nhở	23,8
	Dập nát	16,68

Nguồn: Nhóm tác giả tổng hợp và phân tích trong quá trình nghiên cứu

Theo số liệu Bảng 1, về cơ chế chấn thương, chấn thương gân chủ yếu xuất phát từ tai nạn lao động tỷ lệ cao nhất (47,61%), cần quan tâm đến an toàn lao động và phòng ngừa rủi ro trong sản xuất. Chấn thương ở tay thuận có thể ảnh hưởng nặng nề hơn đến khả năng sinh hoạt và lao động, do đó cần phục hồi chức năng kỹ lưỡng. Tay thuận bị tổn thương chiếm 54,77%, cao hơn so với tay không thuận (45,23%). Đa số tổn thương là sắc gọn, thuận lợi cho phẫu thuật khâu nối; tuy nhiên gần 40% còn lại là nham nhở và dập nát, làm tăng thách thức trong điều trị. Tổn thương sắc gọn chiếm tỷ lệ cao nhất (59,52%), thường do dao, kính hoặc dụng cụ sắc bén gây ra.

3.2. Đánh giá trong mổ. Đối với các bệnh nhân trong nghiên cứu này, vị trí và phạm vi tổn thương, tập trung ở vùng V của các ngón tay dài, thường gặp ở gân gấp nông (FDS) và gân gấp sâu (FDP). Tính chất vết thương, sắc gọn chiếm ưu thế, thuận lợi cho khâu nối. Một số trường hợp nham nhở hoặc dập nát, khó khăn trong xác định đầu gân, phải xử lý cắt lọc trước khi khâu.

Kỹ thuật khâu chủ yếu sử dụng theo phương pháp Kessler cải tiến. Số lượng mũi khâu vòng, tùy vào độ dày của gân, thường 4 - 6 sợi.

Đánh giá kết quả trong mổ, thời gian phẫu thuật trung bình là 60 phút, sau khâu nối, gân nối có độ vững chắc. Chiều dài gân được bảo tồn tương đối. Không có hiện tượng căng quá mức hay chùng gân. Đảm bảo đủ điều kiện để bắt đầu chương trình phục hồi chức năng sớm sau mổ. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đa số trường hợp thuận lợi nhờ vết thương sắc gọn và được can thiệp sớm. Tuy nhiên, những ca nham nhở, dập nát hoặc có tổn thương phối hợp vẫn là thách thức lớn, đòi hỏi kỹ thuật khéo léo và khâu phục hồi bao gân để giảm biến chứng dính gân.

3.3. Đánh giá sau mổ. Kết quả đánh giá mức độ phục hồi chức năng sau mổ của 42 bệnh nhân, nhóm đạt kết quả rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 45,23%. Nhóm đạt mức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 13 bệnh nhân (30,95%). Trong khi đó, kém và rất kém chiếm tỷ lệ 23,82% cho thấy vẫn dễ phục hồi kém và thất bại vẫn ở mức đáng kể.

Bảng 2. Liên hệ giữa phục hồi chức năng và kết quả điều trị

Tập phục hồi chức năng và kết quả (TAM)		Kết quả (TAM)					Tổng
		Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tồi	
Tập phục hồi chức năng	Tập tốt	5	9	4	0	0	18
	Tập ít	4	1	11	2	1	19
	Không tập	1	0	1	2	1	5
Tổng		10	10	16	4	2	2
P		0,0036					

Nguồn: Tác giả tổng hợp và phân tích trong quá trình nghiên cứu

Trong nhóm tuân thủ tốt phục hồi chức năng (PHCN), tỷ lệ bệnh nhân có kết quả rất tốt và tốt cao hơn ở các nhóm tập PHCN ít và không tập. Tuy nhiên, trong số các bệnh nhân không tập, có 1 bệnh nhân vẫn đạt kết tốt.

Bảng 3. Khả năng làm việc sau mổ

Khả năng làm việc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	28	66,66
Khó khăn	13	30,95
Không làm việc	1	2,39
Tổng	42	100

Nguồn: Tác giả tổng hợp và phân tích trong quá trình nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả khảo sát khả năng lao động sau phẫu thuật cho thấy đa số bệnh nhân (28 trường hợp, chiếm 66,66%) có thể trở lại làm việc bình thường. Tuy nhiên, vẫn còn 13 bệnh nhân (30,95%) gặp khó khăn trong lao động. Đáng chú ý, có 1 trường hợp (2,39%) hoàn toàn mất khả năng làm việc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về độ tuổi và giới tính: Phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm 19 - 60 tuổi (85,71%). Bệnh nhân >60 tuổi chiếm 14,3%, cao hơn một số báo cáo quốc tế nhưng phù hợp với thực tế Việt Nam, nơi người cao tuổi vẫn lao động hoặc dễ gặp tai nạn sinh hoạt. Nhóm <18 tuổi chiếm 9,52%, tương tự các nghiên cứu quốc tế, cho thấy tổn thương gân gấp nặng hiếm gặp ở trẻ em².

4.2. Cơ chế tổn thương: Tổn thương gân gấp ở lớp 1, tỷ lệ cao nhất (42,85%), lớp 3 (35,73%), lớp 2 chỉ chiếm 21,42%. Xu hướng này phản ánh đặc điểm giải phẫu và cơ chế chấn thương vùng V, các gân bề mặt dễ bị tác động trực tiếp, trong khi các gân sâu thường bị tổn thương phối hợp khi có vết thương xuyên thấu hoặc tai nạn cơ giới mạnh. Như vậy, trong nước và quốc tế đều ghi nhận xu hướng gân gấp nông tổn thương nhiều nhất về mặt tần suất, nhưng gân gấp sâu lại giữ vai trò then chốt về tiên

lượng chức năng. Điều này nhấn mạnh yêu cầu phân loại chính xác mức độ tổn thương để lựa chọn chiến lược khâu nối và phác đồ phục hồi chức năng phù hợp⁷.

4.3. Phục hồi chức năng sau mổ: Biến chứng sau phẫu thuật khâu nối gân gấp vùng V được ghi nhận ở mức thấp, không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, không có ca nào đứt lại gân, tuy nhiên ghi nhận 5 trường hợp (12%) có triệu chứng tê bì tại vết mổ và 1 trường hợp (2,4%) dính gân. Như vậy, các biến chứng nặng thường gặp như nhiễm trùng hoặc đứt lại gân đều không xuất hiện trong loạt ca của chúng tôi. Tóm lại, nghiên cứu cho thấy biến chứng sau khâu nối gân gấp vùng V tương đối ít gặp và không có biến chứng nặng. Tuy nhiên, tình trạng tê bì sau mổ vẫn cần được theo dõi và can thiệp bằng các biện pháp phục hồi thần kinh - cảm giác để đảm bảo chất lượng sống lâu dài cho người bệnh.

4.4. Phương pháp tập phục hồi chức năng: Phục hồi chức năng sớm sau khâu nối gân gấp đóng vai trò quyết định đến kết quả cuối cùng, giúp hạn chế dính gân và phục hồi tầm vận động. Trong số nhiều phác đồ, ba phương pháp được ứng dụng rộng rãi nhất hiện nay là Kleinert cải tiến, Duran - Houser và phác đồ theo Hiệp hội Phẫu thuật Bàn tay Hoa Kỳ⁷. Do đó, lựa chọn phác đồ cần cá thể hóa: với bệnh nhân trẻ, tuân thủ tốt có thể áp dụng Kleinert; với trường hợp phức tạp, tuân thủ hạn chế, Duran an toàn hơn; còn ASSH nên được ưu tiên khi có điều kiện giám sát đầy đủ vì cho kết quả tối ưu và ít biến chứng⁸.

4.5. Kỹ thuật khâu nối gân gấp vùng V: Đa phần các bệnh nhân được khâu nối gân theo kỹ thuật Kessler cải tiến với 2 sợi trục kết hợp khâu vòng ngoại vi do những ưu điểm như: đơn giản, dễ thực hiện từ đó rút ngắn thời gian mổ, ít gây chèn ép lòng gân do số mũi khâu ít nên ít tạo vật cản trong lòng gân, lý thuyết cho thấy có thể giảm phần nào nguy cơ dày dính⁷. Kết hợp với phác đồ tập phục hồi chức năng ASSH (Warwick, 2019), kết quả điều trị với kỹ thuật khâu Kessler cải tiến 2 sợi trục vẫn đạt được kết quả tốt. ASSH khuyến cáo vận động gấp thụ động và duỗi chủ động trong nẹp từ ngày 3-5, sau đó tiến dần đến "place-and-hold" và vận động chủ động có kiểm soát từ tuần 4-6. Thực tế lâm sàng tại Việt Nam, cách tiếp cận này vừa bảo vệ mỗi khâu, vừa hạn chế dính gân, nhờ đó bù đắp phần nào hạn chế cơ học của kỹ thuật 2 sợi⁴.

V. KẾT LUẬN

Thứ nhất, về đặc điểm tổn thương, bệnh

nhân chủ yếu là nam trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chính do tai nạn sinh hoạt và lao động. Tổn thương thường ở tay thuận, tính chất sắc gọn, đa số được mổ sớm trong vòng 12 giờ.

Thứ hai, về phẫu thuật, kỹ thuật Kessler cải tiến 2 sợi kết hợp khâu tăng cường mang lại đường khâu vững chắc.

Thứ ba, Kết quả sau phẫu thuật là 66,7% bệnh nhân trở lại lao động; 47,61% đạt vận động rất tốt và tốt, song tỉ lệ tuân thủ phục hồi chức năng còn hạn chế.

Thứ tư, yếu tố ảnh hưởng như thời gian chờ mổ, mức độ tập luyện phục hồi và giới tính tác động rõ rệt đến kết quả.

Thứ năm, cần tăng cường hướng dẫn, giám sát phục hồi chức năng sớm, bài bản và theo dõi định kỳ để nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện vận động và chất lượng sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Giải phẫu** (2021), Giải Phẫu Người, Nxb Y học, Hà Nội
2. **Lê Minh Hoan và cộng sự** (2024), Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu nối gân gấp vùng II - V bàn

tay tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học cộng đồng Việt Nam, Tập 65, Số đặc biệt 1, tr 271-279.

3. **Nguyễn Mạnh Bảo, Trần Chiến, Nguyễn Việt Nam** (2024), Kết quả khâu nối gân gấp ngón tay thì đầu trong điều trị vết thương bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544 (2).
4. **Phạm Thị Duyên** (2019), Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động bàn tay sau phẫu thuật nối gân gấp theo phác đồ vận động sớm của Kleinert và Duran, Luận văn ThS Y học, Đại học Y Hà Nội, 2019.
5. **Dy CJ, Hernandez-Soria A, Ma Y, Roberts TR, Daluiski A**, (2022), Complications after flexor tendon repair: a systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am, 2022;37 (3):543-551.
6. **Lee YJ, Ryoo HJ, Shim HS** (2022), Prevention of postoperative adhesions after flexor tendon repair with acellular dermal matrix in Zones III, IV, and V of the hand: a randomized controlled trial. Medicine (Baltimore). 2022;101(3): e28630.
7. **Strickland** (2010), Development of flexor tendon surgery: twenty-five years of progress. J Hand Surg Am, 2010, 25(2): p. 214 - 235.
8. **Tang JB** (2014), Clinical outcomes associated with flexor tendon repair. Hand Clin, 2014;30(2): 151-164. doi:10.1016/j.hcl.2014. 12.001JW

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CỦA U NGUYÊN BÀO GAN THEO PHÂN LOẠI CÁC KHỐI U TRẺ EM CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI 2023

Nguyễn Anh Văn^{1,3}, Nguyễn Công Trung^{1,2}, Hoàng Ngọc Thạch^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nguyên bào gan (UNBG) là u ác tính nguyên phát tại gan. Đây là khối u gan ác tính phổ biến ở trẻ em, chiếm 90% các khối u gan ác tính ở trẻ dưới 5 tuổi. Tại Việt Nam, nghiên cứu về UNBG còn khá ít, bao gồm các nghiên cứu về đặc điểm bệnh và phân loại mô bệnh học của UNBG theo bảng cập nhật mới của Tổ chức y tế thế giới (TCYTTCG), do đó, việc khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học UNBG là cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học của UNBG theo phân loại của TCYTTCG 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2025 có 140 ca được chẩn đoán UNBG. Tuổi trung bình phát hiện bệnh là $35,4 \pm 39,2$ tháng, 79,3% bệnh nhân dưới 5

tuổi. Tỷ lệ Nam/nữ là 1,46/1. Hầu hết các trường hợp u chỉ một khối (82,9%), phần lớn ở gan phải (44,3%) với kích thước u trung bình $8,6 \pm 3,8$ cm. Nồng độ Alpha-fetoprotein (AFP) huyết thanh cao $245600,8 \pm 341743$ ng/ml. Phân loại PRETEXT phần lớn giai đoạn I và II chiếm 61,8%. Típ mô bệnh học thường gặp nhất là UNBG típ biểu mô, thể thai đơn thuần (31,4%), tiếp theo là UNBG típ biểu mô thể thai tăng hoạt động nhân chia (27,9%); UNBG típ hỗn hợp biểu mô và trung mô chiếm 12,9%, còn lại là các thể hiếm gặp khác. **Kết luận:** UNBG ở trẻ em tại Việt Nam chủ yếu gặp ở lứa tuổi nhỏ, thường là u đơn độc thùy gan phải, AFP cao và phần lớn phân loại PRETEXT ở giai đoạn sớm. Phân loại UNBG theo TCYTTCG 2023 cho thấy ưu thế của típ biểu mô, thể thai đơn thuần hoạt động nhân chia thấp và thể thai tăng hoạt động nhân chia. Cần các nghiên cứu đa trung tâm có theo dõi dọc để đối chiếu mô học với phân tầng nguy cơ, đáp ứng hoá trị và sống còn nhằm tối ưu hoá chiến lược điều trị. **Từ khoá:** U nguyên bào gan, AFP huyết thanh, PRETEXT, Tổ chức Y tế thế giới

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF EPATOBLASTOMA ACCORDING TO THE 2023 WHO

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Văn
Email: nguyenganhvan.3061994@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025