

nhóm chứng xác định khe gian đốt sống bằng mốc giải phẫu. Thứ hai, chúng tôi chưa khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công trong lần đi kim đầu tiên khi gây ngoài màng cứng đoạn ngực. Thứ ba, kim gây tê ngoài màng cứng có chia những khoảng 1 centimet không đo chính xác từng milimet như thước đo trên siêu âm. Do đó, việc đo khoảng cách da đến khoang ngoài màng cứng thực tế có thể gặp sai số

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công trong lần đi kim đầu tiên khi gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực với siêu âm trước thủ thuật là 56,7%. Siêu âm cột sống đoạn ngực giúp cung cấp các chỉ số có thể hỗ trợ cho quá trình gây tê ngoài màng cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Auyong DB, Hostetter L, Yuan SC, et al.** Evaluation of Ultrasound-Assisted Thoracic Epidural Placement in Patients Undergoing Upper Abdominal and Thoracic Surgery: A Randomized, Double-Blind Study. *Reg Anesth Pain Med.* 2017; 42(2): 204-209. doi:10.1097/AAP.0000000000000540
2. **Boselli E, Hopkins P, Lamperti M, et al.** European Society of Anaesthesiology and Intensive Care Guidelines on peri-operative use of ultrasound for regional anaesthesia (PERSEUS regional anaesthesia): Peripheral nerves blocks and neuraxial anaesthesia. *Anesth EJournal.* 2021;38(3): 219-250. doi:doi:10.1097/EJA.0000000000001383

4. **Đỗ Phương Linh, Nguyễn Hữu Tú.** Đánh giá kết quả của kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng ngực có hỗ trợ của siêu âm trong giảm đau sau phẫu thuật bụng trên. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học.* 2021;138(2):140-147. doi:https://doi.org/10.52852/tcncyh.v138i2.88
5. **Grau T, Leipold R, Delorme S, et al.** Ultrasound imaging of the thoracic epidural space. *Reg Anesth Pain Med.* 2002;27(2):200-206. doi:10.1053/rapm.2002.29239
6. **Hasanin A, Mokhtar A, Amin S, et al.** Preprocedural ultrasound examination versus manual palpation for thoracic epidural catheter insertion. *Saudi J Anaesth.* 2017;11(1):62. doi:10.41 03/1658-354X.197345
7. **Hoàng Quốc Thắng, Nguyễn Thị Thanh.** Siêu âm cột sống thắt lưng trong xác định vị trí gây tê tủy sống. *Tạp chí Y học TPHCM.* 2021;25(5):125-132.
8. **Jadhav KK, Nath G.** Ultrasound guided paramedian approach compared with landmark based paramedian approach for thoracic epidural. *IJCA.* 2020;5(1):75-79. doi:10.18231/ 23944994.2018.0013
9. **Mã Thanh Tùng, Trương Quốc Việt, Nguyễn Văn Chùng.** So sánh khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng trên siêu âm cột sống và chiều dài thực tế kim Tuohy. *Tạp chí Y học TPHCM.* 2011;15(3):173-178.
10. **Nguyễn Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Thanh.** Vai trò của siêu âm trực thần kinh trong gây tê tủy sống. *Tạp chí Y học TPHCM.* 2020;24(3):88-93.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CHỨC NĂNG KHỚP VAI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU GÂN CƠ CHỚP XOAY TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới^{1*}, Ngô Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỹ thuật hai hàng chỉ bắc cầu mang lại hiệu quả tốt trên bệnh nhân rách gân cơ chóp xoay, tuy nhiên về mặt chức năng khớp vai sau phẫu thuật còn bị ảnh hưởng bởi nhiều đặc điểm hình thái lỗ rách trước phẫu thuật. **Mục tiêu:** Phân tích mối liên quan giữa độ co rút gân và kết quả chức năng khớp vai sau phẫu thuật, đánh giá ảnh hưởng của kích thước và hình thái lỗ rách gân đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, cắt dọc, không đối chứng trên bệnh nhân bị bệnh lý rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2022 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Co rút

gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất cao với 46,2% và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp với 7,6%. Kích thước lỗ rách vừa từ 1-3cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,7% và kích thước lỗ rách rất lớn >5cm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 12,8%. Hình thái rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các hình thái khác. Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả chức năng khớp vai sau phẫu thuật 3 tháng và độ co rút gân ($p = 0,001$), hình thái rách gân ($p = 0,03$), tuy nhiên chưa ghi nhận mối liên quan giữa kích thước lỗ rách đến khả năng phục hồi sau phẫu thuật. **Kết luận:** Độ co rút gân và hình thái rách gân là các yếu tố liên quan đến kết quả chức năng khớp vai tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật.

Từ khóa: Chức năng khớp vai sau phẫu thuật; gân cơ chóp xoay; yếu tố liên quan; kỹ thuật hai hàng bắc cầu

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH SHOULDER FUNCTIONAL OUTCOMES AFTER ARTHROSCOPIC ROTATOR CUFF REPAIR AT DA NANG HOSPITAL

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thới

Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 25.12.2025

Background: The double-row suture-bridge technique yields favorable outcomes in patients with full-thickness rotator cuff tears; however, postoperative shoulder function may still be influenced by preoperative tear characteristics. **Objective:** To analyze the association between tendon retraction and postoperative shoulder function, and to evaluate the effects of tear size and tear pattern on treatment outcomes. **Materials and Methods:** We conducted a longitudinal, non-controlled study with both retrospective and prospective components in patients with full-thickness rotator cuff tears undergoing arthroscopic repair at Da Nang Hospital from October 2022 to July 2024. **Results:** Retraction grades I and II were most common (46.2% each), whereas grade III retraction was uncommon (7.6%). Medium-sized tears (1–3 cm) accounted for the largest proportion (48.7%), while massive tears (>5 cm) were least frequent (12.8%). Crescent-shaped (C-shaped) tears were the most prevalent pattern (59.0%), approximately 4–5 times more common than other patterns. At 3 months postoperatively, shoulder function differed significantly according to tendon retraction grade ($p = 0.001$) and tear pattern ($p = 0.03$). No significant association was observed between tear size and postoperative recovery. **Conclusion:** Tendon retraction and tear pattern were associated with shoulder function at 3 months after arthroscopic rotator cuff repair using the double-row suture-bridge technique. **Keywords:** postoperative shoulder function; rotator cuff tendon; associated factors; double-row suture-bridge technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách gân cơ chóp xoay là một bệnh lý thường gặp tại khớp vai, gây đau và hạn chế vận động, ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng sinh hoạt và lao động của người bệnh. Khi điều trị nội khoa bảo tồn không cải thiện, phẫu thuật nội soi khâu phục hồi chóp xoay là lựa chọn quan trọng nhằm giảm đau, phục hồi tầm vận động và chức năng khớp vai. Trong các kỹ thuật khâu chóp xoay, khâu hai hàng được áp dụng với nguyên lý đặt một hoặc nhiều neo ở hàng trong gân diện sụn khớp và một hàng neo phía ngoài [1][2]. Tuy nhiên, khâu hai hàng kinh điển có thể không tạo được lực ép đủ mạnh giữa gân và giường xương do thiếu kết nối bên trong giữa hai hàng, làm tăng nguy cơ không lành gân [3][4]. Kỹ thuật hai hàng chỉ bắc cầu là cải tiến nhằm ép phần gân di động áp sát điểm bám tận và tăng diện tiếp xúc gân và xương thông qua cơ chế bắc cầu giữa hàng trong và hàng ngoài [3][5]. Bằng chứng tổng hợp cho thấy kỹ thuật hai hàng chỉ bắc cầu có thể mang lại hiệu quả tốt hơn và giảm tỷ lệ rách lại so với khâu hai hàng thông thường trong đó vào năm 2019, tác giả Yi-Ming và cộng sự tổng kết từ 7 nghiên cứu gồm một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng và sáu nghiên cứu quan sát ghi nhận sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê [6]. Dù vậy, kết quả chức năng sau phẫu thuật ở từng bệnh nhân vẫn có thể khác nhau, và nhiều đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật có khả năng ảnh hưởng đến mức độ hồi phục, đặc biệt là độ co rút gân, kích thước lỗ rách và hình thái lỗ rách cần được nhìn nhận và đánh giá. Chính vì vậy, nhằm giúp tiên lượng được chức năng khớp vai sau phẫu thuật và góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị cho bệnh nhân nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến chức năng khớp vai sau phẫu thuật bằng kỹ thuật hai hàng bắc cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 39 bệnh nhân rách hoàn toàn chóp xoay có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn chọn:

- Dựa vào khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ khớp vai.
- + Lâm sàng: Đau cả khi nghỉ ngơi và vận động vai, hạn chế tầm vận động vai, dấu hiệu cánh tay rơi dương tính, test Moseley dương tính.
- + Chụp cộng hưởng từ khớp vai: cho hình ảnh rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay.
- Rách gân cơ chóp xoay đã điều trị nội khoa bảo tồn không đỡ hoặc đỡ không đáng kể.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rách gân cơ chóp xoay lỗ rách < 1 cm.
- Rách gân cơ chóp xoay kèm thoái hóa khớp vai.
- Diện rách rộng co rút nhiều không thể khâu lại trực tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, cắt dọc, không đối chứng.

Cỡ mẫu: 39 bệnh nhân rách hoàn toàn chóp xoay có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Biến số nghiên cứu: Biến phụ thuộc (kết cục): điểm UCLA sau phẫu thuật 3 tháng (liên tục) và/hoặc phân loại mức kết quả theo UCLA (rất tốt/tốt/trung bình/xấu).

Biến độc lập chính: độ co rút gân (I/II/III); kích thước lỗ rách (1–3; >3–5; >5 cm); hình thái rách (C/U/L/rách rất lớn).

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

- Phương pháp thu thập:
 - + Hồi tiền sử, bệnh sử
 - + Khám lâm sàng và chấm điểm theo thang điểm UCLA (University of California at Los Angeles)
 - + Chụp cộng hưởng từ khớp vai
 - + Bảng thu thập số liệu
- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Excel 2019. So sánh UCLA sau mổ 3 tháng giữa

các nhóm: Co rút gân I vs II vs III; kích thước 3 nhóm; hình thái 4 nhóm. Dùng ANOVA (hoặc Kruskal–Wallis nếu không chuẩn), kèm so sánh cặp khi cần.

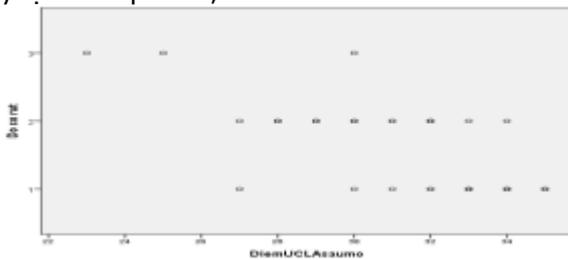
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 21 bệnh nhân là nam (53,8%) và 18 bệnh nhân là nữ (46,2%), chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau. Độ tuổi trung bình là 56,2 ± 10,3 tuổi với nhóm 50 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6%. Nguyên nhân bệnh lý rách gân cơ chóp xoay gân như tương đương nhau giữa 2 nhóm chấn thương và thoái hóa. Thời gian từ lúc đau đến lúc phẫu thuật từ 6 - 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,0%.

3.1. Môi liên quan giữa độ co rút gân và kết quả chức năng khớp vai sau phẫu thuật
Bảng 1. Độ co rút gân

Độ co rút gân	n	Tỷ lệ %
Độ I	18	46,2
Độ II	18	46,2
Độ III	3	7,6
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Co rút gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất cao với 46,2% và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp với 7,6%.



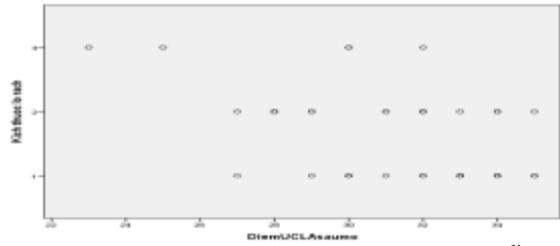
Biểu đồ 1. Môi liên quan giữa độ co rút gân cơ chóp xoay và UCLA sau phẫu thuật 3 tháng

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ co rút gân cơ chóp xoay và thang điểm UCLA sau phẫu thuật 3 tháng ($p = 0,001 < 0,05$). Cho thấy độ co rút gân càng ít thì khả năng phục hồi sau phẫu thuật tốt hơn.

3.2. Đánh giá ảnh hưởng của kích thước và hình thái lỗ rách gân đến kết quả điều trị
Bảng 2. Kích thước lỗ rách

Kích thước lỗ rách	n	Tỷ lệ %
Vừa (1-3cm)	19	48,7
Lớn (>3-5cm)	15	38,5
Rất lớn (>5cm)	5	12,8
Tổng	39	100

Nhận xét: Kích thước lỗ rách vừa từ 1-3cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,7%, sau đó là lỗ rách lớn >3-5cm chiếm 38,5% và kích thước lỗ rách rất lớn >5cm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 12,8%.



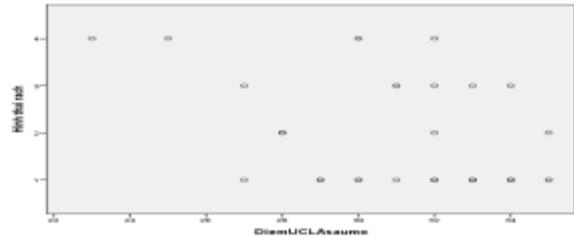
Biểu đồ 2. Môi liên quan giữa kích thước lỗ rách gân và UCLA sau phẫu thuật 3 tháng

Nhận xét: Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước lỗ rách gân và thang điểm UCLA sau phẫu thuật 3 tháng ($p = 0,051 > 0,05$), cho thấy kích thước lỗ rách chưa có mối liên quan đến khả năng phục hồi sau phẫu thuật.

Bảng 3. Hình thái rách

Hình thái rách	n	Tỷ lệ %
Rách hình chữ C	23	59,0
Rách hình chữ U	5	12,8
Rách hình chữ L	6	15,4
Rách rất lớn	5	12,8
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các hình thái khác.



Biểu đồ 3. Môi liên quan giữa hình thái rách gân chóp xoay và UCLA sau phẫu thuật 3 tháng

Nhận xét: Giữa hình thái rách gân chóp xoay và thang điểm UCLA sau phẫu thuật 3 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03 < 0,05$), cho thấy kiểu rách chữ C cho kết quả phục hồi sau phẫu thuật tốt hơn so với kiểu lỗ rách rất lớn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận co rút gân độ I và II chiếm đa số (mỗi nhóm 46,2%), trong khi độ III ít gặp (7,6%). Đáng chú ý, điểm UCLA tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê theo mức độ co rút gân ($p = 0,001$), với xu hướng co rút càng ít thì kết quả phục hồi chức năng càng tốt. Kết quả này phù hợp về mặt cơ chế bởi co rút gân càng nhiều thường gợi ý tổn thương đã tồn tại lâu làm gân khó kéo về vị trí bám tận và đường khâu phải chịu lực căng lớn hơn vì vậy quá trình

giảm đau và phục hồi tầm vận động, sức cơ trong 3 tháng đầu thường chậm hơn. Trong bối cảnh kỹ thuật hai hàng bắc cầu, cơ chế bắc cầu giúp tăng diện tiếp xúc gân-xương và lực ép lên vùng bám tận, qua đó hỗ trợ điều kiện liền gân. Tuy nhiên, ngay cả với kỹ thuật tối ưu, mức độ co rút gân trước phẫu thuật vẫn là yếu tố nền tảng chi phối khả năng phục hồi giải phẫu và chức năng, do đó kết quả của nghiên cứu này có ý nghĩa thực hành trong tiên lượng sớm và tư vấn trước phẫu thuật. Rách hình chữ C là hình thái thường gặp nhất (59,0%), cao hơn đáng kể so với các hình thái chữ U (12,8%), chữ L (15,4%) và rách rất lớn (12,8%). Nghiên cứu ghi nhận hình thái lỗ rách có liên quan có ý nghĩa thống kê với UCLA sau 3 tháng ($p = 0,03$), trong đó kiểu rách chữ C cho kết quả tốt hơn so với nhóm rách rất lớn. Về mặt kỹ thuật, rách chữ C thường có bờ rách tương đối thuận lợi cho phẫu thuật và phục hồi chức năng sau đó vì gân dễ kéo về diện bám ban đầu và đường khâu ít căng hơn, trong khi rách rất lớn thường đi kèm co rút nhiều và mô gân kém hơn, làm khó phục hồi giải phẫu và dẫn đến phục hồi chức năng sớm kém hơn. Điều này phù hợp với các nhận định trong y văn về vai trò của đặc điểm tổn thương trước phẫu thuật và tính toàn vẹn cấu trúc sau khâu đối với kết quả lâm sàng. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Aziz Haque và Harvinder Pal Singh vào năm 2018 và nghiên cứu của tác giả Yi-Ming vào năm 2019, cũng nhấn mạnh vai trò của tính toàn vẹn cấu trúc là yếu tố quan trọng quyết định mức độ cải thiện chức năng sau phẫu thuật [5], [6].

Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Thắng và cộng sự vào năm 2022 nhận thấy rằng chức năng sau mổ không bị ảnh hưởng bởi mức độ co rút gân và hình thái lỗ rách [7]. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi thời điểm đánh giá khác nhau, nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Thắng đánh giá vào thời điểm 8–12 tháng sau phẫu thuật, trong khi chúng tôi đánh giá sớm tại thời điểm 3 tháng, tại thời điểm này chức năng vẫn chịu tác động mạnh của đau tồn dư, cứng khớp sau bất động và tiến trình phục hồi cơ, sự khác biệt mốc theo dõi này cũng có thể làm giảm tác động của hình thái rách khi bệnh nhân ở thời điểm 8-12 tháng đã qua giai đoạn phục hồi cơ bản và thích nghi chức năng tốt hơn. Bên cạnh đó, cỡ mẫu và phân bố mức độ co rút có sự khác biệt, về nhóm co rút nặng trong nghiên cứu của chúng tôi ít gặp chỉ với 7,6% và khi số lượng nhóm nặng ít như vậy thì kết quả có thể nhạy với sai số chọn mẫu và khác

biệt lựa chọn chiến lược điều trị và phục hồi chức năng giữa trung tâm.

Kích thước lỗ rách chưa ghi nhận mối liên quan ở mốc 3 tháng. Kích thước lỗ rách chủ yếu thuộc nhóm vừa 1–3 cm (48,7%) và lớn >3–5 cm (38,5%), nhóm rất lớn (>5 cm) chiếm 12,8%. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước lỗ rách và thang điểm UCLA ($p = 0,051$). Kết quả này có thể được lý giải theo một số khía cạnh như sau: thời điểm đánh giá sớm (3 tháng sau phẫu thuật) thường là giai đoạn phục hồi tầm vận động và giảm đau, trong khi sức mạnh và chức năng hoạt động mức cao chưa hồi phục hoàn toàn, do đó ảnh hưởng của kích thước lỗ rách có thể biểu hiện rõ hơn ở các mốc thời gian lâu hơn, cỡ mẫu và phân bố nhóm rách rất lớn chỉ 12,8% làm hạn chế tính thống kê để phát hiện sự khác biệt, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tiến và cộng sự vào năm 2023 với tỷ lệ rách rất lớn là 8% [8]. Tuy nhiên, với $p = 0,051$ là giá trị sát ngưỡng hay tiệm cận, gợi ý xu hướng có thể có sự khác biệt có ý nghĩa rõ ràng hơn khi tăng cỡ mẫu hoặc theo dõi dài hơn.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy trong phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng bắc cầu, độ co rút gân và hình thái lỗ rách là các yếu tố liên quan rõ rệt đến phục hồi chức năng ở giai đoạn 3 tháng, trong khi kích thước lỗ rách chưa thấy được mối liên quan ở mốc thời gian này. Nghiên cứu của chúng tôi có các hạn chế về cỡ mẫu còn ít và số ca rách rất lớn chiếm tỷ lệ thấp, thời gian theo dõi ở mốc 3 tháng nên chủ yếu phản ánh kết quả sớm. Các nghiên cứu tiếp theo nên tăng cỡ mẫu, kéo dài theo dõi 6–12 tháng, đồng thời bổ sung đánh giá cấu trúc liền gân sau phẫu thuật để làm rõ hơn mối liên quan giữa tính toàn vẹn gân và kết quả chức năng.

V. KẾT LUẬN

Trên 39 bệnh nhân rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay được phẫu thuật nội soi khâu phục hồi bằng kỹ thuật hai hàng bắc cầu, nghiên cứu ghi nhận độ co rút gân và hình thái lỗ rách là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến kết quả chức năng khớp vai tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, kích thước lỗ rách chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,051$), cần có những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời điểm đánh giá kéo dài hơn để nghiên cứu rõ hơn về mối liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burkhart, S. S., Danaceau, S. M., & Pearce, C. E. (2001).** Arthroscopic rotator cuff repair. *Arthroscopy*, 17(9), 905–914.
2. **Denard, P. J., & Burkhart, S. S. (2013).** The evolution of suture anchor fixation. *Arthroscopy*, 29(9), 1589–1595.
3. **Cho, N. S., et al. (2011).** Suture bridge technique in rotator cuff repair. *American Journal of Sports Medicine*, 39(10), 2108–2116.
4. **Park, J. Y., et al. (2008).** Comparison of clinical outcomes of single- and double-row repairs. *American Journal of Sports Medicine*, 36(7), 1310–1316.
5. **Haque, A., & Pal Singh, H. (2018).** Structural integrity after rotator cuff repair. *Shoulder & Elbow*, 10(3), 163–169.
6. **Ren, Y. M., et al. (2019).** Suture-bridge versus double-row technique. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14, 36.
7. **Hoàng, M. T. et al. (2022).** Kết quả phẫu thuật khâu chóp xoay hai hàng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 149(1), 117–125.
8. **Nguyễn, M. T. et al. (2023).** Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu bắc cầu. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525(1A), 181–184.

TỶ SUẤT TÍCH LŨY TÁI PHÁT ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ: PHÂN TÍCH THEO THỜI GIAN VÀ NGUYÊN NHÂN THEO PHÂN LOẠI TOAST

Võ Văn Tân¹, Hoàng Quốc Hòa¹, Cao Phi Phong²

TÓM TẮT

Đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp (TMNCB) luôn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Hơn nữa, nguy cơ tái phát sau đột quỵ TMNCB là khá cao, nhất là trong năm đầu tiên và có thể gấp đến 15 lần so với dân số chung. Trong khi đó, đột quỵ tái phát luôn có tỉ lệ tử vong, di chứng và chi phí điều trị đều cao hơn so với đột quỵ lần đầu, việc tìm hiểu tỷ suất tích lũy đột quỵ thiếu máu não tái phát giúp cho các bác sĩ thực hành lâm sàng dự phòng thứ phát sẽ tốt hơn. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỉ suất tái phát đột quỵ tích lũy tại thời điểm 30 ngày, 90 ngày và 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp. 2. Phân tích các nguyên nhân đột quỵ (dựa theo phân loại TOAST) ảnh hưởng đến tái phát đột quỵ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não điều trị tại khoa Nội thần kinh, bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 1/2016 đến 12/2019. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, tiền cứu. **Kết quả:** Từ 2016 đến 2019, có 1200 BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung bình là 1 năm. Trong đó, nam giới chiếm 56,3% và tuổi trung bình của các đối tượng là $64,7 \pm 13,4$ với tuổi thấp nhất là 25 và cao nhất là 104 với 53,5% BN thuộc nhóm tuổi ≥ 65 . Tại thời điểm sau 30 ngày theo dõi, trị số này là 2,3% và tăng lên tới mức 8,8% và 11,9% tại các thời điểm 90 ngày và 180 ngày theo dõi. Bệnh nhân bị đột quỵ do bệnh mạch máu nhỏ hoặc chưa rõ nguyên nhân chủ yếu bị tái phát trong vòng 3 tháng theo dõi. Đa số các bệnh nhân thuộc nhóm đột quỵ do xơ vữa động mạch lớn bị tái phát đột quỵ sau 6 tháng theo dõi, trong đó 50% trường hợp xảy ra sau 9 tháng theo dõi. **Kết luận:** Tỷ

suất tích lũy tái phát sau đột quỵ TMNCB tại các thời điểm 30 ngày, 90 ngày và 1 năm là cao với các giá trị lần lượt là 6%, 11,88% và 23,29%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ suất tích lũy tái phát giữa các phân nhóm nguyên nhân của đột quỵ TMNCB tại các thời điểm theo dõi. Trong đó, khi so với nhóm bệnh mạch máu nhỏ thì tỉ suất tái phát đột quỵ tích lũy của nhóm lấp mạch từ tim là cao nhất và kể đến là nhóm xơ vữa động mạch lớn. **Từ khóa:** Tái phát, tỷ lệ tích lũy, đột quỵ thiếu máu cục bộ

SUMMARY

THE CUMULATIVE RATES OF STROKE RECURRENCE: ANALYSIS BY TIME AND ETIOLOGY ACCORDING TO THE TOAST CLASSIFICATION

Background: Acute ischemic stroke (ICH) has always been one of the leading causes of death and disability, especially in developing countries. Furthermore, the risk of recurrence after ischemic stroke is quite high, especially in the first year, and can be up to 15 times higher than in the general population. Meanwhile, recurrent stroke always has higher mortality, sequelae and treatment costs than first stroke, understanding the cumulative rate of recurrent ischemic stroke helps doctors Clinical practice of secondary prevention would be better. **Objectives:** 1. Determine the cumulative stroke recurrence rate at 30 days, 90 days and 1 year after acute ischemic stroke. 2. Analysis of stroke causes (TOAST) affecting stroke recurrence. **Subjects and methods:** Patients with ischemic stroke were treated at the Department of Neurology, Nhan Dan Gia Dinh 's Hospital from January 2016 to December 2019. Using the cross-sectional, prospective descriptive method. **Results:** From 2016 to 2019, 1200 patients who met the sampling criteria were included in the study. Median follow-up was 1 year. In which, men accounted for 56.3% and the mean age of the subjects was 64.7 ± 13.4 with the lowest age being 25 and the highest being 104 with 53.5% of the patients in the age group ≥ 65 . time after 30 days of

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Tân

Email: drvantan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025