

- động ngoài kiểu Orthofix, Luận văn bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
- Phạm Việt Triều (2011)**, Đánh giá kết quả cố định ngoài trong điều trị gãy hở thân xương cẳng chân độ IIIa IIIb theo Gustilo, Luận văn bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
 - Nguyễn Văn Trường (2012)**, Đánh giá kết quả điều trị gãy hở đầu xa hai xương cẳng chân bằng cố định ngoài tại bệnh viện Việt Đức Hữu Nghị, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Abulaiti A., Yilhamu Y., Yasheng T., Alike Y.,**

- Yusufu A. (2017)**, "The psychological impact of external fixation using the Ilizarov or Orthofix LRS method to treat tibial osteomyelitis with a bone defect", *Injury*, 48(12).
- Cross W. W., 3rd, Swiontkowski M. F. (2008)**, "Treatment principles in the management of open fractures", *Indian J Orthop*, 42(4), 377-86.
 - Michelle Cesarano, Sandness Brea, Perry Karen L (2021)**, "Emergency management of open fractures", *Companion Animal*, 10.

HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ CÁC TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP TRONG RÁCH HOÀN TOÀN GÂN CƠ CHÓP XOAY ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới^{1*}, Ngô Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên bệnh lý rách gân cơ chóp xoay thì đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật cũng như các đặc điểm tổn thương phối hợp có khả năng ảnh hưởng đến tiên lượng phẫu thuật và mức độ hồi phục trên bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần và đánh giá các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai. **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:** Nghiên cứu ghi nhận tổn thương rách gân cơ chóp xoay với kích thước lỗ rách từ 1-3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%) và kích thước lỗ rách >5 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,8%). Rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các kiểu rách khác. Co rút gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất cao (46,2%) và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp (7,6%). Trong các tổn thương kèm theo ghi nhận được bao gồm rách sụn viền, rách đầu dài gân nhị đầu và chèn ép móm cùng thì tổn thương thường gặp nhất là chèn ép móm cùng (30,8%). **Kết luận:** Đánh giá hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp với rách gân cơ chóp xoay là vấn đề rất quan trọng trong điều trị nội soi để lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong quá trình phẫu thuật. **Từ khóa:** hình thái tổn thương, phẫu thuật nội soi, rách gân cơ chóp xoay

SUMMARY

MORPHOLOGIC CHARACTERISTICS AND CONCOMITANT LESIONS IN FULL-THICKNESS

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: 23.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

ROTATOR CUFF TEARS TREATED ARTHROSCOPICALLY AT DA NANG HOSPITAL

Background: In rotator cuff tears, the preoperative tear morphology and concomitant intra-articular/subacromial lesions may influence surgical prognosis and postoperative functional recovery. **Objectives:** To describe tear morphology in full-thickness rotator cuff tears and to assess associated lesions detected during shoulder arthroscopy. **Materials and Methods:** A retrospective-prospective, longitudinal, uncontrolled study was conducted in patients with full-thickness rotator cuff tears indicated for arthroscopic repair at Da Nang Hospital from October 2022 to July 2024. **Results:** Tears measuring 1–3 cm were most common (48.7%), whereas tears >5 cm were least frequent (12.8%). Crescent-shaped tears predominated (59.0%), approximately 4–5 times more frequent than other tear patterns. Tendon retraction was mainly grade I and grade II (46.2% each), while grade III retraction was uncommon (7.6%). Among associated lesions (labral tears, long head of biceps tendon tears, and subacromial impingement), subacromial impingement was the most frequent (30.8%). **Conclusions:** Thorough assessment of rotator cuff tear morphology and associated lesions is essential in arthroscopic management to guide selection of the most appropriate surgical technique. **Keywords:** tear morphology; arthroscopy; rotator cuff tear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý rách gân cơ chóp xoay là một trong những chấn thương vai rất phổ biến. Bệnh nhân bị rách gân chóp xoay thường than phiền về đau vai và rối loạn chức năng, hạn chế vận động. Do đó, mục tiêu điều trị chính đối với rách gân chóp xoay là giảm đau và phục hồi chức năng. Trong đa số trường hợp, gân chóp xoay bị rách thường co rút về đầu gân, vì vậy phẫu thuật viên sẽ kéo gân về đầu xa và cố định lại tại đầu bám tận bằng nhiều kỹ thuật khác nhau [1]. Phẫu thuật nội soi khâu gân cơ chóp xoay là một thủ thuật

rất hữu ích để nối lại các gân bị rách và có thể mang lại kết quả chức năng và cấu trúc hợp lý cho gân cơ chóp xoay. Trong quá trình phẫu thuật, có thể quan sát thấy nhiều dạng hình thái khác nhau của tổn thương rách chóp xoay, theo nghiên cứu của tác giả DeOrio và cộng sự cho thấy các yếu tố liên quan đến thất bại của phẫu thuật bao gồm rách gân lớn hoặc nghiêm trọng, tổn thương điểm bám của cơ delta trong lần phẫu thuật đầu tiên [2], một nghiên cứu khác của tác giả Cheon và cộng sự nhận thấy rằng xác định đúng hình thái tổn thương và lựa chọn chiến lược khâu phù hợp cơ chế bệnh sinh và mô học của từng dạng rách là yếu tố cốt lõi quyết định kết quả của phẫu thuật [3]. Từ đó nhận thấy đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật cũng như các đặc điểm tổn thương phối hợp có khả năng ảnh hưởng đến tiên lượng phẫu thuật, mức độ hồi phục và khả năng rách tái lại ở vị trí vết khâu. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá đặc điểm hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp trong rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay điều trị bằng nội soi.

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 có 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.

Nội dung nghiên cứu:

Hình thái rách: kích thước (3 mức), hình thái C/U/L/rách rất lớn, độ co rút I/II/III.

Tổn thương phối hợp qua nội soi: rách sụn viền, rách đầu dài gân nhị đầu, chèn ép mỏm cùng.

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.

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 $56,2 \pm 10,3$ tuổi với nhóm 50 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6%. Nguyên nhân bệnh lý rách gân cơ chóp xoay gần 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. Hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần

Bảng 1. Kích thước lỗ rách

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

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

Bảng 2. 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.

Bảng 3. 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%.

3.2. Các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai

Bảng 4. Các tổn thương kèm theo rách chóp xoay

Tổn thương kèm theo	n	Tỷ lệ %
Rách sụn viền	2	5,1
Rách đầu dài gân nhị đầu	6	15,4
Chèn ép mòm cùng	12	30,8

Nhận xét: Tổn thương kèm theo rách chóp xoay hay gặp nhất là chèn ép mòm cùng chiếm tỷ lệ 30,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ rách kích thước vừa (1–3 cm) chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là rách lớn (>3–5 cm) 38,5%, và rách rất lớn (>5 cm) 12,8%. Nhận thấy tổn thương rách gân cơ chóp xoay chủ yếu ở mức độ vừa và lớn, mức độ rách rất lớn ghi nhận thấp. Điều này cũng được ghi nhận tương tự với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Lê Gia Ánh Thy và cộng sự vào năm 2023 cũng ghi nhận rách 1–3 cm chiếm 55,70%, rách 3–5 cm chiếm 35,44% và rách >5 cm chiếm 8,86% [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rách rất lớn cao hơn (12,8% so với 8,86%), sự khác biệt này có thể do sự khác biệt cơ cấu bệnh nhân theo tuyến điều trị, thời gian từ khởi phát đến phẫu thuật (6–12 tháng chiếm 41,0% trong nghiên cứu này), và tiêu chuẩn chọn mẫu có sự khác biệt (loại trừ lỗ rách <1 cm). Về mặt tiên lượng, theo nghiên cứu của tác giả DeOrio và Cofield nhận thấy rằng rách gân lớn là yếu tố liên quan đến thất bại sau lần khâu đầu tiên [2]. Do đó, tỷ lệ rách rất lớn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh mức độ theo dõi sau phẫu thuật cho bệnh nhân một cách chặt chẽ hơn nhằm để hạn chế nguy cơ rách lại.

Rách hình chữ C là hình thái thường gặp nhất (59,0%), cao hơn rõ rệt so với chữ U (12,8%), chữ L (15,4%), nhóm rách rất lớn chiếm 12,8%. Hình thái tổn thương này khá tương đồng với nghiên cứu trong nước của tác giả Hoàng Minh Thắng, trong đó rách chữ C (54,8%), chữ U (12,9%), chữ L (29,0%) và nghiên cứu ngoài nước của tác giả Shin và Lee vào năm 2025 ghi nhận rách hình chữ C là kiểu rách phổ biến nhất trong nhóm rách chóp xoay toàn phần, đồng thời tác giả nhận thấy kiểu rách liên quan đến kích thước rách và nguy cơ rách lại sau khâu nội soi, đặc biệt các dạng L có xu hướng đi kèm rách lớn và rách rất lớn, đồng thời có tỷ lệ rách lại cao hơn so với các kiểu rách khác [5][6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy việc rách hình chữ C chiếm ưu thế có

ý nghĩa trong thực hành lâm sàng vì thường cho phép thực hiện khâu phục hồi với đường khâu tương đối thuận lợi hơn, trong khi các rách dạng U, L dễ gây tăng lực căng tại đường khâu và tăng nguy cơ rách lại nên cần ưu tiên làm giảm mức độ căng tại vị trí khâu trước khi nối về đầu bám tận.

Nghiên cứu ghi nhận cơ rút độ I và II đều chiếm 46,2%, còn độ III chỉ chiếm 7,6%. Kết quả này cho thấy phần lớn trường hợp rách toàn phần trong mẫu nghiên cứu vẫn thuộc nhóm cơ rút nhẹ và trung bình, tức khả năng phục hồi giải phẫu thường thuận lợi hơn. Tỷ lệ này tương đồng của nghiên cứu tác giả Hoàng Minh Thắng với độ I 38,7%, độ II 54,8%, độ III 6,5%. Về cơ chế, hầu hết trường hợp gân rách có xu hướng cơ rút về phía đầu gần, vì vậy trong mổ nội soi thường cần bộc lộ và kéo gân về đầu xa để cố định lại [5]. Vì vậy, việc ghi nhận độ cơ rút không chỉ mang ý nghĩa mô tả mà còn giúp dự báo mức độ khó, chuẩn bị các thao tác và kỹ thuật khâu phù hợp.

4.2. Các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai. Trong các tổn thương kèm theo, chèn ép mòm cùng gặp nhiều nhất (30,8%), tiếp theo rách đầu dài gân nhị đầu (15,4%) và rách sụn viền (5,1%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Thắng, tỷ lệ rách sụn viền (16,1%) cao hơn đáng kể, còn rách đầu dài gân nhị đầu (12,9%) tương đối gần với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về tỷ lệ rách sụn viền có thể do sự khác nhau trong tiêu chuẩn chẩn đoán, đặc điểm bệnh nhân và kỹ thuật nội soi của hệ thống trong từng quy trình phẫu thuật [5]. Với gân cơ nhị đầu, các nghiên cứu kinh điển cho thấy tổn thương nhị đầu thường đi kèm rách chóp xoay và có thể gây đau nhiều, can thiệp cắt gân được xem là lựa chọn hiệu quả trong bối cảnh rách chóp xoay không thể khâu hoặc khó khâu kèm tổn thương nhị đầu. Vì vậy, tỷ lệ tổn thương đầu dài gân nhị đầu khoảng 15% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rõ hơn giá trị của việc đánh giá thường quy cấu trúc gân cơ nhị đầu trong mổ nội soi và cá thể hóa điều trị.

Đối với chèn ép mòm cùng, tỷ lệ 30,8% cho thấy các biến đổi dưới mòm cùng là thường gặp trong nhóm bệnh nhân rách toàn phần. Tuy nhiên, bằng chứng hiện đại cho thấy vai trò của giải ép dưới mòm cùng kèm theo khâu chóp xoay còn tranh luận như trong nghiên cứu của tác giả Longo và cộng sự nhận thấy kết cục dài hạn của nhóm khâu chóp xoay không kèm giải ép có thể cao hơn nhóm có giải ép [7]. Do đó, phát hiện chèn ép mòm cùng trong nội soi nên

được cân nhắc cùng hình thái mòm cùng, gai xương, mức độ cọ xát và chiến lược khâu nhằm tránh giải ép cho mọi trường hợp nếu không có chỉ định rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 39 bệnh nhân rách hoàn toàn gân chóp xoay điều trị nội soi cho thấy kích thước lỗ rách chủ yếu ở mức vừa (48,7%) và lớn (38,5%), kiểu chữ C ghi nhận chiếm ưu thế với 59,0% và co rút độ I-II là chủ yếu (46,2%). Các tổn thương phối hợp thường gặp là chèn ép mòm cùng (30,8%) và rách đầu dài gân nhị đầu (15,4%). Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy việc đánh giá hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp với rách gân cơ chóp xoay có thể là một vấn đề rất quan trọng trong điều trị nội soi để lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakamizo, H. (2015). Arthroscopic repair for

- subacromial incarceration. *Asia-Pacific Journal of Sports Medicine*, 2, 90–94.
2. DeOrto, J. K., & Cofield, R. H. (1984). Results of a second attempt at surgical repair. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 66, 563–567.
3. Cheon, S. J., Lee, H. Y., & Jeon, W. K. (2018). Arthroscopic treatment for intratendinous rotator cuff tear results in satisfactory clinical outcomes and structural integrity. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(12), 3797–3803.
4. Lê, G. A. T. et al. (2023). Điều trị rách toàn phần chóp xoay qua nội soi. *Tạp chí Y học Cần Thơ*, 68, 1–6.
5. Hoàng, M. T. et al. (2022). Đặc điểm tổn thương chóp xoay. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 149(1), 117–125.
6. Shin, S. J., & Lee, S. (2025). The Prevalence of Tear Patterns and Their Effects on Tendon Healing After Arthroscopic Surgery in Patients With Full-Thickness Rotator Cuff Tears. *The American Journal of Sports Medicine*, 53(3), 583–591.
7. Longo, U. G., et al. (2020). Rotator cuff repair with and without subacromial decompression. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21, 24.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ALBUMIN MÁU VÀ TÌNH TRẠNG THỪA DỊCH Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Từ Kim Thanh¹, Nguyễn Thị Hồng Quyên¹,
Nguyễn Thị Thanh Thành¹, Trần Thành Lộc¹, Thái Duy Uyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thừa dịch ngoại bào là biến chứng phổ biến ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ (LMCK), liên quan nhiều đến biến cố tim mạch. Albumin huyết thanh không chỉ phản ánh tình trạng dinh dưỡng mà còn tham gia điều hòa phân bố dịch. Nhiều nghiên cứu sử dụng ngưỡng <38 g/L để đánh giá nguy cơ rối loạn áp lực keo và dịch thể [1],[2]. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ albumin máu và tình trạng thừa dịch thông qua chỉ số ECW/TBW; xác định các yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 148 bệnh nhân LMCK tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Albumin huyết thanh và chỉ số ECW/TBW được đo trước lọc máu bằng InBody BWA 2.0. Bệnh nhân được phân nhóm theo nồng độ albumin (<38 hoặc ≥38 g/L) và tình trạng dịch (ECW/TBW >0,4). Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được so sánh bằng các kiểm định thống kê phù hợp. **Kết quả:** Nhóm albumin <38 g/L có tuổi trung bình cao hơn, kali máu thấp hơn và ECW/TBW tăng hơn ($p < 0,001$; 0,0129; 0,091). Nhóm thừa dịch có tuổi cao hơn, albumin thấp

hơn, tỷ lệ đái tháo đường và mất nước tiểu cao. Albumin liên quan nghịch yếu nhưng có ý nghĩa với ECW/TBW ($r = -0,2253$; $p = 0,0059$). **Kết luận:** Albumin thấp liên quan đến tình trạng thừa dịch và các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, giảm kali, mất nước tiểu. Theo dõi định kỳ albumin và ECW/TBW có thể giúp nhận diện sớm nguy cơ tích dịch ở bệnh nhân LMCK. **Từ khóa:** Albumin, ECW/TBW, thừa dịch, lọc máu, BIA.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN SERUM ALBUMIN AND FLUID OVERLOAD IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT LE VAN THINH HOSPITAL

Background: Extracellular fluid overload is a common complication in maintenance hemodialysis (MHD) patients and is associated with adverse cardiovascular outcomes. Serum albumin reflects nutritional status and plays a role in fluid distribution. Several studies have used the threshold of <38 g/L to identify the risk of oncotic pressure disturbances and fluid imbalance [1],[2]. **Objective:** To assess the association between serum albumin levels and fluid overload using the ECW/TBW ratio; and to identify related factors. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 148 MHD patients at Le Van Thinh Hospital. Serum albumin and ECW/TBW were measured before dialysis using the InBody BWA 2.0

¹Bệnh viện Lê Văn Thịnh, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Từ Kim Thanh

Email: dr.kimthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026