

chất lượng phôi, tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ có thai và tỷ lệ trẻ sinh sống.

### LỜI CẢM ƠN VÀ CAM KẾT

Các tác giả xin trân trọng cảm ơn các cán bộ, nhân viên tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Các tác giả xin cam kết không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lerchbaum E, Obermayer-Pietsch.** Vitamin D and fertility: a systematic review. *Eur J Endocrinol.* 2012;166(5):765-778. doi:10.1530/EJE-11-0984
2. **Xu C, An X, Tang X, et al.** Association Between Vitamin D Level and Clinical Outcomes of Assisted Reproductive Treatment: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Reprod Sci.* 2025;32(5):1446-1458. doi:10.1007/s43032-024-01578-9
3. **Hien VT, Lam NT, Skeaff CM, Todd J, McLean JM, Green TJ.** Vitamin D status of pregnant and non-pregnant women of reproductive age living in

- Hanoi City and the Hai Duong province of Vietnam. *Matern Child Nutr.* 2012;8(4):533-539. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00327.x
4. **Majid MA, Hassan WN, Ridha AF.** Prevalence of 25-Hydroxyvitamin D (Vitamin D) Deficiency in a Group of Infertile Women from Baghdad City. *Biochem Res Int.* 2023;2023:6597730. Published 2023 Jun 14. doi:10.1155/2023/6597730
  5. **Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, et al.** Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(7):1911-1930. doi:10.1210/jc.2011-0385
  6. **Bosdou JK, Konstantinidou E, Anagnostis P, Kolibianakis EM, Goulis DG.** Vitamin D and Obesity: Two Interacting Players in the Field of Infertility. *Nutrients.* 2019;11(7):1455. Published 2019 Jun 27. doi:10.3390/nu11071455
  7. **Karimi E, Arab A, Rafiee M, Amani R.** A systematic review and meta-analysis of the association between vitamin D and ovarian reserve. *Sci Rep.* 2021;11(1):16005. Published 2021 Aug 6. doi:10.1038/s41598-021-95481-x
  8. **Jia XZ, Wang YM, Zhang N, et al.** Effect of vitamin D on clinical and biochemical parameters in polycystic ovary syndrome women: A meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(11):1791-1802. doi:10.1111/jog.12793

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI LÀM VỮNG MẶT NGOÀI KHỚP CỔ CHÂN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Mai Đức Thuận\*, Nguyễn Quốc Dũng\*,  
Đỗ Đức Trung\*, Phạm Văn Hưng\*, Lê Quang Vũ\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi hoàn toàn làm vững mặt ngoài khớp cổ chân trong điều trị mất vững cổ chân mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 16 bệnh nhân được chẩn đoán mất vững mặt ngoài khớp cổ chân mạn tính và được phẫu thuật nội soi hoàn toàn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 07/2023 - 08/2024. Các chỉ số đánh giá bao gồm điểm đau VAS, AOFAS cổ chân - bàn chân, khả năng quay lại thể thao và các biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Điểm VAS giảm từ 2,56 xuống 0,44 ( $p < 0,001$ ). Điểm AOFAS tăng từ 47,81 lên 92,44 ( $p < 0,001$ ). Có 25% bệnh nhân quay lại mức độ thể thao như trước chấn thương, 43,75% tham gia thể thao cường độ thấp hơn và 31,25% không tiếp tục chơi thể thao. Không ghi

nhận biến chứng nặng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn làm vững mặt ngoài khớp cổ chân cho kết quả bước đầu rất khả quan, an toàn, ít biến chứng và mang lại sự cải thiện rõ rệt về đau và chức năng.

**Từ khóa:** Mất vững cổ chân mạn tính, phẫu thuật nội soi cổ chân, Broström cải biến, ATFL.

### ABSTRACT

#### PRELIMINARY CLINICAL OUTCOMES OF ALL-INSIDE ARTHROSCOPIC LATERAL ANKLE STABILIZATION FOR CHRONIC LATERAL ANKLE INSTABILITY AT MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108

**Objective:** To evaluate the preliminary outcomes of all-inside arthroscopic lateral ankle stabilization in the treatment of chronic lateral ankle instability. **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 16 patients diagnosed with chronic lateral ankle instability who underwent all-inside arthroscopic lateral ankle stabilization at Military Central Hospital 108 between July 2023 and August 2024. Outcome measures included the Visual Analog

\* *Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*  
Chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận  
Email: Thuanmd108@gmail.com  
Ngày nhận bài: 19.1.2026  
Ngày phản biện khoa học: 9.2.2026  
Ngày duyệt bài: 23.3.2026

Scale (VAS) for pain, the American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) ankle-hindfoot score, return to sport, and postoperative complications.

**Results:** The mean VAS score significantly decreased from 2.56 preoperatively to 0.44 postoperatively ( $p < 0.001$ ). The mean AOFAS score significantly improved from 47.81 to 92.44 ( $p < 0.001$ ). Regarding return to sport, 25% of patients returned to their preinjury level, 43.75% resumed sports at a lower intensity, and 31.25% discontinued sports participation. No major postoperative complications were observed.

**Conclusion:** All-inside arthroscopic lateral ankle stabilization demonstrated favorable preliminary outcomes, with significant improvements in pain and functional scores, a low complication rate, and satisfactory short-term safety.

**Keywords:** *Chronic lateral ankle instability; ankle arthroscopy; modified Broström; anterior talofibular ligament.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp cổ chân là một trong những chấn thương cơ xương khớp thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng và thể thao. Ước tính tại Hoa Kỳ có khoảng **3 triệu trường hợp bong gân cổ chân mỗi năm**(1). Trong số đó, **tổn thương dây chằng mặt ngoài chiếm tới 73% các trường hợp**, chủ yếu liên quan đến dây chằng sên-mác trước (ATFL). Phần lớn trật khớp cổ chân cấp được điều trị bảo tồn, nhưng khoảng 20-40% tiến triển thành mất vững mặt ngoài mạn tính với đau dai dẳng, lỏng khớp và tái phát trật, làm giảm chất lượng sống và tăng nguy cơ thoái hóa sớm. Khi điều trị bảo tồn thất bại, phẫu thuật được chỉ định nhằm tái lập độ vững cơ học. Kỹ thuật Broström cải biên là tiêu chuẩn vàng, cho kết quả tốt nhưng mổ mở còn hạn chế như xâm lấn nhiều, nguy cơ tổn thương thần kinh và khó đánh giá tổn thương nội khớp kèm theo.

Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi làm vững mặt ngoài khớp cổ chân được ứng dụng ngày càng rộng rãi nhờ tính xâm lấn tối thiểu, xử trí đồng thời tổn thương nội khớp và phục hồi sớm, với nhiều báo cáo quốc tế cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về kỹ thuật nội soi hoàn toàn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp này trong điều trị mất vững cổ chân mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 16 bệnh nhân được chẩn đoán mất vững mặt ngoài khớp cổ chân mạn tính và được phẫu thuật nội soi hoàn toàn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 07/2023 - 08/2024

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán mất vững mặt ngoài khớp cổ chân mạn tính (thời gian  $\geq 6$  tháng), có biểu hiện lâm sàng lỏng khớp, đau tái diễn, nghiêm pháp ngăn kéo trước và/hoặc talar tilt dương tính, thất bại với điều trị bảo tồn.

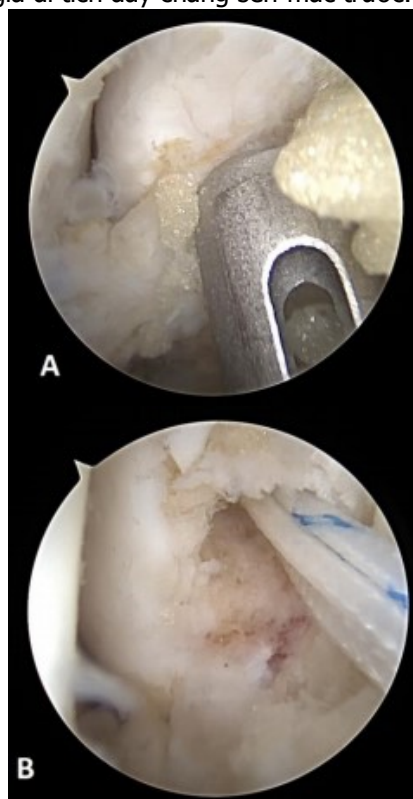
Tiêu chuẩn loại trừ: Mất vững cổ chân kèm thoái hóa khớp nặng, gãy xương, viêm khớp nhiễm trùng, tổn thương thần kinh ngoại biên nặng hoặc bệnh lý toàn thân ảnh hưởng tới khả năng phục hồi.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khớp cổ chân, đánh giá và xử trí các tổn thương nội khớp kèm theo, sau đó tiến hành làm vững dây chằng mặt ngoài bằng kỹ thuật Broström-Gould cải biên qua nội soi.

### 2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

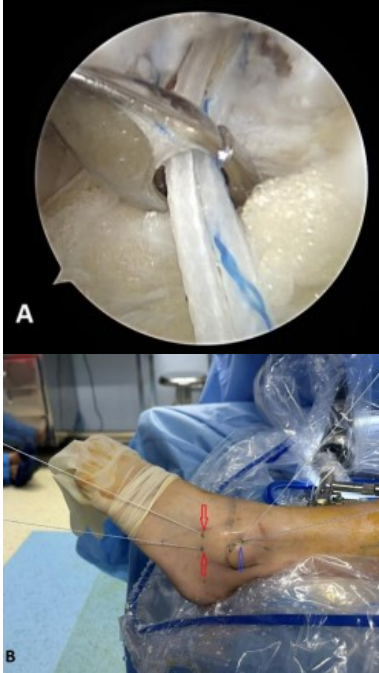
Bệnh nhân được gây tê tủy sống, nằm ngửa, garô gối đùi. Sau khi tạo cổng nội soi trước-trong và trước-ngoài, tiến hành thăm dò khớp, đánh giá diện khớp chày-sên và hai khe khớp để phát hiện, xử trí tổn thương phối hợp (cắt lọc hoạt dịch viêm, mài gai xương, lấy mảnh xương sụn). Đồng thời cắt lọc tổ chức xơ bọc lộ mắt cá ngoài và đánh giá di tích dây chằng sên-mác trước.



**Hình 1. A, Đặt định vị khoan; B, Đặt vít neo chỉ**  
\*Nguồn: Bệnh nhân nghiên cứu

- Qua cổng trước ngoài, đặt định vị và đóng 1 vít neo chỉ 2,9 mm trên đỉnh xương mác 1 cm (4 sợi chỉ: 2 trắng, 2 xanh).

- Tại vị trí mạc hãm gân duỗi (15 mm trước-dưới đỉnh xương mác, trong vùng an toàn), rạch 2 đường da 5 mm cách nhau 1 cm; dùng kim gấp chỉ xuyên qua mạc hãm gân duỗi và bao khớp để lần lượt đưa 1 sợi trắng và 1 sợi xanh ra ngoài.



**Hình 2. A, Dụng cụ gấp chỉ mũi nhọn; B, Các sợi chỉ sau khi khâu xuyên qua mạc hãm gân duỗi, bao khớp và dây chằng sên mác trước**

*\*Nguồn: Bệnh nhân nghiên cứu*

- Rạch thêm 1 đường da 5 mm tại bờ trước ngoài đỉnh xương mác, xuyên qua bao khớp và dây chằng sên-mác trước (SMT), lấy 2 sợi còn lại (1 trắng, 1 xanh).

- Bóc tách dưới da, gom các sợi chỉ tương ứng và buộc (trắng-trắng, xanh-xanh) cố định mạc hãm gân duỗi, bao khớp và dây chằng SMT ở tư thế cổ chân trung gian, xoay ngoài nhẹ.



**Hình 3: Khâu vết mổ**

*\*Nguồn: Bệnh nhân nghiên cứu*

**2.4. Phục hồi chức năng sau phẫu thuật**

Đi lại tỳ nén hoàn toàn với nẹp cứng bàn chân trong 2 tuần (đeo cả khi ngủ), chống nạng 1 tuần đầu nếu đau nhiều. Bắt đầu phục hồi chức năng sau 2 tuần, mục tiêu bỏ nạng và nẹp sau 1 tháng. Có thể chạy sau 6 tuần và trở lại thể thao sau 3 tháng.

**2.5 Đánh giá kết quả**

**2.5.1. Đặc điểm mô tả của đối tượng nghiên cứu**

Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được ghi nhận bao gồm: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, tổn thương phát hiện trong phẫu thuật, thời gian từ lúc chấn thương đến khi can thiệp phẫu thuật và thời gian theo dõi sau mổ.

Tuổi và giới bệnh nhân được thu thập tại thời điểm phẫu thuật. Nguyên nhân chấn thương được phân loại thành chấn thương thể thao, tai nạn sinh hoạt hằng ngày và tai nạn giao thông. Thời gian từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật. Thời gian theo dõi sau mổ được xác định từ thời điểm phẫu thuật đến lần tái khám cuối cùng.

**2.5.2. Đánh giá kết quả ban đầu**

**Đánh giá mức độ đau:**

Mức độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS.

**Đánh giá chức năng khớp cổ chân:** Chức năng khớp cổ chân được đánh giá dựa trên thang điểm AOFAS cổ chân - bàn chân đã được chuẩn hóa.

**Đánh giá khả năng quay lại thể thao:**

Khả năng quay lại hoạt động thể thao được phân loại thành ba mức: quay lại mức độ thể thao như trước chấn thương, quay lại với cường độ thấp hơn và không tiếp tục tham gia thể thao.

**2.5.3 Thuật toán**

Phân tích thống kê so sánh chỉ số lâm sàng trước-sau mổ; biến định lượng (VAS, AOFAS) trình bày trung bình ± SD, biến định tính theo tần suất, %. Ngưỡng ý nghĩa  $p < 0,05$ ; xử lý số liệu bằng SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1: Thời gian chấn thương và thời gian theo dõi sau phẫu thuật**

Các thông số		Số ca	Tỷ lệ (%)
<b>Thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật</b>	< 12 tháng	7	43,8
	12 - 24 tháng	5	31,2
	> 24 tháng	4	25,0
<b>Thời gian theo dõi sau phẫu thuật</b>	< 12 tháng	3	18,8
	12 - 24 tháng	11	68,8
	> 24 tháng	2	12,4

Nghiên cứu gồm 16 bệnh nhân mất vững mắt ngoài khớp cổ chân mạn tính được phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Trong đó, nam chiếm 68,8% và nữ chiếm 31,2%. Nhóm tuổi chủ yếu từ 18-39 tuổi (93,8%), chỉ có 6,2% bệnh nhân ≥40 tuổi.

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do thể thao (62,5%), tiếp theo là sinh hoạt hằng ngày (31,2%) và tai nạn giao thông (6,2%). Thời gian trung bình từ chấn thương đến phẫu thuật là  $23,44 \pm 32,66$  tháng. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là  $15,69 \pm 4,16$  tháng.

### 3.2. Tổn thương trong mổ

Qua thăm kiểm tra các tổn thương trong nội soi khớp cổ chân, 100% bệnh nhân (16/16 trường hợp) được ghi nhận đứt hoàn toàn dây chằng sên - mác trước (ATFL). Trong số các trường hợp này, 5 bệnh nhân (31,25%) còn tồn tại di tích dây chằng ATFL.

Các tổn thương nội khớp phối hợp bao gồm viêm màng hoạt dịch ở 9/16 bệnh nhân (56,25%), tổn thương sụn khớp ở 4/16 bệnh nhân (25%), và thoái hóa khớp cổ chân ở 4/16 bệnh nhân (25%).

### 3.3. Kết quả chức năng

**Bảng 2: So sánh thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật**

Thời điểm đánh giá	VAS (Mean ± SD)	P
Trước phẫu thuật	2,56 ± 1,09	
Sau phẫu thuật	0,44 ± 0,63	< 0,001

Điểm đau VAS giảm rõ rệt từ 2,56 điểm trước mổ (dao động 1-5) xuống còn 0,44 điểm sau mổ (1-3), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3: So sánh kết quả chức năng qua thang điểm AOFAS trước và thời điểm khám sau mổ**

Điểm AOFAS	Trước mổ	Thời điểm khám cuối cùng	Tỷ lệ (%)	P
	Số ca	Số ca		
Xuất sắc (90-100)	0	11	68,8	
Tốt (80-89)	0	5	31,2	
Khá (70-79)	0	0	0	
Kém (<70)	16	0	0	
<b>Trung bình ± SD</b>	<b>47,8 ± 8,7</b>	<b>92,4 ± 5,9</b>		<b>&lt; 0,001</b>
<b>Khoảng</b>	<b>35-69</b>	<b>80-100</b>		

**Thang điểm AOFAS cổ chân - bàn chân** được sử dụng để đánh giá mức độ đau, chức năng và độ vững của khớp cổ chân. Điểm AOFAS trung bình trước phẫu thuật là 47,8 điểm (dao động từ 35 đến 69), trong khi điểm AOFAS trung bình sau phẫu thuật là 92,4 điểm (dao động từ 80 đến 100).

Sau thời gian theo dõi tối thiểu 9 tháng, 11/16 trường hợp (68,8%) đạt kết quả xuất sắc, 5 trường hợp (31,2%) đạt kết quả tốt. Không ghi nhận trường hợp nào đạt kết quả khá hoặc kém tại thời điểm khám cuối cùng.

Sự cải thiện điểm AOFAS cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm đánh giá trước phẫu thuật và lần theo dõi cuối cùng ( $\chi^2$ ,  $p < 0,001$ ).

Về khả năng quay lại thể thao, có 4 bệnh nhân (25%) trở lại mức độ thể thao như trước chấn thương; 7 bệnh nhân (43,75%) tham gia các môn thể thao có cường độ thấp hơn; và 5 bệnh nhân (31,25%) không tiếp tục tham gia thể thao.

### 3.4. Biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật nội soi làm vững mắt ngoài khớp cổ chân, 3 bệnh nhân (18,75%) cảm giác căng mắt ngoài cổ chân trong giai đoạn sớm và 1 bệnh nhân (6,25%) còn đau nhẹ kéo dài.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi làm vững mắt ngoài cổ chân trong điều trị mất vững mạn tính mang lại hiệu quả rõ rệt về giảm đau, cải thiện chức năng và vận động, với sự cải thiện có ý nghĩa thống kê của thang điểm VAS và AOFAS ( $p < 0,001$ ). So với mổ mở Broström cải biên hoặc các kỹ thuật tái tạo (Watson-Jones, Evans), phương pháp nội soi ít xâm lấn hơn, cho phép xử trí tổn thương kèm theo, phục hồi nhanh và hạn chế thay đổi cơ sinh học.(2)

Đáng chú ý, nội soi cho phép đánh giá và xử trí đồng thời tổn thương trong khớp; trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm màng hoạt dịch chiếm 56,25%, tổn thương sụn và thoái hóa khớp 25%. Việc can thiệp trong cùng một thì phẫu thuật góp phần cải thiện kết quả chức năng và giảm nguy cơ đau kéo dài.

Trong 16 trường hợp, có 11 bệnh nhân không còn di tích dây chằng sên-mác trước (ATFL) và tỷ lệ mất di tích dây chằng tăng theo thời gian mất vững cổ chân mạn tính (trung bình 23,4 tháng). Lựa chọn phương pháp phẫu thuật khi không còn di tích ATFL vẫn còn tranh cãi; trước đây, các

trường hợp này thường được chỉ định tái tạo bằng gân thay vì khâu phục hồi giải phẫu.

Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy việc không còn di tích ATFL không làm giảm hiệu quả lâm sàng của phẫu thuật Broström cải biên. Feng và cs, Park và cs cùng ghi nhận kết quả chức năng và độ vững tương đương sau Broström-Gould nội soi hoàn toàn giữa hai nhóm có và không có di tích ATFL, nhấn mạnh vai trò của gia cố phần mềm hơn là sự tồn tại của mô dây chằng còn lại (3). Điều này củng cố hiệu quả của phẫu thuật nội soi Broström-Gould cải biên trong điều trị mất vững mặt ngoài cổ chân mạn tính, bất kể tình trạng di tích ATFL.

Về mức độ đau sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi giảm rõ rệt, với điểm VAS trung bình từ 2,56 trước mổ xuống còn 0,44 sau mổ. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Vega và cs, Corte-Real và cs trong nghiên cứu về phẫu thuật nội soi làm vững dây chằng mặt ngoài khớp cổ chân, trong đó các tác giả ghi nhận mức độ đau sau mổ thấp và khả năng phục hồi nhanh hơn so với kỹ thuật mổ mở truyền thống (4) (5). Các tác giả cho rằng ưu điểm này liên quan đến tính chất xâm lấn tối thiểu của phẫu thuật nội soi, giúp hạn chế bóc tách mô mềm quanh khớp cổ chân.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm AOFAS cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật; tất cả bệnh nhân đạt kết quả tốt-xuất sắc, không còn cảm giác lỏng khớp và không có trường hợp tái phát trật, cho thấy hiệu quả phục hồi độ vững và chức năng. Tương tự, Vega và cộng sự (n = 16) báo cáo điểm AOFAS tăng từ 67 lên 97, với cải thiện ổn định khớp và không ghi nhận tái phát trật sau mổ. (4). Tổng quan hệ thống của Brown và cộng sự cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị mất vững mặt ngoài cổ chân giúp cải thiện rõ rệt điểm AOFAS (trung bình sau mổ 90,2-98 điểm) và tăng độ vững khớp, với thời gian theo dõi khoảng 17 tháng.(6) Như vậy, kết quả AOFAS trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với báo cáo y văn quốc tế, cho thấy phẫu thuật nội soi làm vững mặt ngoài khớp cổ chân có hiệu quả cao trong cải thiện độ vững và chức năng khớp, đồng thời giảm hoặc loại bỏ cảm giác lỏng lẻo và tái phát trật khớp trong thời gian theo dõi.

Khả năng quay lại thể thao sau phẫu thuật làm vững mặt ngoài khớp cổ chân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 25% bệnh nhân trở lại mức độ thể thao như trước chấn thương, 43,75% tham gia các môn thể thao có cường độ thấp hơn, và 31,25% không tiếp tục tham gia thể thao. Những tỷ lệ này phản ánh thực tế rằng

quay lại thể thao mức độ cao sau chấn thương mạn tính và phẫu thuật dây chằng cổ chân vẫn là thách thức, phụ thuộc vào các vấn đề như: Tình trạng chấn thương cổ chân trước mổ, các tổn thương phát hiện trong mổ, tập phục hồi chức năng, tâm lý sợ chấn thương lại, ngay cả khi chức năng lâm sàng được cải thiện rõ rệt.

Các nghiên cứu trước đây ghi nhận kết quả tương tự. Li và cộng sự, tổng hợp 25 nghiên cứu với 1.384 bệnh nhân, cho thấy 95% bệnh nhân quay lại thể thao, 83% đạt mức trước chấn thương và 87% trở lại thi đấu; tuy nhiên, tỷ lệ trở lại mức độ ban đầu giảm theo tuổi và BMI (7). Phân tích của Bouveau và cộng sự cũng cho thấy phẫu thuật nội soi điều trị mất vững cổ chân đạt tỷ lệ quay lại thể thao cao, nhưng tỷ lệ trở lại thi đấu hoặc hoạt động cường độ cao còn dao động, phụ thuộc tiêu chí định nghĩa và mức độ phục hồi chức năng (8). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: đa số bệnh nhân quay lại thể thao mức độ nhẹ - vừa, trong khi tỷ lệ trở lại mức trước chấn thương còn hạn chế. Điều này có thể liên quan đến thời gian mất vững trước mổ, yêu cầu chức năng thể thao và tâm lý sợ tái phát chấn thương - những yếu tố thường gặp trong phẫu thuật dây chằng cổ chân.

Nghiên cứu không ghi nhận nhiễm trùng hay rối loạn cảm giác sau mổ; một số triệu chứng nhẹ như căng mặt ngoài (18,75%) và đau nhẹ kéo dài (6,25%) tự cải thiện, không ảnh hưởng chức năng lâu dài. Tổng quan hệ thống của Brown và cộng sự báo cáo rằng phẫu thuật nội soi dây chằng cổ chân thường có tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp (0-2,5%) và tổn thương thần kinh chi dưới nhẹ (1-5%), chủ yếu là tê bì thoáng qua vùng mác ngoài, và hầu hết không để lại di chứng lâu dài (6). Đối chiếu y văn, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nặng như nhiễm trùng hay tổn thương thần kinh nghiêm trọng. Các triệu chứng nhẹ (căng, đau nhẹ) chủ yếu do siết chỉ quá mức và tự cải thiện trong giai đoạn phục hồi; sau khi điều chỉnh kỹ thuật, hầu như không còn tái diễn. Việc xác định rõ giải phẫu và vùng an toàn mặt ngoài cổ chân góp phần giảm nguy cơ tổn thương thần kinh mác.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn làm vững mặt ngoài khớp cổ chân trong điều trị mất vững cổ chân mạn tính cho thấy hiệu quả lâm sàng rõ rệt, cải thiện có ý nghĩa thống kê về đau và chức năng (VAS, AOFAS), với độ an toàn cao, tỷ lệ biến chứng thấp và khả năng xử trí đồng thời tổn thương nội khớp. Kết quả bước đầu khẳng

định tính hiệu quả và khả thi của phương pháp, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ hoặc có nhu cầu phục hồi sớm; tuy nhiên, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn để đánh giá kết quả lâu dài.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Waterman BR, Owens BD, Davey S, Zacchilli MA, Belmont PJJ.** The Epidemiology of Ankle Sprains in the United States. *JBJS.* 2010 Oct 6;92(13):2279.
- Sakkab R, Flynn Z, McAlister JE.** Rates of subtalar joint osteoarthritis after modified Chrisman-snook. *J Foot Ankle Surg.* 2025 Nov 1;64(6):764-6.
- Feng SM, Maffulli N, Ma C, Oliva F.** All-inside arthroscopic modified Broström-Gould procedure for chronic lateral ankle instability with and without anterior talofibular ligament remnant repair produced similar functional results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA.* 2021 Aug;29(8):2453-61.
- Vega J, Golanó P, Pellegrino A, Rabat E, Peña F.** All-inside arthroscopic lateral collateral ligament repair for ankle instability with a knotless suture anchor technique. *Foot Ankle Int.* 2013 Dec;34(12):1701-9.
- Corte-Real NM, Moreira RM.** Arthroscopic repair of chronic lateral ankle instability. *Foot Ankle Int.* 2009 Mar;30(3):213-7.
- Brown AJ, Shimozone Y, Hurley ET, Kennedy JG.** Arthroscopic Repair of Lateral Ankle Ligament for Chronic Lateral Ankle Instability: A Systematic Review. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc.* 2018 Aug;34(8):2497-503.
- Li Y, Su T, Hu Y, Jiao C, Guo Q, Jiang Y, et al.** Return to Sport After Anatomic Lateral Ankle Stabilization Surgery for Chronic Ankle Instability: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2024 Feb;52(2):555-66.
- Bouveau V, Housset V, Chasset F, Bauer T, Hardy A.** Return to sports: Rate and time after arthroscopic surgery for chronic lateral ankle instability. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR.* 2022 Nov;108(7):103398.

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÍNH LỰC Ở TRẺ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ ĐẾN KHÁM TẠI ĐƠN VỊ NGÔN NGỮ TRỊ LIỆU TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Nguyễn Duy Quốc Khánh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và đặc điểm thính lực ở nhóm trẻ có rối loạn về ngôn ngữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca, thu thập số liệu 32 trẻ rối loạn ngôn ngữ đến khám tại đơn vị âm ngữ trị liệu, PKĐK Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trẻ nghi ngờ nghe kém có tuổi trung bình  $36,03 \pm 12,56$  tháng, chủ yếu 2- <4 tuổi (62,5%), nam chiếm ưu thế (nam/nữ = 4,33/1), 75% đến khám vì chậm nói; 21,88% sinh non và 25% mẹ mắc bệnh khi mang thai. Đa số trẻ có chức năng tai giữa và ốc tai bình thường (71,88% phản xạ cơ bàn đạp hai tai; 75% OAE đạt hai tai), 100% có sóng V ở 20 dB với ngưỡng nghe trung bình hai tai 20 dB, không ghi nhận nghe kém hai tai. **Kết luận:** Phần lớn trẻ nghi ngờ nghe kém đến khám vì chậm nói nhưng có thính lực bình thường; nghe kém không phải là nguyên nhân chính trong nhóm trẻ rối loạn ngôn ngữ được khảo sát.

**Từ khóa:** rối loạn ngôn ngữ; chậm nói; nghi ngờ nghe kém; thính lực; điện thính giác thân não (ABR); âm ốc tai (OAE); trẻ em.

### ABSTRACT

#### CLINICAL AND AUDIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH LANGUAGE DISORDERS ATTENDING THE SPEECH AND LANGUAGE THERAPY UNIT AT PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

**Background:** To investigate the clinical characteristics and hearing profiles of children with language disorders. **Methods:** A case-series study was conducted on 32 children with language disorders who attended the Speech and Language Therapy Unit, Pham Ngoc Thach University of Medicine General Clinic, from January 2024 to December 2024. **Results:** The mean age of children with suspected hearing loss was  $36.03 \pm 12.56$  months, predominantly between 2 and <4 years (62.5%), with a male predominance (male/female ratio = 4.33:1). Speech delay was the main reason for consultation (75%). Preterm birth accounted for 21.88%, and 25% of mothers had illnesses during pregnancy. Most children demonstrated normal middle ear and cochlear function (bilateral acoustic reflex present in 71.88%; bilateral OAE pass in 75%). Wave V was present at 20 dB in 100% of cases, with a mean ABR threshold of 20

\* Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Quốc Khánh

Email: thekingofkings2994@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2026

Ngày duyệt bài: 30.3.2026