

phổi (5,8%), ung thư cơ quan ngoài gan di căn (2,9%), và tắc động mạch gan (1,5%). Tỷ lệ sống còn trong nghiên cứu tại thời điểm 1 năm là 90,8%, 3 năm là 82,3% và 5 năm là 76%. Tỷ lệ này gần tương đương với các kết quả của các nghiên cứu trên thế giới tại thời điểm 1 năm, 3 năm, và 5 năm lần lượt là 80-90%, 70-83%, và 60-80% [8, 9].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ghép gan tại trung tâm đạt hiệu quả tương đương các báo cáo quốc tế. Biến chứng mạch máu và thải ghép vẫn là những thách thức chính. Tuy nhiên, với việc theo dõi chặt chẽ và can thiệp kịp thời, đa số biến chứng đều được kiểm soát hiệu quả.

Tỷ lệ sống còn ghi nhận trong nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước đây, khẳng định vai trò của ghép gan trong điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và UTBMTBG. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Quyết, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa và cs. Ghép gan người lớn. Nhà xuất bản Y học. 2013.

2. Nguyễn Quang Nghĩa. Ghép gan trong ung thư tế bào gan. Hội Gan Mật Việt Nam. 2020.
3. Park GC, Moon DB, Kang SH, et al. Overcoming Hepatic Artery Thrombosis After Living Donor Liver Transplantations: An Experience from Asan Medical Center. *Ann Transplant*. 2019;24:588-93.
4. Piardi T, Lhuire M, Bruno O, et al. Vascular complications following liver transplantation: A literature review of advances. *World J Hepatol*. 2016;8(1):36-57.
5. Verdonk RC, Buis CI, Porte RJ, et al. Anastomotic biliary strictures after liver transplantation: causes and consequences. *Liver Transpl*. 2006;12(5):726-35.
6. Narendra S. Choudhary, Saigal S, et al. Acute and Chronic Rejection After Liver Transplantation: What A Clinician Needs to Know. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 2017;7(4):358-66.
7. Eguchi S, Takatsuki M, Hidaka M, Tajima Y, Kanematsu T. Evolution of living donor liver transplantation over 10 years: experience of a single center. *Surg Today*. 2008;38(9):795-800.
8. Onaca N, Marvin JS, Fulmer JM, Klintmalm GBG. Transplantation for Primary Hepatic Malignancy. In: Ronald W. Busuttil, Göran B.G. Klintmalm, editors. *Liver Transplantation 3ed*. Elsevier Saunders 2015:189-204.

NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH MŨ ĐÙI TRONG TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM

Nguyễn Hoàng Vũ¹, Nguyễn Xuân Thiện¹, Đoàn Dương Chí Thiện²,
Nguyễn Thị Hồng Thắm¹, Trần Đăng Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm giải phẫu động mạch mũ đùi trong của người Việt Nam trưởng thành.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả 38 ĐMMĐT của 19 xác ướp (10 xác nam, 9 xác nữ).

Kết quả: 26 mẫu (chiếm tỷ lệ 68%) ĐMMĐT xuất phát từ ĐMĐ 12 mẫu (32%) xuất phát từ ĐMĐS. Đối với trường hợp nguyên ủy là ĐMĐ, ĐMMĐT xuất phát từ sau của ĐMĐ trong 21 mẫu (tỷ lệ 81%) và từ mặt trong là 5 mẫu (tỷ lệ 26%). Đối với nguyên ủy ĐMĐS, ĐMMĐT xuất phát từ mặt trong là 9 mẫu (tỷ lệ 75%) và từ mặt sau của ĐMĐS là

3 mẫu tỷ lệ 25%. Đường kính trung bình của động mạch mũ đùi trong là $3,54 \pm 0,95$ mm. ĐMMĐT có thể cho 1, 2, 3, 4 nhánh xuyên với tần suất và tỷ lệ lần lượt là 2 mẫu (chiếm 5%), 10 mẫu (26%), 18 mẫu (47%), 8 mẫu (22%). Khoảng cách trung bình từ nguyên ủy của ĐMMĐT đến dây chằng bên là $42,29 \pm 12,94$ mm.

Kết luận: Động mạch mũ đùi trong xuất phát từ ĐMĐ chiếm tỷ lệ nhiều hơn từ ĐMĐS. Đường kính trung bình của ĐMMĐT là $3,54 \pm 0,95$ mm. ĐMMĐT có thể cho từ 1 đến 4 nhánh bên. Khoảng cách trung bình từ nguyên ủy ĐMMĐT đến dây chằng bên là $42,29 \pm 12,94$ mm.

Từ khóa: Động mạch mũ đùi trong, nguyên ủy, động mạch đùi, động mạch đùi sâu, dây chằng bên.

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY OF THE MEDIAL CIRCUMFLEX FEMORAL ARTERY IN VIETNAMESE CADAVERS

Research Objective: To describe the anatomical characteristics of the medial circumflex femoral artery (MCFA) in adult Vietnamese individuals.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
²Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thiện
Email: nguyensexuanthien.ump@gmail.com
Mã bài: N463

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 38 MCFAs from 19 cadavers (10 male, 9 female).

Results: The MCFA originated from the deep femoral artery (DFA) in 26 samples (68%) and from the superficial femoral artery (SFA) in 12 samples (32%). When arising from the DFA, the MCFA originated from the posterior aspect in 21 samples (81%) and from the medial aspect in 5 samples (26%). When arising from the SFA, the MCFA originated from the medial aspect in 9 samples (75%) and from the posterior aspect in 3 samples (25%). The average diameter of the MCFA was 3.54 ± 0.95 mm. The MCFA gave off 1, 2, 3, or 4 perforating branches with frequencies and proportions of 2 samples (5%), 10 samples (26%), 18 samples (47%), and 8 samples (22%), respectively. The average distance from the MCFA origin to the inguinal ligament was 42.29 ± 12.94 mm.

Conclusion: The MCFA originates more frequently from the DFA than from the SFA. The average diameter of the MCFA is 3.54 ± 0.95 mm. The MCFA may give off 1 to 4 perforating branches. The average distance from the MCFA origin to the inguinal ligament is 42.29 ± 12.94 mm.

Keywords: Medial circumflex femoral artery, origin, femoral artery, deep femoral artery, inguinal ligament.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐMMĐT là một trong các ĐM quan trọng cấp máu cho đầu trên xương đùi, khớp hông, các cơ và da vùng đùi. Theo y văn mô tả trước đây, động mạch mũ đùi trong thường xuất phát từ động mạch đùi sâu, kể đến là động mạch đùi. ĐMMĐT là động mạch chính cấp máu cho chỏm xương đùi. Ngoài ra, ĐMMĐT còn cho các nhánh cấp máu cho các cơ khép đùi, da vùng đùi và cho các nhánh nối với động mạch mũ đùi ngoài, động mạch mông dưới tạo nên các vòng nối quanh đầu trên xương đùi.

Kiến thức về giải phẫu của ĐMMĐT có ý nghĩa đặc biệt trong nhiều lĩnh vực ngoại khoa, bao gồm phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, tạo hình thẩm mỹ và phẫu thuật mạch máu. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới từ những nghiên cứu chuyên về giải phẫu và những nghiên cứu trong lĩnh vực ngoại khoa có dùng chỉ số giải phẫu. Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu chỉ nói về nơi xuất phát của nguyên ủy và khoảng cách của nguyên ủy tới các mốc giải phẫu. Không những vậy các mốc giải phẫu được chọn để đo trong các báo cáo cũng khác nhau làm cho số liệu khoảng cách của nguyên ủy ĐMMĐT lại có sự khác biệt và độc lập.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu của ĐMMĐT trên xác người Việt Nam trưởng thành với mục đích so sánh với các kết quả của những tác giả trong và ngoài nước đã công bố. góp phần bổ sung thêm thông tin mới và đầy đủ hơn về đặc điểm giải phẫu ĐMMĐT, giúp ích cho các bác sĩ trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Động mạch mũ đùi trong của 38 vùng đùi của 19 xác ướp người Việt Nam trưởng thành, mỗi tiêu bản được bảo quản bằng formol 10% tại bộ môn Giải phẫu, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, đáp ứng tiêu chuẩn: vùng bẹn, đùi và động mạch mũ đùi trong còn nguyên vẹn; vùng đùi không bị biến dạng, sẹo mổ cũ hay phẫu tích trước đó; ĐMMĐT và các nhánh của nó không bị nát hay đứt khi phẫu tích; xác của người không có bệnh lý liên quan đến ĐMMĐT.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Phương pháp tiến hành

Thực hiện phẫu tích, xác được đặt ở tư thế nằm ngửa, rạch da theo đường giữa vuông góc với đường ngang của bờ trên xương bánh chè với giới hạn trên là dây chằng bẹn và giới hạn dưới là bờ trên xương bánh chè. Bóc tách từng lớp: cắt bỏ lớp mỡ dưới da và bóc lộ mạc đùi rồi cắt mạc đùi rạch qua cân sâu suốt từ cung đùi xuống đỉnh của tam giác đùi. Xác định nguyên ủy của động mạch đùi và động mạch đùi sâu. Phẫu tích tìm nguyên ủy của động mạch mũ đùi trong, xác định các nhánh ra da và cơ. Dùng thước kẹp điện tử có độ chính xác từ 0.01 mm để đo các biến số.

Để đo khoảng cách từ nguyên ủy động mạch đến các mốc giải phẫu, dùng 2 kẹp Kelly thẳng (A và B) kẹp sợi chỉ để đo khoảng cách sao cho kẹp A đặt ở điểm mốc, kẹp B ở nguyên ủy động mạch cần đo, sau đó dùng thước kẹp để đo chiều dài sợi chỉ.

Đường kính ngoài các ĐM được đo tại vị trí cách nguyên ủy động mạch 5mm do gốc của ĐM thường phình. Dùng Kelly thẳng kẹp xẹp động mạch hoàn toàn sao cho trục kẹp Kelly thẳng góc với trục động mạch tại vị trí cần đo đường kính ngoài của ĐM = (nửa chu vi $\times 2$)/ π .

2.4 Các chỉ số khảo sát

Các chỉ số khảo sát bao gồm đặc điểm nơi xuất phát và tương quan vị trí của ĐMMĐT (so với ĐMĐ, ĐMĐS), chiều dài từ nguyên ủy ĐMMĐT đến điểm giữa dây chằng bẹn, đặc điểm phân nhánh xuyên, đường kính của ĐMMĐT.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel và được xử lý, phân tích trên phần mềm Stata 18.0. Sự khác biệt các đặc điểm giải phẫu theo giới tính và bên chân được phân tích dựa trên kiểm định Chi bình phương và kiểm định Mann-Whitney-U, ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0.05$.

2.6. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Các vấn đề đạo đức được tuân thủ đầy đủ theo hướng dẫn từ Tuyên ngôn Helsinki

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

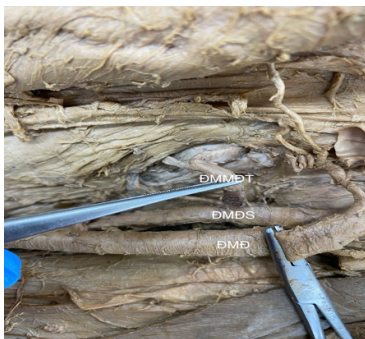
Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 19 xác ướp Formol của Bộ môn Giải phẫu Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh với 9 nữ và 10 nam. Số động mạch mũ đùi trong thu được là 38 mẫu, 18 mẫu của nữ chiếm (47,36%) và 20 mẫu của nam (chiếm 52.64%).

3.1. Nguyên ủy của động mạch mũ đùi trong (Bảng 1)

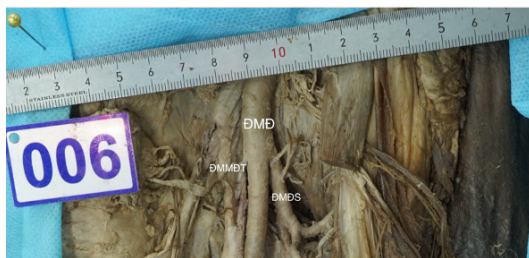
Bảng 1. Tần số và tỷ lệ xuất phát của nguyên ủy động mạch mũ đùi trong

Động mạch nguyên ủy	Tần số	Tỷ lệ (%)
Động mạch đùi	26	68%
Động mạch đùi sâu	12	32%
Tổng	38	100%

Động mạch mũ đùi trong có nguyên ủy xuất phát chủ yếu tại ĐMĐ với tỷ lệ 68% và nguyên ủy tại ĐMĐS là 32%



Hình 1: Nguyên ủy động mạch mũ đùi trong trên động mạch đùi sâu.



Hình 2: Nguyên ủy động mạch đùi trong trên động mạch đùi

Song song với việc mô tả về nơi xuất phát của ĐMĐT tại ĐMĐS hay ĐMĐ chúng tôi cũng mô tả thêm về vị trí của nguyên ủy trên từng động mạch (bảng 2 và bảng 3)

Bảng 2. Vị trí nguyên ủy của động mạch mũ đùi trong trên động mạch đùi

Động mạch đùi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mặt trong	5	19%
Mặt sau	21	81%
Tổng	26	100%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐ chủ yếu tại mặt sau của ĐMĐ chiếm tỷ lệ 81% (21 mẫu) trên tổng số mẫu có nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐ thu thập được (26 mẫu) và mặt trong chỉ chiếm tỷ lệ 26% (5 mẫu) trên tổng số mẫu có nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐ thu thập được.

Bảng 3. Vị trí nguyên ủy của động mạch mũ đùi trong trên động mạch đùi sâu

Động mạch đùi sâu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Mặt trong	9	75%
Mặt sau	3	25%
Tổng	12	100%

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐS chủ yếu tại mặt trong của ĐMĐS chiếm tỷ lệ 75% (9 mẫu) trên tổng số mẫu có nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐS thu thập được (12 mẫu) và tỷ lệ ĐMĐT có nguyên ủy tại mặt sau của ĐMĐS là 25% (3 mẫu) trên tổng số mẫu có nguyên ủy của ĐMĐT trên ĐMĐS thu thập được (12 mẫu).

3.2 Đường kính ngoài tại nguyên ủy (Bảng 4)

Bảng 4. Đường kính ngoài của động mạch mũ đùi trong tại nguyên ủy

Đường kính ngoài	TB ± ĐLC (mm)	Min (mm)	Max (mm)
ĐMĐT	3,54 ± 0,95	1,42	6,41

Chú thích: TB – trung bình, ĐLC – độ lệch chuẩn.

Trung bình đường kính của động mạch mũ đùi trong là 3,54 ± 0,95 mm

3.3. Số lượng nhánh xuyên (Bảng 5)

Bảng 5. Mô hình nhánh xuyên của động mạch mũ đùi trong

Số lượng nhánh	Tần số	Tỷ lệ (%)
1 Nhánh	2	5%
2 Nhánh	10	26%
3 Nhánh	18	47%
4 Nhánh	8	22%
Tổng	38	100%

Mô hình phân nhánh của động mạch mũ đùi trong: ĐMMĐT. Tại nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận số lượng phân nhánh ít nhất là 1 và số lượng nhánh được tìm thấy nhiều nhất là 4 với tỷ lệ xuất hiện được ghi nhận từ 1 nhánh đến 4 nhánh lần lượt là: 5% (2 mẫu), 26% (10 mẫu), 47% (18 mẫu), 22% (8 mẫu).

3.4. Khoảng cách từ nguyên ủy của ĐMMĐT đến điểm giữa dây chằng bẹn

Bảng 6. Khoảng cách từ nguyên ủy của động mạch mũ đùi trong đến dây chằng bẹn

Khoảng cách dây chằng bẹn	TB $\pm$ ĐLC (mm)	Min (mm)	Max (mm)
ĐMMĐT	42,29 $\pm$ 12,94	14,23	79,71

Chú thích: TB – trung bình, ĐLC – độ lệch chuẩn.

Kết quả thu được cho thấy khoảng cách từ nguyên ủy của ĐMMĐT đến dây chằng bẹn có trung bình là $42,29 \pm 12,94$ mm với khoảng cách dài nhất ghi nhận được là 79,71 mm và khoảng cách ngắn nhất ghi nhận được là 14,23 mm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nguyên ủy động mạch mũ đùi trong

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐMMĐT có nguyên ủy chủ yếu tại động mạch đùi với tỷ lệ là 68% (26 mẫu) trên tổng số mẫu thu thập được (38 mẫu) và có tỷ lệ nguyên ủy tại động mạch đùi sâu là 32% (12 mẫu) trên tổng số mẫu thu thập được (38 mẫu) nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác với kết quả của tác giả Lê Văn Cường[1] 72,6% nguyên ủy của ĐMMĐT tại ĐMĐS và 20,8% nguyên ủy ĐMMĐT tại ĐMĐ. Ngoài ra chúng tôi không có ghi nhận nguyên ủy của ĐMMĐT từ động mạch cơ tứ đầu như tác giả Lê Văn Cường cùng cộng sự đã

ghi nhận kết quả 6,6% có thể vì số lượng mẫu của chúng tôi (38 mẫu) nhỏ hơn nhiều so với số lượng mẫu của tác giả (106 mẫu) nên thiếu độ rộng để có thể ghi nhận hết các dạng. Kết quả của chúng tôi ghi nhận được cũng lại khác biệt hoàn toàn với một số nghiên cứu trên thế giới như của tác giả K.A.Tomaszewski[2] bằng việc tổng hợp 38 nghiên cứu về ĐMMĐT trên các cơ sở dữ liệu lớn của y khoa có kết quả ĐMMĐT có nguyên ủy từ ĐMĐS là 64,6% và ĐMMĐT có nguyên ủy từ ĐMĐ là 32,2%, nghiên cứu của tác giả W. Al-Talalwah[3] có kết quả ĐMMĐT có nguyên ủy từ ĐMĐ 39,3% và ĐMMĐT có nguyên ủy từ ĐMĐS là 57% hoặc kết quả của tác giả E. Tanyeli[4] nghiên cứu về ĐMMĐT bằng phương pháp phẫu tích trên người Thổ Nhĩ Kỳ cũng có kết quả là 79% ĐMMĐT có nguyên ủy tại ĐMĐS và 15% ĐMMĐT có nguyên ủy từ ĐMĐ. Sự khác biệt này có thể đến từ việc khác biệt về chủng tộc vì đa số các nghiên cứu này được thực hiện trên người Châu Âu hoặc Nam Á và độ lớn cỡ mẫu của nghiên cứu cũng có sự khác biệt. Kết quả này cho thấy việc ĐMMĐT có nguyên ủy tại ĐMĐ cũng khá phổ biến. Đây là một điểm lưu ý quan trọng cho các bác sĩ lâm sàng về Tim mạch can thiệp hoặc chấn thương chỉnh hình có phẫu thuật tại vùng chỏm xương đùi. Nghiên cứu cần được mở rộng quy mô về cỡ mẫu và thêm số liệu nghiên cứu từ chẩn đoán hình ảnh để xác định rõ ràng hơn về nguyên ủy của ĐMMĐT.

Vị trí nguyên ủy của ĐMMĐT xuất phát từ ĐMĐ thường là mặt sau và ngược lại khi nguyên ủy của ĐMMĐT xuất phát từ ĐMĐS lại thường là mặt trong.

4.2 Đường kính ngoài của động mạch mũ đùi trong

Trung bình đường kính của động mạch mũ đùi trong là $3,54 \pm 0,95$ mm với đường kính ngoài của ĐMMĐT nhỏ nhất ghi nhận được là 1,42 mm và đường kính ngoài của ĐMMĐT lớn nhất được ghi nhận là 6,41 mm lớn hơn so với nhiều báo cáo trước đây như của Palanivelu[5] (2,9 mm).

4.3 Số lượng phân nhánh của động mạch mũ đùi trong

Mô hình phân nhánh của động mạch mũ đùi trong: ĐMMĐT theo một số báo cáo trên thế giới ghi nhận từ 3 đến 6 nhánh xuyên[6]. Tại nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận số lượng phân nhánh ít nhất là 1 và số lượng nhánh được tìm thấy nhiều nhất là 4 với tỷ lệ xuất hiện được ghi nhận từ 1 nhánh đến 4 nhánh lần lượt là: 5% (2 mẫu), 26% (10 mẫu), 47% (18 mẫu), 22% (8 mẫu) theo như nhận định của Vallas[7] điều này cho thấy trong một số trường hợp thì ĐMMĐT có khả năng cung cấp vật da.

4.4 Chiều dài nguyên ĐMMĐT đến điểm giữa dây chằng bên

Kết quả thu được cho thấy khoảng cách trung bình là $42,29 \pm 12,94$ mm với khoảng cách dài nhất ghi nhận được là 79,71 mm và khoảng cách ngắn nhất ghi nhận được là 14,23 mm giống với báo cáo của Lee[8] ($45,2 \pm 11,4$ mm).

V. KẾT LUẬN

Động mạch mũ đùi trong có tỷ lệ xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%. Với 68% trường hợp ĐMMĐT xuất phát từ ĐMĐ và 32% từ ĐMĐS. Đường kính trung bình của ĐMMĐT là $3,54 \pm 0,95$ mm. ĐMMĐT có từ 1 đến 4 nhánh xuyên với tỷ lệ lần lượt là: 5% (2 mẫu), 26% (10 mẫu), 47% (18 mẫu), 22% (8 mẫu). Khoảng cách từ nguyên ủy đến dây chằng bên trung bình là $42,29 \pm 12,94$ mm. Tuy nhiên nghiên cứu này vẫn còn hạn chế về số lượng mẫu và mẫu nghiên cứu chỉ giới hạn trên xác ướp, chúng tôi đề nghị cần mở rộng nghiên cứu trên xác tươi và trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để khảo sát các đặc điểm giải phẫu động mạch đùi sâu toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Cường. Các dạng và kích thước động mạch ở

người Việt Nam. Nhà Xuất Bản Y Học; 2012:213-214.

2. Tomaszewski KA, Henry BM, Vikse J, et al. The origin of the medial circumflex femoral artery: a meta-analysis and proposal of a new classification system. PeerJ. 2016;4:e1726. doi:10.7717/peerj.1726
3. Al-Talalwah W. The medial circumflex femoral artery origin variability and its radiological and surgical intervention significance. Springerplus. 2015;4:149. Published 2015 Mar 28. doi:10.1186/s40064-015-0881-2
4. Tanyeli E, Uzel M, Yildirim M, Celik HH. An anatomical study of the origins of the medial circumflex femoral artery in the Turkish population. Folia Morphol (Warsz). 2006;65(3):209-212
5. Palanivelu S. A new technique of medial circumflex femoral artery based flap for ischial pressure sores. Indian J Plast Surg. 2009;42(1):49-52. doi:10.4103/0970-0358.53006
6. Hallock GG. The Development of the Medial Circumflex Femoral Artery Perforator (MCFAP) Flap. Semin Plast Surg. 2006;20(2):121-126. doi:10.1055/s-2006-941719
7. Vallas M, Vojtassak J, Campagne A, et al. The gracilis muscle flap is supplied by a dominant pedicle arising from the medial circumflex femoral artery. Cureus. 2024;16(1):e73918. doi:10.7759/cureus.73918
8. Lee YH, Youn KH, Park JK. Anatomical study of the vascular pedicle of the gracilis muscle flap. J Reconstr Microsurg. 2015;31(7):498-503.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP GỐI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU SỤN CHÊM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Văn Vĩ¹, Đào Văn Lệnh¹, Nguyễn Thị Minh Tuyền¹, Đinh Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm thông qua thang điểm Lysholm và IKDC.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 32 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm một bên gối. Bệnh nhân được áp dụng chương trình phục hồi chức năng 5 giai đoạn chuẩn hóa và được đánh giá tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.

Kết quả: Tuổi trung bình $34,3 \pm 13,6$ tuổi; nam giới chiếm 65,6%. Tỷ lệ thành công lâm sàng đạt 90,6%; nội soi kiểm tra lần 2 xác nhận lành hoàn toàn ở 75,0% và lành một phần ở 15,6% bệnh nhân, tỷ lệ thất bại cấu trúc (rách lại) là 9,4%. Điểm Lysholm trung bình cải thiện từ $64,1 \pm 6,3$ tại 1 tháng lên $89,4 \pm 10,3$ tại 6 tháng, với 87,5% bệnh nhân đạt xếp loại tốt và rất tốt. Điểm IKDC tăng từ $53,4 \pm 6,2$ lên $75,6 \pm 14,5$, với 75,0% đạt xếp loại A hoặc B (Friedman test, $p < 0,001$ cho cả hai thang điểm). Tỷ lệ quay lại thể thao đạt 84,4% tại 6 tháng, thời gian trung bình $6,4 \pm 0,9$ tháng. Các chỉ số chức năng cải thiện rõ rệt qua các thời điểm theo dõi: ROM từ 78,00 lên 128,60, VAS từ 3,8 xuống 1,6, LSI từ 52,9% lên 85,3%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm kết hợp chương trình phục hồi chức năng 5 giai đoạn chuẩn hóa mang lại kết quả tốt tại thời điểm 6 tháng về lành sụn cấu trúc, cải thiện chức năng khớp gối và khả năng quay lại thể thao.

Từ khóa: Sụn chêm, khâu sụn chêm, phục hồi chức năng, Lysholm, IKDC, khớp gối.

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Vĩ

Email: nguyenvanvirehab@gmail.com

Mã bài: N541

Ngày nhận bài: 2/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 31/3/2026

Ngày duyệt bài: 12/5/2026