

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

SUMMARY**EVALUATION OF FUNCTIONAL RECOVERY OUTCOMES FOLLOWING ARTHROSCOPIC MENISCAL REPAIR USING LYSHOLM AND IKDC SCORES AT THE CENTER FOR ORTHOPEDIC TRAUMA AND SPORTS MEDICINE, VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL**

Objective: To evaluate knee functional recovery following arthroscopic meniscal repair using the Lysholm and IKDC scores.

Methods: A prospective, non-controlled interventional study was conducted on 32 patients undergoing unilateral arthroscopic meniscal repair between January 2024 and December 2025. All patients followed a standardized five-phase rehabilitation protocol. Clinical and functional outcomes were assessed at 1, 3, and 6 months.

Results: The mean age was 34.3 ± 13.6 years (65.6% male). The clinical success rate was 90.6%; second-look arthroscopy confirmed complete healing in 75.0% and partial healing in 15.6% of patients, with a structural failure rate of 9.4%. The mean Lysholm score improved from 64.1 ± 6.3 at 1 month to 89.4 ± 10.3 at 6 months, with 87.5% achieving good-to-excellent outcomes. The mean IKDC score increased from 53.4 ± 6.2 to 75.6 ± 14.5 , with 75.0% classified as grade A or B (Friedman test, $p < 0.001$ for both scores). The RTS rate reached 84.4% at 6 months, with a mean return time of 6.4 ± 0.9 months. ROM, VAS, and LSI improved from 78.00 to 128.60, 3.8 to 1.6, and 52.9% to 85.3%, respectively, across the follow-up period.

Conclusion: Arthroscopic meniscal repair combined with a standardized five-phase rehabilitation protocol yielded favorable outcomes at 6-month follow-up in terms of meniscal healing, knee function, and return to sport.

Keywords: meniscus repair, arthroscopic surgery, rehabilitation, Lysholm score, IKDC, return to sport, knee joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn chêm là cấu trúc sụn sợi hình liềm nằm giữa hai mặt khớp của khớp gối, đóng vai trò thiết yếu trong phân phối tải trọng, hấp thụ lực chấn động, bôi trơn bề mặt khớp và duy trì sự ổn định khớp. Sụn chêm chịu từ 50 đến 70% lực nén tác động lên khớp gối, và việc mất mô sụn chêm làm giảm diện tích tiếp xúc khớp, thúc đẩy thoái hóa khớp gối về lâu dài. Rách sụn chêm có tỷ lệ hiện mắc khoảng 12 đến 14%, với tần suất xấp xỉ 61 ca trên 100.000 dân mỗi năm và tổng số ca phẫu thuật ước tính khoảng 850.000 ca hàng năm trên toàn thế giới, trong đó tỷ lệ mắc ở nam giới cao gấp 2,5 lần so với nữ giới [1]. Cùng với sự phát triển của phong trào thể dục thể thao tại Việt Nam, tỷ lệ chấn thương sụn chêm được ghi nhận ngày càng tăng, đặt ra yêu cầu cấp thiết về chuẩn hóa quy trình điều trị và phục hồi chức năng (PHCN).

Quan điểm điều trị hiện đại đã có sự chuyển dịch rõ rệt từ cắt sụn chêm sang bảo tồn sụn chêm. So với cắt sụn chêm, khâu sụn chêm liên quan đến nguy cơ

thoái hóa sụn khớp thấp hơn đáng kể, giảm nguy cơ thay khớp gối toàn phần và cho kết quả chức năng tốt hơn về lâu dài. Tuy nhiên, kết quả sau phẫu thuật không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật mổ mà còn chịu ảnh hưởng lớn từ chất lượng chương trình PHCN sau mổ. Một phân tích gộp trên gần 4.000 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ thất bại chung sau khâu sụn chêm là 14,8% trong vòng 2 đến 5 năm, thấp hơn khi kết hợp tái tạo dây chằng chéo trước (8,5% so với 14%) và sụn chêm ngoài có tiên lượng tốt hơn sụn chêm trong (6,1% so với 10,8%). Tại Việt Nam, mặc dù phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm đã được triển khai tại một số trung tâm chuyên sâu, các công bố khoa học đánh giá có hệ thống kết quả PHCN theo thang điểm quốc tế chuẩn hóa vẫn còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật khâu sụn chêm theo thang điểm Lysholm và IKDC tại các mốc thời gian sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Đối tượng nghiên cứu gồm 32 bệnh nhân phẫu thuật khâu sụn chêm 1 bên gối.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán rách sụn chêm một bên gối, có chỉ định và được thực hiện phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm tại Bệnh viện Vinmec Times City trong thời gian nghiên cứu.
- Tổn thương sụn chêm, không kèm tổn thương dây chằng hoặc cấu trúc khác của khớp gối.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim MRI trước mổ và X- quang sau mổ.

2.1.2. Tiêu chí loại trừ

- Có tổn thương phối hợp: thần kinh, mạch máu, chấn thương sọ não.
- Đa chấn thương hoặc tổn thương phối hợp khác tại khớp gối.
- Tổn thương sụn chêm hai bên.
- Không theo đủ liệu trình PHCN và theo dõi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình & Y học thể thao, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn

vào và loại trừ, được phẫu thuật nội soi khâu sụn chêm tại Bệnh viện Vinmec Times City trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025 và có hồ sơ theo dõi đầy đủ tại các mốc đánh giá đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng cỡ mẫu thu được là 32 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp can thiệp PHCN và đánh giá

Bệnh nhân được thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, phẫu thuật viên và thăm khám lâm sàng tại thời điểm sau phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân được áp dụng chương trình PHCN chuẩn, bắt đầu từ ngày đầu sau mổ, kết hợp điều trị nội trú và ngoại trú.

2.5.1. Phương pháp PHCN

Tất cả bệnh nhân được áp dụng chương trình PHCN thống nhất theo phác đồ 5 giai đoạn phục hồi điển hình, do kỹ thuật viên vật lý trị liệu trực tiếp thực hiện và giám sát:

- Giai đoạn 1: Bảo vệ và giảm sưng (tuần 0-2): Chườm lạnh, điện xung, máy CPM; đeo nẹp duỗi thẳng, không tì chân, giới hạn gập gối 00- 900; bài tập gồng cơ tứ đầu, nhấc chân thẳng.
- Giai đoạn 2: Tăng tầm vận động (tuần 2- 6): Tăng tầm gập gối đến 1200, mở khóa nẹp; chịu lực một phần với nạng sau tuần 4; đạp xe tại chỗ, tập cơ mông và cơ khoeo đùi.
- Giai đoạn 3: Tăng cường sức mạnh (tuần 6-12): Bỏ nẹp hoàn toàn; squat nông (< 700), lunges, thẳng bằng một chân, dây kháng lực.
- Giai đoạn 4: Phục hồi chức năng nâng cao (tháng 3- 5): Chạy bộ nhẹ từ tháng thứ 4; bước lên/xuống bậc cao; tăng kháng lực cơ đùi sau và cơ tứ đầu.
- Giai đoạn 5: Quay lại thể thao (từ tháng 6): Bài tập đặc thù theo môn thể thao; tiêu chí quay lại thể thao: tầm vận động hoàn toàn, không đau, sức mạnh cơ tứ đầu đùi bên phẫu thuật đạt $\geq 85\%$ so với bên lành.

2.5.2. Phương pháp đánh giá

Bệnh nhân được đánh giá tại các thời điểm sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. Việc đánh giá dựa trên thang điểm Lysholm (1985) và IKDC

2000 để lượng giá chức năng và triệu chứng khớp gối. Kết quả được phân loại thành bốn mức: rất tốt (≥ 95 điểm), tốt (84- 94 điểm), trung bình (65- 83 điểm) và kém (< 65 điểm).

Khả năng quay lại thể thao: Xác định khi bệnh nhân đạt tầm vận động hoàn toàn, không đau, sức mạnh cơ tứ đầu đùi bên phẫu thuật $\geq 85\%$ so với bên lành và tự báo cáo có thể thực hiện hoạt động thể thao như trước [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Gồm 32 bệnh nhân (nam 65,6%, nữ 34,4%), tuổi trung bình $34,3 \pm 13,6$ (14- 60 tuổi), với tổn thương chủ yếu ở sụn chêm ngoài (65,6%), gối trái (65,6%), vị trí thân/sừng trước (87,5%), và 18,8% trường hợp kèm theo sụn chêm hình đĩa.

Bảng 3.1: Tỷ lệ thành công và tỷ lệ lành sụn chêm sau phẫu thuật

Chỉ số đánh giá	n	Tỷ lệ (%)
1. Tỷ lệ thành công lâm sàng chung		
Thành công lâm sàng	28	87,5
Thất bại lâm sàng	3	9,4
2. Tỷ lệ lành sụn (nội soi kiểm tra lần 2 tại 6 tháng, n= 32)		
Lành hoàn toàn	24	75,0
Lành một phần	5	15,6
Thất bại (rách lại)	3	9,4
Tổng lành sụn (hoàn toàn + một phần)	29	90,6

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công lâm sàng chung đạt 87,5% (28/32 bệnh nhân). Về tình trạng lành sụn xác nhận qua nội soi kiểm tra lần 2 tại 6 tháng sau mổ, 24 bệnh nhân (75,0%) đạt lành hoàn toàn, 5 bệnh nhân (15,6%) lành một phần, và 3 bệnh nhân (9,4%) thất bại do rách lại hoàn toàn, với tổng tỷ lệ lành sụn đạt 90,6%.

Bảng 3.2: Điểm Lysholm và IKDC chủ quan theo thời điểm đánh giá

Xếp loại	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)	p
Lysholm score				
Rất tốt (≥ 95)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (28,1)	
Tốt (84- 94)	0 (0,0)	7 (21,9)	19 (59,4)	

Xếp loại	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)	p
Trung bình (65- 83)	12 (37,5)	25 (78,1)	3 (9,4)	
Kém (< 65)	20 (62,5)	0 (0,0)	1 (3,1)	
Mean $\pm$ SD	64,1 $\pm$ 6,3	77,6 $\pm$ 5,8	89,4 $\pm$ 10,3	< 0,001
IKDC chủ quan				
A- Rất tốt ($\geq$ 84)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (40,6)	
B- Tốt (65- 83)	1 (3,1)	26 (81,2)	11 (34,4)	
C- Trung bình (50- 64)	22 (68,8)	6 (18,8)	5 (15,6)	
D- Kém (< 50)	9 (28,1)	0 (0,0)	3 (9,4)	
Mean $\pm$ SD	53,4 $\pm$ 6,2	70,6 $\pm$ 6,5	75,6 $\pm$ 14,5	< 0,001

Nhận xét: Cả hai thang điểm Lysholm và IKDC chủ quan đều cải thiện có ý nghĩa thống kê qua 3 thời điểm (Friedman test, $p < 0,001$), với tất cả các cặp so sánh liên tiếp đều đạt $p < 0,001$ sau hiệu chỉnh Bonferroni. Về Lysholm, điểm trung bình tăng từ 64,1 $\pm$ 6,3 tại 1 tháng lên 77,6 $\pm$ 5,8 tại 3 tháng và đạt 89,4 $\pm$ 10,3 tại 6 tháng.

Bảng 3.3. Khả năng quay lại thể thao theo thời điểm đánh giá

Chỉ số đánh giá	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)
1, Tỷ lệ quay lại thể thao (tích lũy)			
Quay lại thể thao	4 (12,5%)	14 (43,8%)	27 (84,4%)
Chưa quay lại	28 (87,5%)	18 (56,2%)	5 (15,6%)
Thời gian RTS- Mean $\pm$ SD	5,3 $\pm$ 0,5	5,9 $\pm$ 0,7	6,4 $\pm$ 0,9 (4,9- 7,8)
2, Tỷ lệ đạt từng mức độ hoạt động thể thao- n (%)			
Đi bộ, sinh hoạt hằng ngày	32 (100,0%)	32 (100,0%)	32 (100,0%)
Đạp xe tại chỗ / bơi lội	18 (56,2%)	28 (87,5%)	32 (100,0%)
Chạy bộ nhẹ trên mặt phẳng	4 (12,5%)	22 (68,8%)	30 (93,8%)
Thể thao cường độ cao (đá bóng, bóng rổ)	0 (0,0%)	14 (43,8%)	27 (84,4%)
Thi đấu cạnh tranh	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (62,5%)
3, Tiêu chí chức năng phục hồi- Mean $\pm$ SD			
ROM gấp gối (0)	78,0 $\pm$ 5,4	116,5 $\pm$ 6,9	128,6 $\pm$ 8,4
VAS đau (0- 10)	3,8 $\pm$ 1,1	1,9 $\pm$ 0,7	1,6 $\pm$ 1,2
Sức mạnh cơ tứ đầu (LSI %)	52,9 $\pm$ 6,6	76,5 $\pm$ 5,4	85,3 $\pm$ 7,3
Đạt cả 3 tiêu chí RTS*	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (65,6%)

Nhận xét: Tỷ lệ quay lại thể thao tăng dần từ 12,5% tại 1 tháng lên 43,8% tại 3 tháng và đạt 84,4% (27/32) tại 6 tháng, với thời gian RTS trung bình 6,4 $\pm$ 0,9 tháng. Mức độ hoạt động cũng cải thiện theo từng giai đoạn, từ đạp xe/bơi lội (56,2% tại 1 tháng) đến chạy bộ nhẹ (68,8% tại 3 tháng) và thể thao cường độ cao (84,4% tại 6 tháng).

Bảng 3.4: Kết quả phục hồi chức năng tổng hợp sau phẫu thuật khâu sụn chêm

Xếp loại	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)	p*
Rất tốt	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (25,0)	p<0,001
Tốt	0 (0,0)	2 (6,2)	20 (62,5)	
Trung bình	12 (37,5)	30 (93,8)	3 (9,4)	
Kém	20 (62,5)	0 (0,0)	1 (3,1)	
Tổng	32 (100,0)	32 (100,0)	32 (100,0)	

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng tổng hợp cải thiện rõ rệt qua từng thời điểm đánh giá (Friedman test, $p < 0,001$). Tại 1 tháng sau mổ, phần lớn bệnh nhân xếp loại kém (62,5%) và trung bình (37,5%). Đến tháng thứ 3, phân bố chuyển dịch tích cực với 93,8% đạt mức trung bình và 6,2% đạt mức tốt. Tại 6 tháng, 87,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt (25,0% rất tốt và 62,5% tốt).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 32 bệnh nhân với tuổi trung bình $34,3 \pm 13,6$ tuổi, tỷ lệ nam chiếm ưu thế (65,6%). Phân bố này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của rách sụn chêm, vốn gặp nhiều hơn ở nam giới trẻ tuổi có hoạt động thể thao cao. Sụn chêm ngoài là vị trí tổn thương chiếm đa số (65,6%).

Tỷ lệ thành công lâm sàng và tổng tỷ lệ lành sụn trong nghiên cứu này (90,6%) nằm ở giới hạn trên của khoảng báo cáo trong y văn quốc tế (70- 90%). Trần Hữu Dũng và cộng sự (2025) thực hiện nghiên cứu trên 40 bệnh nhân khâu sụn chêm bằng kỹ thuật từ ngoài vào trong tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cũng ghi nhận phần lớn bệnh nhân đạt mức tốt và rất tốt tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật [4]. Tỷ lệ thất bại 9,4% thấp hơn so với báo cáo của Lopez-Vidriero (2023) trên 119 bệnh nhân với theo dõi trung bình 7 năm (20,3%), điều này phản ánh xu hướng phổ biến trong y văn: phần lớn thất bại muộn xảy ra sau năm thứ hai, và kết quả ngắn hạn 6 tháng thường khả quan hơn kết quả dài hạn [5].

Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê của cả hai thang điểm Lysholm và IKDC qua 3 thời điểm đánh giá ($p < 0,001$) khẳng định hiệu quả của chương trình PHCN 5 giai đoạn được áp dụng. Điểm Lysholm trung bình đạt $89,4 \pm 10,3$ tại 6 tháng, với 87,5% bệnh nhân xếp loại tốt và rất tốt, tương đồng với kết quả của Willinger et al. (2019) trên 30 vận động viên trẻ (Lysholm $84,4 \pm 13,8$ tại 6 tháng, $p < 0,01$).

Trong nước, Phạm Ngọc Tú và cộng sự (2023) nghiên cứu cắt tạo hình sụn chêm tại Bệnh viện Quân y 103 ghi nhận kết quả rất tốt và tốt theo Lysholm đạt 93,3%, tuy nhiên đây là phẫu thuật cắt, không khâu bảo tồn nên kết quả chức năng ngắn hạn thường cao hơn do không cần tuân thủ phác đồ bảo vệ vết khâu [6]. So sánh với tổng quan hệ thống của Tagliero và cộng sự (2020) trên quần thể thiếu

niên (Lysholm 85- 96, IKDC 88- 92), điểm IKDC $75,6 \pm 14,5$ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, có thể do tuổi trung bình cao hơn ($34,3$ tuổi) và thời gian theo dõi giới hạn ở 6 tháng khi IKDC còn tiếp tục cải thiện ở các tháng tiếp theo [7].

Tỷ lệ RTS trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 84,4% tại 6 tháng với thời gian trung bình $6,4 \pm 0,9$ tháng. Tuy nhiên, chỉ 65,6% bệnh nhân đạt đồng thời cả 3 tiêu chí chức năng khách quan ($ROM \geq 1200$, $VAS \leq 2$, $LSI \geq 85\%$), cho thấy một phần bệnh nhân quay lại thể thao dựa trên đánh giá chủ quan trước khi đạt đủ tiêu chí phục hồi sinh cơ học. Đây là vấn đề có ý nghĩa lâm sàng, nhấn mạnh sự cần thiết của đánh giá đa tiêu chí trước khi quyết định cho phép RTS theo khuyến nghị của đồng thuận ESSKA-AOSSM- AASPT 2024 [8].

Nghiên cứu còn một số hạn chế với cỡ mẫu nhỏ ($n = 32$), thiết kế không có nhóm chứng, và thời gian theo dõi giới hạn 6 tháng chưa đủ để đánh giá tỷ lệ thất bại muộn hoặc tiến triển thoái hóa khớp. Vì vậy, các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và thiết kế so sánh sẽ cần thiết để củng cố giá trị của phác đồ PHCN được áp dụng.

V. 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 về cả lành sụn cấu trúc, phục hồi chức năng khớp gối và khả năng quay lại hoạt động thể thao trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật. Đề xuất nghiên cứu lớn hơn và nhân rộng quy trình rộng rãi tại các cơ sở phẫu thuật khớp gối, với khuyến nghị sử dụng bộ tiêu chí đánh giá đa chiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luvsannyam, E., et al (2022). Meniscus tear: Pathology, Incidence, and Management. Cureus. 14(5): p. e25121.

2. **Schweizer, Hanreich, C., Tscholl, P. M., Blatter, S.** (2024). Meniscal repair outcome in 3829 patients with a minimum follow-up from 2 years up to 5 years: A Meta-analysis on the overall failure rate and factors influencing failure. *Am J Sports Med.* 52(3): p. 822-831.
3. **Schwach, M et al** (2023). Return-to-sport criteria after isolated meniscus suture: Scoping review of the literature. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research.* 109(6): p. 103604.
4. **Trần Hữu Dũng, Phùng Ngọc** (2025). Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu sụn chêm qua nội soi bằng kỹ thuật từ ngoài vào trong. *Tạp chí Y Dược Huế.* 15(3):86–90.
5. **Zicaro, J.P., Garrido, N, Garcia-Mansilla,** (2023). Failure rate, return-to-sports and magnetic resonance imaging after meniscal repair: 119 patients with 7 years mean follow up. *World J Orthop.* 14(8): p. 612-620.
6. **Phạm Ngọc Tú.** (2023). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm rách do chấn thương tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam;*530(2). 2023.
7. **Tagliero, A. J., Kennedy, N. I., Leland, D. P.** (2020). Meniscus repairs in the adolescent population-safe and reliable outcomes: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 28(11): p. 3587-3596.
8. **Prill R, M.C., Wong SE, Beaufils P, Monllau JC, Arhos EK et al** (2025). The Formal EU-US Meniscus Rehabilitation 2024 Consensus: An ESSKA-AOSSM-AASPT Initiative Part II—Prevention, Nonoperative Treatment and Return to Sport. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine.* Jun;13(6).

ĐẶC ĐIỂM VI SINH VÀ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN GÂY BỆNH TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Trần Bình Yên¹, Nguyễn Phan Trọng Hiếu², Lê Thúy Quỳnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm trùng nặng, có tỷ lệ tử vong cao, trong đó việc lựa chọn kháng sinh phụ thuộc vào đặc điểm vi khuẩn và mức độ đề kháng tại từng cơ sở y tế.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm và mức độ đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu – cắt ngang trên 129 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết từ 05/2024 đến 05/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Kết quả: Tỷ lệ cấy máu dương tính chiếm 38,76%. Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế (60%) với *Escherichia coli* (16,00%) và *Klebsiella pneumoniae* (14,00%) là 2 tác nhân Gram âm phổ biến nhất. Còn ở nhóm Gram dương, *Staphylococcus* âm tính với coagulase (CoNS) chiếm tỷ lệ cao nhất (36,00%). Tình trạng đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được đánh giá là nghiêm trọng. *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ kháng rất cao đối với các Cephalosporin thế hệ 2,3 và Fluoroquinolon, tuy nhiên vẫn còn nhạy cảm với kháng sinh nhóm Carbapenem và Amikacin; *Enterobacter*

spp. đề kháng hoàn toàn với nhiều kháng sinh nhóm β – lactam và Trimethoprim/sulfamethoxazole. Riêng vi khuẩn CoNS đề kháng cao với kháng sinh Oxacillin, Erythromycin và Clindamycin, tuy vẫn còn nhạy với Vancomycin và Linezolid.

Kết luận: Vi khuẩn Gram âm là tác nhân chủ yếu gây nhiễm khuẩn huyết tại Khoa Hồi sức tích cực. Tình trạng đề kháng kháng sinh đáng lo ngại, đặc biệt với cephalosporin và fluoroquinolon, cần lưu ý trong điều trị thực nghiệm và xây dựng phác đồ kháng sinh hợp lý.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, kháng sinh đồ, Gram âm, Gram dương, Trà Vinh.

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PATHOGENIC BACTERIA IN SEPSIS PATIENTS AT THE ICU OF TRA VINH GENERAL HOSPITAL

Background: Sepsis is a severe infectious condition with high mortality, in which antibiotic selection depends on the bacterial spectrum and resistance pattern in each healthcare setting.

Objectives: To determine the prevalence and antibiotic resistance of bacterial strains causing bloodstream infections in patients treated at the Intensive Care Unit, Tra Vinh General Hospital.

Methods: This retrospective cross – sectional study included 129 patients diagnosed with sepsis between May 2024 and May 2025 at Tra Vinh General Hospital.

Results: The positive blood culture rate was 38.76%. Gram – negative bacteria predominated (60%), with

¹Trường Y Dược – Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Bình Yên

Email: drtranbinhyen@gmail.com

Mã bài: N511

Ngày nhận bài: 28/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026