

khả năng tuân thủ điều trị lâu dài.

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị tương đối cao cho thấy vai trò quan trọng của công tác giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chăm sóc và sự hỗ trợ từ nhân viên y tế cũng như gia đình người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh suy thận mạn chạy thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thành phố Hải Dương có tình trạng điều trị tương đối ổn định. Tuy nhiên, sức khỏe thể chất của người bệnh còn bị ảnh hưởng đáng kể và một số biến chứng trong quá trình lọc máu vẫn còn gặp với tỷ lệ tương đối cao.

Những phát hiện này cho thấy cần tăng cường các biện pháp chăm sóc toàn diện cho người bệnh suy thận mạn điều trị chạy thận nhân tạo. Nhân viên y tế cần chú trọng hơn đến việc giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chế độ sinh hoạt và hỗ trợ tâm lý nhằm giúp người bệnh thích nghi tốt hơn với quá trình điều trị.

Ngoài ra, cần khuyến khích sự tham gia của gia đình và cộng đồng trong việc chăm sóc người bệnh, từ đó góp phần nâng cao tình trạng sức khỏe và hỗ trợ người bệnh trong quá trình điều trị lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Thu Huyền** (2018). Đánh giá sự tuân thủ chế độ dinh dưỡng của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2018. Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Hoàng Vĩnh Phú, Võ Tam, Lê Văn Tiến và cộng sự** (2016). Khảo sát hội chứng chuyển hóa trên người bệnh đang lọc máu chu kỳ. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 6(5), tr7-11.
3. **Nguyễn Thị Dung** (2017). Thực trạng mệt mỏi và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại một số bệnh viện ở thành phố Nam Định năm 2017. Đề tài cấp cơ sở, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
4. **Vũ Thị Hồng Nhung** (2018). Thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. **Reilly J, et al.** Management of Chronic Kidney Disease. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System (UMHS); 2014.
6. **United States Renal Data System.** USRDS 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health; 2018.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ NỘI SOI KHỚP VAI Ở BỆNH NHÂN RÁCH CHÓP XOAY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Mai Đức Thuận¹, Nguyễn Quốc Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương trên cộng hưởng từ và nội soi khớp vai ở bệnh nhân rách chóp xoay được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 32 bệnh nhân rách chóp xoay được điều trị phẫu thuật từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, thăm khám lâm sàng, cộng hưởng từ trước mổ và biên bản phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung bình là 60,72 ± 10,32, nhóm ≥65 tuổi chiếm 59,37%. Đa số bệnh nhân không có tiền sử chấn thương (84,37%) và tổn thương chủ yếu ở vai phải (78%). Đau và yếu vai gặp ở tất cả bệnh nhân; VAS trung bình 6,68 ± 1,65; Jobe test dương tính ở 100% trường hợp. Trên cộng hưởng từ, tổn thương gân trên gai đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (65,62%); co rút gân độ I và thoái hóa mỡ độ I là hình thái thường gặp. Kích thước vết rách trung bình trên nội soi lớn hơn trên cộng hưởng từ ($p < 0,001$). Nội soi phát hiện

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com

Mã bài: N786

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

tổn thương đầu dài gân nhị đầu nhiều hơn cộng hưởng từ, trong khi tổn thương sụn viền và hẹp khoang dưới mỏm cùng có tỷ lệ tương đương giữa hai phương pháp.

Kết luận: Rách chóp xoay chủ yếu gặp ở người lớn tuổi, biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau vai và giảm chức năng vai. Cộng hưởng từ có giá trị cao trong đánh giá trước mổ, trong khi nội soi giúp xác định chính xác hơn kích thước vết rách và một số tổn thương phối hợp trong khớp vai.

Từ khóa: Rách chóp xoay; cộng hưởng từ; nội soi khớp vai; khớp vai.

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND LESION MORPHOLOGY ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) AND SHOULDER ARTHROSCOPY IN PATIENTS WITH ROTATOR CUFF TEARS WHO UNDERWENT SURGICAL TREATMENT AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and lesion morphology on magnetic resonance imaging (MRI) and shoulder arthroscopy in patients with rotator cuff tears who underwent surgical treatment at 108 Military Central Hospital.

Material and methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with rotator cuff tears who underwent surgical treatment from October 2024 to June 2025. Data were collected from medical records, clinical examinations, preoperative MRI findings, and operative reports.

Results: The mean age was 60.72 ± 10.32 years; 59.37% were aged ≥ 65 years, and 53% were female. Most patients had no history of shoulder trauma (84.37%) and had right-sided lesions (78%). Shoulder pain and weakness were present in all cases; mean VAS was 6.68 ± 1.65 , and the Jobe test was positive in 100%. On MRI, isolated supraspinatus tear was the most common finding (65.62%), with grade I tendon retraction (78.12%) and Goutallier grade I fatty infiltration (68.75%) predominating. Mean tear size on arthroscopy was significantly greater than on MRI (3.34 ± 1.10 cm vs 3.12 ± 1.08 cm, $p < 0.001$). Arthroscopy detected more long head of biceps lesions than MRI, whereas labral lesions and subacromial space narrowing showed similar rates.

Conclusion: Rotator cuff tears were observed mainly in elderly patients, with shoulder pain and functional impairment being the predominant clinical manifestations. MRI is highly valuable for preoperative assessment, whereas arthroscopy allows more accurate determination of actual tear size and certain associated intra-articular lesions.

Keywords: Rotator cuff tear; magnetic resonance imaging; shoulder arthroscopy; shoulder joint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là một trong những bệnh lý thường gặp nhất của khớp vai, đặc biệt ở người trung niên và cao tuổi, gây đau và hạn chế tầm vận động, từ đó ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh¹⁻⁵.

Nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp, tổn thương có xu hướng tiến triển, giảm khả năng phục hồi chức năng khớp vai⁶.

Trên lâm sàng, rách chóp xoay có biểu hiện khá đa dạng nhưng thường không đặc hiệu. Vì vậy, chẩn đoán hình ảnh giữ vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương. Cộng hưởng từ cho phép khảo sát vị trí rách, mức độ tổn thương, và các thương tổn phối hợp, góp phần định hướng chỉ định và chiến lược điều trị. Bên cạnh đó, nội soi khớp vai cho phép quan sát trực tiếp tổn thương, đánh giá chính xác hình thái rách và xử trí đồng thời trong phẫu thuật^{7,8}.

Hiện nay, phẫu thuật nội soi được áp dụng rộng rãi trong điều trị rách chóp xoay nhờ ưu điểm ít xâm lấn, đánh giá được toàn diện tổn thương trong khớp và hỗ trợ phục hồi chức năng sớm sau mổ. Tuy nhiên, để tối ưu hóa kết quả điều trị, việc mô tả đầy đủ đặc điểm lâm sàng cũng như hình thái tổn thương trên cộng hưởng từ và nội soi vẫn có ý nghĩa thực tiễn quan trọng trong chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp. Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương trên cộng hưởng từ và nội soi khớp vai ở bệnh nhân (BN) rách chóp xoay được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 32 BN rách chóp xoay được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán rách chóp xoay dựa trên thăm khám lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ, có chỉ định điều trị phẫu thuật và hồ sơ bệnh án đầy đủ. Tiêu chuẩn loại trừ: BN có hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không đủ dữ liệu lâm sàng hoặc hình ảnh phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu. Các thông tin nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả thăm khám lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ trước mổ và biên bản phẫu thuật.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của BN, triệu chứng lâm sàng, các nghiệm pháp thăm khám khớp vai, đặc điểm tổn thương chóp xoay trên cộng hưởng từ, hình thái tổn thương ghi nhận qua phẫu thuật và mối liên quan giữa cộng hưởng từ với tổn thương quan sát được trong mổ.

2.3. Đánh giá kết quả

Đặc điểm lâm sàng được đánh giá dựa trên triệu chứng đau, hạn chế vận động, giảm sức cơ và các nghiệm pháp thăm khám chớp xoay. Hình thái tổn thương được đánh giá trên cộng hưởng từ và đối chiếu với tổn thương ghi nhận trong phẫu thuật, bao gồm vị trí gân tổn thương, mức độ rách, kích thước vết rách, mức độ co rút gân và các tổn thương phối hợp.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn; các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Trong các phép phân tích thống kê, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm BN là $60,72 \pm 10,32$ tuổi, nhỏ nhất 40 tuổi và lớn nhất 81 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 65 chiếm tỷ lệ chủ yếu với 19/32 BN (59,37%). Về giới tính, chúng tôi ghi nhận 15 BN nam (47%) và 17 BN nữ (53%), tỷ lệ nữ/nam là 1,13. Về tiền sử chấn thương, có 5 BN khai thác được có tiền sử chấn thương khớp vai (15,63%), 27 BN còn lại đều có không có tiền sử chấn thương rõ ràng. Tổn thương chủ yếu ở vai phải (78%). Trước phẫu thuật, đa số BN đã được điều trị bảo tồn, chủ yếu bằng thuốc giảm đau (87,5%). Tỷ lệ BN tiêm khớp và tập vật lý trị liệu lần lượt là 18,75% và 12,5%; chỉ 6,25% BN chưa được điều trị bằng phương pháp nào trước mổ.

Các đặc điểm chung của BN được trình bày chi tiết trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ($n = 32$)

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Tuổi (năm)		
< 65	13	40,63%
≥ 65	19	59,37%
± SD (min – max)	60,72 ± 10,32 (40 – 81)	
Giới		
Nam	15	47%
Nữ	17	53%
Tiền sử chấn thương khớp vai		
Có tiền sử chấn thương	5	15,63%

Không có tiền sử chấn thương	27	84,37%
Bên tổn thương		
Vai trái	7	22%
Vai phải	25	78%
Phương pháp điều trị trước phẫu thuật		
Tập vật lý trị liệu	4	12,50%
Thuốc giảm đau	28	87,50%
Tiêm khớp vai	6	18,75%
Không	2	6,25%

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Đau vai là triệu chứng cơ năng gặp ở 100% BN, với VAS trung bình trước mổ là $6,68 \pm 1,65$. Yếu vai bên tổn thương được ghi nhận ở toàn bộ trường hợp nghiên cứu. Trong các đặc điểm đau vai, đau nhiều về đêm và gần sáng, đồng thời đau khi dạng vai và giảm khi đưa tay quá tầm, chiếm 96,88%.

Về triệu chứng thực thể, cơ lực vai bên tổn thương theo thang điểm MRC chủ yếu ở mức 4/5, chiếm 59,37%. Trong các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng, Jobe test dương tính ở toàn bộ BN, Yocum test ở 59,38%, Lift-off test ở 46,88%, Speed test ở 37,50%, Patte test ở 21,86% và Dropping arm test ở 3,13%.

Các đặc điểm lâm sàng được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ($n = 32$)

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
VAS trước phẫu thuật		
Nhẹ	2	6,25%
Trung bình	10	31,25%
Nặng	19	59,38%
Rất nặng	1	3,12%
± SD (min – max)	6,68 ± 1,65 (3 – 9)	
Cơ lực vai bên tổn thương theo MRC		
2/5	1	3,13%
3/5	12	37,50%
4/5	19	59,37%
Nghiệm pháp thăm khám dương tính		
Jobe test	32	100%

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Patte test	7	21,86%
Lift off test	15	46,88%
Yocum test	19	59,38%
Speed test	12	37,50%
Dropping arm test	1	3,13%

3.3. Tổn thương trên cộng hưởng từ và nội soi khớp vai.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ ($n = 32$)

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Phân loại tổn thương gân		
Gân trên gai đơn thuần	21	65,62%
Gân trên gai kết hợp gân khác	11	34,38%

Đặc điểm	Bệnh nhân	
	n	%
Mức độ co rút gân		
Độ I	25	78,12%
Độ II	6	18,75%
Độ III	1	3,13%
Phân độ thoái hóa mỡ theo Goutallier		
Độ 0	0	0%
Độ 1	22	68,75%
Độ 2	5	15,62%
Độ 3	4	12,50%
Độ 4	1	3,13%

Nhận xét: Trên cộng hưởng từ, tổn thương gân trên gai đơn thuần chiếm ưu thế, gặp ở 65,62% BN, các trường hợp còn lại là tổn thương gân trên gai kết hợp gân khác. Về mức độ co rút gân, độ I là chủ yếu với 78,12%, trong khi độ II và III chỉ gặp ở tỷ lệ thấp. Theo phân loại Goutallier, thoái hóa mỡ độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (68,75%); các mức độ nặng ít gặp hơn và không ghi nhận trường hợp độ 0.

Bảng 4. Đối chiếu kết quả MRI và nội soi khớp vai ($n = 32$)

Đặc điểm		MRI (n, %)	Nội soi (n, %)	p
Kích thước rách trung bình (cm)		3,12 ± 1,08 cm	3,34 ± 1,10 cm	< 0,001
Tổn thương sụn viền	Có tổn thương	4 (12,50%)	4 (12,50%)	0,625
	Không tổn thương	28 (87,50) %	28 (87,50%)	
Tổn thương đầu dài nhị đầu	Có tổn thương	3 (9,38%)	5 (15,63%)	0,625
	Không tổn thương	29 (90,62%)	27 (84,37%)	
Hẹp khoang dưới mỏm cùng	Có hẹp khoang	21 (65,63%)	21 (65,63%)	0,625
	Không hẹp khoang	11 (34,37%)	11 (34,37%)	

Nhận xét: Kích thước vết rách trung bình đo trên nội soi là 3,34 ± 1,10 cm, lớn hơn so với trên phim MRI là 3,12 ± 1,08 cm; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Tỷ lệ phát hiện tổn thương sụn viền trên MRI và nội soi là tương đương nhau, đều gặp ở 4/32 BN, chiếm 12,50%. Tương tự, hẹp khoang dưới mỏm cùng được ghi nhận ở cả MRI và nội soi với cùng tỷ lệ 65,63%. Đối với tổn thương đầu dài gân nhị đầu, có 5 bệnh nhân phát hiện qua nội soi khớp vai trong đó có 2 trường hợp thấy được thương tổn trên MRI. Ngược lại, có 3 trường hợp có tổn thương trên MRI từ nhưng thực tế chỉ có 2 trường hợp thấy qua nội soi khớp vai; sự khác biệt này không có ý nghĩa với $p = 0,625$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 60,72 ± 10,32 tuổi, trong đó nhóm ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu (59,37%). Kết quả này cho thấy rách chóp

xoay gặp chủ yếu ở người lớn tuổi, phù hợp với cơ chế bệnh sinh liên quan đến thoái hóa gân, giảm tưới máu và sử dụng vai kéo dài theo thời gian^{1,2,4}. Về giới tính, nữ chiếm 53%, tỷ lệ nữ/nam là 1,13, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phan và Tăng Hà Nam Anh (lần lượt là 1,33 và 1,37)^{2,4}. Nhìn chung, sự khác biệt giữa hai giới không lớn và chưa có đủ

cơ sở để xem giới tính là yếu tố nguy cơ độc lập của rách chóp xoay³.

Đa số BN không có tiền sử chấn thương khớp vai (84,37%), gợi ý vai trò nổi bật của cơ chế thoái hóa trong bệnh lý này. Nhận xét này cũng phù hợp với kết luận của Tăng Hà Nam Anh, cho rằng chấn thương thường chỉ là yếu tố thuận lợi làm bộc lộ tổn thương trên nền gân đã suy yếu từ trước⁴. Trước phẫu thuật, phần lớn BN đã được điều trị bảo tồn, chủ yếu nội khoa bằng thuốc giảm đau và tập vật lý trị liệu, phù hợp với thực hành lâm sàng hiện nay khi điều trị bảo tồn thường được ưu tiên trước khi cân nhắc phẫu thuật^{3,4,6}.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau vai là triệu chứng lâm sàng nổi bật, với mức độ đau trước mổ chủ yếu ở mức nặng và VAS trung bình $6,68 \pm 1,65$. Đau nhiều về đêm và gân sáng, làm ảnh hưởng rõ đến sinh hoạt và giấc ngủ của người bệnh. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Minns Lowe và cộng sự, cho rằng đau là lý do chính khiến BN rách chóp xoay đến khám và điều trị, đặc biệt khi đau tăng về đêm hoặc khi vận động vai⁵. Về cơ lực vai bên tổn thương, đa số BN có cơ lực 4/5 hoặc 3/5, cho thấy phần lớn trường hợp đã có giảm chức năng vai rõ nhưng chưa ở giai đoạn mất chức năng nặng..

Trong các nghiệm pháp thăm khám, Jobe test dương tính ở toàn bộ BN và là nghiệm pháp gặp nhiều nhất. Kết quả này phù hợp với đặc điểm tổn thương hình thái của nhóm nghiên cứu, khi tổn thương gân trên gai chiếm ưu thế^{1,2,4}. Yocum test và Lift-off test cũng gặp với tỷ lệ tương đối cao, gợi ý khả năng có chèn ép dưới mỏm cùng hoặc tổn thương phối hợp của gân dưới vai. Trong khi đó, Patte test, Speed test và đặc biệt Dropping arm test gặp ít hơn, cho thấy đa số BN chưa có tổn thương rất lớn chóp xoay hoặc mất chức năng khớp vai nặng.

4.3. Tổn thương trên cộng hưởng từ và nội soi khớp vai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên cộng hưởng từ, tổn thương gân trên gai đơn thuần chiếm tỷ lệ chủ yếu. Kết quả này phù hợp với đặc điểm giải phẫu và cơ sinh học của chóp xoay, trong đó gân trên gai là vị trí dễ bị tổn thương nhất do chịu tải nhiều, dễ bị chèn ép dưới mỏm cùng và có tình trạng giảm tưới máu theo tuổi, đặc biệt tại “vùng nguy kịch” (critical zone)^{9,10}. Nhận định này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, khi đều ghi nhận gân trên gai là gân bị tổn thương thường gặp nhất trong bệnh lý rách chóp xoay^{2,4}.

Phần lớn BN trong nghiên cứu có mức độ co rút

gân độ I (78,12%), trong khi độ II và III chỉ gặp ở tỷ lệ thấp. Kết quả này cho thấy đa số trường hợp được can thiệp khi tổn thương chưa tiến triển đến giai đoạn co rút nặng, tạo điều kiện thuận lợi hơn cho phục hồi giải phẫu gân trong phẫu thuật. Nhận xét này cũng phù hợp với tình trạng thoái hóa mỡ chủ yếu ở mức độ nhẹ, khi đa số BN thuộc Goutallier độ I (68,75%). Các nghiên cứu trước đây cho thấy mức độ co rút gân tăng dần theo mức độ thoái hóa mỡ; ở giai đoạn muộn, co rút không chỉ do ngắn các sợi cơ mà còn do ngắn chính phần gân còn lại, từ đó ảnh hưởng đến khả năng khâu phục hồi và tiên lượng kết quả điều trị¹¹.

Khi đối chiếu cộng hưởng từ với nội soi, kích thước vết rách trung bình trên nội soi ($3,34 \pm 1,10$ cm) lớn hơn so với trên cộng hưởng từ ($3,12 \pm 1,08$ cm), sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Kết quả này cho thấy cộng hưởng từ có xu hướng đánh giá thấp nhẹ kích thước thực tế của tổn thương, nhưng vẫn có giá trị tốt trong đánh giá trước mổ, đặc biệt trong định hướng vị trí rách, mức độ co rút và lập kế hoạch phẫu thuật^{4,7,8}.

Đối với các tổn thương phối hợp, tỷ lệ tổn thương sụn viền trên cộng hưởng từ và nội soi là tương đương nhau. Trong khi đó, tổn thương đầu dài gân nhị đầu được phát hiện qua nội soi nhiều hơn cộng hưởng từ, dù sự khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,625$). Kết quả này gợi ý rằng nội soi có ưu thế hơn trong phát hiện trực tiếp một số tổn thương phần mềm kín đáo trong khớp vai, phù hợp với nhận định của một số tác giả rằng mức độ phù hợp giữa MRI và nội soi thay đổi tùy loại tổn thương và chất lượng kỹ thuật chụp^{7,8}. Riêng tình trạng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai được ghi nhận tương tự trên cả hai phương pháp, cho thấy sự phù hợp đáng tin cậy giữa cộng hưởng từ và nội soi trong đánh giá tổn thương này¹².

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 BN rách chóp xoay được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Rách chóp xoay gặp chủ yếu ở nhóm BN lớn tuổi, với tuổi trung bình $60,72 \pm 10,32$ tuổi; nữ nhiều hơn nam. Đa số BN không có tiền sử chấn thương khớp vai rõ ràng. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau, yếu vai, với VAS trung bình $6,68 \pm 1,65$. Jobe test dương tính ở tất cả BN.

Trên cộng hưởng từ, tổn thương gân trên gai đơn thuần chiếm ưu thế; đa số trường hợp có co rút gân độ I và thoái hóa mỡ độ I theo Goutallier.

Kích thước vết rách trung bình trên nội soi lớn hơn trên cộng hưởng từ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

($p < 0,001$). Nội soi cũng phát hiện tổn thương đầu dài gân nhị đầu nhiều hơn cộng hưởng từ, trong khi tổn thương sụn viền và hẹp khoang dưới môm cùng có tỷ lệ tương đương giữa hai phương pháp.

Nhìn chung, cộng hưởng từ có giá trị cao trong đánh giá trước mổ về hình thái tổn thương chóp xoay, đặc biệt là vị trí rách, mức độ co rút và thoái hóa mỡ; trong khi nội soi giúp xác định chính xác hơn kích thước thực tế của vết rách và các tổn thương phối hợp trong khớp. Sự kết hợp giữa hai phương pháp có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch điều trị và lựa chọn chiến lược phẫu thuật phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Đình Mừng.** *Nghiên Cứu Đặc Điểm Tổn Thương, Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Điều Trị Rách Chóp Xoay.* Luận án Tiến sĩ y học. Học viện Quân Y; 2020.
2. **Nguyễn Văn Phan.** *Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Rách Chóp Xoay Bằng Phẫu Thuật Nội Soi.* Luận văn Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
3. **Võ Thành Toàn, Đặng Phan Vĩnh Toàn, Nguyễn Thiên Đức, Võ Toàn Phúc.** Đánh giá kết quả nội soi điều trị rách chóp xoay. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;530(1). doi:10.51298/vmj.v530i1.6579
4. **Tăng Hà Nam Anh.** *Kết Quả Điều Trị Rách Chóp Xoay qua Nội Soi.* Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2014.
5. **Catherine J Minns Lowe, Jane Moser, Karen Barker.** Living with a symptomatic rotator cuff tear 'bad days, bad nights': a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014;15(1):228. doi:10.1186/1471-2474-15-228
6. **Robert Z. Tashjian.** Epidemiology, Natural History, and Indications for Treatment of Rotator Cuff Tears. *Clin Sports Med.* 2012;31(4):589-604. doi:10.1016/j.csm.2012.07.001
7. **Chiranjeevi S Gowda, Kiyana Mirza, Dev A Galagali.** Rotator Cuff Tears: Correlation Between Clinical Examination, Magnetic Resonance Imaging and Arthroscopy. *Cureus.* Published online March 12, 2024. doi:10.7759/cureus.56065
8. **Sepideh Sefidbakht, Omid Reza Momenzadeh, Sakineh Dehghani, Hadi Gerami.** MRI-Arthroscopic Correlation in Rotator Cuff Tendon Pathologies; A Comparison between Various Centers. *Arch Bone Jt Surg.* 2016;4(2):141-144.
9. **Rathbun JB, Macnab I.** The microvascular pattern of the rotator cuff. *J Bone Joint Surg Br.* 1970;52(3):540-553.
10. **Ernest Amory Codman.** *The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus Tendon and Other Lesions in or about the Subacromial Bursa.* Repr. of the supplemented ed. 1934. Kreiger; 1984.
11. **Dominik C. Meyer, Mazda Farshad, Nadja A. Amacker, Christian Gerber, Karl Wieser.** Quantitative Analysis of Muscle and Tendon Retraction in Chronic Rotator Cuff Tears. *Am J Sports Med.* 2012;40(3):606-610. doi:10.1177/0363546511429778
12. **Nabieu PF, Sitati F, Sicot D, Gakuya EM, Mutiso VM.** A Multicenter study comparing the accuracy of MRI to Arthroscopy for the diagnosis of Glenohumeral Joint Pathologies. *East Afr Orthop J.* 2021;15(1).

TÁC ĐỘNG CỦA CẤU TRÚC CHI PHÍ VÀ CHÍNH SÁCH VĨ MÔ ĐẾN TỰ CHỦ TÀI CHÍNH BỆNH VIỆN CÔNG: TRƯỜNG HỢP BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 (2022–2025)

Phạm Đình Nguyên^{1*}, Đặng Thanh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích tác động của cấu trúc chi phí và các chính sách vĩ mô, đặc biệt cơ chế thanh toán bảo hiểm y tế (BHYT) và giá dịch vụ y tế, đến năng lực tự chủ tài chính của bệnh viện công lập tại Việt Nam.

¹Bệnh viện Nhi đồng 1

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Nguyên

Email: nguyendpd@nhidong.org.vn

Mã bài: **N762**

Ngày nhận bài: 13/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tình huống được thực hiện tại Bệnh viện Nhi đồng 1 giai đoạn 2022–2025 theo thiết kế hỗn hợp tuần tự giải thích. Dữ liệu định lượng gồm báo cáo tài chính theo tháng ($n = 48$); dữ liệu định tính gồm 7 phỏng vấn sâu với đại diện Sở Y tế, Ban Giám đốc và lãnh đạo các phòng chức năng. Mô hình hồi quy chuỗi thời gian gián đoạn (Interrupted Time Series – ITS) được sử dụng để đánh giá tác động của thay đổi chính sách đến hiệu quả tài chính bệnh viện.

Kết quả: Giai đoạn 2022–2025, tổng thu bệnh viện tăng 54,6%, trong khi tổng chi tăng 98,0%, chủ yếu do gia tăng chi phí nhân sự, vật tư tiêu hao và đầu tư kỹ thuật cao. Doanh thu khám chữa bệnh và dịch vụ chiếm trên