

KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở NHỮNG SẢN PHỤ CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Lê Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Bích Hồng², Nguyễn Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí sản khoa và đặc điểm sơ sinh ở sản phụ có đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 sản phụ được chẩn đoán ĐTĐTK điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định từ 01/01/2025 đến 31/12/2025.

Kết quả: Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm ưu thế với 71,9%, trong đó chỉ định do thai to là phổ biến nhất (38,0%). Nhóm thai phụ điều trị ĐTĐTK bằng Insulin có tỷ lệ mổ lấy thai là 90,3%; cao hơn nhóm điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập (tỷ lệ đẻ mổ trong nhóm này là 66%). Có mối liên quan giữa phương pháp điều trị và cách thức đẻ của đối tượng nghiên cứu (do $p < 0,05$). Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh sau đẻ là 3450 ± 420 gram, nhóm thai > 4000 gram chiếm tỷ lệ 18,8%.

Kết luận: Thai phụ ĐTĐTK có tỷ lệ mổ lấy thai cao, đặc biệt ở nhóm điều trị bằng Insulin. Biến chứng thai to là thách thức chính trong xử trí sản khoa tại địa phương, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa sản khoa và sơ sinh.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, mổ lấy thai.

SUMMARY

OBSTETRIC OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

The purpose of this study was to assess the obstetric outcomes and newborn features of pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital.

Subjects and methods: From January 1 to December 31, 2025, a cross-sectional descriptive study was conducted on 128 pregnant women with GDM treated at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital.

Results: The cesarean section rate was 71.9%, with macrosomia as the primary indication (38.0%). Insulin-treated GDM patients had a higher cesarean

section rate (90.3%) compared to those managed with diet and exercise (66%). Treatment and delivery methods significantly correlated ($p < 0.05$). Newborns averaged 3450 ± 420 grams at birth, with 18.8% exceeding 4000 grams.

In conclusion, gestational diabetes, especially when treated with insulin, is associated with high Cesarean section rates. Macrosomia poses a considerable challenge in local obstetric management, requiring close collaboration between obstetrics and neonatology.

Keywords: Gestational diabetes, cesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một trong những rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất trong thai kỳ, có liên quan trực tiếp đến sự gia tăng các kết cục sản khoa bất lợi.[1] Theo báo cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2021, tỷ lệ rối loạn dung nạp Glucose trong thai kỳ chiếm khoảng 16,7% tổng số phụ nữ mang thai. Tại Việt Nam, các nghiên cứu đa trung tâm ghi nhận tỷ lệ này dao động từ 15% đến 20,3%[2], đặt ra áp lực lớn đối với công tác quản lý thai nghén và dự phòng biến chứng. Đối với sơ sinh, con của các thai phụ ĐTĐTK đối mặt với nhiều nguy cơ ngay sau sinh như hạ đường huyết, hạ canxi máu, suy hô hấp. Do đó, việc quản lý thai kỳ, lựa chọn thời điểm và phương pháp xử trí sản khoa phù hợp đóng vai trò then chốt trong việc cải thiện tiên lượng cho cả sản phụ và sơ sinh. Bệnh viện Phụ sản Nam Định là một trong những bệnh viện chuyên khoa phụ sản tỉnh, nơi tiếp nhận và điều trị một lượng lớn thai phụ có đái tháo đường thai kỳ. Mặc dù công tác sàng lọc và quản lý ĐTĐTK đã được triển khai thường quy, nhưng việc tổng kết, đánh giá các kết cục sản khoa và đặc điểm sơ sinh tại đây vẫn cần những dữ liệu mới nhất để tối ưu hóa quy trình điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả xử trí sản khoa ở những sản phụ có đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định” để cung cấp số liệu thực tế tại cơ sở cho mục tiêu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

¹ Bệnh viện Quốc tế Mặt Trời

² Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Vân

Email: thanhvanle8791@gmail.com

Mã bài: N621

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

Nghiên cứu được tiến hành trên các sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản phụ khoa Quốc tế (FIGO) và Bộ Y tế Việt Nam (nghiệm pháp dung nạp 75g Glucose đường uống bất thường ở tuần thai 24 – 28 hoặc thời điểm bất kỳ trong thai kỳ).

- Sản phụ trực tiếp đẻ đường dưới hoặc phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông số về quá trình theo dõi đường huyết, phương pháp điều trị và kết cục sơ sinh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ có tiền sử đái tháo đường từ trước khi mang thai (Type 1 hoặc Type 2).

- Thai phụ mắc các bệnh lý nội khoa mạn tính nặng (suy thận, bệnh lý tim mạch, rối loạn đông máu) hoặc các bệnh lý cấp tính gây nhiều kết quả nghiên cứu.

- Thai nhi có dị tật bẩm sinh nặng được chẩn đoán trước sinh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Đẻ và khoa Sơ sinh – Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

- Thời gian: Từ ngày 01/01/2025 đến ngày 31/12/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp.

- Cỡ mẫu: cách chọn mẫu thuận tiện: Lấy tất cả những thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Phương pháp điều trị: Chia thành 02 nhóm chính: Nhóm kiểm soát bằng chế độ ăn/luyện tập và nhóm điều trị bằng Insulin.

- Xử trí sản khoa: Phương pháp đẻ (đẻ thường/mổ lấy thai); các chỉ định mổ lấy thai cụ thể (thai to, sẹo mổ cũ, suy thai, thất bại khởi phát chuyển dạ...).

- Chỉ số sơ sinh: Trọng lượng sơ sinh (gram); Phân nhóm cân nặng (< 2500g, 2500-3500g, 3501-4000g, > 4000g); chỉ số Apgar 1 phút và 5 phút

2.5. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Công cụ: Sử dụng bệnh án nghiên cứu thống nhất được thiết kế sẵn.

- Quy trình: Số liệu được thu thập bằng phương pháp tiến cứu kết hợp hồi cứu bệnh án.

- Cân nặng sơ sinh được xác định bằng cân điện tử tiêu chuẩn ngay sau khi kẹp rốn. Chỉ số Apgar được đánh giá bởi bác sĩ sản khoa và điều dưỡng sơ sinh tại phòng đẻ/phòng mổ.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm cho các biến định tính; giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean±SD) cho các biến định lượng. Sử dụng kiểm định Khi bình phương (χ^2) Fisher.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích báo cáo khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2025 đến 31/12/2025, có 128 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, kết quả nghiên cứu được thống kê trong các bảng, biểu đồ sau:



Biểu đồ 3.1. Phương pháp đẻ của thai phụ đái tháo đường thai kỳ

Nhận xét: Có 92 trường hợp mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 71,9%, tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 28,1%.

Bảng 3.2. Chỉ định mổ lấy thai của đối tượng nghiên cứu

Chỉ định mổ lấy thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thai to (Dự kiến trọng lượng > 3800g)	35	38,0
Sẹo mổ cũ trên tử cung	24	26,1
Suy thai cấp/Thay đổi màu sắc nước ối	15	16,3
Thất bại khi khởi phát chuyển dạ	12	13,1
Ngôi thai bất thường và chỉ định khác	6	6,5
Tổng	92	100

Nhận xét: Trong các chỉ định mổ lấy thai của đối tượng nghiên cứu, chỉ định mổ do thai to chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,0%. Chỉ định do thất bại khi khởi phát chuyển dạ chiếm 13,1%, và chỉ định do sẹo mổ cũ chiếm 26,1% tổng số trường hợp.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và cách thức đẻ của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp điều trị	Cách thức đẻ		Tổng	p
	Đẻ đường âm đạo	Đẻ mổ		
Điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập	33 (34,0%)	64 (66,0%)	97 (100%)	0,009<0,05
Sử dụng Insulin	3 (9,7%)	28 (90,3%)	31 (100%)	
Tổng	36 (28,1%)	92 (71,9%)	128 (100%)	

Nhận xét: Nhóm thai phụ điều trị ĐTĐ thai kỳ bằng Insulin có tỷ lệ mổ lấy thai là 90,3%; cao hơn so với nhóm điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập (tỷ lệ đẻ mổ trong nhóm này là 66%). Có mối liên quan giữa phương pháp điều trị và cách thức đẻ của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (do p=0,009<0,05).

Bảng 3.4. Đặc điểm sơ sinh sau đẻ

Đặc điểm sơ sinh sau đẻ		Số lượng (n=128)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng sơ sinh	< 2500 gram	5	3,9
	2500 – 3500 gram	78	60,9
	3501 – 4000 gram	21	16,4
	> 4000 gram	24	18,8
Cân nặng trung bình Min-Max		3450±420 gram 1950 gram-5100 gram	
Chỉ số Apgar 1 phút	< 7 điểm	12	9,4
	≥ 7 điểm	116	90,6
Chỉ số Apgar 5 phút	< 7 điểm	7	5,5
	≥ 7 điểm	121	94,5

Nhận xét: Về cân nặng: Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh sau đẻ là 3450±420 gram, nhẹ nhất là 1950 gram, nặng nhất là 5100 gram. Tổng tỷ lệ trẻ có cân nặng trên mức bình thường (> 3500g) là 35,2%. Trong đó, nhóm thai rất to (> 4000 gram) chiếm tỷ lệ 18,8%. Về tình trạng sức khỏe sơ sinh: tỷ lệ Apgar 5 phút ≥ 7 điểm là 94,5%. Có 5,5% số trường hợp trẻ có chỉ số Apgar thấp sau 5 phút (< 7 điểm).

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp dinh chỉ thai nghén và chỉ định mổ lấy thai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 92 trường hợp mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 71,9%, tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 28,1% (biểu đồ 3.1). Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Mai (2023), tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu là 74,3%.[3] Sự duy trì tỷ lệ mổ lấy thai ở mức cao (trên 70%) phản ánh thực trạng quản lý thai kỳ nguy cơ cao tại các Bệnh viện chuyên khoa như Bệnh viện Phụ sản Nam Định. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với tỷ lệ mổ lấy thai chung tại Việt Nam (thường dao động từ 12-37%)[4], cho thấy ĐTĐTK là một yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy chỉ định can thiệp ngoại khoa. Nguyên nhân hàng đầu dẫn đến chỉ định mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là thai to (chiếm 38,0%) (bảng 3.1). Điều này có thể giải

thích qua cơ chế sinh lý bệnh: tình trạng tăng đường huyết ở mẹ dẫn đến tăng insulin huyết ở thai nhi, kích thích sự tăng trưởng quá mức của các tổ chức mô mềm, đặc biệt là vùng vai và bụng. So với nghiên cứu của Landon và cộng sự (2015), việc chủ động mổ lấy thai khi dự kiến trọng lượng thai lớn giúp giảm thiểu đáng kể nguy cơ kẹt vai và sang chấn sản khoa. [5] Tại bệnh viện Phụ sản Nam Định, việc ưu tiên mổ lấy thai cũng phản ánh tâm lý thận trọng của cả thầy thuốc và gia đình trước một thai kỳ bệnh lý. Bên cạnh đó, chỉ định do sẹo mổ cũ chiếm 26,1%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2021) là 32,03%[6]. Sự kết hợp giữa tiền sử mổ lấy thai và bệnh lý ĐTĐTK khiến các nhà lâm sàng ưu tiên lựa chọn phẫu thuật chủ động để tránh các biến cố nguy hiểm như vỡ tử cung hoặc suy thai trong chuyển dạ kéo dài.

Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và cách thức đẻ

Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt rõ rệt về phương pháp đẻ giữa nhóm điều trị bằng chế độ ăn và nhóm dùng Insulin. Nhóm thai phụ điều trị ĐTĐ thai kỳ bằng Insulin có tỷ lệ mổ lấy thai là 90,3%; cao hơn so với nhóm điều chỉnh chế độ ăn và luyện tập (tỷ lệ đẻ mổ trong nhóm này là 66%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (do $p=0,009<0,05$). (bảng 3.3). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Cunningham (2021) trong giáo trình *Williams Obstetrics*, khẳng định rằng nhu cầu sử dụng Insulin là một chỉ báo cho tình trạng rối loạn chuyển hóa nặng, thường đi kèm với đa ối và thai to, từ đó làm tăng chỉ định phẫu thuật [7]. Việc kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu bằng chế độ ăn buộc phải can thiệp thuốc, điều này thường phản ánh sự kháng Insulin mạnh mẽ hoặc phát hiện bệnh muện.

Đặc điểm sơ sinh sau đẻ

Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh sau đẻ là 3450 ± 420 gram, nhẹ nhất là 1950 gram, nặng nhất là 5100 gram. Tổng tỷ lệ trẻ có cân nặng trên mức bình thường ($> 3500g$) là 35,2%. Trong đó, nhóm thai rất to (> 4000 gram) chiếm tỷ lệ 18,8%. (bảng 3.4). Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh lúc đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thanh Tâm là $3400 \pm 600g$ [3]. Theo Crowther và cộng sự, khi so sánh kết quả của 490 thai phụ ĐTĐTK được kiểm soát và điều trị và 510 thai phụ không được chăm sóc thường quy thì ở những thai phụ ĐTĐTK nếu kiểm soát tốt Glucose máu mẹ làm giảm cân nặng trung bình lúc sinh một cách có ý nghĩa [8]. Tỷ lệ sản phụ có cân nặng trẻ lúc sinh từ 4000g trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn tác giả Lê Thị Thanh Tâm: 45 trên 308 trẻ có cân nặng từ 4000g trở lên, chiếm 14,6% [3]. Thai to tập trung tại một số bộ phận như vai, ngực, cánh tay, bụng, đùi và má. Siêu âm trước sinh dựa vào đo kích thước vòng bụng, độ dày mô mềm ở vai ($>12mm$) có giá trị hơn là đo đường kính lưỡng đỉnh và chiều dài xương đùi. Thai to ở bà mẹ ĐTĐTK là một biến chứng thường gặp, gây nhiều nguy cơ trong cuộc đẻ, như tăng tỷ lệ mổ đẻ, cắt rốn hoặc rách tầng sinh môn, ngạt sơ sinh,... Điều trị kiểm soát đường huyết tốt làm giảm đáng kể tỉ lệ thai to. Do vậy, cần tư vấn cho thai phụ ĐTĐTK tuân thủ chặt chẽ chế độ ăn và luyện tập, theo dõi đường huyết hàng ngày và định kỳ hàng tháng siêu âm đánh giá sự phát

triển cân nặng của thai, để đảm bảo kết quả thai nghén tốt nhất cho cả mẹ và con.

Chỉ số Apgar là phương pháp đánh giá nhanh tình trạng sức khỏe của trẻ sơ sinh ngay sau khi chào đời, phản ánh khả năng thích nghi của trẻ với môi trường ngoài tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tỷ lệ thai to và tỷ lệ mổ lấy thai ở mức cao, tình trạng sức khỏe sơ sinh vẫn ghi nhận những kết quả khả quan. Kết quả tại Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar 1 phút ≥ 7 điểm là 90,6%, và con số này tăng lên 94,5% ở thời điểm 5 phút. Tỷ lệ trẻ có dấu hiệu ngạt (Apgar 5' < 7 điểm) chỉ chiếm 5,5%, thấp hơn đáng kể so với một số nghiên cứu về thai kỳ bệnh lý không được quản lý tốt. Tuy nhiên, sự hiện diện của 5,5% trẻ có chỉ số Apgar thấp sau 5 phút vẫn là vấn đề cần lưu tâm. Trong ĐTĐTK, tình trạng tăng insulin máu ở thai nhi làm chậm quá trình trưởng thành của phổi (thông qua việc ức chế tổng hợp Surfactat bởi Cortisol), dẫn đến nguy cơ suy hô hấp sau sinh cao hơn trẻ bình thường. Ngoài ra, nhóm trẻ có cân nặng lớn ($> 4000g$ chiếm 18,8%) thường đối mặt với nguy cơ sang chấn hoặc thời gian sổ thai kéo dài trong các ca đẻ đường âm đạo, gây ảnh hưởng đến chỉ số sinh tồn ban đầu. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Mai (2023)[4], khi tác giả cũng ghi nhận đa số trẻ có chỉ số Apgar ổn định sau 5 phút nhờ vào việc lựa chọn thời điểm can thiệp sản khoa phù hợp. Việc duy trì tỷ lệ Apgar tốt trong nghiên cứu này cho thấy sự phối hợp nhịp nhàng giữa chuyên khoa Sản và chuyên khoa Sơ sinh tại bệnh viện trong việc đón bé và xử trí ngay sau kẹp rốn.

V. KẾT LUẬN

Thai phụ ĐTĐTK có tỷ lệ mổ lấy thai cao, đặc biệt ở nhóm điều trị bằng Insulin. Biến chứng thai to là thách thức chính trong xử trí sản khoa tại địa phương, đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa sản khoa và sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Durnwald, C. (2022). Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis, and prevention. *UpToDate*. Available at <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-screening-diagnosis-and-prevention>.
2. Lê Thị Thanh, T. (2017). *Nghiên cứu phân bố một số yếu tố liên quan và kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ*. Luận án tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội.

3. Ngọc, N. T. M., Hoài, P. M., & Thành, L. H. (2023). Kết quả sản khoa của các thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại một số bệnh viện tỉnh Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 531(1B).
4. Hùng, Đ. N., Xuân, Đ. T. T., Huy, H. V., & Khánh, N. N. (2025). Nhận xét chỉ định và kết quả của sản phụ mổ lấy thai lần đầu tại Bệnh viện Quân y 103 năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 553(1).
5. Landon, M. B., Rice, M. M., Varner, M. W., Casey, B. M., Reddy, U. M., Wapner, R. J.,... & VanDorsten, J. P. (2015). Mild gestational diabetes mellitus and long-term child health. *Diabetes care*, 38(3), 445-452.
6. Nguyễn, M. T. (2021). Kết quả sản khoa ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ đề đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(2).
7. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2021). *Obstetricia de Williams-25*. McGraw Hill Brasil.
8. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2477-2486.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP GỐI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC MỘT BÓ BẰNG KỸ THUẬT “ALL-INSIDE” TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2026

Nguyễn Văn Vĩ¹, Nguyễn Văn Hải², Dương Bích Hạnh³, Đinh Thị Hoa⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó bằng kỹ thuật “All-inside” tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 55 bệnh nhân (nam 87,3%, nữ 12,7%) được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó bằng kỹ thuật All-inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật theo thang điểm Lysholm, IKDC chủ quan và các chỉ số lâm sàng khách quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình 34,4 ± 9,8; nguyên nhân chấn thương chủ yếu do chơi thể thao (60,0%). Điểm Lysholm trung bình cải thiện từ 61,3 ± 7,6 (tháng 1) lên 82,9 ± 7,5 (tháng 3) và 94,7 ± 6,8 (tháng 6); điểm IKDC chủ quan tăng tương ứng từ 61,1 ± 8,1 lên 94,5 ± 7,2 (p < 0,001). Sau 6 tháng, 94,5% bệnh nhân đạt kết quả Rất tốt và Tốt. Giới tính nam là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả PHCN (p < 0,001). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó bằng kỹ thuật All-inside kết hợp

chương trình PHCN sớm và có cấu trúc mang lại kết quả tốt về chức năng khớp gối, với 94,5% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt sau 6 tháng.

Từ khóa: tái tạo dây chằng chéo trước; kỹ thuật All-inside; phục hồi chức năng; Lysholm score; IKDC.

SUMMARY

FUNCTIONAL REHABILITATION OUTCOMES FOLLOWING SINGLE-BUNDLE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING THE ALL-INSIDE ARTHROSCOPIC TECHNIQUE AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2026

Objective: To evaluate functional rehabilitation outcomes following single-bundle anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using the all-inside arthroscopic technique at Vinmec Times City International Hospital. **Methods:** A prospective, non-controlled clinical intervention study was conducted on 55 patients (87.3% male, 12.7% female) who underwent single-bundle ACL reconstruction using the all-inside technique with hamstring tendon autografts. Patients were assessed at 1, 3, and 6 months postoperatively using the Lysholm score, subjective IKDC score, and objective clinical indices. **Results:** The mean age was 34.4 ± 9.8 years; sports-related injuries accounted for 60.0% of cases. The mean Lysholm score improved from 61.3 ± 7.6 at 1 month to 82.9 ± 7.5 at 3 months and 94.7 ± 6.8 at 6 months; the subjective IKDC score increased correspondingly from

¹ Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Vĩ
Email: nguyenvanvirehab@gmail.com
Mã bài: N613
Ngày nhận bài: 5.2.2026
Ngày phản biện khoa học: 5.3.2026
Ngày duyệt bài: 7.4.2026