

SV nữ, ngoại trừ kẽm và vitamin C thì trong khẩu phần của SV nữ cao hơn.

KIẾN NGHỊ

Tổ chức truyền thông giáo dục dinh dưỡng trong các buổi sinh hoạt ngoại khoá cho sinh viên để cung cấp những kiến thức cơ bản về dinh dưỡng hợp lý, dinh dưỡng cân đối, tầm quan trọng của dinh dưỡng với sức khỏe..., cập nhật những kiến thức mới về dinh dưỡng cho SV trong môn học Dinh dưỡng vệ sinh an toàn thực phẩm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Melissa N. Desai, William C. Miller, Terrill Bravender.** Risk Factors Associated With Overweight and Obesity in College Students. *J Am Coll Health.* 2008;57(1):109-114. doi:10.3200/JACH.57.1.109-114

2. **Alkazemi D.** Gender differences in weight status, dietary habits, and health attitudes among college students in Kuwait: A cross-sectional study. *Nutr Health.* 2019;25(2):75-84.

3. **Firth J.** Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J Clin Res Ed.* 1986; 292 (6529):1177-1180.

4. **Al-Qahtani MH.** Dietary Habits of Saudi Medical Students at University of Dammam. *Int J Health Sci.* 2016;10(3):353-362.

5. **Trương Thị Ngọc Đường.** Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của sinh viên năm thứ nhất trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ. Published online 2020.

6. **Nguyễn Thị Đan Thanh.** Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần của sinh viên y1 và y4 trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2014. Published online 2014.

7. **Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng.** Nhu Cầu Dinh Dưỡng Khuyến Nghị Cho Người Việt Nam. Nhà xuất bản Y học; 2016.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG GÂN CƠ CHÓP XOAY TRÊN PHIM CHT KHỚP VAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Trần Văn Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tổn thương gân chóp xoay khớp vai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổn thương GCX chiếm tỷ lệ 24,7%. Tuổi chủ yếu là 40-60 tuổi (58,8%), tiếp đến >60 tuổi chiếm 5,3% và < 40 tuổi chiếm 5,9%. Nam giới tổn thương GCX (64,7%) nhiều hơn nữ giới (35,3%). Thời gian từ khi có tổn thương GCX đến khi chụp CHT chủ yếu từ 6 tuần đến 6 tháng (58,8%). Nguyên nhân tổn thương GCX chủ yếu là chấn thương (41,2%), thoái hóa (29,4%) và viêm quanh khớp vai (23,5%). Tổn thương GCX chủ yếu ở vai phải (70,6%), vai trái chỉ chiếm 29,4%. Rách bán phần GCX chiếm 100%, chủ yếu là tổn thương GCTG. Rách xuyên gân (64,7%). Tổn thương bán phần GCX chủ yếu ở mức độ II (76,5%) và 23,5% tổn thương mức độ I, không có tổn thương mức độ III. Tổn thương GCX hay gặp kèm tổn thương tràn dịch (82,4%), tiếp đến là phù tủy xương (58,8%).

SUMMARY

EVALUATION OF ROTATOR CUFF TENDON INJURY CHARACTERISTICS OF SHOULDER WITH MAGNETIC RESONANCE IMAGING AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Purpose: To describe the magnetic resonance (MR) imaging characteristics in rotator cuff tendon

injury of shoulder joints. **Method:** A descriptive cross-sectional study. **Results:** The rotator cuff tendon injury accounted for 24.7%. The main age was 40-60 years old (58.8%), followed by >60 years old accounted for 5.3%, and <40 years old accounted for 5.9%. The rate of rotator cuff tendon injury in men (64.7%) was higher than that of women (35.3%). The time from rotator cuff tendons injury to MRI examination was mainly 6 weeks to 6 months (58.8%). Causes of rotator cuff tendon injury were mainly trauma (41.2%), degeneration (29.4%), and inflammation around the shoulder joints (23.5%). The rotator cuff tendons injury was mainly in the right shoulder (70.6%), and the left shoulder was only accounted for 29.4%. Partial fracture of the rotator cuff tendon accounted for 100% (mostly rupture of the tendon of the supraspinatus muscle), and "through-and-through" rupture (64.7%). The degree of the rotator cuff tendon injury were 23.5% (grade I), 76.5% (grade II), and no rupture at grade III, respectively. The rotator cuff tendon injury was commonly associated with effusion (82.4%), followed by bone marrow edema (58.8%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương của chóp xoay là một trong những yếu tố thường gặp của khớp vai, làm giảm hay mất hoàn toàn tầm vận động của khớp. Rách gân chóp xoay gây mất vững chòm xương cánh tay, di lệch cấu trúc này tỳ vào mỏm cùng vai gây hạn chế vận động, ảnh hưởng rất nhiều đến các hoạt động của người bệnh và lâu dài gây thoái hóa khớp vai[9]. Do khớp vai có cấu trúc phức tạp nên nếu chỉ thăm khám lâm

*Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: Tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022

sàng thông thường sẽ khó đánh giá chi tiết cấu trúc và mức độ các tổn thương. CHT khớp vai có ưu điểm tái tạo được hình ảnh đa mặt phẳng, phân biệt tổ chức phần mềm và sụn rõ nét, là phương pháp có nhiều ưu điểm trong đánh giá tổn thương khớp vai. Chính vì vậy, tôi tiến hành đề tài: "Nhận xét đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tổn thương gân cơ chóp xoay tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tổn thương gân chóp xoay khớp vai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân lâm sàng nghi ngờ tổn thương khớp vai được chụp CHT tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 1-9/2018 trên máy CHT Megnetom Essenza 1.5 Tesla do hãng Siemens sản xuất

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Đánh giá kết quả CHT qua các hình ảnh:

- Trên CHT, đường rách là đường tăng tín hiệu trên chuỗi xung PD xóa mỡ.
- Rách bán phần hay rách không hoàn toàn: tăng tín hiệu trên chuỗi xung xóa mỡ từ mặt khớp, mặt hoạt dịch hay trong gân, đầu gân không bị co rút.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	BN TT GCX		BN TT khớp vai		BN chụp CHT khớp vai	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
<40	1	5,9	4	9,5	4	5,8
40-60	10	58,8	24	57,1	45	65,2
>60	6	35,3	14	33,3	20	29
Tổng số	17	100	42	100	69	100

Nhận xét: Chủ yếu là 40-60 tuổi, chiếm (65,2%), trong đó có tổn thương khớp vai (57,1%) hay tổn thương GCX (58,8%) cũng thuộc nhóm tuổi này. Nhóm > 60 tuổi có tổn thương và đến chụp khớp vai chiếm tỷ lệ cao. Nhóm dưới 40 tuổi có tổn thương khớp vai chiếm tỷ lệ thấp

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	BN TT GCX		BN TT khớp vai		BN chụp CHT khớp vai	
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
Nam	11	64,7	27	64,3	38	55,1
Nữ	6	35,3	15	35,7	31	44,9
Tổng số	17	100	42	100	69	100

Nhận xét: Hơn nửa (55,1%) BN đi chụp CHT khớp vai là nam giới, trong đó nam giới có tổn thương khớp vai hay tổn thương GCX chiếm tỷ lệ cao. Chỉ có 35,3% BN nữ có tổn thương GCX và 35,7% BN nữ có tổn thương khớp vai.

3.1.4. Thời gian bịchấn thương đến khi chụp CHT

Bảng 3.4: Thời gian từ khi BN có tổn thương GCX đến khi chụp CHT

Thời gian	SL	TL%
<6 tuần	4	23,5
6 tuần – 6 tháng	10	58,8
>6 tháng	3	17,6

- Rách hoàn toàn: tăng tín hiệu trên chuỗi xung xóa mỡ, liên tục từ bờ hoạt dịch tới bờ khớp, đầu gân bị co rút.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS (V.16)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương GCX trong tổng số BN có chỉ định chụp CHT khớp vai

Bệnh nhân	SL	TL%
Có tổn thương GCX	17	24,7
Có tổn thương khớp vai	42	60,9
Tổng BN chụp CHT khớp vai	69	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 69 bệnh nhân chụp CHT khớp vai thì có gần 70% bệnh nhân có tổn thương khớp vai, trong đó chỉ có 17 bệnh nhân (chiếm 24,7%) có tổn thương GCX (gân chóp xoay).

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi. Độ tuổi trung bình 57, của nhóm có tổn thương khớp vai là 59, của nhóm có tổn thương GCX là 55,6. Độ tuổi cao nhất có tổn thương GCX là 79 và độ tuổi thấp nhất là 25.

Tổng số	17	100
---------	----	-----

Nhận xét: Đa số BN (58,8%) có thời gian từ khi bị chấn thương đến khi chụp CHT từ 6 tuần đến 6 tháng, ít khi chụp dưới 6 tuần và trên 6 tháng.

3.1.5. Nguyên nhân tổn thương GCX

Bảng 3.5: Nguyên nhân tổn thương GCX

Nguyên nhân	SL	TL%
Chấn thương	7	41,2
Thoái hóa khớp vai	5	29,4
Viêm quanh khớp vai	4	23,5
Khác	1	5,9
Tổng số	17	100

Nhận xét: Tổn thương GCX do chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), tiếp đến do thoái hóa khớp vai (29,4%) và viêm quanh khớp vai (23,5%).

3.1.6. Vị trí tổn thương GCX

Bảng 3.6: Vị trí tổn thương GCX

Vị trí	SL	TL%
Khớp vai trái	5	29,4
Khớp vai phải	12	70,6
Tổng số	17	100

3.2.2. Đặc điểm tổn thương rách bán phần GCX trên CHT

Bảng 3.8: Đặc điểm tổn thương rách bán phần gân chóp xoay trên CHT

Vị trí	Rách mặt khớp		Rách mặt hoạt dịch		Rách xuyên gân		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
GCTG	3	18,8	2	12,5	11	68,8	16	100	
GCTG+GCDG	1	100	0	0	0	0	1	100	
Tổng	4	23,5	2	11,8	11	64,7	17	100	

Nhận xét: Bảng trên thấy (64,7%) tổn thương là rách xuyên gân, tiếp đến là rách mặt khớp (23,5%) và rách mặt hoạt dịch (11,8%)

3.2.3. Mức độ rách bán phần GCX trên CHT

Bảng 3.9: Đặc điểm tổn thương mức độ rách bán phần GCX trên CHT

Vị trí	Độ I		Độ II		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
GCTG	4	25	12	75	16	100	
GCTG + GCDG	0	0	1	100	1	100	
Tổng	4	23,5	13	76,5	17	100	

Nhận xét: Mức độ rách bán phần GCX chiếm (76,5%) BN rách bán phần mức độ II gồm có 12 BN tổn thương GCTG và 1 BN tổn thương cả GCTG và GCDG, chỉ có 4 BN rách bán phần ở mức độ I, không có BN nào tổn thương ở mức độ III.

3.2.4. Các tổn thương khác

Bảng 3.10: Các tổn thương khác

Vị trí	BN tổn thương GCX		BN tổn thương khớp vai	
	SL	TL%	SL	TL%
Đứt, trật đầu dài gân cơ nhị đầu	0	0	0	0
Tổn thương phức hợp đầu dài gân cơ nhị đầu – sụn viền trước trên sau	0	0	1	2,4
Tràn dịch: các vị trí ổ khớp, túi hoạt dịch dưới cơ delta, rãnh gian củ	14	82,4	38	90,5
Đụng dập phù nề phần mềm	1	5,9	2	4,8
Phù tủy xương	10	58,8	19	45,2
Tổng số	17	100	42	100

Nhận xét: Trong các tổn thương khớp vai, đa số bị tràn dịch tại các vị trí như ổ khớp, túi hoạt dịch dưới cơ delta, rãnh gian củ chiếm 90,5%. Tổn thương GCX bị tràn dịch cũng chiếm tỷ lệ cao (82,4%). Phù phù tủy xương chiếm 58,8%. Tổn thương GCX bị đụng dập phù nề phần mềm, tổn thương phức hợp đầu dài gân cơ nhị đầu – sụn viền trước trên sau hiếm gặp. Đặc biệt không có tổn thương đứt, trật đầu dài gân cơ nhị đầu.

IV. BÀN LUẬN

Nhận xét: Tổn thương GCX là vai phải chiếm 70,6%), tổn thương khớp vai trái chiếm 29,4%)

3.2. Đặc điểm tổn thương GCX trên CHT

3.2.1. Đặc điểm rách gân GCX trên CHT

Bảng 3.7: Đặc điểm rách GCX trên CHT

Rách bán phần	SL	TL%
GCTG	16	94,1
GCTG + GCDG	1	5,9
Tổng	17	100

Nhận xét: Qua kết quả trên cho thấy, 100% số bệnh nhân có tổn thương GCX là tổn thương rách bán phần, trong đó đa số rách bán phần GCTG và chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 5,9%) rách bán phần cả GCTG (gân cơ trên gai) và GCDG (gân cơ dưới gai)

4.1. Đặc điểm chung. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 69 bệnh nhân chụp CHT khớp vai thì có 70% bệnh nhân có tổn thương khớp vai, trong đó 17 bệnh nhân (chiếm 24,7%) có tổn thương GCX. Như vậy, tỷ lệ BN có tổn thương GCX chiếm khoảng 1/3 so với số BN có tổn thương khớp vai. Tỷ lệ này cũng là khá lớn nếu được nghiên cứu trên số lượng BN lớn trong thời gian dài, và có thể sẽ có những phát hiện hiếm gặp khác trên BN tổn thương GCX.

4.2. Tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm có tổn thương GCX là 55,6. Độ tuổi bệnh nhân đến chụp CHT khớp vai 40-60 tuổi, chiếm (65,2%), trong đó có tổn thương khớp vai (57,1%) hay tổn thương GCX (58,8%) cũng thuộc nhóm tuổi này. Nhóm > 60 tuổi có tổn thương và đến chụp khớp vai chiếm tỷ lệ cao. Độ tuổi cao nhất có tổn thương GCX là 79 và độ tuổi thấp nhất là 25. So sánh với một số nghiên cứu khác về tuổi của bệnh nhân tổn thương khớp vai như sau:

Bảng 4.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân tổn thương GCX khớp vai.

Tác giả	Lứa tuổi	Mẫu nghiên cứu	Tuổi hay gặp
Đỗ Văn Tú[1]	19 – 58	41	< 40
Nguyễn Phương Thúy[2]	20 – 75	50	46,5
Beggs L[4]	15 – 84	160	< 40
Al – Shawi[3]	18 – 81	68	48
Biswas D[6]	18 – 87	275	47
Chúng tôi	25-79	17	55,6

Ở nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương GCX có độ tuổi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của phần lớn các tác giả trên do một số nghiên cứu trên bệnh nhân chấn thương có tổn thương GCX, tuổi càng tăng thì tỷ lệ gặp chấn thương khớp vai càng giảm. Nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với Nguyễn Phương Thúy, tổn thương rách chóp xoay chủ yếu ở lứa tuổi 45-65 (chiếm 77,8%)[2]. Theo chúng tôi, độ tuổi từ 40-60 tuổi trong độ tuổi lao động chính hoạt động thể lực nặng và dễ bị thoái hóa nên nguy cơ tổn thương khớp vai cao hơn các nhóm tuổi khác.

4.3. Giới. Nam bị tổn thương GCX(64,7%) gặp nhiều hơn so với nữ (35,3%), tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1. So sánh sự phân bố giới tính trong tổn thương GCX khớp vai với các nghiên cứu khác thấy:

Bảng 4.2. Đặc điểm về giới tổn thương GCX theo một số nghiên cứu.

Tác giả	Nam (%)	Nữ (%)	Mẫu NC
Đỗ Văn Tú[1]	85,4	14,6	41
Berna-Serna[5]	80	20	68

Nguyễn Phương Thúy[2]	62	38	50
Cleland J[7]	71,8	28,2	8940
Fischer[9]	62,2	37,8	45
Chúng tôi	64,7	35,3	17

Sự phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả khác như Fischer[9], Nguyễn Phương Thúy[2]. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ là do nam giới tham gia các hoạt động thể thao và lao động thể lực nhiều hơn nữ.

4.4. Thời gian từ khi chấn thương đến khi chụp CHT. Có nhiều cách phân chia khoảng thời gian khác nhau từ khi bị tổn thương khớp vai đến thời điểm bệnh nhân được chụp CHT. Dựa vào nghiên cứu của Ditsois K và cộng sự, trong nghiên cứu này chúng tôi chia ra làm 3 khoảng thời gian: dưới 6 tuần; từ 6 tuần đến 6 tháng; trên 6 tháng; theo chúng tôi cách phân chia này có sự phù hợp với diễn biến lâm sàng của bệnh và diễn biến hình ảnh trên CHT. Khoảng thời gian < 6 tuần tương ứng với tổn thương cấp tính, 6 tuần – 6 tháng tương ứng với tổn thương bán cấp và > 6 tháng tương ứng với tổn thương mạn tính[8]. Hiện nay hầu hết các tác giả sử dụng cách phân chia này.

Theo Cleland J, khoảng thời gian từ lúc bị tổn thương đến khi được chụp phim CHT < 3 tháng 25,2%; 4 – 6 tháng chiếm 29,1%; 7 – 9 tháng chiếm 21%[7]. Nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy, số bệnh nhân có khoảng thời gian từ lúc bị tổn thương đến khi được chụp CHT <6 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 84%, sau đó từ 6 tuần – 6 tháng chiếm 14%, trên 6 tháng chiếm 2%[2]. Điều này là do bệnh nhân trong nghiên cứu này bị tổn thương GCX do chấn thương nên việc đến viện sớm sau chấn thương < 6 tuần là do tổn thương gây đau và hạn chế vận động ảnh hưởng tới sinh hoạt, chất lượng cuộc sống khiến bệnh nhân phải tới viện khám. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương GCX do thoái hóa và viêm quanh khớp vai nên tổn thương là bán cấp, BN chỉ đến viện khám sau một thời gian. Đỗ Văn Tú cho thấy, khoảng thời gian từ lúc bị tổn thương đến khi chụp CHT trên 6 tháng chiếm (82,9%), từ 6 tuần – 6 tháng và dưới 6 tuần chiếm 9,8% và 7,3%[1].

4.5. Nguyên nhân tổn thương GCX. Nguyên nhân chủ yếu bị tổn thương GCX trong nghiên cứu của chúng tôi là do chấn thương, chiếm 41,2%. Theo nghiên cứu ở Mỹ năm 2010, tỷ lệ chấn thương khớp vai là 23,9/100.000 người. Tác giả Nguyễn Phương Thúy cho rằng trong quá trình sinh hoạt người Việt Nam thường

hoạt động quá tầm, quá sức dẫn đến dẫn đến chấn thương[2]. Ngoài ra người Việt Nam sử dụng phương tiện xe máy trong tham gia giao thông, mật độ di chuyển cao số lượng tai nạn giao thông lớn, do vậy cũng hay gặp chấn thương do giao thông.

4.6. Vị trí tổn thương GCX. Tổn thương GCX là vai phải chiếm 70,6%), tổn thương khớp vai trái 29,4% và không có tổn thương cả 2 vai. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy, tổn thương vai phải chiếm tỷ lệ 72%, tổn thương vai trái 28% và không có tổn thương cả hai vai[2]. Đỗ Văn Tú, tổn thương vai phải chiếm 65,9% tổn thương vai trái (26,8%)[1]. Điều này có thể giải thích do tay phải thường là tay thuận nên phải làm việc nhiều hơn tay trái.

4.7. Đặc điểm tổn thương GCX trên CHT

4.7.1. Đặc điểm rách GCX trên CHT. Qua kết quả trên cho thấy, 100% có tổn thương GCX là tổn thương rách bán phần, trong đó đa số rách bán phần GCTG. Như vậy, rách GCTG là tổn thương hay gặp nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Văn Tú, tổn thương GCX thì có 62,5% rách GCTG[1]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 5,9%) rách bán phần cả GCTG và GCDG. Nghiên cứu của Đỗ Văn Tú cũng gặp 4/16 BN có tổn thương ở cả GCTG và GCDG[1]. Tuy nhiên, trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào rách hoàn toàn GCX hoặc rách bán phần GCX ở vị trí gân cơ dưới vai và gân cơ tròn bé do thời gian nghiên cứu ngắn nên số lượng mẫu nghiên cứu nhỏ và các tổn thương trên hiếm gặp. Nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy thực hiện trên 50 BN tổn thương GCX thì gặp 1 trường hợp rách gân cơ tròn bé[2]. Theo tác giả Al- Shawi A, tỷ lệ gặp tổn thương gân cơ dưới vai là 2%[3].

4.7.2. Đặc điểm tổn thương rách bán phần GCX trên CHT. Trong tổng số tổn thương GCTG, có (68,8%) là rách xuyên gân. Riêng rách cả GCTG, GCDG là rách bán phần mặt sụn khớp. Như vậy, trong tổng số BN nghiên cứu, tổn thương là rách xuyên gân chiếm 64,7%, tiếp đến là rách mặt khớp (23,5%) và rách mặt hoạt dịch (11,8%). Điều này là do các nguyên nhân thoái hoá gây hẹp khoảng dưới móm cùng vai, dẫn đến tổn thương nội gân. Nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy tổn thương GCX chủ yếu do chấn thương, tổn thương rách vị trí mặt khớp chiếm tỷ lệ cao nhất do mặt khớp của gân trên gai bị tác động nhiều hơn khi chấn thương[2].

4.7.3. Mức độ rách bán phần GCX trên CHT. Hình thái rách bán phần GCX gặp chủ yếu

rách độ II, độ sâu đường rách từ 3-6mm, không vượt quá nửa chiều dày gân, chiếm 76,5% gồm có tổn thương GCTG và 1 BN tổn thương cả GCTG và GCDG, chỉ có 4 BN rách bán phần ở mức độ I, không có BN nào tổn thương ở mức độ III. Nghiên cứu của Nguyễn Phương Thúy cũng phù hợp với kết quả này khi có 60% BN rách bán phần ở mức độ II[2]. Tuy nhiên, có sự khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Văn Tú với 4/5 trường hợp rách bán phần độ I[1].

4.7.4. Các tổn thương khác. Hầu hết tổn thương GCX có đi kèm với các tổn thương khác như tràn dịch, phù tủy xương, đưng dập phù nề phần mềm... Trong đó có 90,5% tổn thương khớp vai bị tràn dịch tại các vị trí như ổ khớp, túi hoạt dịch dưới cơ delta, rãnh gian củ. Tổn thương GCX bị tràn dịch cũng chiếm tỷ lệ cao (82,4%). Tổn thương phù tủy xương 58,8%. Ngoài ra tổn thương GCX bị đưng dập phù nề phần mềm. Tổn thương nặng như đứt, trật đầu dài gân cơ nhị đầu, rách sụn viền hay tổn thương Hill – Sachs ít gặp.

V. KẾT LUẬN

- **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tổn thương GCX chiếm tỷ lệ 24,7%. Tuổi chủ yếu là 40-60 tuổi (58,8%), tiếp đến >60 tuổi chiếm 5,3% và < 40 tuổi chiếm 5,9%. Nam giới tổn thương GCX (64,7%) nhiều hơn nữ giới (35,3%). Thời gian từ khi có tổn thương GCX đến khi chụp CHT chủ yếu từ 6 tuần đến 6 tháng (58,8%). Nguyên nhân tổn thương GCX chủ yếu là chấn thương (41,2%), thoái hóa (29,4%) và viêm quanh khớp vai (23,5%). Tổn thương GCX chủ yếu ở vai phải (70,6%), vai trái chỉ chiếm 29,4%.

- **Đặc điểm tổn thương gân chóp xoay trên CHT.** Rách bán phần GCX chiếm 100%, chủ yếu là tổn thương GCTG, 1 trường hợp tổn thương cả GCTG và GCDG. Rách xuyên gân (64,7%), chỉ có 23,5% rách mặt khớp và 11,8% rách mặt hoạt dịch. Tổn thương bán phần GCX chủ yếu ở mức độ II (76,5%) và 23,5% tổn thương mức độ I, không có tổn thương mức độ III. Tổn thương GCX hay gặp kèm tổn thương tràn dịch (82,4%), tiếp đến là phù tủy xương (58,8%) và đưng dập phù nề phần mềm (5,9%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Văn Tú (2010),** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ tổn thương khớp vai do chấn thương, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Phương Thúy (2017),** Đối chiếu siêu âm với cộng hưởng từ thường quy trong phát hiện tổn thương gân cơ chóp xoay do chấn thương, Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Al-shawi A., R. Badge and T. Bunker, (2008)**, "The detection of full thickness rotator cuff tears using ultrasound", Bone & Joint journal, 90(7), pp.
4. **Beggs I (2011)**, "Shoulder ultrasound", WB Saunders, pp.
5. **Berna – Serna J. D., Redondo, M. V et al (2006)**, "A simple technique for shoulder arthrography", Acta Radiologica, 47(7), pp.
6. **Biswas D., Bile, J. E et al (2009)**, "Radiation exposure from musculoskeletal computerized tomographic scans", JBJS, pp.
7. **Cleland J., Koppenhaver, S., & Su, J. (2015)**, Netter's Orthopaedic Clinical Examination E-Book: An Evidence-Based Approach, Elsevier Health Sciences, pp.
8. **Ditsios K. Agathangelidis et al (2012)**, Long head of the biceps pathology combined with rotator cuff tear, Advances in orthopedics, pp.
9. **Fischer C. A et al (2015)**, "Ultrasound and MRI in the assessment of rotator cuff structure prior to shoulder arthroplasty", Journal of orthopaedics, pp.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬA SẼO BỌNG BẰNG KIM HẠ NHÃN ÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT CỨNG MẠC SÂU NHÃN ÁP KHÔNG ĐIỀU CHỈNH

Nguyễn Thị Thuý Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hạ nhãn áp của kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim điều trị bệnh nhân glôcôm góc mở đã phẫu thuật cắt cứng mạc sâu nhãn áp không điều chỉnh sau laser khoan góc tiền phòng và điều trị nội khoa tối đa. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu. **Kết quả:** Nhãn áp điều chỉnh <21 mmHg trên cả 5 mắt của 5 bệnh nhân đã cắt cứng mạc sâu thất bại, trong đó 3/5 mắt nhãn áp <16 mmHg. Số thuốc hạ nhãn áp bệnh nhân phải sử dụng giảm đáng kể so với trước phẫu thuật với 2/5 mắt nhãn áp <21mmHg có dùng 1 thuốc hạ nhãn áp; đây là 2 bệnh nhân trẻ nhất trong nhóm điều trị. Biến chứng gặp phải khi thực hiện phẫu thuật bao gồm xuất huyết dưới kết mạc (2/5 mắt); xuất huyết tiền phòng (1/5mắt). **Kết luận:** Kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim là kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và nên được cân nhắc lựa chọn trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF NEEDLE REVISION IN THE TREATMENT OF FAILED DEEP SCLERECTOMY

Purpose: Evaluate the efficacy of needle revision in the treatment of open-angle glaucoma patients who underwent deep sclerectomy and laser goniotomy with uncontrolled IOP by maximal medical treatment. **Methods:** a prospective study. **Results:** All 5 eyes of 5 failed deep sclerectomy patients achieved IOP under 21mmHg, including 3 of 5 eyes having IOP <16mmHg. The number of glaucoma medications reduced significantly after needling, with 2 of 5 eyes having IOP <21mmHg by 1 medication that was 2 youngest patients in the needling group. Complications encountered during and after needling included

subconjunctival hemorrhage(2/5), hyphema(1/5). **Conclusion:** Needle revision is a simple technique with a low rate of severe complications and should be considered as a treatment option before attempting surgical interventions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt cứng mạc sâu (CMS) từ lâu đã được biết tới là một phẫu thuật không xâm lấn do chỉ lấy đi vùng thành ngoài, trong của ống Schlemm bảo toàn được vùng bề kế cận do đó làm tăng thoát thủy dịch ra vùng dưới vạt cứng mạc, từ đó tránh được những biến chứng nghiêm trọng của phẫu thuật cắt bè kinh điển như xuất huyết tiền phòng, bong hắc mạc. Hiệu quả của phương pháp điều trị này cũng được tác giả Lackar báo cáo qua nghiên cứu hồi cứu năm 2016 trên 258 phẫu thuật cắt cứng mạc sâu, với tỷ lệ thành công tuyệt đối (không cần dùng thuốc hạ nhãn áp) tại thời điểm 5 năm sau phẫu thuật là 66.5%¹. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tác giả cũng chỉ ra có đến gần một nửa số mắt cần tiến hành laser khoan góc tiền phòng sau phẫu thuật. Laser khoan góc tiền phòng phòng có thể làm hạ nhãn áp (NA) khoảng 20% và có thể phải tiến hành hơn một lần². Cho dù laser khoan góc tiền phòng là một thủ thuật ít xâm lấn, tuy nhiên cũng có những biến chứng liên quan được ghi nhận như kẹt mống mắt, bong hắc mạc, xuất huyết thượng hắc mạc. Hiệu quả hạ nhãn áp ≤ 15 mmHg của laser khoan góc tiền phòng duy trì khoảng 50-60% tại thời điểm sau điều trị laser 2 năm^{2,3,4}. Sửa sẹo bong bằng kim và tiêm 5 FU cũng là một lựa chọn điều trị được tác giả Di Matteo áp dụng sau khi laser khoan góc tiền phòng không đạt hiệu quả hạ nhãn áp. Do hình thái của sẹo bong có tương quan chặt chẽ với hiệu quả hạ nhãn áp của phẫu thuật cắt cứng mạc sâu⁵. Trên những

**Bệnh viện Mắt Trung Ương*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Giang

Email: nguyenthithuygiang0311@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022