

cứu với cỡ mẫu nhỏ có thể ảnh hưởng đến đánh giá chính xác hiệu quả của kỹ thuật HHFNC. Do đó chúng tôi cần nhấn mạnh những hiệu quả đem lại do kỹ thuật này có thể có sự khác biệt ở những nhóm đối tượng khác nhau, nhân viên y tế cần cân nhắc dựa trên đặc điểm lâm sàng bệnh nhân để lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đợt cấp COPD sử dụng kỹ thuật thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi (HHFNC) cho thấy cải thiện đáng kể các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng và tránh được thủ thuật đặt nội khí quản trên 65,6% bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Quốc Phong (2016)**, Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi trong điều trị bệnh nhân suy hô hấp cấp, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Seemungal T.A., Donaldson G.C., Paul E.A., et al. (1998)**. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 157(5 Pt 1), 1418–1422.
3. **Braunlich J., Köhler M., Wirtz H. (2016)**. Nasal highflow improves ventilation in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, 1077–1085.
4. **Hernández G., Vaquero C., Colinas L., et al. (2016)**. Effect of Postextubation High-Flow Nasal Cannula vs Noninvasive Ventilation on Reintubation and Postextubation Respiratory

- Failure in High-Risk Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 316(15), 1565–1574.
5. **Jing G., Li J., Hao D., et al. (2019)**. Comparison of high flow nasal cannula with noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients with hypercapnia in preventing postextubation respiratory failure: A pilot randomized controlled trial. *Res Nurs Health*, 42(3), 217–225.
 6. **Kim V., Aaron S.D. (2018)**. What is a COPD exacerbation? Current definitions, pitfalls, challenges and opportunities for improvement. *Eur Respir J*, 52(5).
 7. **Pisani L., Fasano L., Corcione N., et al. (2017)**. Change in pulmonary mechanics and the effect on breathing pattern of high flow oxygen therapy in stable hypercapnic COPD. *Thorax*, 72(4), 373–375.
 8. **Sun J., Li Y., Ling B., et al. (2019)**. High flow nasal cannula oxygen therapy versus non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease with acute-moderate hypercapnic respiratory failure: an observational cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 14, 1229–1237.
 9. **Tan D., Walline J.H., Ling B., et al. (2020)**. High-flow nasal cannula oxygen therapy versus non-invasive ventilation for chronic obstructive pulmonary disease patients after extubation: a multicenter, randomized controlled trial. *Crit Care*, 24(1), 489.
 10. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2021)**, Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention - A Guide for Health Care Professionals: 2022 Report.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỨT DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN E

Hem Sovanda¹, Nguyễn Trung Tuyền²

TÓM TẮT

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của người bệnh đứt dây chằng chéo trước tại Bệnh Viện E. Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 35 bệnh nhân (100%) có triệu chứng lỏng khớp, trong đó có 18 bệnh nhân (58,1%) thường xuyên xuất hiện các triệu chứng của mất vững khớp gối gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, 12 bệnh nhân (38,7%) khó khăn khi lên và xuống bậc thang hoặc địa hình không bằng phẳng. Tất cả bệnh nhân (100%) có dấu hiệu Lachman và ngăn kéo trước dương tính. Có 33 bệnh

nhân thấy rõ hình ảnh đứt dây chằng chéo trước trên phim chụp. Có 02 bệnh nhân thấy hình ảnh đứt bán phần dây chằng chéo trước. Có 08 bệnh nhân kèm theo rách sụn chêm trong, 13 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài và 05 bệnh nhân rách cả 02 sụn chêm kèm theo. Điểm Lysholm trước mổ trung bình là 67,7 điểm (thấp nhất là 60 điểm, cao nhất là 70 điểm). Có 33 bệnh nhân (94,28%) bị đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước, có 2 trường hợp đứt bán phần dây chằng chéo trước. Có 26 bệnh nhân (74,27%) đứt dây chằng chéo trước kèm theo rách sụn chêm, trong đó có 8 bệnh nhân rách sụn chêm trong (22,85%), 13 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài (37,14%) và 5 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm (14,28%).

Từ khóa: lâm sàng, cộng hưởng từ, dây chằng chéo trước

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MAGNETIC RESONANCE IMAGES OF PATIENTS WITH ANTERIOR CRUCIATE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Tuyền

Email: nguyentrungtuyen1c@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 21.10.2022

LIGAMENT RUPTURE AT THE E HOSPITAL

A cross-sectional study was conducted to review the clinical characteristics and magnetic resonance imaging of patients with anterior cruciate ligament rupture at E Hospital. The study was conducted on 35 patients. The results of the study showed that 35 patients (100%) had symptoms of joint loosening, of which 18 patients (58.1%) frequently had symptoms of knee instability, affecting fertility, daily activities, 12 patients (38.7%) had difficulty going up and down stairs or uneven terrain. All patients (100%) had positive Lachman sign and anterior drawer. There were 33 patients with clearly visible image of anterior cruciate ligament rupture on radiographs. There were 02 patients saw images of partial rupture of the anterior cruciate ligament. There were 08 patients with an internal meniscus tear, 13 patients with an external meniscus tear and 05 patients with both 2 accompanying meniscus tears. The average preoperative Lysholm score was 67.7 points (the lowest was 60 points, the highest was 70 points). There were 33 patients (94.28%) with complete rupture of the anterior cruciate ligament, 2 cases of partial rupture of the anterior cruciate ligament. There were 26 patients (74.27%) with anterior cruciate ligament tear accompanied by meniscal tear, including 8 patients with torn medial meniscus (22.85%), 13 patients with external meniscal tears (37.14%).) and 5 patients with both meniscus tears (14.28%).

Keywords: clinical, magnetic resonance, anterior cruciate ligament

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) là một trong những chấn thương dây chằng khớp gối hay gặp nhất. Nguyên nhân chủ yếu gây tổn thương DCCT khớp gối là do tai nạn trong các hoạt động thể thao và giải trí, tai nạn giao thông. Chức năng cơ bản của DCCT là chống sự chuyển động ra trước của xương chày và xoay trượt của khớp gối. Mục đích của phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước là cố gắng phục hồi lại dây chằng theo đúng giải phẫu, phục hồi lại chức năng của khớp gối và tránh tổn thương thứ phát những thành phần khác trong khớp do đứt DCCT gây ra [1].

Trong điều kiện Việt Nam hiện nay nguồn gân ghép đồng loại chưa đáp ứng được nhu cầu ngày càng nhiều của phẫu thuật, bên cạnh đó vấn đề sử dụng gân đồng loại vẫn có những hạn chế: nguy cơ truyền bệnh, phản ứng miễn dịch, yếu tố tâm linh của người bệnh. Do vậy nguồn gân tự thân vẫn là nguồn gân phổ biến, trong đó gân cơ bán gân và gân cơ thon được sử dụng rộng rãi. Ngoài ra, trong những năm gần đây, có rất nhiều nghiên cứu thấy rằng tái tạo DCCT chỉ với gân cơ bán gân cũng đảm bảo về chiều dài cũng như đường kính mảnh ghép, giữ lại gân cơ thon để bảo tồn chức năng khối cơ khoeo[2].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của người bệnh đứt DCCT tại Bệnh Viện E.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối được chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Lựa chọn các bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo, không có tổn thương các dây chằng khác và có chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước. Người bệnh chấp nhận điều trị phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước một bó theo giải phẫu sử dụng gân cơ bán gân tự thân. Có phim ảnh đầy đủ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện E từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2022

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: 35 bệnh nhân được lựa chọn thuận tiện.

2.5. Nội dung nghiên cứu: bao gồm Đặc điểm lâm sàng đứt dây chằng chéo trước, các triệu chứng cơ năng sau chấn thương gối, và đặc điểm cận lâm sàng đứt dây chằng chéo trước. Chụp khớp thẳng nghiêng sau mổ: trên phim chụp này chúng tôi đánh giá vị trí tâm của đường hầm xương đùi được xác định trên đường Blumensaat và tính tỉ lệ phần trăm tính từ điểm phía sau của lồi cầu đùi. Tại mâm chày vị trí tâm đường hầm xương chày được tính theo tỉ lệ phần trăm của đường Jacob tính từ điểm phía bờ trước của mâm chày. Chụp MRI: Chúng tôi chỉ tiến hành chụp MRI cho một số trường hợp khi người bệnh đồng ý chụp kiểm tra lại do chi phí chụp tốn kém.

2.6. Xử lý thông tin. Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng chương trình phần mềm SPSS 20

2.7. Khía cạnh đạo đức của đề tài. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng, đầy đủ về phương pháp phẫu thuật, qui trình phục hồi chức năng sau mổ, các khả năng diễn biến bệnh có thể xảy ra và người bệnh đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 35 bệnh nhân, Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 21 đến 40 (22 BN) chiếm 62,85%, tuổi thấp nhất gặp là 16, cao nhất là 53. Tỉ lệ giữa

nam và nữ sấp xỉ 2: 1. Nguyên nhân chủ yếu của nhóm BN nghiên cứu là tai nạn thể thao: 19 BN, chiếm tỉ lệ 54,28%. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được phẫu thuật sớm dưới 3 tháng sau chấn thương chiếm tỉ lệ rất cao 80%.

Có 35 bệnh nhân (100%) có triệu chứng lỏng khớp, trong đó có 20 bệnh nhân (57,1%) thường xuyên xuất hiện các triệu chứng của mất vững khớp gối gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, 15 bệnh nhân (42,85%) khó khăn khi lên và xuống bậc thang hoặc địa hình không bằng phẳng. 06 bệnh nhân (17,14%) không thể trụ chân bị tổn thương, 01 bệnh nhân (2,8%) đau khớp gối, đặc biệt trong các hoạt động gắng sức. 10 bệnh nhân (28,57%) có tràn dịch khớp, triệu chứng này lặp đi lặp lại mỗi khi bệnh nhân vận động nhiều.

Kết quả khám các dấu hiệu lâm sàng trước phẫu thuật cho thấy: 09 bệnh nhân (25,71%) có tràn dịch khớp gối ở các mức độ khác nhau.

Bảng 2. Kết quả chụp (MRI) khớp gối bị chấn thương: (n = 35)

Dây chằng \ Sụn chêm	Không rách	Rách SCT	Rách SCN	Rách 02 SC	Tổng	Tỉ lệ %
Không đứt	0	0	0	0	0	0
Đứt bán phần	0	2	0	0	2	5,71
Đứt hoàn toàn	9	6	13	5	33	94,28
Tổng	9	8	13	5	35	
Tỉ lệ %	25,71	22,85	37,14	14,28		100

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được chúng tôi cho chụp cộng hưởng từ. Có 33 bệnh nhân thấy rõ hình ảnh đứt DCCT trên phim chụp. 02 bệnh nhân thấy hình ảnh đứt bán phần DCCT. Có 08 bệnh nhân kèm theo rách sụn chêm trong (22,85%), 13 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài (37,14%) và 05 (14,28%) bệnh nhân rách cả hai sụn chêm kèm theo.

Đánh giá chức năng khớp gối trước mổ theo thang điểm Lysholm: Điểm Lysholm trung bình của nhóm bệnh nhân trước mổ là: $67,7 \pm 2,78$ điểm, thấp nhất là 60 điểm, cao nhất là 70 điểm. Chủ yếu là bệnh nhân có điểm < 65 điểm.

Đánh giá chức năng khớp gối trước mổ theo thang điểm IKDC: Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều thuộc nhóm C (Không bình thường) về chức năng gối trước phẫu thuật.

Bảng 3. So sánh giữa hình thái DCCT trên phim chụp MRI trước mổ với hình thái DCCT trong phẫu thuật: (n = 35)

	Hình thái DCCT trong khi phẫu thuật		Tổng số
	Đứt hoàn toàn	Đứt bán phần	

03 bệnh nhân (8,57%) có teo cơ vùng đùi. Teo cơ xuất hiện ở những bệnh nhân chấn thương lâu ngày (trên 4 tháng).

Các dấu hiệu thực thể:

Bảng 1. Các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng trước mổ: (n = 35)

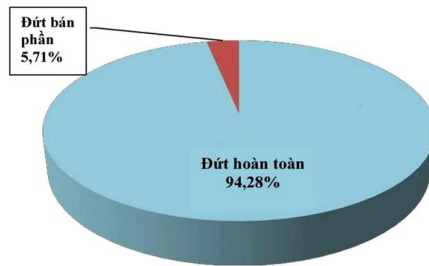
Nghiệm pháp	Âm tính	Dương tính		Tỉ lệ % Dương tính
		Nghi ngờ	Rõ ràng	
Lachman	0	3	32	100
Pivot shift	0	5	30	100
Ngăn kéo trước	0	0	35	100

Tất cả các bệnh nhân khi thăm khám đều phát hiện các dấu hiệu dương tính.

Với triệu chứng cận lâm sàng, 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu không phát hiện được tổn thương trên phim chụp X-quang gối chấn thương. Kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối bị chấn thương

MRI trước phẫu thuật	Đứt hoàn toàn	Đứt bán phần	Tổng số	
			Đứt hoàn toàn	Đứt bán phần
	31	2	33	2
Tổng số	33	2	35	

Nhận xét: Hình thái đứt DCCT trên phim cộng hưởng từ và trong phẫu thuật khá tương đồng.



Biểu đồ 1. Hình thái đứt DCCT khi nội soi: (n = 35)

Có 33 bệnh nhân khi phẫu thuật phát hiện đứt hoàn toàn và 02 bệnh nhân đứt bán phần dây chằng chéo trước.

* Các tổn thương kết hợp:

Bảng 4. Các tổn thương kết hợp với đứt dây chằng chéo trước (n = 35)

Tổn thương kết hợp	SỐ BN	Tỉ lệ %
Rách sụn chêm trong	8	22,85
Rách sụn chêm ngoài	13	37,14
Rách cả 2 sụn chêm	5	14,28
Viêm tăng sinh màng hoạt dịch	10	28,57

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi thấy có 08 trường hợp rách sụn chêm trong, 13 trường hợp rách sụn chêm ngoài và 5 trường hợp rách cả 2 sụn chêm. Các tổn thương phối hợp khác như viêm tăng sinh màng hoạt dịch, Plica cũng gặp ở một số bệnh nhân với tỉ lệ nhất định.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả từ nghiên cứu, có 19/35 bệnh nhân (54,28%) bị đứt DCCT do tai nạn thể thao. Tiếp theo là do tai nạn giao thông ở nước ta vẫn là một trong những vấn đề rất đáng quan tâm bởi không chỉ gây chấn thương khớp gối mà còn nhiều tổn thương phối hợp khác dẫn đến tàn phế thậm chí tử vong ở nhiều trường hợp. Những nguyên nhân khác như tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt... cũng có một tỷ lệ không nhỏ trong nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Thời gian từ khi bị chấn thương đứt DCCT đến khi được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 1,9 tháng (bệnh nhân được phẫu thuật sớm nhất sau 2 tuần và muộn nhất là 9 tháng), sớm hơn trong nghiên cứu của Lê Mạnh Sơn [6], Đặng Hoàng Anh [2]. Có 28 bệnh nhân (80%) được phẫu thuật trong 3 tháng đầu). Có 01 bệnh nhân được phẫu thuật sau chấn thương đứt DCCT 9 tháng. Bệnh nhân này sau khi bị đứt DCCT vẫn đi lại và sinh hoạt gần như bình thường nhưng khi hoạt động nặng thì khớp gối không đủ vững nên hay bị chấn thương tái phát, bệnh nhân đến khám khi khớp gối đau nhiều và hay kẹt khớp. Kiểm tra bằng lâm sàng và chụp MRI phát hiện đứt DCCT và rách cả hai sụn chêm. Kiểm tra qua nội soi khớp, ngoài thương tổn đứt DCCT và rách cả hai sụn chêm.

Mặc dù quan điểm về thời gian phẫu thuật ngay sau chấn thương hay trì hoãn một thời gian để ổn định tổ chức phần mềm xung quanh còn chưa thật sự thống nhất, tuy nhiên đa số các tác giả đều thống nhất là không nên can thiệp DCCT quá muộn vì cơ đùi sẽ bị teo nhiều và có thể sẽ có tổn thương thứ phát như rách sụn chêm hay thoái hóa khớp kèm theo, do đó kết quả phẫu thuật sẽ khó đạt được mức cao nhất. Chúng tôi hoàn toàn thống nhất với các tác giả là thời điểm tối ưu để thực hiện phẫu thuật tái tạo DCCT sau chấn thương từ 3 đến 6 tuần. Bởi vì ở thời điểm này các tổn thương ở dây chằng bên, bao khớp

đã ổn định, việc chẩn đoán thương tổn đứt DCCT và các thương tổn phối hợp cũng chính xác hơn [2], [5]. Nguyên nhân khiến tỉ lệ bệnh nhân được can thiệp sớm hơn các tác giả khác trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do bệnh nhân được phát hiện và chẩn đoán sớm. Điều này có được là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở thời điểm sau so với các nghiên cứu trên, khi ý thức và sự hiểu biết về chấn thương DCCT khớp gối của các bác sĩ lâm sàng cũng như của bệnh nhân cao hơn và đặc biệt, phương tiện chẩn đoán là máy chụp MRI cũng phổ biến hơn.

Một yếu tố nữa được mô tả là bên chân bị tổn thương, trong nghiên cứu này của chúng tôi thấy rằng tỉ lệ ở 2 chân là gần như nhau, tuy nhiên khác nhau ở từng nhóm nguyên nhân. Ở nhóm nguyên nhân do tai nạn thể thao, đa số bên tổn thương là chân phải do bệnh nhân đa số thuận chân phải, khi vận động lấy chân trái làm trụ, cơ chế chấn thương xoắn vặn gây đứt dây chằng, kết quả này cũng tương đồng với một số tác giả khác [4].

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều đến khám với cảm giác bất thường sau chấn thương. Hầu hết đều có cảm giác khớp gối không vững vàng như trước đây, hay bị cảm giác "hụt hẫng" khi hoạt động.

Đặc biệt khi đang di chuyển mà xoay gối bệnh nhân cảm thấy gối trật ra, cơ chế này giống khi làm nghiệm pháp Pivot- shift. Dấu hiệu này xảy ra ngay trong sinh hoạt hàng ngày. Đau gối trong các sinh hoạt hàng ngày chủ yếu trong nhóm bệnh nhân bị chấn thương trong 3 tháng, tuy nhiên cũng chỉ mức độ đau nhẹ. Với nhóm chấn thương ngoài 3 tháng thường không thấy đau trong sinh hoạt hàng ngày mà chỉ đau sau khi hoạt động mạnh như chạy, nhảy, chơi thể thao, đi bộ dài và thường kèm theo dấu hiệu sưng gối (tràn dịch).

Đánh giá thương tổn đứt DCCT và chỉ định phẫu thuật được cân nhắc dựa trên nhiều yếu tố như mức độ tổn thương hoàn toàn hay không hoàn toàn, tổn thương phối hợp sụn chêm hoặc các dây chằng khác hay không, nhu cầu vận động của bệnh nhân, các nguy cơ tổn thương thứ phát của khớp gối do đứt DCCT, tuổi của bệnh nhân. Với sự phát triển của MRI, khả năng xác định được thương tổn DCCT có thể sớm hơn, ngay sau khi bị chấn thương mới mà với tình trạng tổn thương gối cấp tính như vậy đánh giá bằng lâm sàng rất khó khăn. Phim chụp MRI có thể chỉ ra tổn thương DCCT hoàn toàn hay không hoàn toàn và các tổn thương phối hợp như rách sụn chêm kèm theo. Tuy nhiên, trong trường

hợp tổn thương không hoàn toàn của DCCT sẽ khó khăn khi đánh giá cụ thể và do đó phải phối hợp với thăm khám lâm sàng để quyết định vấn đề phẫu thuật.

Có một bệnh nhân chụp MRI được chẩn đoán là đứt bán phần DCCT nhưng do các triệu chứng lâm sàng rõ, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân nên chúng tôi tiến hành nội soi kiểm tra thấy DCCT đứt nhưng phần DCCT đứt dính vào lõi cầu ngoài xương đùi cạnh điểm bám cũ, do đó hình ảnh trên phim được mô tả là đứt không hoàn toàn. Với bệnh nhân này chúng tôi đã tiến hành tái tạo DCCT cho bệnh nhân.

Lỏng gối là một dấu hiệu lâm sàng, tuy nhiên thường phải bác sĩ lâm sàng thăm khám mới phát hiện được. Một số bệnh nhân chỉ cảm thấy khớp gối của mình có vấn đề nhưng cũng không chỉ rõ được là lỏng gối. Triệu chứng này được đánh giá bằng các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng như ngăn kéo trước, Lachman, hay nghiệm pháp Pivot shift. Đánh giá khớp gối bằng các nghiệm pháp trên đều xác định được tình trạng lỏng gối trên lâm sàng. Tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu Lachman dương tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Lysholm trước mổ trung bình là 67,7 điểm, tức là cơ năng khớp gối kém. Kết quả này cũng tương tự như của một số tác giả khác. Như vậy, chỉ định mổ tái tạo DCCT được đặt ra khi có tổn thương đứt DCCT hoàn toàn. Trong trường hợp tổn thương DCCT không hoàn toàn nhưng có ảnh hưởng đến cơ năng khớp gối thì có chỉ định mổ tái tạo lại dây chằng. Cơ năng khớp gối được xác định dựa trên các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng và thang điểm Lysholm.

Tổn thương phối hợp sụn chêm chiếm 74,27%, trong đó tổn thương sụn chêm ngoài chiếm đa số (37,14%), sụn chêm trong chiếm 22,85% và 14,28% rách cả 2 sụn chêm. Tùy theo thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật dài hay ngắn mà bệnh nhân có thể có các tổn thương phối hợp khác như thoái hóa khớp, chuột khớp... Trong nghiên cứu này, chúng tôi loại ra các trường hợp có tổn thương phối hợp các dây chằng (DCCS, DCBT, DCBN) để số liệu được thuần nhất và đánh giá kết quả được khách quan. Tỷ lệ tổn thương sụn chêm phối hợp của chúng tôi cũng tương tự như của các tác giả khác. Thương tổn sụn chêm phối hợp với đứt DCCT có 2 kiểu: 1 là tổn thương ngay lập tức khi bị chấn thương, có thể gặp ở sụn chêm trong, sụn chêm ngoài hoặc cả 2 sụn chêm; 2 là tổn thương thứ phát sau đứt DCCT, thường gặp hơn ở sụn chêm trong do sụn chêm trong ít di động hơn nên dễ tổn thương

hơn, đặc biệt là ở sừng sau [3].

V. KẾT LUẬN

+ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 bệnh nhân chấn thương đứt DCCT gối bên trái (57,1%) và 15 bệnh nhân bị đứt DCCT bên phải (42,85%).

+ Số bệnh nhân bị đứt DCCT do tai nạn thể thao là 19 (58%), đa số là nam giới.

+ 35 bệnh nhân (100%) có triệu chứng lỏng khớp, trong đó có 18 bệnh nhân (58,1%) thường xuyên xuất hiện các triệu chứng của mất vững khớp gối gây ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, 12 bệnh nhân (38,7%) khó khăn khi lên và xuống bậc thang hoặc địa hình không bằng phẳng.

+ Tất cả bệnh nhân (100%) có dấu hiệu Lachman và ngăn kéo trước dương tính.

+ Có 33 bệnh nhân thấy rõ hình ảnh đứt DCCT trên phim chụp. 02 bệnh nhân thấy hình ảnh đứt bán phần DCCT. Có 08 bệnh nhân kèm theo rách sụn chêm trong, 13 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài và 05 bệnh nhân rách cả 02 sụn chêm kèm theo.

+ Điểm Lysholm trước mổ trung bình là 67,7 điểm (thấp nhất là 60 điểm, cao nhất là 70 điểm).

+ 33 bệnh nhân (94,28%) bị đứt hoàn toàn DCCT, có 2 trường hợp đứt bán phần DCCT.

+ 26 bệnh nhân (74,27%) đứt DCCT kèm theo rách sụn chêm, trong đó có 8 bệnh nhân rách sụn chêm trong (22,85%), 13 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài (37,14%) và 5 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm (14,28%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Anh và cộng sự (2010)**, "Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại bệnh viện 103", Tạp chí Y Học Việt Nam tháng 10 - số 2/2010.
2. **Đặng Hoàng Anh và cộng sự (2010)**, "Kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng với nút treo gân cố định ở đường hầm đùi tại bệnh viện 103", Tạp chí y dược lâm sàng 108 Tập 8- Số 2/2013.
3. **Phạm Văn Cường (2010)**, "Kỹ thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân cơ Hamstring tự thân qua nội soi", Tạp chí Y học Lâm sàng số 56, tháng 09/2010.
4. **Trần Trung Dũng, Đỗ Văn Minh, Ngô Văn Toàn (2007)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương giải phẫu bệnh của đứt dây chằng chéo trước khớp gối do chấn thương", Tạp chí Ngoại khoa số 6/2007.
5. **Lê Mạnh Sơn (2011)**, "Lựa chọn gân ghép trong tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối", Tạp chí Ngoại khoa 2/2011.
6. **Lê Mạnh Sơn (2016)**, "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân", luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.