

2021 đến tháng 7 năm 2022 chúng tôi có kết luận như sau:

- Giảm tiểu cầu thường gặp ở bệnh nhân ECMO, bất kể loại chế độ ECMO.
- Thời gian khởi phát giảm SLTC thường ngày 1,5 sau khi vào ECMO.
- Giảm SLTC có liên quan đến thời gian ECMO. Thời gian ECMO càng dài, SLTC càng giảm nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lindén V, Palmér K, Reinhard J, et al.** High survival in adult patients with acute respiratory distress syndrome treated by extracorporeal membrane oxygenation, minimal sedation, and pressure supported ventilation. *Intensive Care Med.* 2000;26(11):1630-1637. doi:10.1007/s001340000697
2. **Abrams D, Baldwin MR, Champion M, et al.** Thrombocytopenia and extracorporeal membrane oxygenation in adults with acute respiratory failure: a cohort study. *Intensive Care Med.* 2016;42(5):844-852. doi:10.1007/s00134-016-4312-9
3. **Sokolovic M, Pratt AK, Vukicevic V, Sarumi M, Johnson LS, Shah NS.** Platelet Count Trends and Prevalence of Heparin-Induced Thrombocytopenia in a Cohort of Extracorporeal Membrane Oxygenator Patients. *Crit Care Med.* 2016;44(11):e1031-e1037. doi:10.1097/CCM.0000000000001869
4. **Jiritano F, Serraino GF, ten Cate H, et al.** Platelets and extra-corporeal membrane oxygenation in adult patients: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2020;46(6):1154-1169. doi:10.1007/s00134-020-06031-4
5. **Williamson DR, Lesur O, Tétrault JP, Nault V, Pilon D.** Thrombocytopenia in the critically ill: prevalence, incidence, risk factors, and clinical outcomes. *Can J Anaesth J Can Anesth.* 2013;60(7):641-651. doi:10.1007/s12630-013-9933-7
6. **Smith A, Hardison D, Bridges B, Pietsch J.** Red blood cell transfusion volume and mortality among patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. *Perfusion.* 2013;28(1):54-60. doi:10.1177/0267659112457969
7. **Aubron C, DePuydt J, Belon F, et al.** Predictive factors of bleeding events in adults undergoing extracorporeal membrane oxygenation. *Ann Intensive Care.* 2016;6(1):97. doi:10.1186/s13613-016-0196-7
8. **Nguyễn Văn Trọng.** Khảo sát một số rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật tim phổi nhân tạo. Luận văn thạc sĩ Y học 2019, Trường Đại học y Hà Nội
9. **Phạm Đăng Thuận.** Nhận xét hiệu quả phác đồ chống đông bằng heparin trong kỹ thuật tim phổi nhân tạo tại giường. Luận văn thạc sĩ Y học 2016, Trường Đại học y Hà Nội
10. **Malfertheiner MV, Philipp A, Lubnow M, et al.** Hemostatic Changes During Extracorporeal Membrane Oxygenation: A Prospective Randomized Clinical Trial Comparing Three Different Extracorporeal Membrane Oxygenation Systems. *Crit Care Med.* 2016;44(4):747-754. doi:10.1097/CCM.0000000000001482
11. **Lukito P, Wong A, Jing J, et al.** Mechanical circulatory support is associated with loss of platelet receptors glycoprotein Iba and glycoprotein VI. *J Thromb Haemost JTH.* 2016;14(11):2253-2260. doi:10.1111/jth.13497

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG PHỨC HỢP SỤN SỢI TAM GIÁC (TFCC) CỔ TAY TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Trần Nguyễn Phương^{1,2}, Đào Xuân Thành¹, Bùi Hồng Thiên Khanh^{2,3},
Huỳnh Phương Nguyệt Anh², Lê Trọng Tân², Lê Viết Sơn²,
Nguyễn Phú Chân², Vũ Xuân Thành³

TÓM TẮT

Mở đầu: Tổn thương TFCC là nguyên nhân thường gặp của đau khớp cổ tay phía trụ. Chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đánh giá kết quả điều trị tổn thương này. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết

quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương TFCC trên người trưởng thành. **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc 22 bệnh nhân điều trị tổn thương TFCC bằng phẫu thuật nội soi từ 1/2021 - 3/2022 tại BV ĐHYD TPHCM. Kết quả điều trị thể hiện qua thang điểm đánh giá chức năng cổ tay MMWS và thang điểm đau VAS, so sánh trước mổ, sau mổ 1, 3 và 6 tháng. Kết quả: Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 12,68 ± 4,98 tháng, 95.5% bệnh nhân có triệu chứng đau giảm rõ rệt sau phẫu thuật 6 tháng. Điểm VAS đã cải thiện dần sau mổ: tại thời điểm sau mổ 1 tháng (4,14 ± 1,17), 3 tháng (1,86 ± 1,49), 6 tháng (0,73 ± 1,35) giảm so với trước mổ (6,95 ± 1,50) (p<0,001). Chức năng khớp cổ tay cải thiện tốt so với trước mổ, điểm MMWS trung bình từ 51,3 ± 7,07 điểm tăng lên 94,3 ±

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 7.4.2023

4,58 điểm ($p < 0,001$). Đánh giá chức năng cổ tay theo MMWS thấy sau 6 tháng, chức năng tốt và rất tốt là 86,4% (19 bệnh nhân), trung bình 3 bệnh nhân (13,6%). Về biến chứng, ghi nhận 5 bệnh nhân bị tê ngón 4, 5 sau mổ, không có trường hợp nào biến chứng quan trọng (như chảy máu, tổn thương gân, thần kinh hay nhiễm trùng). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khớp điều trị những tổn thương của TFCC là phương pháp rất hữu ích và an toàn.

Từ khoá: tổn thương TFCC, nội soi khớp cổ tay

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF WRIST ARTHROSCOPY IN THE TREATMENT OF TRIANGULAR FIBROCARILAGE TEARS IN ADULTS

Introduction: TFCC tear is a prevalent cause of wrist pain on the ulnar side. There are no research in Vietnam that analyze the effectiveness of wrist arthroscopy in treating TFCC tears. The purpose of this study is to investigate the efficacy of arthroscopic TFCC repair in adults. **Methods:** The prospective descriptive study included 22 patients who underwent wrist arthroscopy for TFCC lesions between 1/2021 and 3/2022. MMWS and VAS are used to compare treatment outcomes before and after surgery at 1, 3, and 6 months. **Results:** An average follow-up of $12,68 \pm 4,98$ months, 95.5% of patients had pain symptoms significantly reduced after surgery 6 months. Pain score improved gradually after surgery: 6 months (0.73 ± 1 point), decreased compared to before surgery (6.95 ± 1.50 points) ($p < 0.001$). The wrist joint function improved well compared to before surgery, which showed that the average MMWS increased from 51.3 ± 7.07 points to 94.3 ± 4.58 points ($p < 0.001$). Evaluation wrist function after surgery 6 months found good or excellent results in 19/22 patients, 4 fair and no poor result. Regarding complications, there were no important complications. **Conclusions:** Wrist arthroscopy is an effective and safe method for treating TFCC lesions.

Keywords: TFCC tear, wrist arthroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm về TFCC (Triangular Fibrocartilage Complex) được Palmer và Werner đưa ra năm 1981.1 Đó là cấu trúc nằm ở phía trụ cổ tay do nhiều thành phần cấu tạo nên: đĩa khớp, sụn chêm, các dây chằng quay trụ dưới gan tay và mu tay, các dây chằng trụ cổ tay (trụ nguyệt, trụ thấp), dây chằng bên trụ, bao gân duỗi cổ tay trụ. Tổn thương TFCC là nguyên nhân thường gặp (chiếm 80%) của đau khớp cổ tay phía trụ.1,2

Có nhiều phương pháp sửa chữa những thương tổn của TFCC. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương TFCC trên người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật điều trị tổn thương TFCC cổ tay. Có phim chụp MRI khớp cổ tay và XQ trước mổ. Bệnh nhân tuân thủ phác đồ điều trị, tái khám theo hẹn.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cổ tay có tái tạo dây chằng quay trụ dưới hoặc kết hợp xương quay. Bệnh nhân kèm các bệnh khớp tự miễn, chuyển hoá. Bệnh nhân không tái khám đúng hẹn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc. 22 bệnh nhân có tổn thương TFCC được phẫu thuật tại BV ĐHYD TPHCM từ 01/2021 đến 03/2022, thỏa điều kiện chọn mẫu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Trước mổ: hỏi bệnh sử, khám các triệu chứng lâm sàng, các dấu hiệu và nghiệm pháp đánh giá tổn thương TFCC. Chụp MRI và XQ.

- Đánh giá: Trong phẫu thuật, các hình thái tổn thương và cách điều trị được ghi nhận. Đánh giá theo thang điểm đau Visual Analog Scale (VAS) và thang điểm đánh giá chức năng cổ tay MMWS (Modified Mayo Wrist Score) ở thời điểm: trước mổ, 1, 3, 6 tháng sau mổ.

- Phương pháp phẫu thuật: Gây mê toàn thân. Tư thế nằm ngửa, kéo giãn khớp cổ tay 3-5kg (Hình 1). Ga rô trên khuỷu áp lực 220 – 250mmHg. Vào khớp cổ tay qua cổng 3-4, dùng scope 2.7/2.4mm thám sát, cắt lọc hoạt mạc viêm (nếu có). Chúng tôi dùng cổng 6R làm cổng thao tác. Mở cổng 4-5 khi cần. Kiểm tra, thực hiện nghiệm pháp căng bề mặt, nghiệm pháp móc để đánh giá và phân loại thương tổn của TFCC. Cắt lọc hoặc khâu TFCC tùy thương tổn. Kiểm tra độ vững của khớp quay trụ dưới. Rửa sạch khớp, xả ga rô và đóng các cổng.



Hình 1: Tư thế phẫu thuật và hệ thống kéo giãn khớp cổ tay

Sau mổ bệnh nhân được mang nẹp cẳng tay. Tập vật lý trị liệu theo phác đồ. Đánh giá bệnh nhân theo thang điểm khi người bệnh tái khám sau 1, 3, 6 tháng.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Các dữ liệu sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016, sau đó được chuyển đổi và phân tích bằng phần mềm STATA phiên bản 14.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận theo chứng nhận số 469/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 12/5/2021.

III. KẾT QUẢ nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung

| Đặc điểm | | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-------------------------|-----------------|-----------|
| Giới tính | Nữ | 12 | 54,5 |
| | Nam | 10 | 45,5 |
| Tuổi | 20-30 | 10 | 45,5 |
| | 31-40 | 7 | 31,8 |
| | > 40 | 5 | 22,7 |
| | Trung bình | 34,2 ± 8,9 tuổi | |
| Nghề nghiệp | Nhân viên văn phòng | 10 | 45,5 |
| | Nội trợ | 5 | 22,7 |
| | Khác: kỹ sư, công nhân. | 7 | 31,8 |

21/22 bệnh nhân có tay thuận bên phải, tay trái tổn thương chiếm 10/22 bệnh nhân (45,5%) trong khi tay phải là 12/22 bệnh nhân (54,5%). 13/22 bệnh nhân (59,1%) chấn thương cổ tay do tai nạn sinh hoạt, có 5/22 bệnh nhân (22,7%) do tai nạn giao thông, 2 bệnh nhân (9,1%) do tai nạn lao động và 2 bệnh nhân (9,1%) không rõ nguyên nhân chấn thương. Trung vị thời gian từ lúc chấn thương đến lúc mổ là 4 tháng (1 tháng - 5 năm).

***Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:**

100% bệnh nhân có triệu chứng đau cổ tay phía trụ, nhất là khi sắp ngửa. Dấu hiệu hõ chòm xương trụ và nghiệm pháp nén ép TFCC dương tính 100%. Các nghiệm pháp chèn ép xương trụ và bập bênh khớp quay trụ dưới có tỉ lệ dương tính lần lượt là 95,5% và 18,2%. Điểm VAS trước mổ trung bình là 6,95 ± 1,50, điểm MMWS là 48,81 ± 12,44.

9 bệnh nhân có hình thái tổn thương TFCC type IA, 9 trường hợp type IB trên MRI theo Palmer. Ngoài ra có 1 bệnh nhân có hình thái kết hợp type IB và ID, 1 bệnh nhân type IIA. XQ trước mổ cho thấy 4 bệnh nhân (18,2%) có biến

đổi đầu dưới xương trụ (ulnar variant) dương tính, 18 bệnh nhân (81,8%) trung tính. Ngoài ra không có phát hiện bất thường nào khác trên XQ khớp cổ tay của các bệnh nhân.

***Đặc điểm phẫu thuật.** Thời gian trung bình mỗi ca mổ là 64,36 ± 16,26 phút, thời gian garo trung bình 58,36 ± 16,09 phút với lực kéo 3,86 ± 0,56 kg. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 12,68 ± 4,98 tháng.

Có 15/22 (68,2%) người bệnh có viêm màng hoạt dịch, sụn khớp có tổn thương từ độ 1-3 là 5 (22,7%). Về dạng tổn thương theo Palmer, 72,7% type IB, 13,6% dạng phối hợp IA và IB. Còn lại là ID, IIB và IB + IIB, mỗi dạng 4,5%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị: Chúng tôi theo dõi người bệnh sau mổ, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, chức năng của khớp cổ tay theo thang điểm MMWS và sự hài lòng với phẫu thuật ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau mổ. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 12,68 ± 4,98 tháng.

3.2.1. Đánh giá đau. Điểm VAS của bệnh nhân cải thiện dần sau mổ, sau 1 tháng là 4,14 ± 1,17, 3 tháng 1,86 ± 1,49, 6 tháng 0,73 ± 1,35 so với trước mổ là 6,95 ± 1,50. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Mức độ đau của bệnh nhân chuyển dần từ đau vừa/nhiều sang đau nhẹ hoặc không đau. 95,5% người bệnh thấy cải thiện triệu chứng đau sau mổ 6 tháng.

3.2.2. Đánh giá chức năng cổ tay. Điểm MMWS của bệnh nhân đã tăng lên tại thời điểm sau mổ 1 tháng (57,62 ± 9,44), 3 tháng (77,14 ± 10,19 điểm), 6 tháng (89,76 ± 9,55 điểm) so với trước mổ (48,81 ± 12,44 điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Chức năng cổ tay theo MMWS cải thiện nhiều. Trước mổ, tỷ lệ chức năng cổ tay mức độ kém chiếm 90,9% và 9,1% trường hợp còn lại là trung bình. Sau mổ 6 tháng, không còn trường hợp nào có chức năng kém, đa số đã chuyển sang rất tốt (72,8%) hoặc tốt (13,6%), vẫn còn 3 trường hợp (13,6%) có chức năng mức độ trung bình.

3.3. Khảo sát biến chứng và sự hài lòng của bệnh nhân sau điều trị. 16 bệnh nhân (77,3%) không có biến chứng sau mổ, có 5 trường hợp (18,2%) ghi nhận có tê ngón 4, 5 và 1 trường hợp tê riêng ngón 5. Có 31,8% bệnh nhân trả lời rất hài lòng, 54,5% trả lời hài lòng và 13,6% trả lời chưa hài lòng với cuộc mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm chung: Nghiên cứu cho thấy sự quan tâm của người bệnh với ảnh hưởng của bệnh lý cổ tay lên cuộc sống của họ. Các bệnh nhân trong độ tuổi lao động, đến khám và quyết định phẫu thuật khi đã chịu đựng đau khớp cổ tay trong một khoảng thời gian dài. Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong mẫu nghiên cứu nhiều hơn nam có thể do điều kiện thể chất cổ tay của người nữ thường yếu hơn nam giới. Cũng như tỷ lệ tổn thương gặp ở bên tay phải, là tay thuận của các bệnh nhân nhiều hơn.

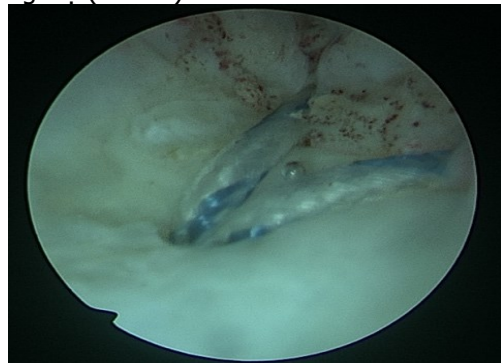
Đặc điểm lâm sàng: Các bệnh nhân đến khám bệnh với triệu chứng chính là đau khớp cổ tay, ảnh hưởng tới sinh hoạt. Người bệnh đã được điều trị nội khoa bảo tồn bao gồm nghỉ ngơi, hạn chế vận động tay đau, tập phục hồi chức năng, dùng các loại kháng viêm non-steroid. Có 2 trường hợp được tiêm corticoid nội khớp. Tiêm corticoid vào khớp cổ tay là vấn đề còn tranh cãi vì có ảnh hưởng tới quá trình lành sụn và được khuyến cáo không tiêm trong thời gian 6 tuần sau chấn thương. Trên lâm sàng, người bệnh có các triệu chứng: Đau cổ tay khi sắp ngủ, khi nắm chặt và nghiêng trụ. Khám có dấu hiệu hõ chỏm xương trụ dương tính, các nghiệp pháp nén ép TFCC dương tính. Một số bệnh nhân có kèm mất vững khớp quay trụ dưới.

Đặc điểm cận lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh XQ cổ tay không có dấu hiệu gợi ý bệnh lý như gãy xương, trật khớp.. Trên XQ có thể đánh giá sự tương quan của đầu dưới xương quay và xương trụ (ulnar variant). Nghiên cứu này có 4 bệnh nhân (18.2%) có bất xứng dương. Sự biến đổi đầu dưới xương trụ so với xương quay có liên quan tới kết quả điều trị những tổn thương của TFCC.2 Người bệnh có bất xứng xương trụ dương, kết quả điều trị kém hơn nhóm có sự tương quan trung tính hoặc bất xứng âm, thường phải thực hiện thêm các phương pháp làm giảm áp lực của đầu dưới xương trụ tới TFCC như làm ngắn xương trụ hoặc mài chỏm xương trụ.3,4

Hình ảnh MRI trước mổ cho thấy các bệnh nhân có tổn thương TFCC ở các mức độ khác nhau. Các nghiên cứu cho thấy giá trị của MRI trong chẩn đoán tổn thương TFCC do chấn thương thay đổi từ mức 69% khi được đọc bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh nhiều kinh nghiệm, so với 37% khi được đọc bởi các bác sĩ ít kinh nghiệm hơn. Độ nhạy của MRI trong chẩn đoán rách TFCC là 42 - 83%. Do vậy, nhiều nghiên cứu trong y văn đồng thuận về vai trò của phẫu thuật nội soi khớp cổ tay trong chẩn đoán rách TFCC với độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất.2,5

Palmer chia tổn thương của TFCC làm hai nhóm: nhóm do chấn thương và nhóm do thoái hoá.7. Nghiên cứu của chúng tôi với đa phần là bệnh nhân trẻ tuổi, trên MRI phần lớn (86.4%) người bệnh được đọc tổn thương TFCC ở nhóm chấn thương. Chỉ có 1 bệnh nhân (4.5%) là tổn thương thoái hoá. Có 2 bệnh nhân vẫn có chỉ định phẫu thuật dựa vào triệu chứng lâm sàng khá rõ ràng và thời gian tồn tại triệu chứng khá lâu, dù kết quả MRI không có phát hiện gì đặc biệt.

Đặc điểm phẫu thuật: Thời gian trung bình mỗi ca mổ là $64,36 \pm 16,26$ phút. Thời gian mổ kéo dài phụ thuộc vào việc xử lý những thương tổn đi kèm. 15/22 trường hợp (68,2%) có viêm màng hoạt dịch khớp, tất cả đều có dịch khớp trong, nhưng sụn khớp có tổn thương từ độ 1 đến độ 3 là 5 trường hợp (22,7%). Về tổn thương TFCC theo Palmer, 16 bệnh nhân (72.7%) tổn thương type 1B đơn thuần, tức là rách phần bám vào xương trụ. 5 bệnh nhân có tổn thương 1B phối hợp với các tổn thương khác. Theo giải phẫu mạch máu của TFCC, vùng trung tâm của đĩa sụn là vùng vô mạch nếu khâu sẽ không có khả năng lành do đó được gọi là vùng cắt lọc, chiếm khoảng 60% diện tích. Phần còn lại là vùng rìa TFCC, có nguồn cấp máu của các mạch nuôi và được gọi là vùng sửa chữa. Sự phân bố mạch máu như vậy giúp cho các phẫu thuật viên đưa ra chiến lược xử trí từng loại thương tổn: cắt lọc với type A và khâu lại với type B, C, D.2,7 Chúng tôi đã xử lý các tổn thương phối hợp theo khuyến cáo, phần bám vào xương trụ (1B) được xử trí khâu vào phần mềm bao khớp hoặc cố định lại điểm bám vào xương trụ (Hình 2).



Hình 2: Cố định lại phần ngoại vi của TFCC vào xương trụ

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá đau: Điểm VAS của bệnh nhân đã giảm dần sau mổ 1 tháng ($4,14 \pm 1,17$), 3 tháng ($1,86 \pm 1,49$ điểm), 6 tháng ($0,73 \pm 1,35$ điểm) so với trước mổ ($6,95 \pm 1,50$ điểm). Sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Mức độ đau của bệnh nhân chuyển dần từ đau vừa/nhiều sang không đau hoặc đau nhẹ. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy hiệu quả điều trị giảm đau của phương pháp điều trị phẫu thuật TFCC qua nội soi khớp cổ tay. 95.5% người bệnh thấy cải thiện triệu chứng đau sau mổ 6 tháng.

Đánh giá chức năng: Điểm MMWS của bệnh nhân đã tăng lên sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng so với trước mổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đánh giá chức năng cổ tay theo thang điểm MMWS thấy sau 6 tháng, chức năng tốt và rất tốt là 86,4% (19 bệnh nhân), trung bình là 3 bệnh nhân (13,6%). Sau mổ người bệnh phải mang nẹp cứng bàn tay 4 tuần nên thời gian tập vật lý trị liệu chậm lại, điểm số MMWS chưa cải thiện rõ sau 3 tháng nhưng điểm số này tăng có ý nghĩa thống kê sau mổ 6 tháng. Ở các bệnh nhân theo dõi trên 1 năm, điểm số này cao hơn. Có bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và quay lại cuộc sống bình thường, thậm chí chơi thể thao trở lại. So sánh với nghiên cứu của Corso³ và cộng sự, ở nghiên cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi 37 tháng, kết quả tốt và rất tốt chiếm 93% (42/45 bệnh nhân), có 3/45 (7%) bệnh nhân kết quả chưa tốt theo đánh giá dựa vào thang điểm MMWS. Ruch và cộng sự cho thấy trung bình lực cầm nắm của cổ tay bên được phẫu thuật đạt 88% so với bên lành và không đau như trước mổ. Chad J. Miccuci và Christopher C. Schmidt cho biết có 95.7% (22/23 bệnh nhân) cải thiện rõ rệt triệu chứng đau và quay trở lại cuộc sống bình thường. 2 Năm 2015, trong nghiên cứu với cỡ mẫu 37 bệnh nhân, Maysara A. Bayoumy và cộng sự thấy điểm đau trung bình đánh giá theo VAS cải thiện từ 7,6 đến 2,9 điểm. Chức năng khớp cổ tay đánh giá theo thang điểm MMWS trung bình tăng từ 62,1 lên 91,2 điểm, có ý nghĩa thống kê.⁶

4.3. Biến chứng và sự hài lòng của bệnh nhân. Nghiên cứu của Beredjiklian PK⁸ (2004) và cộng sự thấy tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật là 5,6%. Tai biến thường gặp là tổn thương gân, mạch máu thần kinh khi thiết lập đường vào khớp. Chúng tôi không gặp trong nghiên cứu. 4 bệnh nhân (18,2%) có tê dọc ngón tay 4,5 trong 1 tháng đầu nhưng hồi phục sau 3 tháng mà không có điều trị nào đặc hiệu. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng nhiễm trùng, chảy máu sau mổ.

Có 7 (31,8%) bệnh nhân trả lời rất hài lòng với phẫu thuật, 12 (54,5%) hài lòng và 3 (13,6%) trả lời chưa hài lòng. Ở 3 người bệnh có sự hài lòng chưa cao, người bệnh còn đau cổ tay phía trụ, chức năng cổ tay chưa cải thiện nhiều. So với các tác giả khác, De Araujo và cộng sự thấy 16/17 bệnh nhân (94,1%) hài lòng đến rất hài lòng với kết quả phẫu thuật.² Maysara A. Bayoumy và cộng sự theo dõi 37 bệnh nhân, thấy 91,9% bệnh nhân hài lòng sau mổ.⁶ Ở bất kỳ phương pháp nào, đích đến cũng là sự cải thiện về triệu chứng và sự hài lòng của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị này.

V. KẾT LUẬN

Dù thời gian theo dõi sau phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương TFCC chưa dài, kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật này là phương pháp tốt, an toàn trong điều trị tổn thương TFCC. Đây là phẫu thuật ít xâm lấn mang lại hiệu quả cao, triệu chứng đau của người bệnh được giải quyết, chức năng khớp cổ tay được cải thiện. Qua nội soi khớp, việc xác định chính xác chẩn đoán và phân loại tổn thương góp phần quyết định hướng xử trí và điều trị những tổn thương đó nhằm trả lại chức năng lao động và sinh hoạt cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Palmer AK, Werner FW.** The triangular fibrocartilage complex of the wrist-anatomy and function. J Hand Surg Am 1981;6:153-62.
2. **Palmer AK, Bible B, Anderson A.** The wrist - diagnosis and operative treatment. Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins; 2010(2):857-882.
3. **Corso SJ, Savoie FH, Geissler WB, et al.** Arthroscopic repair of peripheral avulsions of the triangular fibrocartilage complex of the wrist: a multicenter study. Arthroscopy. 1997;13:78-84.
4. **Conca M, Conca R, Pria AD.** Preliminary experience of fully arthroscopic repair of triangular fibrocartilage complex lesions. Arthroscopy. 2004; 20:79-82.
5. **Chad JM, Christopher CS.** Arthroscopic repair of ulnar-sided triangular fibrocartilage complex tears. Oper Tech Orthop. 2007;17:118-124.
6. **Maysara AB.** Short-term evaluation of arthroscopic outside-in repair of ulna side TFCC tear with vertical mattress suture. J Orthop. 2015. 208:6.
7. **Palmer AK.** Triangular fibrocartilage complex lesions: a classification. J Hand Surg Am. 1989; 14:594-606.
8. **Beredjiklian PK, Bozentka DJ, Leung IL, et al.** Complications of wrist arthroscopy. The Journal of Hand Surgery. 2004: 406-411