

lựa chọn của nghiên cứu. Tuy nhiên, hầu hết các mô hình (6/7) chỉ dự báo năng lực ứng phó COVID-19 của bệnh viện ở góc độ đáp ứng về số lượng giường bệnh điều trị COVID-19 (cả điều trị thông thường và điều trị tích cực) và số lượng máy thở, mà không dự báo ở góc độ đáp ứng về số lượng các loại hình nhân lực của bệnh viện trong điều trị COVID-19. Duy nhất mô hình của Tổ chức Y tế thế giới có dự báo về nhu cầu số lượng nhân lực để đáp ứng từng giai đoạn diễn biến dịch, đối với từng mức độ tình trạng bệnh. Mô hình của Tổ chức Y tế thế giới có thể được sử dụng trong nghiên cứu, sử dụng các số liệu được thu thập tại Việt Nam để đưa ra những dự báo về nhu cầu nhân lực của các bệnh viện trong điều trị COVID-19 tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Halpern SD, ICU capacity strain and the quality and allocation of critical care. *Curr Opin Crit Care*, 2011. 17(648-57).
2. Liberati A, et al., The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 2009. 339 (b2700).
3. Hupert N, et al., Cornell COVID Caseload Calculator with Capacity and Ventilators (C5V online). <https://covid19.sjsu.edu>. Accessed December 31, 2020. 2020.
4. Centers for Disease Control and Prevention, Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>. Accessed December 31, 2020. 2020.
5. Weissman GE, et al., COVID-19 Hospital Impact Model for Epidemics (CHIME). <https://penn-chime.phl.io/>. Accessed December 31, 2020. 2020.
6. Johannes O. Ferstad, et al., A model to forecast regional demand for COVID-19 related hospital beds. *medRxiv* 2020.03.26.20044842; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.26.20044842>, 2020.
7. Zhang T, et al., A model to estimate bed demand for COVID-19 related hospitalization. *medRxiv* 2020.03.24.20042762; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20042762>, 2020.
8. Adhikari BB, et al., COVID-19 Surge. Centers for Disease Control and Prevention. 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/COVIDSurge.html>. Accessed December 31, 2020. 2020.
9. WHO Regional Office for Europe, Health Workforce Estimator (HWFE). [https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/Planning-tools/health-workforce-estimator-\(hwfe\)](https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/strengthening-the-health-system-response-to-covid-19/Planning-tools/health-workforce-estimator-(hwfe)). Accessed December 31, 2020. 2020.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG SỤN SỢI TAM GIÁC CỔ TAY PALMER 1D: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Trần Nguyễn Phương¹, Huỳnh Phương Nguyệt Anh¹, Lê Trọng Tấn¹, Nguyễn Phú Chân¹, Đào Xuân Thành³, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Vũ Xuân Thành²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương phức hợp sụn sợi tam giác (TFCC) kiểu 1D theo phân loại Palmer với vị trí rách ở khuyết trụ của xương quay hiếm gặp và vẫn còn tranh cãi về thời điểm can thiệp, phương pháp phẫu thuật cũng như kết quả điều trị còn khác nhau giữa các nghiên cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả lâm sàng hai trường hợp sau phẫu thuật nội soi khâu phục hồi tổn thương TFCC kiểu Palmer 1D theo kỹ thuật outside-in và thảo luận về các kỹ thuật cũng như quy trình hậu phẫu. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Sau theo dõi 1 năm, hai bệnh nhân của chúng tôi đã vận động cổ tay

hết tầm, sức mạnh đạt 90%, không còn đau và trở lại chơi thể thao cũng như lao động ở mức độ trước đó. Không có biến chứng được ghi nhận. **Kết luận:** Nội soi cổ tay khâu TFCC theo kỹ thuật outside-in là một phương pháp đơn giản và hiệu quả để giải quyết các thương tổn TFCC Palmer 1D.

Từ khóa: nội soi khớp cổ tay, phức hợp sụn sợi tam giác, kỹ thuật outside-in

SUMMARY

WRIST ARTHROSCOPY FOR PALMER 1D TRIANGULAR FIBROCARILAGE COMPLEX TEAR: TWO CASE REPORTS AND REVIEW OF LITERATURE

Background: Isolated radial-sided tears of TFCC (1D Palmer classified lesions) are uncommon and treatment of these lesions is still controversial on a few researches. **Objectives:** To evaluate the clinical outcomes of two cases after arthroscopic repairing of Palmer type 1D TFCC injury by outside-in technique and discuss about the procedure as well as post-operative care. **Methods:** Case reports. **Results:** At 1-year follow-up, two our patients had full wrist range

¹Bệnh viện Đại học Y dược TP HCM

²Đại học Y Dược TP HCM

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

of motion, 90% grip strength, no pain, and returned to sport or daily work at their previous level of play. There were no complications. **Conclusion:** Wrist arthroscopy with outside-in technique is a simple and effective method to address radial-sided TFCC tears Palmer 1D

Keywords: wrist arthroscopy, triangular fibrocartilage complex, outside – in technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

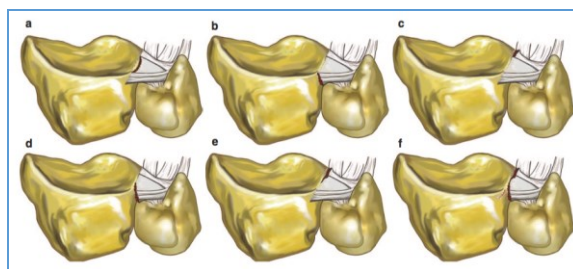
Tổn thương phức hợp sụn sợi tam giác (Triangular Fibrocartilage Complex - TFCC) là nguyên nhân thường gặp nhất của đau khớp cổ tay phía trụ, chiếm tới khoảng 80%.⁶ Rách TFCC thường là hậu quả sau một tác động lực dọc theo trục của cẳng tay, sấp ngửa cẳng tay nhiều, đặc biệt hay gặp khi chấn thương ngã chống tay với tư thế cổ tay duỗi quá mức. Trên thế giới, sửa chữa những thương tổn của phức hợp sụn sợi tam giác (TFCC) đã được đề cập từ những năm 90 của thế kỷ XX. Palmer đã phân chia tổn thương TFCC làm hai nhóm: chấn thương (nhóm 1) và thoái hoá (nhóm 2).⁶ Nhóm do chấn thương của Palmer (nhóm 1) được chia thành 4 type.

- Type A: tổn thương vùng trung tâm đĩa sụn.
- Type B: tổn thương vùng rìa đĩa sụn phía trụ.
- Type C: tổn thương vùng rìa đĩa sụn phía gan tay.
- Type D: bong chỗ bám phía khuyết trụ của xương quay.

Tổn thương TFCC type 1D gồm những tổn thương rách hoặc bong điểm bám vào khuyết trụ xương quay của phức hợp sụn sợi tam giác. Những thương tổn này xảy ra thường xuyên nhất do gãy bờ trụ đầu dưới của xương quay và gây nên tổn thương chỗ bám của dây chằng quay trụ dưới phía gan tay và mu tay. Nếu dây chằng quay trụ dưới bị tổn thương sẽ dẫn đến sự mất vững của khớp quay trụ dưới.

Nakamura đã phân chia tổn thương phía quay của TFCC (kiểu 1D theo Palmer) làm 6 nhóm nhỏ.⁵ Đó là:

- a. Rách sụn sợi giữa sụn khớp của rãnh xích ma xương quay với TFCC
- b. Rách phía mu tay giữa sụn khớp phía mu tay của rãnh xích ma xương quay với dây chằng quay trụ dưới mặt mu tay.
- c. Rách phía gan tay giữa sụn khớp phía gan tay của rãnh xích ma xương quay với dây chằng quay trụ dưới mặt gan tay.
- d. Kết hợp giữa nhóm (a) và nhóm (b).
- e. Kết hợp giữa nhóm (a) và nhóm (c).
- f. Bong hoàn toàn TFCC ra khỏi rãnh xích ma của xương quay



Hình 3.5: Phân loại tổn thương TFCC kiểu 1D. Nakamura (2010)

Theo cách phân loại như trên nhóm 1D-a không liên quan tới sự ổn định của khớp quay trụ dưới, trong khi đó các nhóm từ 1D-b-f ảnh hưởng tới sự mất vững của khớp này với các mức độ khác nhau. Khi có tổn thương TFCC và mất vững khớp quay trụ dưới, các tác giả đều thống nhất về chỉ định phẫu thuật.

Tổn thương TFCC kiểu 1D là kiểu tổn thương rất hiếm gặp theo y văn. Vấn đề điều trị hầu hết các tổn thương này bằng phương pháp cắt lọc đã được đề cập ở nhiều bài báo. Các nghiên cứu cơ sinh học đã hỗ trợ thêm quan điểm này khi cho thấy có thể cắt bỏ tới 2/3 đĩa khớp mà không ảnh hưởng tới sự ổn định của khớp quay trụ dưới. Tuy nhiên, trong những nghiên cứu gần đây, các tác giả thấy rằng cần tôn trọng phần ngoại vi của TFCC (liên quan tới dây chằng quay trụ dưới). Các tác giả đã nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bảo vệ toàn vẹn các dây chằng này để duy trì sự ổn định của khớp quay trụ dưới. Vì thế các tác giả càng quan tâm tới việc sửa chữa tổn thương TFCC thay vì cắt lọc đơn thuần.

Hơn nữa, những nghiên cứu về giải phẫu của TFCC cho thấy phía trụ của TFCC do động mạch trụ chi phối, càng về phía khuyết trụ xương quay, TFCC được các nhánh gan tay và mu tay của động mạch gian cốt trước chi phối. Trong đó phần trung tâm đĩa khớp và phía quay của TFCC được coi là vùng vô mạch (hay "vùng cắt lọc", chiếm khoảng 60% diện tích). Những vết rách ở vùng đó nếu được sửa chữa rất khó có khả năng lành. Ngược lại là "vùng sửa chữa" có mạch máu nuôi gồm bờ trụ (rìa) cả mặt lưng và lòng (chiếm 10-40%). Cooney trong một nghiên cứu với cỡ mẫu là 23 người bệnh có tổn thương ngoại vi TFCC phía quay được điều trị phẫu thuật cho thấy kết quả tốt và rất tốt là 80%. Trong các nghiên cứu mô học, khu vực trung tâm của phần ngoại vi phía quay của TFCC không có nhiều mạch máu nuôi dưỡng. Dù vậy, các dây chằng quay trụ dưới phía gần xương quay vẫn có mạch máu chi phối và những vết rách vẫn được nuôi dưỡng lành. Khác với trường hợp rách vị trí trung

tâm đĩa khớp TFCC, hoàn toàn là vùng vô mạch và khó lành. Vết rách TFCC ở vùng trung tâm chỗ bám phía quay có thể coi như phần đỏ - trắng, và vết rách ở dây chằng quay trụ dưới phía xương quay, coi như phần đỏ - đỏ có thể lành được nếu được phẫu thuật khâu lại.⁴

Cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, việc chẩn đoán sớm, chính xác và đánh giá toàn diện các thương tổn đã giúp ích cho các bác sĩ đưa ra phương án điều trị thích hợp. Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi, đặc biệt là nội soi khớp nhỏ giúp cho việc giải quyết các tổn thương đó ngày càng được dễ dàng hơn. Đã có một số nghiên cứu nước ngoài đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị tổn thương TFCC tuy nhiên vẫn đang còn có nhiều tranh luận về các phương pháp, kỹ thuật cũng như kết quả điều trị.

Câu hỏi đặt ra rằng phẫu thuật nội soi cổ tay khâu sửa chữa tổn thương TFCC kiểu 1D theo Palmer trong điều kiện y học Việt Nam hiện nay liệu có mang lại kết quả lâm sàng tốt cho người bệnh hay không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tổn thương TFCC đến khám và điều trị tại BV Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có chỉ định phẫu thuật và xác định tổn thương type 1D qua nội soi cổ tay từ 01/01/2018 – 31/01/2020.

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng

Thang điểm đánh giá điều trị:

- VAS (Visual Analog Scale): đánh giá về mức độ đau. Thang điểm đau từ 1 đến 10. Với đau nhẹ 2-3 điểm, đau trung bình 4-6 điểm, đau dữ dội 8-10 điểm.

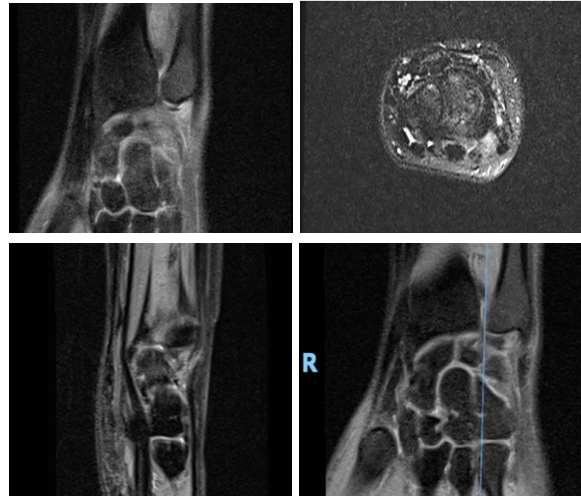
- MMWS (Modified Mayo Wrist Score): đánh giá chức năng khớp cổ tay. Bao gồm đau (25đ), hải lòng (25đ), tầm vận động (25đ), lực bóp tay (25đ), tổng cộng 100đ.

III. CA LÂM SÀNG

Ca thứ nhất: Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, nhập viện Khoa CTCH - BV ĐHYD TP.HCM vì đau cổ tay phải. BN khai đau cổ tay phải sau ngã chống tay 3 tháng, điều trị nội khoa và mang nẹp vải căng bàn tay 8 tuần nhưng triệu chứng không cải thiện.

Khám: Đau cổ tay phải ở bờ trụ, ấn đau mỏm trâm trụ, dấu hiệu hố chòm xương trụ dương tính, ấn hố thuyền không đau, khớp quay trụ dưới vững.

Xquang: không ghi nhận tổn thương gãy xương, trật khớp vùng cổ bàn tay.



MRI: Tăng tín hiệu nơi bám phức hợp sụn sụn tam giác ở xương thấp và phù dây chằng nơi bám bên trụ, tăng tín hiệu nơi bám của TFCC vào khuyết trụ xương quay nghi rách TFCC (phân loại Palmer 1D).

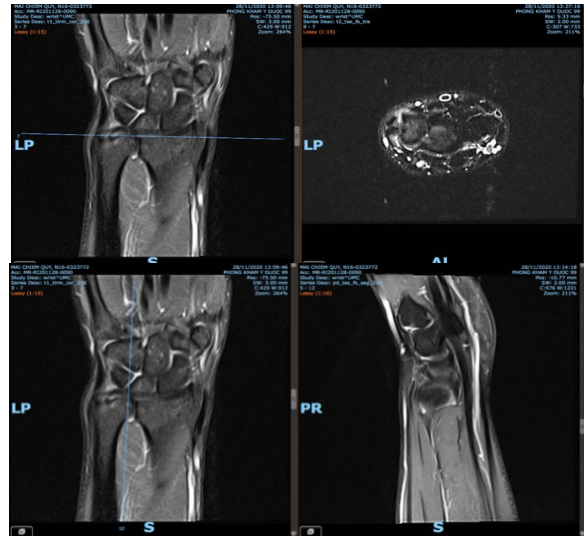
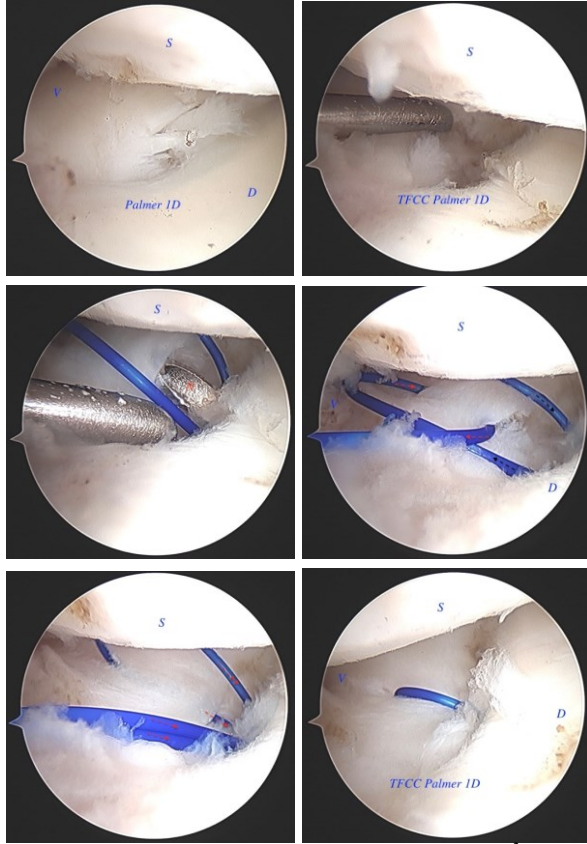
BN được phẫu thuật nội soi khớp cổ tay, khâu TFCC

Phương pháp phẫu thuật: Người bệnh được gây mê toàn thân. Tư thế nằm ngửa, kéo giãn khớp cổ tay bằng hệ thống treo, kéo tạ 3kg. Ga rô trên khuỷu áp lực 250mmHg. Vào khớp cổ tay qua cổng 3-4 ngay phía dưới lồi củ Lister của xương quay, sử dụng ống kính nhỏ 2.7mm thám sát khớp, cắt lọc hoạt mạc viêm. Mở cổng 6R (phía quay của gân duỗi cổ tay trụ) để làm cổng thao tác. Mở thêm cổng 4-5 hỗ trợ tầm nhìn. Kiểm tra thấy TFCC rách tại vị trí khuyết trụ xương quay (type 1D) kèm rách dọc dây chằng trụ thấp. Trampoline test (+), Hook test (-). Tiến hành cắt lọc TFCC rách và làm mới vị trí khuyết trụ của xương quay bằng shaver. Khoan 2 đường hầm từ xương quay với dụng cụ ngắt Arthrex (rạch mở nhỏ ở xương quay dưới mỏm trâm quay # 4cm), kéo chỉ và tạo 1 mũi đệm ngang PDS 2-0 kiểu outside-in. Khâu mũi chữ U buộc dọc dây chằng trụ nguyệt- trụ thấp. Kiểm tra TFCC vững và căng sau khâu. Trampoline test (-). Dọn dẹp, rửa sạch khớp, xả ga rô và đóng các cổng.

Sau mổ, bệnh nhân được mang nẹp vải căng bàn tay, sử dụng thuốc kháng viêm, giảm đau thông thường. Thay băng cách ngày, cắt chỉ vết mổ sau 10 ngày. Tập vận động thụ động ngay sau mổ. Bệnh nhân được tập vận động chủ động vào tuần thứ 6 và quay trở lại mức lao động thường nhật ở tháng thứ 3. Không ghi nhận biến chứng gì sau mổ.

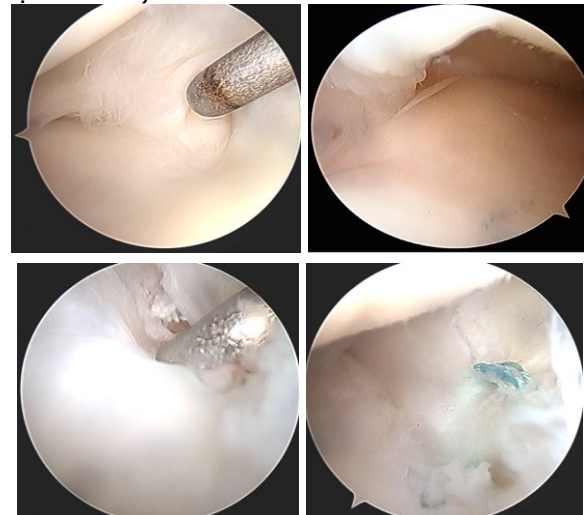
Hình ảnh trong mổ (từ trên xuống dưới, trái qua phải): tổn thương TFCC type 1D, khoan

đường hầm xương, khâu qua TFCC, kéo chỉ tạo mũi đệm ngang.



Chẩn đoán: Tổn thương phức hợp sụn sợi tam giác TFCC Palmer 1D.

Điều trị: được phẫu thuật nội soi khớp cổ tay, khâu TFCC với chỉ siêu bền (kỹ thuật tương tự như trên).



Ca thứ hai: Bệnh nhân nam, 26 tuổi, đến khám tại BV ĐHYD TP.HCM vì đau và yếu cổ tay phải (tay thuận) khi cầm nắm. Cách nhập viện 4 tháng, BN ngã chống tay xuống nền khi đang tập boxing.

Khám: Đau cổ tay trái ở bờ trụ, dấu hiệu hố chỏm xương trụ dương tính, nghiệm phẩm nén ép TFCC dương tính, khớp quay trụ dưới vững.

Xquang: không bất thường

MRI: dây chằng bên trụ phù nề tăng tín hiệu. Tăng tín hiệu và mất liên tục một phần dây chằng quay trụ dưới mặt gan tay. Bờ sụn phía lưng cổ tay tăng tín hiệu. Tăng nhẹ tín hiệu mô mềm cạnh mỏm trụ. Nghi rách phức hợp sụn sợi tam giác TFCC (Palmer 1D).

Hình ảnh trong mổ (từ trên xuống dưới, trái qua phải): tổn thương TFCC type 1D, shaver chuẩn bị vị trí khâu, khâu 1 mũi đệm ngang siêu bền.

Cả 2 bệnh nhân được theo dõi và đánh giá như sau:

Đánh giá		Trước mổ	Sau mổ 2 tuần	Sau mổ 6 tuần	Sau mổ 3 tháng	Sau mổ 6 tháng	Sau mổ 9 tháng	Sau mổ 12 tháng
VAS		5	3	2	1	0	0	0
MMWS	Đau	15	20	20	25	25	25	25
	Hài lòng	10	10	10	20	20	25	25
	Tâm vận động	10	10	15	15	25	25	25
	Lực bóp tay	10	10	15	15	25	25	25
	Tổng	45	55	65	75 Khá	95 Rất tốt	100	100

Sau mổ	Nẹp căng bàn tay	Nẹp căng bàn tay	Không nẹp	Không nẹp	Không nẹp	Không nẹp
Quay lại lao động / thể thao			(+)	(+)	(+)	(+)
Biến chứng	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng tại BV ĐHYD từ 01/01/2021 – 01/10/2022, số lượng bệnh nhân khám ngoại trú có tổn thương TFCC vào khoảng 30-50 bệnh nhân trong một năm, trong đó tổn thương Palmer 1D rất hiếm gặp. Các ca lâm sàng trên đây có tổn thương TFCC kiểu 1D điển hình ghi nhận được. Cả hai ca đều không thấy có tổn thương mất vững cấp tính khớp quay trụ dưới đi kèm. Về điều trị, chúng tôi tiến hành tương tự như y văn với tổn thương kiểu 1D được phẫu thuật khâu phục hồi qua kỹ thuật outside-in với khung ngấm.

- Đánh giá theo thang điểm VAS: Theo đánh giá của bệnh nhân, sau phẫu thuật mức độ đau cổ tay giảm dần. Đau giảm nhiều sau 2 tuần, đặc biệt là sau 6 tuần. Qua theo dõi sau 6 tuần, bệnh nhân cải thiện mức độ gần như không đau và được hướng dẫn bỏ nẹp để tập hồi phục.

- Đánh giá chức năng khớp cổ tay theo thang điểm MMWS: Chức năng khớp cổ tay sau mổ được cải thiện rõ rệt, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm MMWS 45 điểm trước mổ đã tăng lên 75 điểm đạt loại khá sau mổ 3 tháng. Do hai bệnh nhân sau mổ phải mang nẹp căng bàn tay 6 tuần nên thời gian tập vật lý trị liệu chậm lại, điểm số MMWS chưa cải thiện rõ tại mốc 6 tuần, đạt mức rất tốt tại thời điểm 6 tháng.

Nhìn lại y văn, đã có nhiều kỹ thuật sửa chữa tổn thương TFCC kiểu 1D được thực hiện qua nội soi.¹ Trumble sử dụng hệ thống khâu sụn chêm với hai kim, nút chỉ được buộc ở phía ngoài xương quay.⁷ Tác giả thấy có sự cải thiện tầm vận động khớp cổ tay lên tới 89% và lực bóp lên 95% so với tay bên đối diện. Jantea cũng sử dụng hệ thống ngấm từ bên ngoài để tạo đường hầm xương và dùng kim chọc tuỷ sống để luồn chỉ vào xuyên qua TFCC rồi buộc nút thắt ở mặt lưng của xương quay.⁴ Nghiên cứu của ông cho thấy có kết quả tốt (theo thang điểm MMWS) là 11 trên 12 bệnh nhân (92%). Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, các hệ thống định vị mới đã ra đời để giúp phẫu thuật viên dễ dàng tạo đường hầm xuyên xương. Plancher đã mô tả kỹ thuật mà trong đó, sợi chỉ khâu được kéo ra ngoài qua hai đường hầm xương quay tạo bởi hệ thống ngấm bên ngoài nhưng có cùng một điểm ra trong khớp, tại rãnh xích ma. Sợi chỉ khâu TFCC được kéo qua hai đường hầm và tạo nút

thắt chỉ ở phía bờ ngoài xương quay. Fellingner mô tả cách sửa chữa rách TFCC phía quay bằng sử dụng hệ thống T-Fix của hãng Acufix, Geissler sử dụng trợ cụ Rapidloc của hãng De Puy,³ Tang sử dụng hệ thống ngấm nòng đôi và kim 2 thân.⁸ Các hệ thống này đều sử dụng dụng cụ định vị tạo đường hầm ở xương quay và cố định TFCC vào chỗ bám, tuy nhiên Plancher và Geissler thì chưa đề cập kết quả, Fellingner báo cáo có 3 bệnh nhân được đánh giá lại bằng cộng hưởng từ có tương phản nội khớp sau mổ 6 tuần thì không còn ghi nhận hình ảnh thoát dịch tại khớp quay trụ dưới, Tang chỉ có 50% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt (theo thang điểm MMWS) với thời gian theo dõi 8 tháng sau mổ.

Năm 2017, Edgerton là người đầu tiên báo cáo ca bệnh riêng lẻ sử dụng kỹ thuật tất cả bên trong (All-inside) với dụng cụ móc chỉ nội soi Suture Lasso và neo chỉ PushLock 2.5mm cho kết quả rất tốt về lực bóp, mức độ đau, thang điểm MMWS cũng như khả năng chơi lại thể thao sớm ở tháng thứ 3 sau mổ.²

Theo y văn, biến chứng thường gặp nhất do phẫu thuật là tổn thương gân duỗi hoặc mạch máu thần kinh khi tiến hành thiết lập các đường vào của phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, chúng tôi không gặp biến chứng này trong quá trình nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật. Đối với ca lâm sàng trình bày, không ghi nhận biến chứng tại các mốc theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay đã cho thấy là một kỹ thuật hữu ích trong chẩn đoán và điều trị tổn thương TFCC. Nội soi khớp là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định tổn thương, loại tổn thương, mức độ tổn thương cũng như các thương tổn phối hợp. Đồng thời, nội soi khớp cũng là phương tiện hỗ trợ điều trị các tổn thương đó. Ứng dụng nội soi khớp trong điều trị những bệnh lý cổ tay nói chung, của TFCC nói riêng có vai trò quan trọng trong việc mang người bệnh sớm trở lại với công việc thường ngày với phương châm can thiệp tối thiểu, hiệu quả tối đa.

Với tổn thương TFCC kiểu 1D theo Palmer, vết rách trung tâm chỗ bám phía quay thuộc phần đỏ - trắng, và vết rách ở dây chằng quay trụ dưới phía xương quay là phần đỏ - đỏ, có thể

lành được nếu được khâu lại. Phẫu thuật yêu cầu đánh giá đúng tổn thương ở rãnh xích ma sau cắt lọc, chuẩn bị mài làm mới vị trí khâu dính nhằm kích thích tăng sinh mạch máu, khâu phục hồi độ căng của TFCC. Tuy số lượng bệnh nhân được báo cáo còn rất khiêm tốn, kỹ thuật mà chúng tôi áp dụng nhìn chung là phương pháp đơn giản, ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corella F, Del Cerro M, Ocampos M** (2022). Management of type 1D tears. In Wrist and elbow arthroscopy with selected open procedure (pp.105-118). Springer, Cham.
2. **Edaerton MT, Kollmoraen RC** (2017). A novel all-inside arthroscopic technique for radial-sided triangular fibrocartilage complex tears: a case report and review of literature. *Hand*. 12(5): NP166-NP169.
3. **Geissler WB** (2015). Arthroscopic knotless peripheral ulnar-sided TFCC repair. *Hand clinics*, 27(3):273-279.
4. **Jantea CL, Baltzer A, R  ther W** (1995). Arthroscopic repair of radial-sided lesions of the triangular fibrocartilage complex. *Hand clinics*, 11(1): 31-36.
5. **Nakamura T** (2010). Radial side tear of the triangular fibrocartilage complex. In *Arthroscopic management of distal radius fractures* (pp.89-98). Springer, Berlin, Heidelberg.
6. **Palmer AK, Bible B, Anderson A** (2010). Acute injuries of the distal radioulnar joint: tear by the triangular fibrocartilage. In *The wrist - diagnosis and operative treatment* (pp.857-882). Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins.
7. **Trumble TE, Gilbert M, Vedder N** (1997). Isolated tears of the triangular fibrocartilage: management by early arthroscopic repair. *J Hand Surg Am*, 22(1):57-65.
8. **Tang CY, et al** (2012). Another light in the dark: review of a new method for the arthroscopic repair of triangular fibrocartilage complex. *The Journal of hand surgery*, 37(6):1263-1268.

THỰC TRẠNG LO   U CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Hằng¹, Đào Văn Dũng^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Căng thẳng tâm lý (lo   u) của người bệnh trước và sau phẫu thuật là một trong các vấn đề cần được quan tâm. Tình trạng lo   u quá mức ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị (cuộc phẫu thuật bị trì hoãn hoặc không thể thực hiện được, khả năng phục hồi của NB chậm). **Mục tiêu:** Xác định thực trạng lo   u của người bệnh trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2022 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập thông tin từ 400 người bệnh người bệnh trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City thông qua phỏng vấn bằng phiếu. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NB lo   u trước phẫu thuật là 13,3%, sau phẫu thuật là 4%. Ba yếu tố liên quan với tình trạng lo   u của NB gồm: sự phụ thuộc kinh tế, thời gian phẫu thuật và tình trạng công việc của NB ($p < 0,05$).

T  i khóa: Lo   u, người bệnh trước và sau phẫu thuật, các yếu tố liên quan

SUMMARY

ANXIETY STATUS OF PATIENTS BEFORE AND AFTER SURGERY AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2022 AND SOME RELATED FACTORS

Background: Psychological stress (anxiety) of patients before and after surgery is one of the issues that need attention. Excessive anxiety affects the effectiveness of treatment (the surgery is delayed or impossible, the patient's ability to recover is slow). **Objectives:** Determining the anxiety status of patients before and after surgery at Vinmec Times City International General Hospital in 2022 and some related factors. **Methods:** Cross-sectional survey, quantitative research. **Results:** The study collected information from 400 patients before and after surgery at Vinmec Times City International General Hospital through questionnaire. The study results showed that, the rate of patients feeling anxious before surgery was 13,3%, and after surgery was 4%. Three factors related to patient's stress include: economic dependence, employment and time of surgery ($p < 0,05$).

Keywords: Anxiety, Patients before and after surgery, Related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo   u là một trạng thái căng thẳng cảm xúc lan tỏa, hết sức khó chịu nhưng thường mơ hồ, b  ng quơ kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể như cảm giác trống rỗng ở thượng vị, siết chặt ở

¹Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

²Trường đại học Thăng Long

³Viện Sức khỏe cộng đồng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: hang.vnu65@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023