

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ MFOLFOX6 TRONG UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN II NGUY CƠ CAO VÀ III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THANH HÓA

Lê Bá Tuấn Anh¹, Trần Thắng², Nguyễn Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III với phác đồ mFOLFOX6 tại bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 51 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III với phác đồ mFOLFOX6 tại bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ tháng 1/2017-12/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 58,3 ±9,3. Tỷ lệ nam/ nữ: 32/19. Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng 82,4%, tiếp đến là đi ngoài phân nhầy máu 56,9%. Vị trí hay gặp nhất đại tràng sigma 41,2%, u đại tràng phải là 31,4%, u đại tràng trái là 21,6%, u đại tràng ngang là 5,8%. Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,9%, thể sùi loét chiếm tỷ lệ 37,3%, thể loét chiếm 7,8%, thể thâm nhiễm chiếm tỷ lệ 3,9%. UTBM tuyến là 80,4%, UTBM tuyến nhày 17,6%, UTBM tế bào nhẵn là 3,9%. Thời gian sống thêm không bệnh 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng lần lượt là 94,1%, 82,4%, 80,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng lần lượt là 96,1%, 92,2%, 82,4%. Độc tính trên hệ tạo huyết hạ bạch cầu độ 1,2 và 3,4 lần lượt là 37,5% và 5,7%. Giảm huyết sắc tố chủ yếu độ 1 và 2 chiếm tỷ lệ 31,7%, không ghi nhận giảm độ 3 và 4. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 và độ 2 tương ứng là 32,4% và 0,7%. Độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi độ 1 chiếm 19,7%, độ 2 chiếm 1,9%; không ghi nhận trường hợp độ 3 và 4. **Kết luận:** Phác đồ cho kết quả tốt và độc tính ở giới hạn chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư đại tràng, hóa trị bổ trợ

SUMMARY

RESULTS OF MODIFIED FOLFOX6 AS ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN HIGH-RISK STAGE II AND III COLON CANCER AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL.

Objectives: Describe of clinical and laboratory characteristics and evaluate treatment results of patients with high-risk stage II and III colon cancer receiving adjuvant chemotherapy with modified Folfox6 regimen at Thanh Hoa Oncology Hospital. **Subjects and research methods:** Retrospective study on 51 patients were diagnosed with colon cancer stage II with high risk factors and III, underwent

radical surgery, and received adjuvant chemotherapy with mFolfox6 at Thanh Hoa Oncology Hospital from January 2017 to December 2019. **Results:** Mean age of patients: 58,3 ±9,3. Male/female is 32/19. The main reason for admission to the hospital was abdominal pain accounting for 82,4%, followed by bloody mucus in stool 56,9%. The most common tumor site was the Sigma colon 41,2%, the right colon 31,4%, the left colon 21,6%, the transverse colon 5,8% the least common. Tumor gross type: protruded 50,9%, expansion 37,3%, ulceration 7,8%, infiltrative 3,9%. The highest proportion of adenocarcinoma 80,4%, mucinous adenocarcinoma 17,6%, signet ring cell adenocarcinoma 3,9%. The disease - free survival time of 12 months, 24 months, and 36 months were 94,1%, 82,4%, 80,4%. The overall survival time of 12 months, 24 months, and 36 months were 96,1%, 92,2%, 82,4%. Toxicity on the hematopoietic system: leukopenia grade 1-2 and 3-4 were 37,5% and 5,7%, respectively; hemoglobin reduction was mainly grade 1 and 2 accounting for 31,7%, not recorded grade 3-4; thrombocytopenia grade 1 and 2 accounted for 32,4% and 0,7%, not recorded grade 3-4. Toxicity on the peripheral nervous system, grade 1 account for 19,7% and grade 2 account for 1,9%, not recorded grade 3-4. **Conclusion:** The regimen gave good results and toxicity was within acceptable limits.

Keywords: Colon cancer, adjuvant chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý thường gặp, theo thống kê của tổ chức nghiên cứu ung thư Quốc tế IARC (Globocan 2020) bệnh đứng hàng thứ 3 trên thế giới và hàng thứ 5 ở Việt Nam trong tổng số các loại ung thư. Riêng ở Việt Nam mỗi năm có khoảng 182563 bệnh nhân mới mắc và có 122690 bệnh nhân chết do căn bệnh UTĐTT¹. Đối với ung thư đại tràng giai đoạn sớm điều trị phẫu thuật vẫn là chủ yếu, hóa trị bổ trợ đóng vai trò tiêu diệt các vi di căn giúp kéo dài thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và thời gian sống toàn bộ. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh được lợi ích của hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật đối với ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III².

Tại bệnh viện ung bướu Thanh Hóa, hóa trị bổ trợ phác đồ mFolfox6 đã được áp dụng từ lâu nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phác đồ này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả hóa trị bổ trợ phác

¹Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

²Bệnh viện K Tân Triều

³Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bá Tuấn Anh

Email: lebatuananh94@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

đồ mFOLFOX6 trong ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III tại bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư đại tràng giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao và III, được phẫu thuật triệt căn, sau mổ được điều trị hoá chất bổ trợ phác mFolfox6 tại bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định UTĐT đã phẫu thuật triệt căn

- Giải phẫu bệnh lý: Xếp loại UTBM tuyến
- Được xếp loại theo AJCC phiên bản 8: Giai đoạn III

Giai đoạn II có yếu tố nguy cơ cao:

- + Diện cắt tiêm cận hoặc dương tính
- + U xâm lấn ngoài thanh mạc hoặc tổ chức xung quanh
- + U xâm lấn mạch máu, thần kinh, bạch huyết

+ Tế bào kém biệt hóa hoặc không biệt hóa
+ Bệnh nhân được phẫu thuật trong tình trạng cấp cứu (tắc, thủng)

+ Hạch không xác định, phẫu thuật nạo vét hạch < 12

+ Bệnh nhân có diện cắt dương tính

- Thể trạng cho phép PS = 0-2 điểm
- Điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ mFOLFOX 6
- Có hồ sơ đầy đủ thông tin về lâm sàng, điều trị và sống thêm sau điều trị
- Chức năng hệ tạo máu, gan, thận trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có bệnh ung thư khác kèm theo, có chống chỉ định điều trị hoá chất, bệnh nhân không đủ điều kiện các tiêu chuẩn lựa chọn ở trên, bỏ điều trị, hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019

- Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa hóa trị bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa.

- Các bước tiến hành:

+ Bước 1: lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin trước điều trị lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Bước 2: đánh giá kết quả điều trị và tác

dụng không mong muốn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư đại tràng

*** Tuổi, giới**

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi và giới

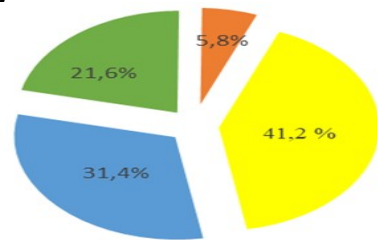
Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng BN	Tỷ lệ %
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %		
<30	1	1,9	0	0	1	1,9
31-40	1	1,9	1	1,9	2	3,8
41-50	6	11,8	0	0	6	11,8
51-60	10	19,6	5	9,8	15	29,4
>60	14	27,5	13	25,4	27	52,9
Tổng	32	62,8	19	37,2	51	100

*** Lý do vào viện**

Bảng 2. Các triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Đau bụng	42	82,4
Đi ngoài phân nhầy máu	29	56,9
Rối loạn tiêu hóa (táo bón, tiêu chảy, táo bón xen lẫn tiêu chảy)	11	21,6
Gầy sút	20	39,2

*** Vị trí u**



■ ĐT Phải ■ ĐT trái ■ ĐT ngang ■ ĐT sigma

Biểu đồ 1. Phân bố vị trí u

*** Giải phẫu bệnh**

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

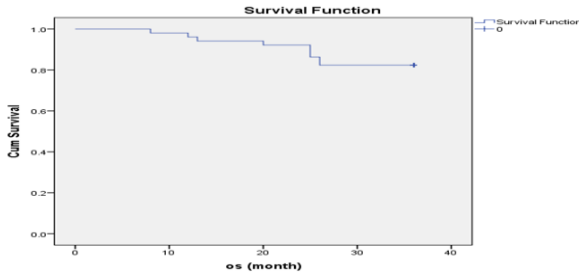
Giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
Hình dạng u		
Sùi	26	50,9
Loét	4	7,8
Sùi, loét	19	37,4
Thâm nhiễm	2	3,9
Loại mô bệnh học (n=51)		
UTBM tuyến	41	80,4
UTBM tuyến nhày	8	15,7
UTBM tế bào nhẵn	2	3,9

3.2. Kết quả điều trị

*** Thời gian sống thêm toàn bộ**

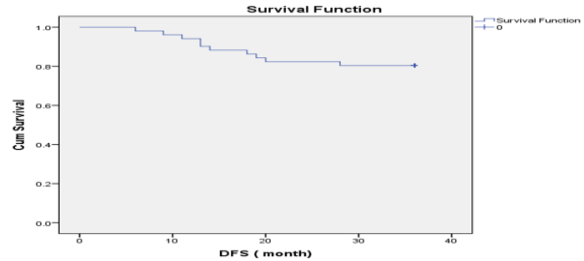
Bảng 4. Sống thêm toàn bộ

Thời gian theo dõi	Số BN chết	Số BN còn sống	Tỷ lệ BN còn sống
12 tháng	2	49	96,1
24 tháng	4	47	92,2
36 tháng	9	42	82,4



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ
* Thời gian sống thêm không bệnh

Thời gian theo dõi	Số BN tái phát	Số BN không bệnh	Tỷ lệ sống thêm không bệnh (%)
12 tháng	3	48	94,1
24 tháng	9	42	82,4
36 tháng	10	41	80,4



Biểu đồ 3. Thời gian sống thêm không bệnh

Bảng 5. Sống thêm không bệnh

* Một số độc tính trên tất cả chu kỳ hóa chất (n=584)

Độc tính	Độ độc tính									
	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ huyết sắc tố	399	68,3	169	28,9	16	2,8	0	0	0	0
Hạ bạch cầu	332	56,8	149	25,6	70	11,9	20	3,5	13	2,2
Hạ tiểu cầu	391	66,9	189	32,4	4	0,7	0	0	0	0
Thần kinh ngoại vi	458	78,4	115	19,7	11	1,9	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

***Tuổi, giới:** Trong quần thể nghiên cứu, tuổi nghiên cứu trung bình là 58,3±9,3 tuổi. Chủ yếu là độ tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ 94,12%, trong đó nhóm tuổi cao nhất là 60-69 tuổi với tỷ lệ 52,9%. Độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,8%. Kết quả này phù hợp so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước như Trần Thắng (2012) nghiên cứu trên 137 bệnh nhân, độ tuổi hay gặp là 41-70 chiếm tỷ lệ 84%, tuổi mắc trung bình là 52,5³.

Trong nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 62,8% và nữ giới chiếm tỷ lệ 37,3%, tỷ lệ nam/nữ là 1,68. Kết quả tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Thuấn cùng cộng sự (2019) trên 81 bệnh nhân tỷ lệ nam là 57,8%, nữ là 43,2%, tỷ lệ nam/nữ là 1,3⁴. Theo Globocan 2020, tỷ lệ nam/ nữ mắc UTĐTT trên thế giới là 1,2¹.

***Lý do vào viện:** Đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,4% trong số các triệu chứng cơ năng mà chúng tôi quan sát thấy. Đặc điểm của đau bụng trong UTĐTT có thể đau bụng âm ỉ tại vị trí

u do xâm lấn hoặc đau quặn cơn khi có dấu hiệu của sự tắc nghẽn do u gây nên như trong trường hợp tắc ruột hoặc bán tắc ruột. Tỷ lệ triệu chứng đau bụng trong nghiên cứu này của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước như của tác giả Đào Thị Thanh Bình (2010) là 82,2%⁵, Nguyễn Thị Thúy Hằng (2013) là 71,4%⁶. Đi ngoài phân nhầy máu gặp trong 56,9% số bệnh nhân nghiên cứu, theo tác giả Trần Thắng (2012) là 51,4%³.

***Vị trí u:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u gặp với tỉ lệ cao nhất là đại tràng sigma chiếm 41,2%, tiếp đến là đại tràng phải có tỷ lệ 31,4%, đại tràng trái là 21,6 %, và đại tràng ngang chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,8%. Kết quả phân bố vị trí u trong nghiên cứu Trần Thắng, ung thư đại tràng trái gặp 41%, ung thư đại tràng phải 37.6%, UTĐT ngang 12.8%, UTĐT sigma 8.6%³

***Mô bệnh học:** Đánh giá hình thể bên ngoài khối u, gặp chủ yếu là thể sùi chiếm 50,9%; tiếp đến là thể sùi, loét chiếm 37,3%; thể loét là 7,8% và thể thâm nhiễm chiếm 3,9%. Theo Nguyễn Thị Thúy Hằng, u thể sùi chiếm 64,3%, loét 8,6%, sùi loét 24,3%⁶. Về vi thể chúng tôi thấy rằng UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao

nhất là 80,4%. UTBM tuyến nhày và UTBM tế bào nhân có tỷ lệ thấp hơn tương ứng lần lượt là 15,7 % và 3,9%. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2013) UTBM tuyến chiếm 87,1%, UTBM tuyến nhày chiếm 11,4%, UTBM tế bào nhân chiếm 1,5%⁶

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Thời gian sống thêm

*Thời gian sống thêm toàn bộ: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của quần thể nghiên cứu là $33,2 \pm 0,9$ tháng. Trong đó sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm là 96,1%, tại thời điểm 2 năm là 92,2%, tại thời điểm 3 năm là 82,4%. Theo Nguyễn Quang Thuần tỉ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 84,3 %⁴.

*Thời gian sống thêm không bệnh: Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của quần thể nghiên cứu là $31,9 \pm 1,2$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm tương ứng là 94,1%, 82,4% và 80,4%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Thuần và cộng sự (2019) trên 83 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được điều trị hỗ trợ bằng phác đồ mFOLFOX6, thời gian sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 79,5%⁴.

4.2.2. Độc tính

*Trên huyết học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giảm bạch cầu hạt chiếm thứ 2 trong tổng số các chu kì hóa chất chiếm tỉ lệ 43,2%, trong đó giảm bạch cầu hạt độ 1 và 2 tương ứng là 25,6% và 11,9%, giảm bạch cầu độ 3 và 4 lần lượt là 3,5% và 2,2%. Theo Nguyễn Quang Thuần và cộng sự tỉ lệ hạ bạch cầu độ 1-2 của phác đồ mFOLFOX6 là 26,5%, hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 7,2%⁴.

Độc tính hạ huyết sắc tố chiếm 31,7% trong số đó giảm huyết sắc tố độ 1 chiếm tỷ lệ 28,9 %, giảm huyết sắc tố độ 2 chiếm tỷ lệ 2,8%. Không ghi nhận trường hợp nào hạ bạch cầu độ 3,4. Tình trạng thiếu máu thường xảy ra vài tuần sau khi điều trị hóa chất. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Thuần và cộng sự (2019), tác dụng phụ của phác đồ hỗ trợ mFOLFOX 6 làm giảm huyết sắc tố độ 1-2 là 37,3%⁴, không ghi nhận trường hợp giảm huyết sắc tố độ 3-4.

Độc tính hạ tiểu cầu chiếm 33,1 % trong số các chu kì truyền hóa chất. Trong đó độc tính độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,4%, độc tính độ 2 chiếm tỷ lệ thấp là 0,7% và không ghi nhận độc tính độ 3-4. Như vậy theo nghiên cứu việc hạ tiểu cầu đa phần là mức độ nhẹ, phần lớn bệnh nhân tự hồi phục cho bệnh nhân nghỉ ngơi 1 tuần và bổ sung dinh dưỡng hợp lí. Nguyễn Quang Thuần và cộng sự đánh giá tỉ lệ hạ tiểu cầu của phác đồ mFOLFOX6 với độc tính độ 1-2

là 34,9%⁴, không ghi nhận độc tính độ 3-4.

* Trên hệ thần kinh: Độc tính trên thần kinh cảm giác trên nghiên cứu của chúng tôi gặp 21,6%, trong đó chủ yếu là độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất là 19,7%, độ 2 chiếm tỉ lệ thấp chỉ 1,9%, không ghi nhận trường hợp nào. Theo Nguyễn Quang Thuần và cộng sự ghi nhận độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi là 8,4% trong đó độc tính độ 1-2 chiếm 6%⁴.

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Độ tuổi trung bình $58,3 \pm 9,3$ tuổi. Gặp ở hầu hết các lứa tuổi trong đó chủ yếu trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 52,94%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,68

- Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm tỷ lệ 82,4% tiếp đến là đi ngoài phân máu chiếm tỷ lệ 56,9%, rối loạn tiêu hóa chiếm tỷ lệ 21,6 %, gầy sút chiếm tỷ lệ 39,2%.

- Vị trí u: Hay gặp nhất là ĐT sigma chiếm 41,2%, u ĐT phải 31,4%, ĐT trái chiếm 21,6%.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9%, trong đó loại UTBM tuyến thường gặp chiếm tỷ lệ 80,4%.

5.2. Kết quả điều trị

- Thời gian sống thêm toàn bộ tại thời điểm 24 tháng và 36 tháng tương ứng là 92,2% và 82,4%. Thời gian sống thêm không bệnh tại thời điểm 24 tháng và 36 tháng tương ứng là 82,4% và 80,4%.

- Sống thêm toàn bộ 3 năm theo giai đoạn II và III là 93,8% và 63,2%; sống thêm không bệnh 3 năm theo giai đoạn II và III tương ứng là 93,8% và 57,9%.

- Độc tính hạ huyết sắc tố chiếm tỷ lệ 31,7%, chủ yếu là độ 1 và độ 2. Hạ bạch cầu hạt độ 1-2 chiếm tỷ lệ 37,5%, hạ bạch cầu hạt độ 3-4 chiếm 5,7%. Hạ bạch cầu thường xảy ra vào chu kì thứ 5 sau đó giảm dần. Tỷ lệ hạ tiểu cầu là 33,1%, chủ yếu độ 1-2. Độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi 21,6%, chủ yếu độ 1 và 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.
2. **André, T. et al.** Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 27, 3109–3116 (2009).
3. **Trần Thăng** (2012). Nghiên cứu áp dụng hóa trị liệu hỗ trợ phác đồ FUFA sau phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến đại tràng. Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **T. Quang Nguyen, T. Oanh Bui, et al** (2019)

Improved Folfox6 as adjuvant chemotherapy for colorectal cancer patients in Vietnam. Chi tiết tại link: <https://journals.sagepub.com>.

5. **Đào Thị Thanh Bình** (2010). Nhân xét đặc điểm lâm sàng và xác định một số yếu tố nguy cơ tái phát, di căn trong ung thư đại tràng tại bệnh viện

K. Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học y Hà Nội.

6. **Nguyễn Thị Thúy Hằng** (2013), Nhân xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và độc tính của phác đồ XELOX điều trị hỗ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III. Luận văn bác sĩ nội trú, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

KẾT QUẢ XA SAU NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG KỸ THUẬT TẤT CẢ BÊN TRONG SỬ DỤNG MẢNH GHÉP GÂN CƠ HAMSTRING TỰ THÂN

Phạm Văn Hưng¹, Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xa sau nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng mảnh ghép gân cơ Hamstring tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 65 bệnh nhân đứt DCCT được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong sử dụng mảnh ghép gân cơ Hamstring tự thân tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2016. **Kết quả nghiên cứu:** hầu hết các bệnh nhân đều có dấu hiệu Lachman và chuyển trục ở độ I, II, không có hạn chế vận động gấp gối, 7,7% có cảm giác tê ở vị trí lấy gân. Theo thang điểm Lysholm, đa số bệnh nhân có kết quả sau mổ tốt và rất tốt (84,62% và 12,31%) có 3,08 bệnh nhân có kết quả kém trong đó có 1 bệnh nhân phải phẫu thuật tái tạo lại dây chằng chéo trước do tai nạn sinh hoạt. **Kết luận:** theo dõi sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối bằng mảnh ghép gân tự thân 6 năm cho kết quả khả quan, không gặp tình trạng thoái hóa khớp gối. **Từ khóa:** nội soi khớp gối, dây chằng chéo trước, ghép gân tự thân.

SUMMARY

LONG-TERM RESULTS OF ARTHROSCOPY ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING ALL-INSIDE METHOD WITH HAMSTRING TENDON AUTOGRAFT

Objective: Evaluating long – term treatment results of arthroscopy anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using all-inside method with Hamstring tendon autograft. **Subjects and methods:** A cross – sectional description method was conducted on 65 patients with anterior cruciate ligament rupture have been had arthroscopic surgery by all-inside method with Hamstring tendon autograft in Viet Duc Hospital from 2016. **Results:** 100% patients have positive

Lachman sign and no restrict knee range of motion; 7,7% patients have numbness in incision. According to Lysholm score, almost patients rated as excellent and good (84,62% and 12,31%) and 3,08% as bad with 1 patient had a surgery again because of occupational accident. **Conclusions:** 6 years following up, arthroscopic surgery by all-inside method with Hamstring tendon autograft shows good and efficacious results without arthrosis. **Keywords:** Arthroscopy, anterior cruciate ligament, Hamstring tendon autograft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chấn thương kín khớp gối, tổn thương đứt dây chằng chéo rất hay gặp, nhất là dây chằng chéo trước, đặc biệt hay gặp trong chấn thương gối do tai nạn thể thao [1]. Dây chằng chéo trước đóng vai trò quan trọng trong hoạt động của gối, giữ cho mâm chày không trượt từ sau ra trước và đồng thời không bị xoay quanh trục. Tổn thương DCCT gây mất vững khớp gối, đi lại khó khăn, làm giảm khả năng lao động cũng như các hoạt động thể thao của bệnh nhân. Nếu không được điều trị kịp thời sẽ gây ra các tổn thương thứ phát như rách sụn chêm, vỡ sụn khớp, gây thoái hóa khớp sớm. Chính vì vậy, đối với những bệnh nhân có nhu cầu vận động mạnh, tham gia các hoạt động thể thao, chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước là cần thiết. Đặc biệt là những bệnh nhân dưới 40 tuổi [2]. Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước đã có sự phát triển rất mạnh mẽ, từ kỹ thuật mổ mở những năm 1970 và đầu những năm 1980 cho tới kỹ thuật mổ nội soi như hiện nay. Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước chỉ tính riêng tại Mỹ năm 1997 là 62,637 ca, năm 2006 là 105,118 ca, tăng gần gấp đôi sau chưa đầy 10 năm[3]. Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi khớp gối nhiều phương pháp nhiều phương pháp tạo đường hầm và sử dụng vật liệu mảnh ghép tái tạo DCCT được ứng dụng, trong đó phương pháp tạo đường hầm tất cả bên trong là một trong các phương pháp thường được sử

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hưng

Email: hungpham.3576@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024