

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

dụng nhiều nhất [3], và vật liệu mảnh ghép gân cơ hamstring tự thân được là vật được lựa chọn hàng đầu[4].

Nhiều công trình nghiên cứu đánh giá phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT đã phục hồi chức năng khớp gối rất tốt và 65% đến 70% bệnh nhân có khả năng chơi lại thể thao như khớp gối lúc chưa bị chấn thương[5]. Tuy nhiên đa số các nghiên cứu chỉ dừng lại ở thời điểm phẫu thuật khoảng 2-3 năm[6]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "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" với hai mục tiêu:

1. 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

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 65 bệnh nhân, tuổi trung bình 31,1 (16-51 tuổi) được chẩn đoán đứt DCCT và được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng phương pháp all-inside bằng mảnh ghép gân hamstring tự thân tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi thu thập bệnh nhân dựa trên hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, khám lại bệnh nhân và đánh giá kết quả điều trị:

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân, cơ chế chấn thương...

+ Phương pháp tái tạo DCCT: all-inside bằng mảnh ghép gân hamstring tự thân

+ Kết quả lâm sàng: cơ năng (đau, lỏng gối, kẹt khớp, khó ngồi xổm...), thực thể (Lachman, ngăn kéo trước, Pivot-shift...), tình trạng tại vị trí lấy gân ghép: bệnh nhân được hỏi tình trạng tại vị trí lấy gân và đánh giá triệu chứng này theo các mức độ A (không có), B (nhẹ), C (vừa), D (nặng) theo Pinczewski [2].

+ Đánh giá trên phim Xquang dựa trên mức độ hẹp khe khớp: độ A (bình thường), B (thay đổi tối thiểu, hẹp khe khớp chỉ vừa đủ để phát hiện được), C (thay đổi tối thiểu, hẹp khe khớp tới 50%), D (hẹp khe khớp trên 50%)

+ Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm, IKDC 2000.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi khám lại và đánh giá được 65 trường hợp gồm 50 nam (76,92%) và 15 nữ

(23,08%), nguyên nhân chủ yếu do chấn thương thể thao (55,38%), tai nạn giao thông (23,08%), tai nạn sinh hoạt (10,77%), tai nạn lao động (10,77%). Thời điểm từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình 13,1 ± 1,17 tháng (0,5 tháng - 5 năm). Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tái tạo DCCT trung bình 6,6 ± 1,6 năm (5 - 9 năm). Đường kính gân ghép: gân cơ thon và bán gân trung bình 7,52 ± 0,69 mm (6 - 9,5 mm). Phương tiện cố định mảnh ghép: tất cả các trường hợp đều được cố định bằng treo hai đầu.

Kết quả lâm sàng:

Bảng 1. Nghiệm pháp Lachman sau mổ 5 năm

Nghiệm pháp Lachman	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	56	86,15
Độ II	8	12,31
Độ III	1	1,54
Độ IV	0	0
Tổng	65	100,00

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 86,15% bệnh nhân có dấu hiệu Lachman độ I, 12,31% độ II, và 1,54% độ III. Không có bệnh nhân nào ở độ IV.

Bảng 2. Triệu chứng tại vị trí lấy gân

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
A	60	92,31
B	3	4,62
C	2	3,08
D	0	0
Tổng	65	100,00

Nhận xét: Mức độ A không có triệu chứng là mức độ thường gặp nhất tại vị trí lấy gân khi hơn 90% phân bố vào nhóm này. Chỉ có 4,62% bệnh nhân có triệu chứng đau, tê mức độ nhẹ và 3,08% có triệu chứng đau tê mức độ vừa.

Bảng 3. Đánh giá chức năng khớp gối theo Lysholm sau mổ 5 năm

Phân loại điểm Lysholm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Rất tốt (91-100)	55	84,62
Tốt (84-90)	8	12,31
Khá (65-83)	1	1,54
Kém (≤64)	1	1,54
Trung bình ± Độ lệch chuẩn: 95,09 ± 7,24 Min-max: 62 - 100		

Nhận xét: Điểm Lysholm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 95,09 ± 7,24, Phần lớn số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đạt mức tốt và rất tốt (chiếm 96,04%). Chỉ có 1,54% bệnh nhân ở mức độ khá và 1,54% ở mức kém.

Bảng 4. Thoái hóa gối

Thoái hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0	31	47,69
1	21	32,31
2	13	20,00
3	0	0
4	0	0
Tổng	65	100,00

Nhận xét: Sau 6 năm phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân không có thoái hóa gối (giai đoạn 0 và 1 theo Kellgren và Lawrence) chiếm tới 80%. Số bệnh nhân có tình trạng thoái hóa gối rõ ràng (giai đoạn 2) là 13/64 bệnh nhân, chiếm 20%. Không có bệnh nhân nào thoái hóa gối giai đoạn 3 và 4.

Bảng 5. Đánh giá khả năng chơi lại thể thao của nhóm chấn thương thể thao

Khả năng chơi thể thao	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Chơi được bất kỳ môn thể thao nào đó	55	84,62	
Chơi được môn thể thao cường độ cao nhất trước chấn thương	34	52,31	
Tần suất chơi thể thao	4-7 lần	13	20,00
	1-3 lần/ tuần	31	47,69
	1-3 lần / tháng	11	16,92
	Không	10	15,38

Nhận xét: Gần 85% bệnh nhân sau phẫu thuật có thể chơi thể thao được, tuy nhiên chỉ có 52,31% bệnh nhân có thể chơi được môn thể thao cường độ cao nhất trước chấn thương. Phần lớn các bệnh nhân sau chấn thương có thể chơi thể thao từ 1 – 3 lần/tuần (47,69%), thấp hơn là tỷ lệ bệnh nhân chơi thể thao từ 4 – 7 lần/tuần sau phẫu thuật (20%) và 16,92% bệnh nhân chơi từ 1 – 3 lần/tháng sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả lâm sàng: sau phẫu thuật tái tạo DCCT, các dấu hiệu về lỏng gối là triệu chứng được quan tâm nhiều và ảnh hưởng đến độ vững chắc khi vận động của khớp gối. Khi khám lại có 65 bệnh nhân (86,15%) Lachman độ 1 và 4 bệnh nhân (12,31%) độ II, 1 bệnh nhân (1,54%) độ III không có trường hợp nào độ IV.

Nghiên cứu của Zaffagnini[7] theo dõi 25 bệnh nhân sau 5 năm cho thấy 96% bệnh nhân có điểm Lachman từ 0 - 1. Nghiên cứu của Ibrahim[8] theo dõi 45 bệnh nhân sau 6 năm cho thấy 87% bệnh nhân có nghiệm pháp Lachman từ 0 - 1. Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp dấu hiệu lỏng khớp mức độ nhẹ tương tự như các tác giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có dấu hiệu Lachman độ 3 do bị chấn thương trong sinh hoạt hàng

ngày dẫn đến lỏng khớp gối. Chúng tôi gặp 5 trường hợp bị tê tại vị trí lấy gân cơ thon và bán gân. Đối với các bệnh nhân lấy hai gân này, nguyên nhân tế chủ yếu là do tổn thương các nhánh cảm giác của thần kinh hiển. Cảm giác tê bị 1/3 trên trong cẳng chân có thể gặp phải và lâu dần sẽ mất đi, có 3 bệnh nhân gặp ở mức độ nhẹ và 2 bệnh nhân gặp triệu chứng ở mức độ vừa. triệu chứng này tuy không ảnh hưởng đến vận động khớp gối nhưng thường gây tâm lý bất an cho người bệnh. Kinh nghiệm sau này của chúng tôi cho thấy để hạn chế những tổn thương tại vùng lấy gân cơ thon và bán gân cơ, phẫu thuật viên không nên bóc tách rộng phần mềm dưới da mà nên mở bao cơ may, bộc lộ trong bao cơ may để lấy gân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Lysholm trung bình là 95,09 ± 7,24. Trong nghiên cứu của Kariskis [9] thì nhóm tái tạo DCCT 1 bó bằng gân Hamstring sau 5 năm có điểm Lysholm là 84,3 ± 21,2. Có thể lý giải kết quả của tác giả Kariskis có sự chênh lệch tương đối lớn với chúng tôi là do trong nghiên cứu này ông theo dõi kết quả phẫu thuật của 3 phẫu thuật viên tại 3 bệnh viện khác nhau nên không có sự đồng nhất về kết quả dẫn đến độ lệch chuẩn tương đối lớn. Một số nghiên cứu của các tác giả khác có kết quả tương tự của chúng tôi như Ferretti năm 2011 [10] (96 điểm)

Kết quả chẩn đoán hình ảnh: chúng tôi chụp X quang tư thế thẳng và nghiêng để đánh giá sự thoái hóa của khớp gối biểu hiện qua mức độ hẹp khe khớp đùi chày và đùi-bánh chè. Kết quả cho thấy 52 bệnh nhân (80%) khe khớp bình thường và 13 bệnh nhân (20%) hẹp khe khớp mức độ tối thiểu (mức độ 2). Sau 5 năm phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân có thoái hóa gối (giai đoạn 2 trở lên theo Kellgren và Lawrence) chiếm 20,1%. Trong nghiên cứu của Kariskis [9], có sự gia tăng đáng kể sự phát triển của tình trạng thoái hóa gối sau tái tạo DCCT cũng tương tự như kết quả của chúng tôi là 21% nhưng sự khác biệt về tỉ lệ thoái hóa gối trước và sau 5 năm phẫu thuật trong nghiên cứu này là không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55/65 bệnh nhân bị tổn thương DCCT do tai nạn thể thao sau phẫu thuật 5 năm chơi được 1 môn thể thao bất kỳ nào đó (chiếm 84,62%), trong đó có 34/65 bệnh nhân (chiếm 52,31%) chơi lại được môn thể thao trước lúc chấn thương với tần suất chủ yếu là 1 - 3 lần/ tuần (chiếm 47,69%).

Arden và cộng sự tổng kết khả năng chơi lại thể thao và các yếu tố liên quan sau phẫu thuật

nội soi tái tạo DCCT cho thấy có 81 - 82% bệnh nhân quay lại chơi được 1 môn thể thao bất kỳ, trong đó có 63 - 65% chơi được môn thể thao cường độ mạnh trước lúc chấn thương và 44 - 55% chơi được các môn thể thao đối kháng.

Do điều kiện hạn chế nên chúng tôi mới chỉ dừng lại đánh giá ở một thời điểm theo dõi xa. Nghiên cứu của Kostogiannis đánh giá bằng thang điểm Lysholm sau 15 năm thấy tỷ lệ tốt và rất tốt vẫn chiếm tới 77,8%, tuy nhiên thấp hơn ở thời điểm 1 năm và 3 năm (tương ứng là 95,2% và 92,1%). Do đó, kết quả ở đánh giá của chúng tôi có thể đánh giá là tốt, tuy nhiên cần tiếp tục theo dõi lâu dài hơn để có thể đánh giá hiệu quả thực sự của phương pháp phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân 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 6 năm, cho thấy hầu hết bệnh nhân vững gối Lachman độ I, II (98,46%), 7,69% có triệu chứng tê tại vị trí lấy gân. 20% bệnh nhân có biểu hiện thoái hóa gối trên phim X- quang. Điểm Lysholm trung bình là 95,09, chỉ có 1 bệnh nhân điểm Lysholm đạt điểm rất kém 62 do bị chấn thương lại trong quá trình sinh hoạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fu, F.H., et al.,** Primary anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction: a preliminary 2-year prospective study. *Am J Sports*

Med, 2008. 36(7): p. 1263-74.

2. **Renstrom, P., et al.,** Non-contact ACL injuries in female athletes: an International Olympic Committee current concepts statement. 2008. 42(6): p. 394-412.
3. **Bhimani, R., et al.,** Transportal versus all-inside techniques of anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. 2021. 16(1): p. 1-19.
4. **Trần Quốc, L.,** Nghiên cứu giải phẫu và đổi chiều trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong. 2018.
5. **Biau, D.J., et al.,** ACL reconstruction: a meta-analysis of functional scores. 2007. 458: p. 180-187.
6. **Khánh, N.M.,** Kết quả bước đầu nội soi tái tạo DCCT với kỹ thuật tất cả bên trong. *Tạp trí y học Việt Nam* tháng 10 – số 1. , 2015: p. 136–140.
7. **Zaffagnini, S., et al.,** Prospective and randomized evaluation of ACL reconstruction with three techniques: a clinical and radiographic evaluation at 5 years follow-up. 2006. 14: p. 1060-1069.
8. **Ibrahim, S.A.-R., et al.,** Clinical evaluation of arthroscopically assisted anterior cruciate ligament reconstruction: patellar tendon versus gracilis and semitendinosus autograft. 2005. 21(4): p. 412-417.
9. **Karikis, I., et al.,** Comparison of anatomic double-and single-bundle techniques for anterior cruciate ligament reconstruction using hamstring tendon autografts: a prospective randomized study with 5-year clinical and radiographic follow-up. 2016. 44(5): p. 1225-1236.
10. **Ferretti, A., et al.,** A medium to long-term follow-up of ACL reconstruction using double gracilis and semitendinosus grafts. 2011. 19: p. 473-478.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY VAN HAI LÁ SINH HỌC TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Kiên¹, Nguyễn Sinh Hiền¹,
Phạm Hữu Lư², Nguyễn Minh Ngọc¹

trước mổ là 9,32±5,09, sau mổ là 4,99±1,99, tại thời điểm khám lại là 5,06±1,87. Có 52,6% bệnh nhân được thay van số 27 và 26,3% bệnh nhân được thay van số 29. Tỷ lệ tử vong sớm là 0%. Tỷ lệ thoái hóa van là 2%. Tỷ lệ tử vong muộn là 8,1%.

Từ khóa: Thay van hai lá sinh học, Bệnh viện Tim Hà Nội

SUMMARY

RESULTS OF MITRAL VALVE REPLACEMENT USING A BIOPROTHESIS VALE IN HANOI HEART HOSPITAL

In the period from 1/2015 to 12/2020 with a total of 57 patients, who underwent bioprosthetic mitral valve replacement surgery at Hanoi Heart Hospital. The mean age was 68,65±8,54. The male/female ratio was approximately 1/2. All patients came to the

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu mổ tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá sinh học tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong giai đoạn 2015 – 2020. Tuổi trung bình 68,65±8,54. Tỷ lệ nam/nữ ~ 1/2. Tất cả bệnh nhân vào viện vì triệu chứng khó thở, tỉ lệ NYHA II và III chiếm 93%. Nhịp tim chủ yếu là rung nhĩ chiếm 71,9%. Chênh áp van hai lá trung bình

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: xuankien3bvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024