

trẻ nhất 24 tuổi, già nhất 90 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất từ 60 đến 69; nữ gặp nhiều hơn nam, tỉ lệ nữ / nam là 1,2.

+ Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng chiếm 91,9%, 85,9% được chẩn đoán trong 1 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên; Bệnh nhân ở giai đoạn IV cao hơn ở giai đoạn II và III.

+ Giải phẫu bệnh có 49,5% là thể loét sùi, 81,8% có độ biệt hóa vừa, 82,8% là UTBM tuyến.

5.2. Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô đại tràng

+ Vị trí u: bên phải gặp nhiều nhất ở đại tràng góc gan, bên trái gặp nhiều nhất ở đại tràng Sigma; tỉ lệ phẫu thuật cấp cứu ở bên phải là 42,4%, bên trái là 45,0%; tạng hay bị xâm lấn nhất là tử cung, buồng trứng.

+ Thời gian phẫu thuật trung bình 172 phút, không có sự khác nhau giữa bên trái và bên phải; biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ (15,2%); thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 12,53 ngày.

+ Thời gian sống thêm sau phẫu thuật trung bình 21,83 tháng, giai đoạn IV ngắn hơn các giai đoạn I, II, III; khả năng sống thêm ở NB có hóa chất sau phẫu thuật cao hơn so với NB không hóa chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Huân, Quách Văn Kiên. Ung thư đại tràng. Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa - tập 1. Nhà xuất bản Y học; Hà Nội; 2021:238-258.
2. Globocan. Number of new cases - both sexes, all ages; Incidence, mortality and prevalence by cancer site. Int Agency Res Cancer - World Health Organ. Published online 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-factsheets.pdf>

3. Myers EA, Feingold DL, Forde KA, Arnell T, Jang JH, Whelan RL. Colorectal cancer in patients under 50 years of age: A retrospective analysis of two institutions' experience. World J Gastroenterol WJG. 2013;19(34):5651-5657. doi:10.3748/wjg.v19.i34.5651
4. Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. Gut. 2019;68(10):1820-1826. doi:10.1136/gutjnl-2018-317592
5. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4): 683-691. doi: 10.1136/ gutjnl-2015-310912
6. Monahan KJ, Bradshaw N, Dolwani S, et al. Guidelines for the management of hereditary colorectal cancer from the British Society of Gastroenterology (BSG)/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI)/ United Kingdom Cancer Genetics Group (UKCGG). Gut. 2020;69(3): 411-444. doi: 10.1136/ gutjnl-2019-319915
7. Nguyễn Sỹ Quang. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô đại tràng sigma tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018 - 2021. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
8. Zenger S, Gürbüz B, Can U, et al. Differences Between Right and Left Colon Cancers in Terms of Clinicopathological Features and Long-term Oncological Outcomes. Turk J Colorectal Dis. 2020;30(4):253-260. doi:10.4274/tjcd.galenos.2020.2020-4-6
9. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng. Nhận xét về chẩn đoán và điều trị nhân 359 trường hợp u đại tràng được mổ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong 8 năm (1986 - 1993). Tạp Chí Y Học Việt Nam. 1995;3:25-27.
10. Nguyễn Ngọc Đan. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô đại tràng trái tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.

PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ VÔI HOÁ GÂN CHỚP XOAY

Nguyễn Hữu Mạnh^{1,2}, Vũ Đức Việt^{1,2},
Trần Quyết^{1,2}, Trần Trung Dũng^{1,2}

TÓM TẮT

Giới thiệu: Vôi hoá gân chóp xoay (CX) là tình trạng bệnh lý ít gặp hơn so với các bệnh lý khác vùng vai. Bệnh gây ra bởi tình trạng tích tụ canxi trong gân

cơ CX hoặc có thể xuất hiện một phần ở túi hoạt dịch trong khoang dưới mòm cùng vai khi khối vôi hoá lan rộng ra xung quanh gân. Bệnh thường được biểu hiện với dấu hiệu lâm sàng là tình trạng đau vai cấp tiến triển nhanh rầm rộ trong giai đoạn tái hấp thụ gây khó chịu và hạn chế vận động nhiều cho người bệnh. **Ca lâm sàng:** Chúng tôi xin giới thiệu 02 trường hợp được chẩn đoán là vôi hoá gân CX, đã thất bại trong điều trị bảo tồn và được chỉ định phẫu thuật nội soi lấy bỏ khối vôi hoá. Sau phẫu thuật triệu chứng đau và tầm vận động cải thiện rõ rệt, trên phim X-quang chụp kiểm tra lại không còn hình ảnh khối vôi hoá. **Bàn luận:** Bệnh hay gặp ở lứa tuổi trung niên và đau cấp

¹Bệnh viện Đa Khoa Khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Trường Đại Học Vinuniversity

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Mạnh

Email: manhnghuyen0901@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

vùng vai là triệu chứng nổi bật của bệnh. Điều trị chính của bệnh là bảo tồn bao gồm nghỉ ngơi, vật lý trị liệu và dùng NSAID. Phẫu thuật nội soi được đặt ra khi khối vôi hoá gây đau mãn tính không cải thiện bằng các phương pháp điều trị khác. Việc xác định chính xác vị trí khối vôi hoá trên nội soi và lấy bỏ tối đa khối vôi hoá là rất cần thiết trong phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp ít xâm lấn giúp lấy được toàn bộ khối vôi hoá, bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật cải thiện triệu chứng lâm sàng và phục hồi tầm vận động nhanh và rõ rệt. Phim chụp cộng hưởng từ rất cần thiết trong việc xác định hình thái và vị trí khối vôi hoá. **Từ khóa:** Vôi hoá, gân chóp xoay, phẫu thuật nội soi, khớp vai.

SUMMARY

SHOULDER ARTHROSCOPIC TREATMENT OF ROTATOR CUFF CALCIFIC TENDONITIS

Introduction: Rotator cuff calcific tendinopathy (RCCT) is a less common pathological condition compared to other shoulder-related disorders. The condition is caused by the accumulation of calcium deposits within the rotator cuff or may manifest partially in the subacromial bursa beneath the acromion when calcification spreads around the tendon. The disease typically presents clinical signs such as rapidly progressing acute shoulder pain during the reabsorptive phase, leading to discomfort and significant limitations in mobility for the patients. **Clinical Cases:** We would like to present 02 cases diagnosed with RCCT that failed to respond to conservative treatment and underwent arthroscopic surgery for calcification removal. Postoperative, shoulder pain symptoms and range of motion significantly improved. Subsequent X-ray imaging confirmed the absence of calcification. **Discussion:** Commonly occurring in middle-aged individuals, the acute pain in the shoulder region is a prominent symptom of the disease. The primary treatment for the condition involves conservative measures such as rest, physical therapy, and the use of NSAIDs. Arthroscopic surgery is considered when calcification causes chronic pain that doesn't improve with other treatment methods. Precise identification of the location of calcification through arthroscopy and the removal of as much calcification as possible are crucial in successful surgical intervention. **Conclusion:** Arthroscopic surgery, a minimally invasive approach, is employed to retrieve the entire calcified mass. Post-surgery, patients experience improved clinical symptoms and a rapid, noticeable restoration of range of motion. Magnetic resonance imaging is crucial for accurately delineating the morphology and location of the calcified mass. **Keywords:** calcification, rotator cuff, arthroscopy, shoulder joint

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vôi hoá gân CX là tình trạng bệnh gây ra bởi sự hiện diện khối vôi hoá tích tụ trong gân CX và có thể phát triển vào khoang dưới mòm cùng vai. Tình trạng bệnh lý này ít gặp hơn so với các bệnh lý khác vùng vai, theo ghi nhận chiếm tỷ lệ

khoảng từ 2.5%- 7.5% trong các vấn đề gặp phải về vai (1). Tác giả Uhthoff và cộng sự đã chia bệnh thành 3 giai đoạn là trước cốt hoá, cốt hoá và sau cốt hoá trong đó người bệnh chủ yếu biểu hiện triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn cốt hoá với triệu chứng đau vai râm rộ kèm theo hạn chế vận động vai(3). Do đặc điểm của bệnh như vậy nên đa số BN đều được phát hiện bệnh khi đã ở giai đoạn hình thành khối cốt hoá gân.

Điều trị chính của bệnh trong giai đoạn có triệu chứng đau cấp vẫn là điều trị bảo tồn với tỷ lệ thành công lên đến 80%. Phẫu thuật nội soi khớp vai được đặt ra khi điều trị bảo tồn không làm cải thiện được tình trạng đau, chức năng khớp vai bị hạn chế dẫn đến các khó khăn trong các sinh hoạt hàng ngày. Đây được cho là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với các BN đã thất bại với điều trị bảo tồn, phương pháp này bao gồm lấy bỏ khối vôi hoá, mài tạo hình khoang dưới mòm cùng vai nếu trong trường hợp có chèn ép khoang dưới mòm cùng vai và khâu phục hồi gân CX. Tuỳ theo vị trí khối vôi hoá trong gân CX và hình thái gân CX bị tổn thương sau khi lấy bỏ khối vôi hoá mà có thể dùng chỉ khâu lại gân CX theo kiểu khâu khép rìa tổn thương hoặc dùng neo khâu kéo gân về vị trí điểm bám(4). Phẫu thuật này mang lại sự cải thiện khác biệt về lâm sàng.

II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

Chúng tôi xin giới thiệu 02 trường hợp được khám chẩn đoán là vôi hoá gân CX, đã thất bại trong điều trị bảo tồn và được chỉ định phẫu thuật nội soi lấy bỏ khối vôi hoá.

2.1. Trường hợp 1. BN nam giới, 49 tuổi, người Hàn Quốc. Cách nhập viện khoảng 01 năm BN thấy tự nhiên xuất hiện đau vùng vai phải, đau khó chịu hơn về đêm, không liên quan đến chấn thương hay chơi thể thao, thỉnh thoảng đau âm ỉ theo đợt vài ngày rồi tự khỏi sau 1-2 tháng lại bị đau trở lại. Sau một vài lần bị đau như vậy BN đi khám kiểm tra tình trạng vai phải của mình.

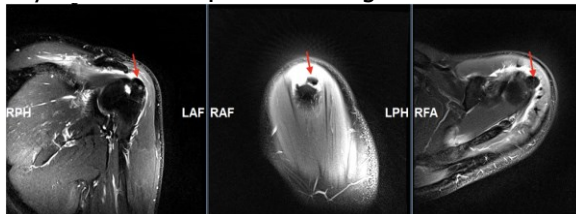
Tại lần khám đầu tiên cách nhập viện 7 tháng thấy BN đau rất nhiều vùng gần sát củ lớn xương cánh tay, đau tăng ở các tư thế đưa cánh tay lên cao và ra sau lưng gây hạn chế vận động, có các dấu hiệu của chèn ép khoang dưới mòm cùng vai dương tính, tuy nhiên các nghiệm pháp thăm khám đánh giá tổn thương gân CX và nhị đầu âm tính. Trên hình ảnh siêu âm có hình ảnh khối tăng âm kèm dịch trong khoang dưới mòm cùng vai, trên phim chụp X-quang vai Phải có hình ảnh khối cản quang nằm ở vùng phải trên củ lớn xương cánh tay. BN được chẩn đoán

vôi hoá gân CX và chỉ định dùng thuốc thuốc giảm đau chống viêm, phối hợp chườm đá mát và dùng túi treo tay nghỉ ngơi vai Phải, sau 03 tuần điều trị BN thấy cải thiện nhiều về đau, tầm vận động vai.



Hình 1: Hình ảnh khối vôi hoá trên phim X-quang

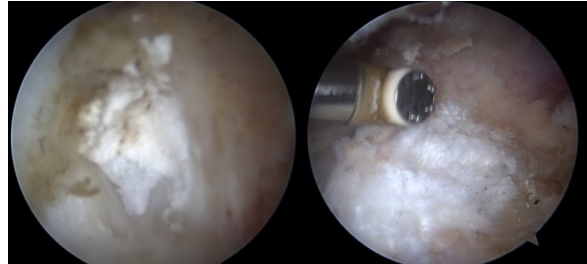
Ba tháng sau đây BN tự nhiên thấy triệu chứng đau vai Phải tái phát, mức độ đau dữ dội hơn lần trước (VAS 9 điểm) đây kèm theo hạn chế vận động vai nhiều. BN được chúng tôi tiếp tục chỉ dùng thuốc uống và nghỉ ngơi vai phải tuy nhiên tình trạng đau không cải thiện nhiều. Được chuyển sang tiêm steroid vào khoang dưới mỏm cùng vai, cùng với vật lý trị liệu phối hợp (shock wave) tuy nhiên tình trạng đau cải thiện ít (VAS 7 điểm), mức độ đau và khó chịu hơn đặc biệt khi nghỉ ngơi. Người bệnh được chụp cộng hưởng từ khớp vai đánh giá lại tình trạng khớp vai, trên phim CHT thấy rõ hình ảnh khối vôi hoá nằm phía trên của gân trên gai và phía sau nằm ở vùng ranh giới với gân dưới gai gần sát vùng bán tận vào củ lớn xương cánh tay, kèm theo đây là hình ảnh dịch viêm trong vai nhiều.



Hình 2: Hình ảnh khối vôi hoá trên phim chụp cộng hưởng từ trước mổ

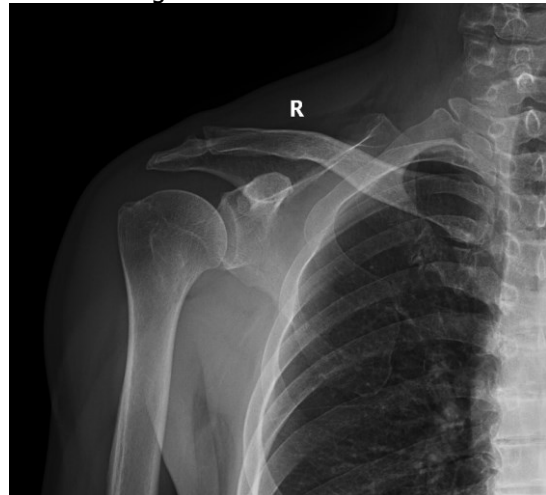
BN được chỉ định mổ nội soi xử lý khối vôi hoá. Trong mổ chúng tôi nhận thấy rất quan sát rất khó để nhận biết chính xác đâu là vùng có khối vôi hoá dễ như trên phim X-quang và cộng hưởng từ trước mổ vì lớp màng hoạt dịch của gối vôi hoá và lớp màng hoạt dịch của gân CX liên tục với nhau, tuy nhiên dựa trên phim CHT trước mổ nên có thể xác định được tương đối khu vực có khối vôi hoá, sau đây cắt lọc lớp màng hoạt dịch phía trên và dùng kim nhọn chọc thăm dò chúng tôi đã tìm ra khối vôi hoá. Dùng bào nội soi cắt lọc lấy hết tổ chức vôi hoá, kiểm tra thấy

gân CX có rách bán phần bề mặt hoạt dịch tuy nhiên tổn thương không sâu nên quyết định không cần khâu phục hồi CX



Hình 3: Khối vôi hoá lộ ra trên nội soi sau khi cắt lọc lấy bỏ màng hoạt dịch (hình 1) và hình ảnh gân lộ ra sau khi lấy bỏ hết khối vôi hoá (hình 2)

BN sau mổ ổn định, dùng túi treo tay và tập phục hồi chức năng khớp vai sớm kết hợp chườm đá mát vùng vai ra viện sau 2 ngày, tại thời điểm ra viện điểm đau VAS 4. Trên phim chụp lại sau mổ không còn hình ảnh khối vôi hoá. Sau 4 tuần khám lại điểm đau VAS 1 điểm, tầm vận động trở về bình thường

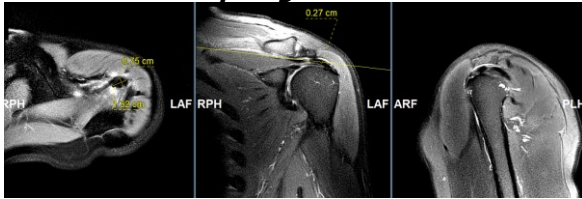


Hình 4: Ảnh chụp lại sau mổ

2.2. Trường hợp 2. BN nam 71 tuổi, đã phát hiện vôi hoá gân CX 2 vai cách nhập viện 2 năm, BN đã khám và điều trị ở nước ngoài (tiêm corticoid sau đây là huyết tương giàu tiểu cầu kèm vật lý trị liệu phối hợp) tuy nhiên chỉ vai Phải có cải thiện về tình trạng đau và vận động. Vai Trái không cải thiện và còn đau nhiều theo đợt. Khám lâm sàng thấy các nhiệm pháp về chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai dương tính, các nhiệm pháp về rách CX không rõ ràng do BN đau, điểm đau VAS 8 điểm. Trên phim chụp X-quang vai trái và chụp cộng hưởng từ kiểm tra cách đây 10 tháng thấy hình ảnh khối vôi hoá cản quang rõ và nằm vùng vị trí gân trên gai.



Hình 5: Khối vôi hoá trên phim chụp Xquang vai trái



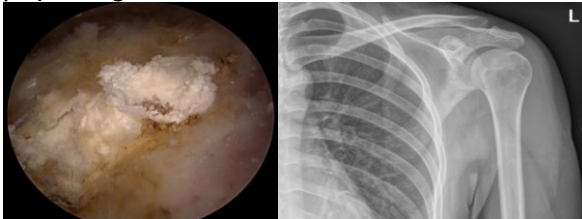
Hình 6: Hình ảnh khối vôi hoá trên phim MRI tháng 10/2022

BN được chỉ định chụp lại phim cộng hưởng từ đánh giá vai trái, trên phim chụp cộng hưởng từ đánh giá lại tình trạng vai



Hình 7: Hình ảnh khối vôi hoá trên phim cộng hưởng từ tháng 6/2023

Do trên CHT thấy khối vôi hoá phát triển về kích thước lớn hơn, kèm theo tình trạng đau vai cấp tiến triển nên BN được chúng tôi chỉ định mổ nội soi lấy bỏ khối vôi hoá. Trong quá trình mổ cũng rất khó xác định khối vôi hoá do lớp màng hoạt dịch phủ, dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ chúng tôi xác định vùng có khối vôi hoá và dùng bào, đột lấy bỏ lớp màng hoạt dịch để lộ ra khối vôi hoá bên dưới. Sau khi lấy bỏ khối vôi hoá gân CX không có tổn thương nên không cần khâu phục hồi gân CX.



Hình 8: Hình ảnh khối vôi hoá trên nội soi và hình ảnh X-quang chụp lại sau phẫu thuật

Sau mổ điểm VAS 3 điểm, BN bất động bằng túi treo tay, hướng dẫn tập phục hồi chức năng ngay sau phẫu thuật, BN ra viện sau 01 ngày

phẫu thuật. Khám lại tại thời điểm 2 tuần điểm đau VAS 1 điểm, tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật tầm vận động trở về bình thường, điểm đau VAS 0. Trên phim chụp X-quang không còn hình ảnh khối vôi hoá

III. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của bệnh các tác giả đều cho rằng bệnh chủ yếu hay gặp ở lứa tuổi trung niên 40-60 tuổi, tuổi lớn hơn 70 ít gặp hơn(1)(2). Hai BN trong trường hợp bị bệnh đều thuộc lứa tuổi này. Lý thuyết về vôi hoá do thoái hoá của gân được hai tác giả Codman và Akerson cho rằng các thay đổi tích lũy lại cùng với tuổi điều này dẫn đến giảm sự cấp máu và giảm sự cung cấp oxy tại chỗ cho mô mềm điều này sẽ dẫn đến tình trạng thiếu oxy, mỏng và rách gân, hoại tử và cuối cùng là vôi hoá gân(5). Lứa tuổi trung niên là lứa tuổi phổ biến bắt đầu xuất hiện những bệnh lý liên quan đến thoái hoá trong đó có các bệnh lý liên quan đến gân CX nên có thể lý giải cho sự hay xuất hiện của bệnh với độ tuổi. Tác giả Rathbun và Macnab đã mô tả tình trạng thiếu máu cục bộ của mô CX trong các trường hợp bị viêm gân vôi hoá(2). Tác giả Riley và cộng sự mô tả rối loạn chuyển hoá vùng mô CX liên quan đến tổn thương do thiếu máu cục bộ và thoái hoá mô CX(7).

Đau là triệu chứng nổi bật nhất trong hai BN của chúng tôi với điểm đau VAS trước mổ 8 và 9 điểm, đây là đau dạng cấp tính điều này dẫn đến hạn chế vận động khớp vai trong các sinh hoạt hàng ngày. Đây là lý do khiến BN muốn chuyển sang phương pháp điều trị phẫu thuật để lấy bỏ khối vôi hoá. Tác giả Uthoff và Loehr đã chia bệnh thành 3 giai đoạn (tiền vôi hoá, vôi hoá và sau vôi hoá) trong đây triệu chứng đau râm rộ nhất ở giai đoạn vôi hoá và bệnh hay được phát hiện ra ở trong giai đoạn này, ở giai đoạn sau vôi hoá tình trạng đau ít hơn và giai đoạn tiền vôi hoá hầu như không có triệu chứng gì(2).

Chỉ định điều trị bảo tồn vẫn là lựa chọn đầu tay trong trường hợp khám phát hiện ra bệnh lý CX. Hiệu quả của điều trị bảo tồn trong điều trị bệnh rất cao, có thể lên đến 80% các trường hợp sau điều trị chấm dứt tình trạng đau và trở lại sinh hoạt bình thường. Phương pháp điều trị bảo tồn sẽ bao gồm dùng thuốc giảm đau chống viêm non-steroid (NSAID) nghỉ ngơi hạn chế vận động vai bằng túi treo tay, vật lý trị liệu kết hợp (Shock wave, siêu âm sóng ngắn) (5). Phẫu thuật là một phương pháp điều trị can thiệp triệt để nhất và có thể lấy hết được khối vôi hoá tuy nhiên phương pháp này không được chỉ định đầu

tay với các BN mới phát hiện ra khối vôi hoá tuy nhiên nó được đại đa số các tác giả cho rằng chỉ đặt ra khi các phương pháp điều trị bảo tồn khác thất bại(5)(2)(8)(9). Cả phẫu thuật mổ mở và nội soi đều cho thấy sự hiệu quả, tuy nhiên giữa hai phương pháp này thì phẫu thuật nội soi có ưu điểm hơn về thời gian phục hồi sau mổ ngắn, vết mổ thẩm mỹ hơn và ít xâm lấn và có thể xử trí luôn các thương tổn phối hợp khác của khớp vai. Cả hai BN đều được chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi kết hợp mài tạo hình khoang dưới mỏm cùng vai do khám lâm sàng trước mổ BN có dấu hiệu của hẹp khoang dưới mỏm cùng vai và quan sát trong quá trình mổ thấy có sự cọ sát của mặt dưới mỏm cùng vai và gân CX, gân CX không cần khâu phục hồi do mức độ tổn thương gân ít. Việc mài tạo hình khoang dưới mỏm cùng vai là cần thiết nhất là trong các trường hợp thấy có dấu hiệu của hẹp khoang dưới mỏm cùng vai(5)(4). Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng những BN có kết quả chụp X-quang sau phẫu thuật thấy giảm kích thước hoặc không còn hình ảnh của khối vôi hoá cho kết quả tốt hơn với những BN có hình ảnh khối vôi hoá không thay đổi, điều này gợi ý rằng việc loại bỏ càng nhiều khối vôi hoá là càng cần thiết cùng với giảm thiểu tối thiểu tổn thương cho gân CX(5)(10).

Mặc dù theo phân loại thì khối vôi hoá trên hai BN chúng tôi thuộc nhóm lớn tuy nhiên họ khăn nhiều nhất đối với chúng tôi trong quá trình mổ là xác định được chính xác vị trí khối vôi hoá trên nội soi. Do lớp màng hoạt dịch và màng gân bao phủ bề mặt và khối vôi hoá không lộ ra và nhìn rõ ràng như trên phim cộng hưởng từ hoặc X-quang trước mổ. Nếu không xác định chính xác vị trí khối vôi hoá để cắt lọc thì rất dễ nhầm và gây tổn thương phần mô gân CX bình thường. Phim cộng hưởng từ với lớp cắt đứng dọc và ngang có thể cho có thể hữu ích trong việc định vị khối vôi hoá trên không gian 3 chiều, kết hợp dùng kim với đường kính to chọc dò rất hữu ích trong việc hỗ trợ khối vôi hoá, trong hai trường hợp khối vôi hoá được lấy ra đều có dạng bột vôi. Tác giả cho rằng khối vôi hoá có dạng bột tương ứng với tình trạng mãn tính của khối vôi hoá, còn khối vôi hoá có dạng sệt giống kem đánh răng tương ứng với tình trạng bệnh cấp của khối vôi hoá(5)(4)(2). Điều này phù hợp với tình trạng bị bệnh đã lâu của hai BN này. Các tác giả cũng gợi ý dùng polydioxanone tiêm và đánh dấu vị trí khối vôi hoá, kết hợp dùng kim 16 xác định vùng vôi hoá sẽ cho kết quả chính xác và ít gây tổn thương gân (5). Trên cả hai trường hợp BN được chúng phẫu thuật khối vôi hoá đều nằm

ở vùng gân cơ trên gai. Tác giả Chianca và cộng sự thấy vị trí gân trên gai là dễ xuất hiện khối vôi hoá nhất và 80% vị trí xuất hiện của khối vôi hoá là nằm ở vùng này(1).

Sau phẫu thuật tình trạng lâm sàng BN cải thiện rất tốt, cả 2 BN có điểm VAS sau mổ giảm nhiều so với trước phẫu thuật, tại thời điểm khám lại 1 tháng sau phẫu thuật điểm VAS 0 và 1 điểm, tầm vận động và các sinh hoạt hàng ngày khôi phục hoàn toàn, trên phim chụp X-quang kiểm tra lại khối vôi hoá không còn nữa. Điều này cho thấy ưu điểm rất lớn của phẫu thuật nội soi trong việc loại bỏ khối vôi hoá và cải thiện triệu chứng lâm sàng cho người bệnh khi các biện pháp điều trị bảo tồn khác đã không còn hiệu quả. Tác giả Yoo và cộng sự cho thấy điều quan trọng nhất trong nghiên cứu trên 35 BN được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi là sự cải thiện về đau và khó chịu ở khớp vai đáng kể sau khi loại bỏ khối vôi hoá(4). Tuy nhiên tác giả cũng khuyến cáo nguy cơ của cứng khớp vai có thể gặp cao hơn ở những BN sau mổ có bất động vai. Hai BN trong báo cáo này của chúng tôi đều không phải khâu phục hồi gân CX do mức độ tổn thương gân CX sau phẫu thuật ít vậy nên chỉ cần túi treo tay hỗ trợ sau phẫu thuật và được hướng dẫn tập phục hồi chức năng luôn đây cũng là một điều kiện thuận lợi để BN sớm lấy lại được hết tầm vận động sau 1 tháng phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Lựa chọn điều trị chính đối với BN được phát hiện ra khối vôi hoá là điều trị bảo tồn tuy nhiên với những trường hợp bị bệnh đã lâu và điều trị bảo tồn thất bại thì nên cân nhắc chuyển sang phương án can thiệp phẫu thuật bằng phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật nội soi là phương pháp hiệu quả có thể giúp lấy bỏ triệt để được khối vôi hoá, cải thiện nhanh các triệu chứng lâm sàng. Tạo hình mỏm cùng vai nên được thực trong các trường hợp có triệu chứng của hẹp khoang dưới mỏm cùng vai. Phim chụp cộng hưởng từ trước mổ rất hữu ích trong việc xác định kích thước và vị trí khối vôi hoá giúp quá trình phẫu thuật nhanh hơn và tránh gây tổn thương vùng mô CX lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chianca V, Albano D, Messina C, Midiri F, Mauri G, Aliprandi A, et al.** Rotator cuff calcific tendinopathy: from diagnosis to treatment. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2018;89(Suppl 1):186–96.
2. **Kachewar SG, Kulkarni DS.** Calcific Tendinitis of the Rotator Cuff: A Review. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2013 Jul;7(7):1482–5.
3. **Uhthoff HK, Loehr JW.** Calcific Tendinopathy of

- the Rotator Cuff: Pathogenesis, Diagnosis, and Management. J Am Acad Orthop Surg. 1997 Jul;5(4):183-91.
4. **Yoo JC, Park WH, Koh KH, Kim SM.** Arthroscopic treatment of chronic calcific tendinitis with complete removal and rotator cuff tendon repair. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc Off J ESSKA. 2010 Dec;18(12):1694-9.
 5. **Kim MS, Kim IW, Lee S, Shin SJ.** Diagnosis and treatment of calcific tendinitis of the shoulder. Clin Shoulder Elb. 2020 Nov 27;23(4):210-6.
 6. **Harvie P, Pollard TCB, Carr AJ.** Calcific tendinitis: natural history and association with endocrine disorders. J Shoulder Elbow Surg. 2007;16(2):169-73.
 7. **Riley GP, Harrall RL, Constant CR, Chard MD, Cawston TE, Hazleman BL.** Tendon degeneration and chronic shoulder pain: changes in the collagen composition of the human rotator cuff tendons in rotator cuff tendinitis. Ann Rheum Dis. 1994 Jun;53(6):359-66.
 8. **Speed CA, Hazleman BL.** Calcific tendinitis of the shoulder. N Engl J Med. 1999 May 20;340(20):1582-4.
 9. **Rochwerger A, Franceschi JP, Viton JM, Roux H, Mattei JP.** Surgical management of calcific tendinitis of the shoulder: an analysis of 26 cases. Clin Rheumatol. 1999;18(4):313-6.
 10. **Jerosch J, Strauss JM, Schmiel S.** Arthroscopic treatment of calcific tendinitis of the shoulder. J Shoulder Elbow Surg. 1998;7(1):30-7.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG DO XƠ VỮA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Hữu Ước¹, Phạm Quốc Đạt², Lê Hữu Công¹,
Ngô Gia Khánh², Vũ Anh Tuấn², Đồng Minh Hùng²,
Mạc Thế Trường^{1,2}, Phùng Văn Thắng², Đặng Thị Hoa¹,
Nguyễn Văn Minh², Hoàng Vũ², Trần Lê Công Thắng², Lê Khả Bách²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh do xơ vữa là một trong các nguyên nhân chính gây ra đột quỵ nhồi máu não. Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh là một phương pháp đã được chứng minh giúp làm giảm tỉ lệ đột quỵ nhồi máu não. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 09/2023. Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh. **Kết quả:** tổng số gồm 104 bệnh nhân, với 111 lượt phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (7 bệnh nhân phẫu thuật 2 bên); 87 bệnh nhân nam (chiếm 83,7%); 17 bệnh nhân nữ (chiếm 16,3%), tuổi trung bình là 69,1 ± 8,3 tuổi, 68 bệnh nhân (65,4%) hẹp động mạch cảnh có triệu chứng. Bóc nội mạc và phục hồi bằng miếng vá PTFE có 39 lượt phẫu thuật (34,1%), lột nội mạc động mạch cảnh có 72 lượt phẫu thuật (64,9%). **Kết quả sớm:** 100% bệnh nhân động mạch cảnh lưu thông tốt, không có hẹp tồn lưu. Tử vong sớm 2 trường hợp

(chiếm 1,9%) trong đó, một trường hợp do đột quỵ chảy máu não, một trường hợp tử vong do tai nạn giao thông. Tỷ lệ tai biến mạch máu sớm trong 30 ngày chiếm tỷ lệ 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị hẹp động mạch cảnh do xơ vữa. **Từ khóa:** đột quỵ, bóc nội mạc động mạch cảnh, hẹp động mạch cảnh do xơ vữa.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF CAROTID ENDARTERECTOMY FOR TREATMENT INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS CAUSING BY ATHEROSCLEROSIS AT BACH MAI HOSPITAL

Background: The internal carotid artery stenosis is one of the main cause of ischemic stroke. Carotid endarterectomy for treatment of carotid artery stenosis is a proven to help reduce the rate of ischemic stroke. **Objectives:** Evaluate early outcomes of carotid endarterectomy for treatment internal carotid artery stenosis causing by atherosclerosis at Bach mai hospital. **Subjects and methods:** All patients undergoing carotid endarterectomy at Department of Thoracic and Vascular Surgery, Bach Mai Hospital from 1/2022 to 9/2023. Retrospective case series. **Results:** 104 patients, including 87 men (83.7%) and 17 women (16.3%), the average age is 69.1±8.3, 68 patients (65.4%) were symptomatic, 7 patients had carotid endarterectomy 2 times. Conventional endarterectomy with PTFE patch in 39 arteries (34.1%), eversion carotid endarterectomy in 72 arteries (65.9%). 100% of patients had patent

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Đạt

Email: dr.phamquocdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024