

sóc, giáo dục sức khỏe và sự phối hợp giữa nhân viên y tế với gia đình trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen, T. K. P., Bui, B. B. S., Fitzgerald, D. A., et al.** (2021). Applying lessons learnt from research of child pneumonia management in Vietnam. *Paediatric respiratory reviews*, 39, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.09.005>.
2. **GBD 2017 Lower Respiratory Infections Collaborators** (2017), Quantifying risks and interventions that have affected the burden of lower respiratory infections among children younger than 5 years: An analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Infectious diseases*, Volume 20, Issue 1, January 2020, Pages 60-79.
3. **Nguyen TKP, Nguyen DV, Graham SM, Marais BJ, et al.** Disease spectrum and management of children admitted with acute respiratory infection in Viet Nam. *Trop Med Int Health*. 2017 Jun;22(6):688-695. doi: 10.1111/tmi.12874.
4. **Bộ Y tế** (2015), Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07 tháng 08 năm 2015, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em.
5. **Ardura-Garcia, C., & Kuehni, C. E.** (2019). Reducing childhood respiratory morbidity and mortality in low- and middle-income countries: a current challenge. *The European respiratory journal*, 54(1), 1900987. <https://doi.org/10.1183/13993003.00987-2019>.
6. **Ding, Q., Xu, L., Zhu, Y. et al.** Comparison of clinical features of acute lower respiratory tract infections in infants with RSV/HRV infection, and incidences of subsequent wheezing or asthma in childhood. *BMC Infect Dis* 20, 387 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05094-4>.
7. **Lê Thị Hồng Hạnh, Hoàng Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Lê, et al** (2020). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ viêm phổi nặng có nhiễm RSV tại trung tâm Hô hấp bệnh viện Nhi Trung ương. *Journal of Pediatric Research and Practice*, Vol. 4, No. 5 (2020) 1-9.
8. **Linda H Aiken and associates** (2021), Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. 2021 Aug; 9(8): e1145-e1153 doi:10.1016/s2214-109X(21)00209-6. Epub 2021 Jul 2.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH ĐIỆN BẨM CHÀY DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Phan¹, Nguyễn Trọng Tài¹, Đỗ Đức Mạnh¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Vũ Anh Quang¹,
Ngô Đức Quang¹, Nguyễn Văn Đạt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi khâu lại điểm bám DCCT ra đời từ những năm 70 thế kỉ XX góp phần làm giảm thời gian nằm viện, thời gian phục hồi chức năng sau mổ, bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường hơn so với kỹ thuật mổ mở. Nghiên cứu được thực hiện nhằm góp phần vào việc đánh giá kết quả điều trị bong điểm bám DCCT tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 68 bệnh nhân được chẩn đoán bong điểm bám DCCT và có chỉ định phẫu thuật nội soi khâu lại điểm bám DCCT tại Viện Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2020 đến 4/2023. **Kết quả:** 68 bệnh nhân nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 26,34 ± 11,54 (10-59 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ 33,8%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,4. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chấn thương chủ yếu chiếm 76,5%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 10 ngày kể từ khi chấn thương. Hình thái tổn thương chủ yếu là

độ III theo phân loại Meyers - Mc keever. Đánh giá chức năng vận động khớp gối sau mổ theo thang điểm Lysholm và IKDC tại thời điểm sau mổ 3 tháng và 6 tháng đạt kết quả tốt về biên độ vận động, độ vững khớp gối cũng như mức độ vận động khớp gối sau mổ đều đạt trên 90%. Biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ phải tháo chỉ sớm có 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cổ định điểm bám dây chằng chéo trước bằng chỉ siêu bền là phẫu thuật ít xâm lấn, giúp bệnh nhân rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ và trở lại sinh hoạt bình thường sớm hơn.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, Nội soi

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTHROSCOPIC SUTURE FIXATION OF TIBIAL EMINENCE AVULSION FRACTURES AT HUU NGHỊ VIET DUC HOSPITAL

Background: Arthroscopic surgery to suture the ACL attachment point was introduced in the 70s of the 20th century, contributing to reducing hospital stay and post-operative rehabilitation time, allowing patients to quickly return to normal activities than open surgery technique. The research was carried out to contribute to the evaluation of the results of treatment of ACL enlargement in Vietnam. **Research subjects and methods:** Retrospective and prospective descriptive study of 68 patients diagnosed

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phan

Email: nguyenvanphan207@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

with ACL attachment detachment and indicated for arthroscopic surgery to repair the ACL attachment at the Institute of Orthopedics and Traumatology, Viet Duc Hospital from January 2020 to April 2023. **Results:** 68 patients were studied with an average age of 26.34 ± 11.54 (10-59 years old), the most common age group is under 20 years old, accounting for 33.8%. The male/female ratio is 1/2.4. Traffic accidents are the main cause of injury, accounting for 76.5%. Most patients have surgery within 10 days of injury. The lesion morphology is mainly grade III according to the Meyers - McKeever classification. Evaluation of postoperative knee joint mobility function according to the Lysholm and IKDC scales at 3 months and 6 months after surgery achieved good results in terms of range of motion, knee joint stability as well as the level of knee joint mobility after surgery all reached over 90%. Postoperative infectious complications requiring early suture removal occurred in 1 patient, accounting for 1.5%. **Conclusion:** arthroscopic surgery to fix the anterior cruciate ligament attachment point with super-strong thread is a minimally invasive surgery, helping patients shorten postoperative recovery time and return to normal activities sooner. **Keywords:** Anterior cruciate ligament; Arthroscopy; Avulsion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gối bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối là một trong ba thể tổn thương dây chằng chéo trước. Dây chằng chéo trước có thể bị nhổ ra khỏi nguyên ủy ở hố liên lồi cầu, có thể bị đứt ở phần thân của dây chằng hoặc bị nhổ ra khỏi diện bám tận ở mâm chày. Khi bị bong ra khỏi mâm chày, dây chằng thường kéo theo một mảnh xương thuộc diện bám. Tùy theo mức độ thương tổn, mức độ di lệch của mảnh xương này, có thể chỉ định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật cố định lại diện bám. Điều trị bảo tồn bằng bó bột chỉ áp dụng cho những trường hợp bong diện bám dây chằng chéo trước mà mảnh xương bong không di lệch hoặc di lệch ít¹. Các phương pháp điều trị phẫu thuật trước đây thường là mở khớp để cố định lại diện bám. Phẫu thuật mở đã khắc phục được những nhược điểm của phương pháp điều trị bảo tồn bằng cố định bột là xử trí triệt để thương tổn, cố định được vững chắc mảnh xương mà không phụ thuộc vào mức độ di lệch. Tuy nhiên, khi mở khớp trường quan sát hạn chế nên những thương tổn phối hợp ở phần này dễ bị bỏ qua đồng thời để lại sẹo mổ lớn. Phẫu thuật nội soi khớp gối ra đời vào những năm 70 của thế kỷ XX. Sau đó, những ứng dụng của kỹ thuật nội soi phát triển nhanh chóng do có nhiều ưu điểm. Cùng với sự hoàn thiện của trang thiết bị, nhiều phẫu thuật mới đã được đưa vào áp dụng đáp ứng nhu cầu của các phẫu thuật viên chỉnh hình.

Phẫu thuật nội soi góp phần giảm thời gian nằm viện, thời gian điều trị vật lý trị liệu phục hồi chức năng sau mổ, nhanh chóng đưa bệnh nhân trở lại sinh hoạt và lao động bình thường.

Ở Việt Nam, cũng như đặc điểm chung của thế giới, tỉ lệ chấn thương khớp gối chiếm tỉ lệ cao, lượng bệnh nhân được phát hiện và có nhu cầu điều trị tổn thương bong diện bám DCCT ngày càng tăng. Đến nay, có nhiều nghiên cứu về điều trị bong diện bám DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi, tuy nhiên, số lượng bệnh nhân chưa nhiều so với các nghiên cứu của thế giới, mỗi báo cáo lại tiến hành với các phương tiện và cách thức cố định khác nhau²⁻⁴. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Kết quả phẫu thuật nội soi cố định diện bám chày dây chằng chéo trước khớp gối tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 68 bệnh nhân (19 bệnh nhân hồi cứu và 49 bệnh nhân tiến cứu) được chẩn đoán bong điểm bám DCCT và có chỉ định phẫu thuật tại Viện Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2020 đến 4/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bong điểm bám DCCT độ II, III dựa trên lâm sàng và X-Quang (theo tiêu chuẩn Meyer – Mc Keever), thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật < 6 tuần, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bong điểm bám > 6 tuần, bệnh nhân có tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, chấn thương ngực; gãy xương đùi, mâm chày, bánh chè kèm theo; hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật: Phôi chức năng vận động khớp gối (theo thang điểm Lysholm và IKDC)

+ Các đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật, khớp gối tổn thương, phân loại tổn thương trên X-Quang theo Meyers - Mc keever, tổn thương phối hợp.

2.3. Phương pháp phẫu thuật

2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được gây tê tùy sống.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, gối gấp 90°
- Garo 1/3 giữa đùi, áp lực = HA tối đa của bệnh nhân + 150 (mmHg)

2.3.2. Dụng cụ trang thiết bị phẫu thuật

- Hệ thống garo hơi, dàn phẫu thuật nội soi khớp gối
- Chỉ không tiêu (Fibertape)

2.3.3. Kỹ thuật mổ

Thì 1: Đường vào khớp gối. Sử dụng hai ngõ vào: ngõ trước trong và ngõ trước ngoài.

Thì 2: Kiểm tra khớp, xử lý tổn thương. Đưa camera vào khớp qua ngõ trước ngoài, kiểm tra toàn bộ khoang khớp. Tiến hành làm sạch máu tụ giúp quan sát trường mổ rõ ràng hơn. Lấy bỏ bớt phần mỡ dưới bánh chè, bộc lộ rõ toàn bộ diện bám dây chằng chéo trước. Lấy bỏ tổ chức xơ giữa mảnh xương và giường của diện bám mâm chày đảm bảo sự tiếp xúc tối đa. Kiểm tra nếu có rách sụn chêm hoặc tổn thương sụn khớp: xử lý theo mức độ tổn thương.

Thì 3: Cố định diện bám bằng kỹ thuật khâu hình số 8. Sau khi đã làm sạch giường của diện bám mâm chày, tiến hành đặt lại mảnh xương đúng vị trí. Dưới nội soi sử dụng thước định vị đường hầm chày (loại dùng trong phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo trước). Sử dụng khoan dẫn đường, đường kính 2mm tạo 2 đường hầm xuyên qua mảnh xương bong rồi luồn chỉ chờ qua 2 đường hầm này. Dùng dụng cụ khâu gân tạo mũi khâu qua gốc dây chằng (tương ứng với vị trí 2/3 trước và 1/3 sau của đường kính gốc DCCT). Luồn hai đầu sợi chỉ Fibertape bắt chéo theo hình số 8 qua hai sợi chỉ chờ kéo xuống hai đường hầm chày ra ngoài dưới quan sát nội soi. Kiểm tra lại mảnh xương bong ở vị trí giải phẫu bằng nội soi sau đó siết chỉ ở tư thế gối gấp 30 độ, ngấn kéo sau. Chỉ được cố định bằng nút buộc khoá chỉ. Dưới nội soi kiểm tra đánh giá lại độ căng của DCCT, bơm rửa, hút sạch ổ khớp, khâu da, băng ép, không dẫn lưu, đặt nẹp ở tư thế duỗi gối.

2.3.4. Chăm sóc và phục hồi chức năng sau phẫu thuật. Thời gian hậu phẫu bệnh nhân được đặt nẹp đùi căng chân duỗi gối. Nẹp gối đeo liên tục tối thiểu 2 tuần, sau đó cho tập gấp gối tăng dần: tuần thứ 3 gấp gối đến 90°, 120° ở tuần thứ 4. Trong thời gian này thực hiện các bài tập tăng sức mạnh cho cơ. Sau 6 tuần chuyển sang bài tập phục hồi chức năng tiêu chuẩn của tái tạo dây chằng chéo trước

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình là 26,34 ± 11,54 (10-59 tuổi), nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ 33,8%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,4.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	N %
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	76,5%
	Tai nạn sinh hoạt	19,1%
	Tai nạn thể thao	2,9%
	Tai nạn lao động	1,5%
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	≤ 10 ngày	64,7%
	11-20 ngày	22,1%
	> 20 ngày	13,2%
Khớp gối tổn thương	Trái	51,5%
	Phải	48,5%
Phân loại tổn thương theo Meyers - Mc keever	II	14,7%
	IIIA	47,1%
	IIIB	38,2%

Tai nạn giao thông là nguyên nhân gây chấn thương chủ yếu chiếm 76,5%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật trước 10 ngày chiếm tỷ lệ 64,7%. Khớp gối trái và phải có tỷ lệ tổn thương tương đương nhau. Đa số bệnh nhân phẫu thuật được phân loại tổn thương mức độ III trong đó độ IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,1%. Tổn thương phối hợp thường gặp là rách sụn chêm ngoài với 19,1%.

Đánh giá kết quả chức năng theo thang điểm Lysholm. Hệ thống tính điểm Lysholm sử dụng để phân tích các triệu chứng chủ quan

Đánh giá điểm Lysholm sau phẫu thuật tại thời điểm 3 tháng, kết quả rất tốt-tốt đạt 91,8% và sau 6 tháng, 96,6% đạt kết quả rất tốt và tốt, không có trường hợp nào kết quả kém.

Bảng 2: Hệ thống điểm Lysholm sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Điểm Lysholm	3 tháng (n=49)		6 tháng (n=68)	
	N	%	N	%
Rất tốt	28	57,1	55	81,0
Tốt	17	34,7	11	15,6
Trung bình	4	8,2	2	3,4
Kém	0	0	0	0
Tổng	49	100	68	100

Đánh giá kết quả chức năng theo thang điểm IKDC

Bảng 3: Hệ thống điểm IKDC sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng

Điểm IKDC	Yếu tố đánh giá	3 tháng (n=49)		6 tháng (n=68)	
		N	%	N	%
Biên độ vận động gối	A	25	51	44	64,7
	B	22	44,9	22	32,3
	C	2	4,1	2	3
Độ vững khớp gối	Lachman	47	95,9	66	96,6
	Pivotshift	47	95,9	68	100
Mức độ vận động	A (Hoạt động nặng)	30	61,2	53	77,6
	B (Hoạt động vừa)	17	34,7	13	19
	C (Hoạt động nhẹ)	2	4,1	2	3,4

Thời điểm 3 tháng sau mổ đánh giá mức độ rất tốt-tốt của biên độ vận động gối đạt 95,9%, mức độ vận động đạt 95,9%, đa số bệnh nhân sau mổ gối vững với test Lachman, Pivotshift âm tính đạt 95,9%. Thời điểm 6 tháng sau mổ, đánh giá mức độ rất tốt-tốt của biên độ vận động gối, mức độ vận động lần lượt là 97% và 96,6%, đa số bệnh nhân gối vững sau mổ.

Bảng 4. Thời điểm phẫu thuật và kết quả điều trị theo Lysholm – Gillquist sau 6 tháng

Kết quả Thời điểm	Rất tốt N (%)	Tốt, trung binh N (%)	P
≤ 10 ngày	44 (89,7%)	5 (10,3%)	0,029
> 10 ngày	12 (63,2%)	7 (36,8%)	

Nhận xét: Sau 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân đạt mức rất tốt theo thang điểm Lysholm – Gillquist ở nhóm ≤ 10 ngày và > 10 ngày tương ứng là 89,7% và 63,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 68 trường hợp cho thấy độ tuổi trung bình là $26,34 \pm 11,54$, nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 20 tuổi chiếm 33,8%, tiếp theo là nhóm 20-29 tuổi chiếm 30,9%. Tỷ lệ nữ/nam là 2,4/1. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Shi-da Kuang⁵, độ tuổi trung bình là 15,8, tuy nhiên có xu hướng trẻ hơn so với các nghiên cứu tương tự như của Đoàn Anh Tuấn⁶, độ tuổi trung bình là 28,6, của Tsan-Wen Huang⁷ là 37 tuổi.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân gây chấn thương chủ yếu với 76,5%, tương tự nghiên cứu của Shi-da Kuang⁵, Trần Trung Dũng³.

Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 10 ngày đầu kể từ khi chấn thương chiếm 64,7%. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu như của Nguyễn Thành Tâm², Jorge R.Vega⁸. Đa số các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng, với bệnh nhân bong diện bám dây chằng chéo trước, thời gian phẫu thuật càng sớm càng tốt. Ở giai đoạn từ 7- 10 ngày đầu tiên sau chấn thương, các biến chứng như teo cơ, cứng khớp, rối loạn dinh dưỡng...chưa bị ảnh hưởng nhiều. Vì vậy, chức năng của khớp gối được dễ dàng phục hồi sau phẫu thuật, đồng thời mảnh gãy cũng dễ liền hơn. Những nhận định này dựa trên đặc điểm diện bám dây chằng chéo trước vào mâm chày, được mô tả bởi Cooper R.R, là một vùng bám rất chắc do về vi thể là vùng chuyển tiếp thành 4 lớp: từ vùng gân (dây chằng) -> vùng xơ sụn -> xơ sụn giàu chất khoáng -> cuối cùng là vùng xương; và, diện

bám của dây chằng chéo trước lại rất rộng so với đường kính của dây chằng. Do tính chất chắc chắn của diện bám, nên khi bị nhổ dây chằng thì vùng bị nhổ lên là vùng xương. Nếu phẫu thuật muộn, vùng ổ gãy sẽ bị lấp đầy máu và dần dần là xơ, sẽ làm quá trình liền xương bị ảnh hưởng. Khi so sánh kết quả điều trị theo thang điểm Lysholm giữa 2 nhóm được phẫu thuật cho thấy nhóm bệnh nhân được phẫu thuật trước 10 ngày có số bệnh nhân đạt kết quả rất tốt chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm sau 10 ngày và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đa số bệnh nhân phẫu thuật được phân loại tổn thương mức độ III trong đó độ IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,1%, 4 bệnh nhân mức độ II chiếm 14,7%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Anh Tuấn⁶, Shi-da Kuang⁵, đa số bệnh nhân gặp tổn thương ở mức độ III. Nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật cho 4 bệnh nhân chấn thương độ II nhằm đưa bệnh nhân trở lại sớm về sinh hoạt bình thường. Đây là những trường hợp diện bám nhổ gần hoàn toàn, chỉ còn dính với mâm chày một phần rất nhỏ phía sau, nguy cơ di lệch thêm là rất lớn. Quan điểm này đồng thuận với nghiên cứu của Đoàn Anh Tuấn⁶. Tuy nhiên khi đánh giá chức năng khớp gối sau mổ giữa các mức độ tổn thương thì chưa nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo thang điểm Lysholm tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt trở lên chiếm tỷ lệ cao trên 90%. Trước mổ, đa số bệnh nhân đều hạn chế vận động gấp duỗi gối. Kết quả cho thấy sự cải thiện đáng kể về chức năng vận động khớp gối. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu như của Tsan-Wen Huang cải thiện điểm Lysholm từ 38 lên 98 điểm, theo dõi sau 2 năm đạt 89% kết quả rất tốt, 5,5% tốt.

Khám lại bệnh nhân tại thời điểm 3 và 6 tháng đánh giá theo thang điểm IKDC cho thấy trên 90% bệnh nhân trở lại hoạt động sinh hoạt bình thường, khớp gối vững với test Lachman và Pivotshift âm tính cũng như phục hồi về tầm vận động khớp gối. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước^{3,5,7}.

Tỷ lệ liền xương tại thời điểm đánh giá 6 tháng, 100% bệnh nhân đạt kết quả liền xương tốt.

So sánh kết quả với các nghiên cứu của Đỗ Anh Tuấn⁶, Trần Trung Dũng³ cho thấy kết quả tương tự.

Sau mổ gặp 1 trường hợp bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ phải tháo chỉ chiếm 1,5%. 2

trường hợp gấp teo cơ tứ đầu và hạn chế gấp gối 20°, cả 2 trường hợp này đều liên quan tới quá trình tập phục hồi chức năng sau mổ không đạt yêu cầu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 68 trường hợp phẫu thuật nội soi cố định điểm bám dây chằng chéo trước cho thấy kết quả khả quan về phục hồi chức năng vận động cũng như sớm đưa bệnh nhân trở lại cuộc sống thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Binnet, M. S., Gürkan, I., Yilmaz, C., Karakas, A. & Çetin, C.** Arthroscopic fixation of intercondylar eminence fractures using a 4-portal technique. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 17, 450–460 (2001).
2. **Nguyễn Thành Tâm.** Nghiên cứu điều trị gãy bong điểm bám chày của dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật khâu chỉ PDS neo ép qua nội soi. Luận văn chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. (2013)
3. **Dung, T. T. et al.** Arthroscopic fixation of ACL

- avulsion fracture in the Saint Paul hospital: A review of treatment outcomes: Cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* 48, 91–94 (2019).
4. **Ngọc Sinh, N. , Vũ Hoàng, N. , Văn Dung, H. , Mạnh Cường, V. , & Thế Anh, N.** Kết quả nội soi khớp gối cố định bong điểm bám dây chằng chéo trước. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 508(2) (2022). <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i2.1643>
 5. **Kuang, S. et al.** "Figure-of-Eight" Suture-Button Technique for Fixation of Displaced Anterior Cruciate Ligament Avulsion Fracture. *Orthopaedic Surgery* 12, 802–808 (2020).
 6. **Anh Tuấn, Đoàn., & Trung Hậu, L.** Kết quả phẫu thuật điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước khớp gối cố định bằng chỉ siêu bền dưới nội soi. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 516(1) (2022). <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2931>
 7. **Huang, T.-W. et al.** Arthroscopic Suture Fixation of Tibial Eminence Avulsion Fractures. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 24, 1232–1238 (2008).
 8. **Vega, J. R. et al.** Arthroscopic Fixation of Displaced Tibial Eminence Fractures: A New Growth Plate-Sparing Method. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 24, 1239–1243 (2008).

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN DI CĂN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Vũ Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến di căn não có đột biến EGFR tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 66 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến di căn não có đột biến EGFR (del exon 19 hoặc L858R exon 21) được điều trị bằng TKIs thế hệ 1 tại bệnh viện K từ tháng 10/2015 đến tháng 1/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55 ± 10,6 tuổi, hút thuốc lá/không hút = 1/2, nam/nữ = 1/1. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt PS 0-1 = 89%. Các triệu chứng cơ năng thường gặp là ho kéo dài (45,5%), đau ngực (42,4%), khó thở (19,7%) và đau đầu (18,2%). Các triệu chứng/hội chứng thần kinh thường gặp là hội chứng tăng áp lực nội sọ (31,8%), liệt vận động (6,1%), liệt thần kinh sọ (1,5%) và co giật (4,5%). Đặc điểm khối u nguyên phát đa phần có kích thước từ 3-7cm. Đặc điểm tổn thương di căn não: đa số di căn 2-3 ổ và kích thước từ

1,1-2cm. Đặc điểm di căn ngoài não: 74,2% bệnh nhân có di căn ngoài não. Các vị trí di căn ngoài não thường gặp nhất là xương và màng phổi. **Kết luận:** Tuổi trung bình là 55 tuổi, phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt, ho kéo dài là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Hội chứng tăng áp lực nội sọ là dấu hiệu thần kinh thường gặp nhất. Đa số bệnh nhân có di căn cả tại não và ngoài não. **Từ khóa:** Ung thư phổi di căn não, EGFR, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

SUMMARY

DESCRIPTION OF SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS ADENOCARCINOMA OF LUNG HAVE BRAIN METASTASIS WITH EGFR MUTATION AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Description of some clinical and subclinical features of patients adenocarcinoma of lung have brain metastasis with EGFR mutation at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 66 patients adenocarcinoma of lung have brain metastasis with EGFR mutations (exon 19 deletion and L858R point mutation exon 21) were treated with first-generation TKIs at Vietnam National Cancer Hospital from October 2015 to January 2021. **Results:** The average age is 55 ± 10,6 years old, smoker/non smoker = 1/2,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024