

khá thấp (31%). Đa số các trường hợp này đều được ghép màng ối phủ (76/88 mắt). Tại Việt Nam đến nay chưa có công bố về ghép màng ối phủ điều trị loét giác mạc khó hàn gắn, trong nghiên cứu của chúng tôi số mắt được thực hiện phương pháp này rất thấp, chỉ có 8 mắt loét khó hàn gắn không có khuyết nhu mô. Mặc dù tỷ lệ thành công khá thấp 40% (4/8 mắt) nhưng các mắt thất bại đều là các mắt có tổn thương viêm bề mặt nhãn cầu mạnh (hội chứng Sjogren) và khả năng tăng sinh tế bào biểu mô kém (mắt cảm giác giác mạc). Mặt khác, màng ối lưu trữ đông lạnh sẽ giảm chất lượng của các yếu tố phát triển trong nó theo thời gian nhưng trong nghiên cứu chúng tôi chưa đánh giá được các mắt thất bại được ghép màng ối được lưu trữ trong thời gian bao lâu. Vì vậy việc sử dụng ghép màng ối phủ trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn cần có các nghiên cứu sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

Ghép màng ối là phương pháp có hiệu quả trong điều trị loét giác mạc khó hàn gắn. Nghiên cứu 117 trường hợp loét giác mạc khó hàn gắn của 113 bệnh nhân được ghép màng ối từ năm 2009 đến 2018 tại bệnh viện Quân Y 103 cho thấy tỷ lệ thành công là 81% (95/117 mắt), trong đó đa số là ghép màng ối thay thế (inlay) là 83,5% (91/109). Cần có những nghiên cứu thêm về ghép phủ màng ối điều trị loét giác mạc khó hàn gắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Ngân, Hoàng Thị Minh Châu (2013). "Nghiên cứu đặc điểm loét giác mạc khó hàn gắn được điều trị tại Khoa Kết Giác mạc Bệnh viện mắt Trung ương năm 2011". Tạp chí Y Dược học Quân sự. 6:137-145.
2. Nguyễn Hữu Lê (2002). "Nghiên cứu phương pháp ghép màng ối điều trị loét giác mạc khó hàn gắn", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hn.
3. Dahlgren MA, Dhalwal A., Huang A.J. (2008). 'Persistent epithelial defect', in Albert & Jakobiec's Principles & Practice of Ophthalmology (Albert D.M., Miller J.W., Azar D.T., Bodi B.A. ed., 3rd edition), chapter 55: 49 -759, Elsevier -Health Sciences Division.
4. Letko E., Foste C.S. et al (2001). "Amniotic Membrane Inlay and Overlay Grafting for Corneal Epithelial Defects and Stromal Ulcers", Arch Ophthalmol, 119: 659-663.
5. Liu J, Sheha H, Fu Y, Liang L, Tseng S (2010). Update on amniotic membrane transplantation. Expert Rev Ophthalmol. 5(5): 645-661.
6. Malhotra C, Jain AK. Human amniotic membrane transplantation (2014). Different modalities of its use in ophthalmology. World J Transplant; 4(2): 111-121.
7. Meller D, Pauklin M, Thomasen H, Westekemper H, Steuhl KP. (2011). Amniotic membrane transplantation in the human eye. Dtsch Arztebl Int. 108(14): 243-8.
8. Prabhasawat P, Tesavibul N, Komolsuradej W (2001). Single and multilayer amniotic membrane transplantation for persistent corneal epithelial defect with and without stromal thinning and perforation. Br J Ophthalmol. 85:1455-1463.
9. Rahman I, Said DG, Maharajan VS, Dua HS (2009). Amniotic membrane in ophthalmology: indications and limitations. Eye (London) 23, 1954-1961.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐỒNG THỜI DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC VÀ DÂY CHẰNG BÊN TRONG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Bảo Lục*, Văn Huy Hoạt*, Võ Thành Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật đồng thời dây chằng chéo trước (DCCT) và dây chằng bên trong (DCBT) tại khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu khảo sát trên hồ sơ bệnh án của 30 bệnh nhân (BN) phát hiện có đứt DCCT và DCBT được phẫu thuật tại Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2010 đến 12/2019. **Kết quả:** Tất cả BN được theo dõi và đánh giá sau mổ 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng bằng thang điểm Lysholm trên lâm sàng, 63,4% BN đạt rất

tốt và 23,3% đạt tốt, không có kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật DCCT và DCBT đồng thời cho kết quả điều trị phục hồi khớp gối sau mổ tốt.

Từ khóa: tổn thương dây chằng chéo trước, dây chằng bên trong.

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT COMBINATION OF ANTERIOR CRUCIATE AND MEDIAL COLLATERAL LIGAMENT INJURIES AT THONG NHAT HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment combination of anterior cruciate ligament (ACL) and medial collateral ligament (MCL) injuries at Orthopedic Surgery Department – Thong Nhat Hospital. **Subjects and research methods:** A retrospective research study was conducted using medical records of 30 patients with ACL and MCL tore who were treated for

*Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

arthroscopic cruciate ligament reconstruction at Thong Nhat Hospital from January 2010 to December 2019. **Results:** All patients were recorded on 3 months, 6 months and 9 months after surgery by the Lysholm scale and clinical examination, 63,4% patient resilience was very good and 23,3% was good, there were no bad results. **Conclusion:** Arthroscopic treatment combination of ACL reconstruction with repair MCL got good treatment results.

Keywords: anterior cruciate ligament and medial collateral ligament injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng khớp gối thường gặp trong chấn thương gối. Tùy vào lực tác động, cơ chế tác động mà dây chằng tổn thương ở nhiều mức độ khác nhau [2]. Kaeding và cộng sự (2005) đã phân tích 2265 ca chấn thương các dây chằng, trong đó DCCT đơn thuần chiếm hơn 87%. Đặc biệt khi tác giả phân tích riêng về tổn thương DCBT độ III (có chỉ định phẫu thuật) đã ghi nhận hơn 95% trường hợp tổn thương DCBT kèm DCCT [5].

K. Shirakura (2000) có nghiên cứu về việc điều trị tổn thương phối hợp DCCT và DCBT khớp gối. Tất cả các BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) tái tạo DCCT, còn DCBT được điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Kết quả nhận được nếu điều trị phẫu thuật đồng thời cả 2 dây chằng luôn đạt được kết quả phục hồi tốt hơn [6]. Halinen và cộng sự (2006) cũng nghiên cứu tương tự và đạt được kết quả phục hồi tương đồng ở cả hai nhóm, từ đó đưa ra kết luận khi điều trị tổn thương DCCT và DCBT thì có thể chỉ tái tạo DCCT mà không cần sửa chữa DCBT [4].

Chính vì còn nhiều điểm không tương đồng giữa các nghiên cứu với nhau về việc có nên hay không điều trị sửa chữa DCBT đồng thời với DCCT, cho nên tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật đồng thời hai dây chằng và đánh giá các tác động phục hồi tích cực trên bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của 30 bệnh nhân (BN) phát hiện có đứt DCCT và DCBT được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thống Nhất từ 01/2010 đến 12/2019.

❖ Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN đồng ý tham gia nghiên cứu, có đứt DCCT và DCBT trên phim MRI và BN có chỉ định phẫu thuật DCCT và DCBT.

- Chỉ định phẫu thuật DCCT [3]:
 - Từ 16 đến 50 tuổi.
 - Đứt hoàn toàn DCCT trên MRI
 - BN đồng ý phẫu thuật.
- Chỉ định phẫu thuật DCBT [8]:
 - Valgus test dương tính.

- Đứt hoàn toàn DCBT trên phim MRI.
- Vị trí DCBT nằm dưới vị trí sụn chêm trong trên phim MRI.

- Có bong điểm bám xương của DCBT trên phim X – quang.

- BN đồng ý phẫu thuật.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, BN chỉ đứt DCCT hoặc DCBT, đứt hoặc bong điểm bám DCBT lồi cầu xương đùi, bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật DCCT và DCBT, gãy xương vùng gối.

Phương pháp nghiên cứu:

❖ Nghiên cứu hồi cứu, hẹn tái khám và đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng.

- Khai thác bệnh sử: Xác định thời điểm tổn thương, nguyên nhân, chẩn đoán, xử trí trước đó, quy trình và thời gian tập phục hồi chức năng.

- Chụp cộng hưởng từ: Hình ảnh trên cộng hưởng từ có tổn thương DCCT và DCBT để chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ tổn thương.

- Các cận lâm sàng khác như: X - quang gối, X - quang tim phổi, các xét nghiệm thường quy tiền phẫu.

❖ Phương pháp theo dõi và đánh giá:

- Theo dõi phẫu thuật: mức độ thương tổn dây chằng, chiều dài và đường kính mảnh ghép.

- Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật và tái khám.

- Sau phẫu thuật BN được đeo nẹp Zimmer 4 tuần, tập phục hồi chức năng sớm từ ngày đầu hậu phẫu.

- Tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng. Đánh giá tình trạng vết mổ trong thời gian đầu, mức độ teo cơ tứ đầu đùi, tầm vận động khớp. Đánh giá sự hồi phục của DCBT, DCCT. Cuối cùng đánh giá kết quả hồi phục dây chằng, mức độ đau của khớp gối, chức năng khớp gối và khả năng trở lại công việc cũng như hoạt động thể dục thể thao.

❖ Đánh giá kết quả chức năng vận động khớp theo bảng đánh giá của Lysholm và Gillquist 1982. Căn cứ các dấu hiệu lâm sàng đau, sưng gối, lỏng khớp cũng như dựa vào khả năng phục hồi chức năng vận động khớp như: đi lại, lên cầu thang, ngồi xổm và cần sử dụng dụng cụ trợ giúp khi đi: [7]

- Rất tốt: Từ 95 – 100 điểm;

- Tốt: Từ 84 – 94 điểm;

- Trung bình: Từ 65 – 83 điểm;

- Xấu: Dưới 65 điểm.

❖ *Phương pháp phẫu thuật:*

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân được gây tê tủy sống, nằm ngửa, garrot đùi.

Kỹ thuật nội soi tái tạo DCCT: Phẫu thuật nội

soi tái tạo DCCT bằng gân cơ mác dài, phương pháp All Inside.

Kỹ thuật phục hồi DCBT:

- Khâu nối tận – tận bằng chỉ siêu bền với trường hợp đứt 1/3 giữa DCBT.

- Phẫu thuật tái tạo DCBT bằng gân cơ mác dài với trường hợp không thể khâu nối tận – tận.

❖ Quá trình hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu bệnh nhân được đặt nẹp Zimmer, rửa vết mổ, thay băng hàng ngày, cắt chỉ vết mổ sau 7 – 10 ngày tùy thuộc từng bệnh nhân.

Sau mổ bệnh nhân được tập luyện theo chương trình phục hồi chức năng dành cho BN sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT [1].

BN trong quá trình theo dõi được hẹn tái khám và đánh giá ghi lại mức độ phục hồi vận động khớp gối.

❖ Thu thập số liệu dựa trên:

- o Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI.
- o Đặc điểm tổn thương DCBT trong phẫu thuật
- o Đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật DCCT và DCBT dựa trên thang điểm Lysholm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI và phẫu thuật

Trong tổng 30 trường hợp nghiên cứu, các BN đều được chụp MRI để đánh giá mức độ và vị trí

tổn thương DCBT. 30 BN đều có đứt hoàn toàn DCBT, vị trí đứt ở 1/3 giữa và gần mâm chày.

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương DCBT trên phim MRI (n = 30)

Đặc điểm	Đứt 1/3 giữa	Đứt gần mâm chày	Tổng
Số BN	8	22	30
Tỉ lệ %	26,7	73,3	100

Các trường hợp tổn thương DCBT trên phim MRI chủ yếu là đứt gần mâm chày với 22 BN chiếm tỉ lệ 73,3%, trường hợp đứt 1/3 giữa có 8 BN chiếm tỉ lệ 26,7%.

Bảng 2. Đặc điểm và mức độ tổn thương DCBT trong phẫu thuật (n = 30)

Đặc điểm	Đứt 1/3 giữa	Đứt gần mâm chày	Tổng
Số BN	10	20	30
Tỉ lệ %	33,3	66,7	100

Trong số 30 trường hợp nghiên cứu, khi phẫu thuật chúng tôi phát hiện trường hợp đứt hoàn toàn DCBT thường ở vị trí gần mâm chày chiếm tỉ lệ 66,7%, cho thấy việc chụp MRI phát hiện vị trí tổn thương DCBT cũng còn hạn chế. Các trường hợp đứt gần mâm chày được phẫu thuật tái tạo.

2. Đánh giá khả năng phục hồi sau phẫu thuật DCCT và DCBT dựa trên thang điểm Lysholm

Bảng 3. Khả năng hồi phục sau phẫu thuật theo thang điểm Lysholm (n = 30)

Thời gian	Điểm Lysholm		Tốt	Tỉ lệ %	Trung bình	Tỉ lệ %	Xấu
	Rất tốt	Tỉ lệ %					
3 tháng	1	3,3	9	30,0	20	66,7	0
6 tháng	7	23,3	15	50,0	8	26,7	0
9 tháng	19	63,4	7	23,3	4	13,3	0

Điểm Lysholm trung bình sau 9 tháng của nhóm BN nghiên cứu là 92,4 điểm. Trong đó số trường hợp phục hồi rất tốt có 19 BN (63,4%), đạt tốt có 7 BN (23,3%), không có trường hợp nào xấu. Trong 3 tháng đầu tiên chỉ có 1 BN đạt rất tốt (3,3%), BN đạt trung bình chiếm phần lớn với 20 BN (66,7%). Khi theo dõi quá trình luyện tập của BN có cải thiện đáng kể, tăng dần từ trung bình lên tốt và rất tốt trong 3 tháng và 6 tháng. Như vậy kết quả sau điều trị phẫu thuật nội soi DCCT đồng thời với khâu hoặc tái tạo DCBT cho kết quả phục hồi tốt trên BN.

V. KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT và khâu nối hoặc tái tạo DCBT đồng thời được đánh giá sau 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng dựa trên thang điểm Lysholm cho kết quả phục hồi khớp gối rất tốt (63,4%) và tốt (23,3%), không có trường hợp

nào xấu. Vì vậy việc phục hồi đồng thời DCCT và DCBT là cần thiết để đạt hiệu quả cao trong phục hồi chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Hoàng Kiệm (2015), "Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng". Giáo trình dùng cho đại học. Bộ môn VLTL – PHCN Học viện Quân Y. NXB Quân đội Nhân dân.
2. Nguyễn Văn Quang (2006), "Sinh cơ học khớp gối", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh – Chuyên đề Cơ Xương Khớp, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 2, tr.9-13.
3. Allen CR, Giffin JR, Harner CD (2003). "Revision anterior cruciate ligament reconstruction". Orthop Clin North Am ;34:79-98.
4. Halinen J, Lindahl J, Hirvensalo E, Santavirta S (2006). "Operative and nonoperative treatments of medical collateral ligament rupture with early anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective randomized study". Am J Sports Med; 34:1134 – 1140.
5. Kaeding C. C, Pedroza A. D, Parker R. D, et al

- (2005). "Intra-articular findings in the reconstructed multiligament-injured knee". *Arthroscopy*. Apr 2005; 21(4):424-430.
6. K. Shirakura, M. Terauchi, M. Katayama, H. Watanabe, T. Yamaji, K. Takagishi (2000), "The management of medial ligament tears in patients with combined anterior cruciate and medial ligament lesions". *Int Orthop*. 2000; 24(2):108-111.
7. Lysholm J, Gillquist J (1982), "The evaluation of the knee ligament surgery with special emphasis to the use of a knee scoring scale". *Am. J. Sport Med*, In Press, pp. 19-23.
8. Pablo Eduardo Gelber Simone Perelli (2018), "Treatment of the medial collateral ligament injuries", *Annals of Joint*. 3.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁP ỨNG GIÃN MẠCH QUÁ TRUNG GIAN DÒNG CHẢY ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ MÃN KINH BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER

Lương Thị Hương Loan*, Nguyễn Đức Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay (FMD) với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh (PNMK) bằng siêu âm Doppler. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở PNMK, tuổi từ 48 đến 60, từ tháng 04/2014 - 03/2015, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tất cả phụ nữ tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, và siêu âm động mạch cánh tay trên máy Philips HD 11XE với đầu dò 7,5 MHz. **Kết quả:** Tổng số 232 PNMK có tuổi trung bình ($54,6 \pm 4,8$). PNMK có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ giảm FMD động mạch cánh tay hơn nhóm phụ nữ có HATT < 140 mmHg OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1). PNMK có rối loạn glucose, lipid máu lúc đói và có giảm estradiol có nguy cơ giảm FMD cao hơn so với nhóm còn lại với OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4); OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0) và OR = 3,6 (95% CI: 1,1 - 10,4). Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI, vòng bụng, hs-CRP, và testosterone với giảm FMD ở PNMK. **Kết luận:** Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu (≥ 140 mmHg), rối loạn lipid, đường máu ($\geq 5,6$ mmol/l và $\leq 6,9$ mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với $p < 0,05$.

Từ khóa: phụ nữ mãn kinh, FMD, các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

STUDYING THE RELATIONSHIP BETWEEN FLOW-MEDIATED DILATION OF THE BRACHIAL ARTERY AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MENOPAUSAL WOMEN BY DOPPLER ULTRASOUND

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hương Loan

Email: luonghuongloan1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Objective: studying the connection between the brachial artery flow-mediated dilation and cardiovascular risk factors in the menopausal women by Doppler ultrasound in the clinic of the Thai Nguyen Central Hospital. **Patients and methods:** 232 menopausal women admitted to Thai Nguyen Central Hospital from April to March 2015. All patients underwent clinical exams, laboratory tests and assessment of endothelial function by brachial artery flow mediated dilation by Doppler ultrasound. **Material:** Duplex ultrasound PHILIPS HD 11XE with sector 7,5 MHz. **Results:** the study included 232 participants, the mean age of women were $54,6 \pm 4,8$ years. FMD in menopausal women was significantly associated with systolic blood pressure OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), fasting blood glucose OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và impairment of estradiol OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4). FMD was not found to be related to body mass index, waist circumference, hs-CRP, and testosterone. **Conclusion:** impaired FMD in the postmenopausal women related to systolic blood pressure (≥ 140 mmHg) and fasting blood glucose (≥ 5.6 mmol/l) and estradiol.

Keywords: menopause, flow-mediated dilation of the brachial artery, cardiovascular risk factors in menopausal women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vữa xơ động mạch (VXĐM) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế. Vai trò của VXĐM đã được xác định trong các bệnh lý về tim mạch, bệnh đột quỵ não và bệnh động mạch ngoại vi... Năm 2013 thống kê toàn cầu, số ca tử vong do nhồi máu cơ tim là 8,56 triệu người, 10,3 triệu người là số ca mắc mới về đột quỵ. Tỷ lệ tử vong do tim mạch khác nhau giữa nam và nữ, nữ giới có tỷ lệ tử vong do tim mạch cao hơn so với nam giới, đặc biệt là ở PNMK. Sự khác biệt giữa tỷ lệ tử vong giữa nam giới và nữ giới được giải thích, ngoài những nguyên nhân truyền thống gây VXĐM cho cả nữ giới và nam giới như béo phì, THA, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu... ở nữ giới sự thiếu hụt estrogen trong thời kỳ mãn kinh gây ra