

# DẤU HIỆU LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH MRI VÀ TỔN THƯƠNG TRONG MỔ CỦA RÁCH SỤN CHÊM KHỚP GỐI DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn<sup>1</sup>, Trần Phương Nam<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Từ 7/2019 đến 5/2020 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 48 bệnh nhân rách sụn chêm khớp gối do chấn thương, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm. **Mục tiêu:** Mô tả triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của rách sụn chêm do chấn thương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Thăm khám, ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của rách sụn chêm, đối chiếu dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh tổn thương rách sụn chêm trên cộng hưởng từ với tổn thương trong mổ. **Kết quả:** 100% có dấu hiệu đau khe khớp, 33,3% có dấu hiệu kẹt khớp, dấu hiệu Mc Murray gặp 83,3%, Appley 77,1% và Thessaly 47,9%. 87,5% trường hợp rách sụn chêm độ VI trên cộng hưởng từ, trong khi đó độ III chiếm 12,5%. **Kết luận:** Đau khe khớp và kẹt khớp là những dấu hiệu chính khiến người bệnh đến khám bệnh. 100% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật bởi rách sụn chêm độ III và IV, trong đó đa số là độ IV.

**Từ khóa:** rách sụn chêm, phẫu thuật nội soi

## SUMMARY

### EVALUATION OF CLINICAL SIGNS, MRI IMAGES, INTRAOPERATIVE INJURY OF TRAUMATIC MENISCUS TEARS, WHICH HAVE ARTHROSCOPIC MENISCECTOMY AT VIET DUC HOSPITAL

From 7/2019 to 5/2020, we conducted a study on 48 patients with traumatic meniscus tears, have arthroscopic meniscectomy surgery. **Objective:** to evaluate clinical signs, MRI images of traumatic meniscus tears. **Results:** 100% showed signs of joint pain, 33.3% showed signs of joint jam, Mc Murray's sign met 83.3%, Appley 77.1% and Thessaly 47.9%. 87.5% cases of meniscus tear at degree VI on magnetic resonance, while grade III accounts for 12.5%. **Conclusion:** Joint pain and congestion are the main signs of medical attention. 100% of patients are indicated for surgery by grade III and IV meniscus tear, of which the majority is grade IV

**Keywords:** meniscus tears, arthroscopy, meniscectomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn chêm có vai trò chính như các giảm xóc, hấp thu và truyền lực đều từ lõi cầu xương đùi

xương chày, làm giảm sang chấn sụn khớp. Thương tổn sụn chêm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng như đau, hạn chế chức năng vận động khớp, thoái hóa khớp cũng như làm thương tổn thứ phát đến các thành phần khác của khớp<sup>1</sup>.

Việc xác định tổn thương sụn chêm dựa vào các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng và chụp MRI khớp gối. Để đánh giá tần suất xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của rách sụn chêm khớp gối mức độ III, IV, cũng như dấu hiệu tổn thương trên phim cộng hưởng từ (MRI), chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

48 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương khớp gối rách sụn chêm có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 7/2019 đến tháng 5/2020.

### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân không phân biệt giới, tuổi, có tiền sử chấn thương được chẩn đoán rách sụn chêm với các triệu chứng lâm sàng như đau, kẹt khớp; dương tính với các nghiệm pháp McMurray, Appley...

- Trên phim chụp phim MRI có hình ảnh tổn thương sụn chêm độ III, IV

### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân rách sụn chêm có thương tổn dây chằng hoặc do thoái hóa

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

### 2.3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Viện Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Việt Đức.  
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2019 đến tháng 5/2020

### 2.3.3. Cỡ mẫu: thuận tiện

### 2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu:

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn.  
- Thăm khám, thực hiện các nghiệm pháp lâm sàng đánh giá tổn thương sụn chêm.  
- Đánh giá tổn thương sụn chêm trên phim MRI  
- Đánh giá tổn thương sụn chêm trong mổ  
- Ghi nhận kết quả, xử lý và phân tích số liệu.

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Bệnh viện ĐK Tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: Toanduongdin@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2021

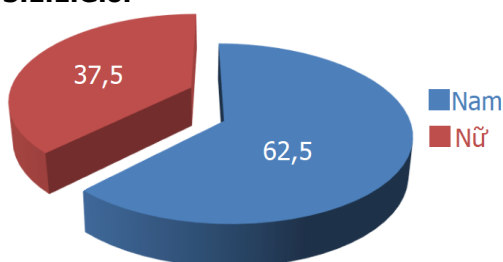
Ngày phản biện khoa học: 25.3.2021

Ngày duyệt bài: 2.4.2021

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1. Giới



**Biểu đồ 3.1.** Phân bố bệnh nhân theo giới tính

**Nhận xét:** Trong 48 bệnh nhân có 30 bệnh nhân là nam giới chiếm 62,5% và 18 bệnh nhân nữ giới chiếm 37,5%. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ 1,67 lần.

##### 3.1.2. Tuổi

**Bảng 3.1.** Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<20	7	14,6
20 - 35	23	47,9
36 - 50	12	25
>50	6	12,5
<b>Tổng số</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nhóm tuổi hay gặp tổn thương sụn chêm nhất là 20 – 35 tuổi chiếm 47,9%. Nhóm tuổi ít gặp tổn thương sụn chêm nhất là trên 50 tuổi chiếm 12,5%. Tuổi càng cao tỷ lệ tổn thương sụn chêm càng giảm. Tuổi trẻ nhất là 14, già nhất là 67. Tuổi trung bình là 35,2 ( $\pm 12,8$ ).

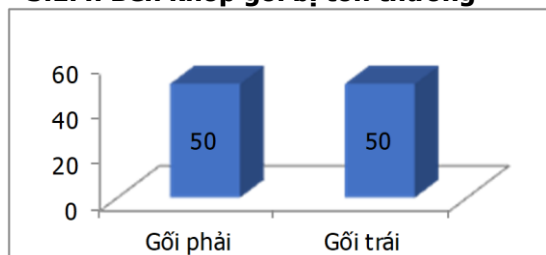
##### 3.1.3. Nguyên nhân chấn thương

**Bảng 3.2.** Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	11	22,9
Tai nạn thể thao	25	52,1
Tai nạn sinh hoạt	12	25
<b>Tổng số</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây tổn thương sụn chêm hay gặp nhất là do tai nạn thể thao chiếm 52,1%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chỉ chiếm 22,9%. Tỷ lệ các nguyên nhân gây tổn thương sụn chêm là khác nhau với  $p < 0.05$

##### 3.1.4. Bên khớp gối bị tổn thương



**Biểu đồ 3.2.** So sánh tổn thương khớp 2 bên

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ tổn thương sụn chêm ở 2 bên khớp gối với  $p > 0,05$ . Không có bệnh nhân nào tổn thương sụn chêm ở cả hai khớp gối.

##### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

**Bảng 3.3.** Triệu chứng lâm sàng trước mổ

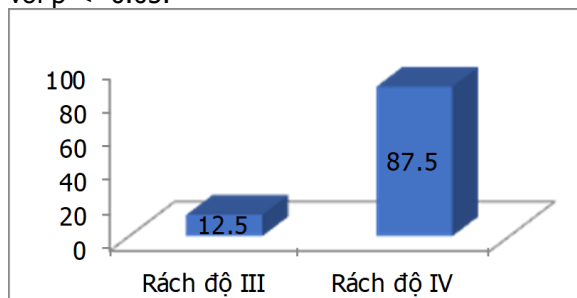
Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau	48	100
Lục khục khớp	35	72,9
Kẹt khớp	16	33,3
Teo cơ	9	18,8
Mc Murray	40	83,3
Appley	37	77,1
Thessaly	23	47,9

**Nhận xét:** Các dấu hiệu của tổn thương sụn chêm với biểu hiện đau tại khe khớp chiếm 100%, lục khục khớp 72,9%, kẹt khớp 33,3%, teo cơ 18,8%. Thăm khám với nghiệm pháp McMurray dương tính 83,3%, Appley dương tính 77,1%, Thessaly dương tính 47,9%.

**Bảng 3.4.** Kết quả chụp MRI

Triệu chứng	n	%	
MRI sụn chêm	Trong	28	58,3
	Ngoài	18	37,5
	Cả hai	02	4,2
	Tổng	48	100

**Nhận xét:** Trong 48 bệnh nhân nghiên cứu, có 28 bệnh nhân có tổn thương sụn chêm trong chiếm 58,3%. Chỉ gặp 2 bệnh nhân tổn thương cả hai sụn chêm chiếm 4,2%. Tỷ lệ phân bố tổn thương sụn chêm trong cao hơn sụn chêm ngoài với  $p < 0.05$ .



**Biểu đồ 3.3.** Phân bố mức độ tổn thương sụn chêm trên MRI

**Nhận xét:** Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều được chụp phim MRI, có 12,5% bệnh nhân tổn thương sụn chêm độ III; 87,5% bệnh nhân tổn thương sụn chêm độ IV.

##### 3.3. Đặc điểm tổn thương sụn chêm trong mổ

###### 3.3.1 Phân bố tần suất tổn thương theo sụn chêm

**Bảng 3.5. Tần suất tổn thương theo sụn chêm**

Sụn chêm tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sụn chêm trong	28	58,3
Sụn chêm ngoài	18	37,5

Sụn chêm trong + sụn chêm ngoài	2	4,2
---------------------------------	---	-----

**Nhận xét:** Có 28 bệnh nhân tổn thương sụn chêm trong chiếm 58,3% và 18 bệnh nhân tổn thương sụn chêm ngoài chiếm 37,5%.

**3.3.2. Tần suất tổn thương sụn chêm rách theo vị trí**

**Bảng 3.6. Tần suất tổn thương sụn chêm rách theo vị trí**

Vị trí	Sụn chêm				Tổng số	
	SC trong		SC ngoài			
	n	%	n	%	n	%
Sừng trước	5	16,7	2	10	7	14
Thân SC	7	23,3	6	30	13	26
Sừng sau	14	46,7	9	45	23	46
Sừng trước và thân	1	3,3	1	5	2	4
Sừng sau và thân	3	10	2	10	5	10
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm nên tổng số sụn chêm được đánh giá là 50. Tỷ lệ rách sừng sau sụn chêm trong và sụn chêm ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 46,7% và 45%. Tỷ lệ rách sừng trước sụn chêm trong và sụn chêm ngoài đều thấp hơn các nhóm khác.

Tỷ lệ tổn thương cả 2 sừng sụn chêm thấp, chủ yếu là rách kiểu quai xô.

**3.3.3. Hình thái tổn thương giải phẫu bệnh**

**Bảng 3.7. Hình thái tổn thương sụn chêm trong nội soi theo O'Connor**

Hình thái tổn thương	Sụn chêm trong		Sụn chêm ngoài		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
Rách dọc	13	43,3	8	40	21	42
Rách ngang	6	20	3	15	9	18
Rách chéo	8	26,7	3	15	11	22
Rách nan quạt	1	3,3	4	20	5	10
Rách biến dạng	2	6,7	2	10	4	8
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ rách dọc chiếm 42%, rách ngang chiếm 18%, rách chéo 22%, rách nan quạt chiếm 10%, rách biến dạng chiếm 8%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng.** Bệnh nhân đến với chúng tôi thường biểu hiện lâm sàng phổ biến như: Đau tại khe khớp, lực khục trong khớp, kẹt khớp, teo cơ tứ đầu đùi, nghiệm pháp McMurray, Apley, Thessaly dương tính..., các triệu chứng này ở mỗi bệnh nhân biểu hiện mức độ khác nhau, có BN chỉ đau khe khớp đơn thuần, có BN đau khe khớp và dấu hiệu kẹt khớp. Trong nhóm nghiên cứu có 100% phản nản về dấu hiệu đau khe khớp khi vận động và biểu hiện rõ khi thăm khám. Cùng quan điểm của Nguyễn Quốc Dũng<sup>2</sup> nhưng cao hơn của tác giả Russell.A tỷ lệ đau khe khớp là 93%<sup>3</sup>. Dấu hiệu lực khục trong khớp gối gặp ở 72,9% trường hợp, dấu hiệu này theo nghiên cứu của Trương Chí Hữu 75%<sup>4</sup>, Nguyễn Quốc Dũng 87.7%<sup>5</sup> và Trương Kim Hùng 71.6%<sup>6</sup>. Dấu hiệu teo cơ tứ đầu đùi chúng tôi gặp 18,8%. Ba triệu chứng trên có thể gặp trong các bệnh lý khớp

gối khác như thoái hóa, đứt dây chằng chéo, ảnh hưởng lâu dài gây giảm chức năng vận động cơ đùi chứ không phải là dấu hiệu đặc trưng của thương tổn SC. Nhưng nó có giá trị gợi ý cho chúng ta nghĩ đến thương tổn thành phần khớp gối. Dấu hiệu kẹt khớp gặp trong 33,3% các trường hợp, đặc biệt đối với các trường hợp kẹt khớp thường xuyên gây hạn chế gấp hoặc duỗi gối khi phẫu thuật thường thất rách sụn chêm kiểu quai xô.

Để chẩn đoán những tổn thương bên trong khớp, không chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng. Ở khớp gối, mỗi tổn thương đều có những dấu hiệu đặc thù. Để chẩn đoán rách sụn chêm có ba nghiệm pháp: McMurray, Appley và Thessaly được áp dụng. Theo các tác giả mỗi nghiệm pháp có tỉ lệ chẩn đoán xác định khác nhau, có trường hợp dương tính với nghiệm pháp này nhưng lại âm tính khi sử dụng nghiệm pháp khác và ngược lại. Tuy nhiên theo Nguyễn Quốc Dũng

100% trường hợp đều có tối thiểu một nghiệm pháp dương tính<sup>5</sup>.

Chính vì vậy việc thăm khám lâm sàng một khớp gối đòi hỏi phải được thực hiện một cách tỉ mỉ, chính xác để để có được chẩn đoán đúng đắn.

Tỷ lệ dương tính của các nghiệm pháp McMurray, Appley, Thessaly lần lượt là 83,3%, 77,1%, 47,9%. So sánh với một số tác giả như của Trương Chí Hữu là 100%, 76% và 58%, của tác giả Steinbrueck K., Wiehmann J.c lần lượt là 35%, 46% và 42%. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này không có ý nghĩa, vì sự thành thực của mỗi bác sĩ khám lâm sàng là hoàn toàn khác nhau.

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Bên cạnh việc thăm khám lâm sàng, ngày nay chụp cộng hưởng từ khớp gối cho phép chẩn đoán chính xác thương tổn sụn chêm với tỷ lệ cao. Các tác giả đều có chung nhận xét là nếu thực hiện đúng MRI có độ nhạy và độ đặc hiệu cao đến 90% trong phát hiện tổn thương tại sụn chêm trong. Với sụn chêm ngoài, MRI cho độ chính xác và độ nhạy thấp hơn với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 90%<sup>9</sup>.

Trong nghiên cứu chúng tôi tiến hành chụp MRI khớp gối đánh giá thương tổn trên toàn bộ 48 bệnh nhân, trong đó có 28 bệnh nhân rách sụn chêm trong, 18 bệnh nhân rách sụn chêm ngoài, chỉ có 2 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm. Số bệnh nhân rách sụn chêm độ III trên phim chụp MRI theo Quinn chiếm 12,5%, rách độ IV chiếm 87,5%.

Như vậy để chẩn đoán một bệnh nhân có tổn thương sụn chêm bên cạnh các triệu chứng cơ năng khiến cho bệnh nhân phải đến viện khám, chúng ta phải kết hợp thăm khám lâm sàng một cách thật tỉ mỉ, chính xác, đầy đủ các nghiệm pháp và dựa trên kết quả chụp MRI. Tuy nhiên trong một số trường hợp bệnh nhân có triệu chứng cơ năng không rõ ràng, thăm khám lâm sàng đầy đủ các nghiệm pháp không dương tính rõ, kết quả chụp MRI cũng cho kết quả không nhìn thấy tổn thương, khi đó việc quyết định cho bệnh nhân nội soi khớp vẫn cần được đặt ra để làm chẩn đoán và điều trị.

**4.3. Sụn chêm tổn thương.** Nghiên cứu của nhiều tác giả cho thấy sụn chêm trong có tỷ lệ tổn thương cao hơn sụn chêm ngoài. Northmore-Ball nghiên cứu 99 trường hợp tổn thương sụn chêm thấy tỷ lệ sụn chêm trong là 71% và sụn chêm ngoài là 29%. Tương tự như vậy Stein T. nhận thấy trong nhóm nghiên cứu 204 sụn chêm bị tổn thương do nguyên nhân chấn thương có 136 sụn chêm trong (66,7%) và 68 sụn chêm ngoài. Kết quả nghiên cứu của

Metcalf M. cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương sụn chêm trong so với sụn chêm ngoài ở từng lứa tuổi. Với lứa tuổi dưới 40 tỷ lệ tổn thương sụn chêm trong so với sụn chêm ngoài là 62% và 38% trong khi ở lứa tuổi trên 40 tỷ lệ này là 78% và 22%. Tác giả cho rằng sự khác biệt này là do hiện tượng biến dạng trục chi mở góc vào trong ở những bệnh nhân lớn tuổi, làm cho sụn chêm trong chịu tác động nhiều hơn từ trọng lượng cơ thể.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự phân bố tỷ lệ tổn thương sụn chêm trong là 58,3%, tổn thương sụn chêm ngoài là 37,5%, cả 2 sụn chêm là 4,2%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước như Phạm Chí Lăng khi nghiên cứu 94 trường hợp rách sụn chêm khớp gối cho thấy tỷ lệ sụn chêm ngoài là 55 trường hợp (58,5%) và sụn chêm ngoài là 30 trường hợp (41,5%)<sup>4</sup>. Cũng như vậy tỷ lệ tổn thương sụn chêm trong so với sụn chêm ngoài theo Trương Chí Hữu là 48,2% và 51,3%<sup>8</sup>. Tác giả Nguyễn Quốc Dũng thì cho tỷ lệ tổn thương sụn chêm trong và sụn chêm ngoài là 52,7% và 47,3%<sup>5</sup>.

Nhìn chung, công trình nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đều thống nhất tỷ lệ sụn chêm trong bị tổn thương cao hơn so với sụn chêm ngoài. Giải thích cho hiện tượng này, các tác giả cho rằng do sụn chêm trong phải chịu tác động của trọng lực cơ thể cao hơn. Sụn chêm trong chịu tác động 70% trọng lượng cơ thể trong khi phần tác động lên sụn chêm ngoài chỉ là 50%. Về đặc điểm giải phẫu, khả năng di chuyển của sụn chêm trong kém hơn so với sụn chêm ngoài dẫn đến nguy cơ tổn thương cao.

**4.4. Hình thái tổn thương sụn chêm.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ rách dọc chiếm 42%, rách ngang chiếm 18%, rách chéo 22%, rách nan quạt chiếm 10%, rách biến dạng chiếm 8%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng trên 478 bệnh nhân rách sụn chêm cho kết quả 46,8% bệnh nhân có kiểu rách dọc<sup>5</sup>, hay Trương Kim Hùng có tỷ lệ 59,2% bệnh nhân rách sụn chêm kiểu rách dọc. Warren R.D mô tả hình thái tổn thương trên 267 sụn chêm cho tỷ lệ rách dọc chiếm 42%, tiếp đó là rách hình vạt với 18,7%. Ferkel R.D trong nghiên cứu 142 trường hợp thương tổn sụn chêm, rách dọc chiếm 50,7%, hình vạt đứng thứ 2 với 18,31%.

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là những người trẻ, mặt sụn khớp dày, đàn hồi, hấp thu lực tốt nên thường thấy rách dọc, ngoài ra do có sự sắp xếp khác nhau của

các bó sợi collagen ở trong các vị trí khác nhau của sụn chêm nên dẫn đến các hình thái tổn thương giải phẫu bệnh khác nhau tổn thương ở phần rìa sụn chêm sát bao khớp thường là đường rách dọc, tổn thương tại phần tự do thường là tổn thương rách ngang hoặc rách hình vạt. Người lớn trên 30 tuổi chất lượng sụn bắt đầu suy giảm, không hấp thu được các lực xoay nên cho ra hình dạng rách ngang hoặc rách chéo. Người già sụn khớp thoái hóa nhiều, lớp sụn mất đi, khe khớp gối hẹp lại, cử động lặn của lõi cầu trên mâm chày bị ma sát nhiều, nên thường có rách nhám nhỏ.

**V. KẾT LUẬN**

- Tuổi hay gặp < 35 tuổi chiếm 62.5%.
- Nguyên nhân chấn thương thể thao 25 BN chiếm 52,1%
- Nam / Nữ = 5/3.
- Triệu chứng đau gối ở 100% bệnh nhân, kẹt khớp gối 33,3%, teo cơ gối 18,8%.
- Tỷ lệ rách sụn chêm độ III trên MRI là 12,5%, độ IV là 87,5%.
- Tỷ lệ rách sụn chêm trong đơn thuần chiếm 58,3%, sụn chêm ngoài đơn thuần chiếm 37,5%.
- Tỷ lệ rách sừng sau sụn chêm trong và ngoài chiếm cao nhất lần lượt là 46,7% và 45%.
- Hình thái tổn thương sụn chêm chủ yếu là loại rách dọc chiếm 42%.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Ahen F. Anderson, Robert B. Snyder, and A. Brant Lipscomb (2001).** Anterior Cruciate

Ligament Reconstruction: A Prospective Randomized Study of Three Surgical Methods. The American Journal of Sports Medicine; Vol.29, No.3: 272-279.

2. **Trịnh Đức Thọ, Phạm Ngọc Nhữ (2003).** Nhận xét điều trị tổn thương sụn chêm khớp gối qua 35 trường hợp phẫu thuật nội soi. Y học Việt Nam số đặc biệt; 296-299.
3. **Russell J.A Tregonning (1983).** Closed partial Meniscectomy early results for simple tears with mechanical symptoms. J Bone Joint Surg,1983; 65-B: 378-382.
4. **Phạm Chí Lăng, Nguyễn Văn Quang, Trương Chí Hữu (2000).** Phẫu thuật cắt một phần sụn chêm qua nội soi trong điều trị rách sụn chêm khớp gối do chấn thương. Tạp chí Y học TP HCM, chuyên đề CTCH, 2000; Số 4, tập 4, 222-227.
5. **Nguyễn Quốc Dũng (2012).** Nghiên cứu hình thái tổn thương sụn chêm khớp gối và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Luận văn tiến sỹ y học.
6. **Trương Kim Hùng (2009).** Đánh giá kết quả nội soi khớp gối trong chẩn đoán và điều trị rách sụn chêm do chấn thương tại bệnh viện TWQĐ 108. Luận văn thạc sỹ y học.
7. **Mandelbaum B.Ret al (1986).** Magnetic resonance imaging as a tool for evaluation of traumatic knee injuries. Anatomical and pathoanatomical correlations.Amer J Sports Med; Vol 14, 361-370.
8. **Trương Trí Hữu (2003).** Đánh giá kết quả điều trị rách sụn chêm do chấn thương thể thao khớp gối bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. Luận án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược TPHCM.
9. **Nguyễn Tuấn Anh (2014).** Phân tích đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ trong tổn thương sụn chêm gối do chấn thương. Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GẦY CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở BỆNH NHÂN TRÊN 80 TUỔI BẰNG PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN KHÔNG XI MĂNG**

Vũ Văn Khoa\*, Nguyễn Mạnh Khánh\*\*, Nguyễn Ngọc Hân\*\*\*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gầy cổ xương đùi ở bệnh nhân trên 80 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 55 bệnh nhân trên 80 tuổi được

phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ năm 2017-2019. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 86,5( 80-102 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 0,06/1 (3 nam và 52 nữ). Khớp háng bị tổn thương: phải 43,6%, trái 56,4%. Kết quả theo thang điểm Harris: tốt và rất tốt 90,9%, khá 5,5%, kém 3,6%. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, không gặp tai biến do gãy tỳ, gãy mề, viêm phổi, tắc mạch, loét tỳ đè hay tử vong. **Kết luận:** Thay khớp háng bán phần không xi măng ở bệnh nhân trên 80 tuổi gãy cổ xương đùi cho kết quả khả quan. Bệnh nhân vận động được sớm, hạn chế được các biến chứng. **Từ khóa:** Thay khớp háng bán phần không xi măng, gãy cổ xương đùi, bệnh nhân trên 80 tuổi.

\*BV Việt Đức  
 \*\*Viện CTCH - BV Việt Đức  
 \*\*\*Bv Nhiệt đới trung ương  
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa  
 Email: drvuvankhoa@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 23.2.2021  
 Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021  
 Ngày duyệt bài: 2.4.2021