

- orthodontists and oral surgeons. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Sep 2004;126(3):290-5. doi:10.1016/j.ajodo.2004.06.006
3. **Watanabe H, Honda E, Tetsumura A, Kurabayashi T.** A comparative study for spatial resolution and subjective image characteristics of a multi-slice CT and a cone-beam CT for dental use. Eur J Radiol. Mar 2011;77(3):397-402. doi:10.1016/j.ejrad.2009.09.023
 4. **Tzou CH, Artner NM, Pona I, et al.** Comparison of three-dimensional surface-imaging systems. J Plast Reconstr Aesthet Surg. Apr 2014; 67(4): 489-97. doi:10.1016/j.bjps.2014. 01.003
 5. **Aldridge K, Boyadjiev SA, Capone GT, DeLeon VB, Richtsmeier JT.** Precision and error of three-dimensional phenotypic measures acquired from 3dMD photogrammetric images. Am J Med Genet A. 2005;15(3):247-53.
 6. **Raschke GF, Rieger UM, Bader RD, Guentsch A, Schaefer O, Schultze-Mosgau S.** Soft tissue outcome after mandibular advancement--an anthropometric evaluation of 171 consecutive patients. Clin Oral Investig. Jun 2013; 17(5): 1415-23. doi:10.1007/s00784-012-0821-2
 7. **Guler OC, Malkoc S.** Comparison of facial soft tissue changes after treatment with 3 different functional appliances. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Oct 2020;158(4): 518-526. doi:10.1016/j.ajodo.2019.06.020
 8. **Kim SH, Jung WY, Seo YJ, Kim KA, Park KH, Park YG.** Accuracy and precision of integumental linear dimensions in a three-dimensional facial imaging system. Korean J Orthod. May 2015; 45(3): 105-12. doi:10.4041/kjod.2015. 45.3.105
 9. **Olejnik A, Verstraete L, Croonenborghs TM, Politis C, Swennen GRJ.** The Accuracy of Three-Dimensional Soft Tissue Simulation in Orthognathic Surgery-A Systematic Review. J Imaging. May 14 2024;10(5)doi: 10.3390/jimaging10050119
 10. **Swennen G.** 3D Virtual Treatment Planning of Orthognathic Surgery_ A Step-by-Step Approach for Orthodontists and Surgeons-Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Springer. 2017;

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU BẰNG MẢNH GHÉP GÂN TỬ ĐẦU ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Đào Nguyên Chính¹, Nguyễn Minh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiện nay lựa chọn mảnh ghép tự thân cho phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau khớp gối vẫn còn nhiều tranh cãi. Các mảnh ghép tự thân với các ưu nhược điểm khác nhau, thường được dùng là gân chân ngỗng, gân bánh chè và gân tử đầu đùi. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau bằng mảnh ghép gân tử đầu đùi được áp dụng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn: Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau sử dụng mảnh ghép gân tử đầu đùi. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 20 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau bằng mảnh ghép gân tử đầu trong khoảng thời gian 1/2023 – 1/2025. Các bước phẫu thuật bao gồm: Lấy mảnh ghép gân tử đầu đùi, khâu chuẩn bị mảnh ghép, khoan đường hầm, kéo gân, cố định hai đầu mảnh ghép vào hai đầu đường hầm theo phương pháp All-inside. **Kết quả:** Đánh giá kết quả cho 20 bệnh nhân (20 khớp gối), thời gian theo dõi trung bình 6.9 ± 2.7 tháng kết quả thu được theo điểm Lysholm trung bình sau mổ 89.35 ± 8.65 điểm, trong đó số BN đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm 90%, đạt kết quả trung bình là 5%, kết quả xấu là 5%. Tương

tự, kết quả thu được theo thang điểm IKDC 2000 là 87 ± 6.78 BN đạt từ 80 điểm trở lên, chỉ 15% BN đạt kết quả < 80 điểm. **Kết luận:** Mảnh ghép gân tử đầu với những đặc điểm và cấu trúc đặc biệt giúp cho phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau đạt được hiệu quả, an toàn hơn. Bệnh nhân trở lại phục hồi chức năng sớm, hạn chế những biến chứng liên quan đến thất bại mảnh ghép.

Từ khóa: Đứt dây chằng chéo sau, gân tử đầu, cơ sinh học, chẩn đoán, điều trị, biến chứng.

SUMMARY

EVALUATION OF POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING QUADRICEPS TENDON GRAFT AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Objective: The choice of graft material for posterior cruciate ligament (PCL) reconstruction of the knee remains controversial. Commonly used grafts include hamstring tendons, bone-patellar tendon-bone (BPTB), and quadriceps tendon (QT), each with specific advantages and limitations. This study aims to evaluate the clinical outcomes of arthroscopic PCL reconstruction using quadriceps tendon grafts performed at Saint Paul General Hospital. **Methods:** This study was conducted at Saint Paul General Hospital to evaluate the outcomes of arthroscopic PCL reconstruction using a quadriceps tendon graft. A combination of retrospective and prospective analysis was performed on 20 patients who underwent arthroscopic PCL reconstruction using the quadriceps tendon between January 2023 and January 2025. Surgical steps included: Harvesting the quadriceps

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Nguyên Chính

Email: daonguyenchinh248@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

tendon graft, graft preparation and suturing, tunnel drilling using the All-inside technique, graft insertion and fixation at both ends of the tunnels. **Results:** A total of 20 patients (20 knees) who underwent arthroscopic posterior cruciate ligament (PCL) reconstruction using a quadriceps tendon graft were evaluated, with a mean follow-up duration of 6.9 ± 2.7 months. The average postoperative Lysholm knee score was 89.35 ± 8.65 , with 90% of patients achieving good to excellent outcomes, 5% having fair results, and 5% classified as poor. Similarly, the mean IKDC 2000 score was 87 ± 6.78 , with 85% of patients scoring ≥ 80 points, indicating satisfactory functional recovery, while only 15% had scores below 80. **Conclusion:** The quadriceps tendon graft, with its unique anatomical and biomechanical properties, demonstrated favorable outcomes in arthroscopic PCL reconstruction. It provided a safe and effective solution, allowing for early functional recovery and minimizing complications, particularly graft failure.

Keywords: Posterior cruciate ligament injury, quadriceps tendon, biomechanics, diagnosis, treatment, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo sau (DCCS) là một trong những chấn thương thường gặp của khớp gối, mặc dù không phổ biến như tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT), nhưng có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được điều trị kịp thời và đúng phương pháp. Chấn thương dây chằng chéo sau thường xảy ra do các tác động mạnh vào vùng gối, chẳng hạn như tai nạn giao thông, tai nạn thể thao, hoặc các tai nạn lao động. Nếu không được điều trị sớm, tổn thương này có thể gây mất vững khớp gối, thoái hóa khớp thứ phát, hạn chế chức năng vận động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (1-3).

Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau là một lựa chọn điều trị hiệu quả đối với những trường hợp tổn thương hoàn toàn dây chằng này. Trong đó, phẫu thuật nội soi với các phương pháp tái tạo dây chằng bằng các gân tự thân đang ngày càng được áp dụng rộng rãi, nhờ vào những ưu điểm như ít xâm lấn, thời gian phục hồi nhanh và kết quả thẩm mỹ tốt. Gân tứ đầu đùi (quadriceps tendon) đã được chứng minh là một lựa chọn tốt trong phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo sau nhờ vào các đặc tính như kích thước phù hợp, độ bền kéo cao và ít gây suy yếu cơ tứ đầu đùi sau phẫu thuật (4,5).

Mặc dù có nhiều nghiên cứu quốc tế chỉ ra tính hiệu quả của phương pháp này, tại Việt Nam, đặc biệt là tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn – một bệnh viện lớn với chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình, việc áp dụng kỹ thuật này mới chỉ được triển khai trong vài năm gần đây.

Do đó, một nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau bằng gân tứ đầu đùi tại bệnh viện này là rất cần thiết để cung cấp thêm cơ sở dữ liệu khoa học về tính khả thi và hiệu quả của phương pháp trong điều kiện thực tế tại Việt Nam.

Nhằm mục đích cải thiện chất lượng điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân đứt DCCS, khoa Chấn thương chỉnh hình chi dưới và chỉnh hình nhi bệnh viện Xanh Pôn đã tiến hành phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS bằng gân tứ đầu cho các bệnh nhân đứt DCCS bằng phương pháp tất cả bên trong, đồng thời nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật với mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS bằng gân tứ đầu đùi tại bệnh viện Xanh Pôn giai đoạn 2024 – 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt DCCS có hoặc không kèm theo tổn thương của sụn chêm và/hoặc sụn khớp, không kèm theo các tổn thương dây chằng khác của khớp gối và cấu trúc của góc sau trong, sau ngoài,... cần tái tạo và/hoặc sửa chữa.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải ảnh hưởng đến chức năng vận động của chi dưới.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian:** Từ 1/2024 đến 1/2025

- **Địa điểm:** Khoa Chấn thương Chỉnh hình Chi dưới và Chỉnh hình Nhi, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, không nhóm chứng.

- **Chọn mẫu và cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt DCCS có chỉ định phẫu thuật tại khoa Chấn thương Chỉnh hình Chi dưới và Chỉnh hình Nhi – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn; đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và không có các tiêu chuẩn loại trừ.

- **Thang điểm đánh giá:** đánh giá theo thang điểm Lysholm và IKDC

Thang điểm Lysholm đánh giá chức năng khớp gối dựa trên các triệu chứng chủ quan như đau, sưng, không vững, và khả năng đi lại (tối đa 100 điểm).

Thang điểm IKDC chủ quan cung cấp đánh giá toàn diện hơn về triệu chứng, chức năng và mức độ hoạt động thể lực của bệnh nhân (thang điểm 0%–100%).

Cả hai thang điểm đều được sử dụng rộng rãi để theo dõi kết quả điều trị sau tái tạo dây chằng chéo sau.

- Kỹ thuật mổ: Rạch da khoảng 3cm ngang mặt trước, cách cực trên xương bánh chè khoảng 3 cm. Bộc lộ gân cơ tứ đầu đùi, cắt lấy mảnh ghép gân tứ đầu đùi đường kính ngang khoảng 1cm, dài khoảng 7 cm. Dùng chỉ đa sợi không tiêu chuyên dụng khâu chặt hai đầu của gân theo kiểu khâu Krawkow (6), sau đó thắt nút buộc vào đầu vòng treo của vòng treo cổ định mảnh ghép nhiều lần, cắt bỏ phần chỉ thừa. Lắp lại thao tác với đầu còn lại của mảnh ghép. Đo chiều dài và kích thước mảnh ghép, sau đó căng gân trên bàn làm gân với lực căng 80N.



Hình 1: Lấy mảnh ghép gân tứ đầu đùi



Hình 2: Đo kích thước mảnh ghép gân tứ đầu đùi



Hình 3: Mảnh ghép gân tứ đầu đùi sau khi chuẩn bị xong

Trở lại phần nội soi, kiểm tra thấy DCCS bị đứt, dùng lưới bào khớp để làm sạch phần còn lại của DCCS ở điểm bám ở lõi cầu trong đùi và phía sau mâm chày

Khoan tạo đường hầm: Độ dài đường hầm xương trong kỹ thuật cố định bằng nút treo phụ thuộc vào độ dài của mảnh ghép. Khoảng cách từ cuối đường hầm mâm chày đến cuối đường hầm lõi cầu đùi phải dài hơn mảnh ghép tối thiểu là 10mm. Luồn và cố định mảnh ghép: Luồn chỉ kéo qua 2 đường hầm, đưa cúc treo đầu trên qua đường hầm lõi cầu đùi, cố định mảnh ghép đầu trên lên đường hầm đùi. Làm tương tự với đường hầm chày, mảnh ghép được đưa vào trong gối, 2 đầu nằm trong 2 đường hầm. Tiến hành siết dần cúc treo đầu trên, đầu

dưới, buộc cố định. Kiểm tra độ vững bằng nghiệm pháp ngăn kéo sau. Khâu vết mổ và bất động bằng nẹp gối có đệm nâng đỡ mâm chày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 33.04 ± 9.5 . BN trẻ nhất 18 tuổi, già nhất là 51 tuổi.

- Số lượng nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3/1

- Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây đứt DCCS ở các BN trong nghiên cứu với 70%, tiếp sau đó là chấn thương thể thao và cuối cùng là tai nạn sinh hoạt với 10%.

3.2. Kết quả phẫu thuật. Hơn 80% BN trong nghiên cứu có đường kính mảnh ghép từ 9,5mm trở lên, chỉ có 4 trường hợp mảnh ghép đường kính là 9mm.

Bảng 1: Đường kính mảnh ghép

Đường kính mảnh ghép (mm)	Số BN	Tỉ lệ %
9	4	20
9.5	8	40
10	8	40
Trung bình độ lệch chuẩn	$9,6 \pm 0,374$	
Biên độ dao động	9 - 10	

Trong nghiên cứu này, điểm Lysholm trung bình ở thời điểm đánh giá là 89.35 ± 8.65 . Do đây là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi không đánh giá được điểm Lysholm của NB trước mổ.

Theo thang điểm IDKC 2000 chủ quan của người bệnh, chúng tôi cũng ghi nhận 85% BN có điểm từ trên 80 điểm, và chỉ có 15% NB có điểm nhỏ hơn 80 với mức điểm trung bình là 87 ± 6.78 tính theo %. Mức điểm này cũng có thể coi là tương tự như phản ánh của thang điểm Lysholm. Thời gian phẫu thuật trung bình là $55 \pm 8,2$ (phút)

Chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng nhiễm trùng khớp gối nào sau mổ mà phải phẫu thuật lại để lấy bỏ mảnh ghép.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 2: Thời điểm phẫu thuật và kết quả điều trị

Thời điểm PT	Rất tốt và tốt	Trung bình và xấu	Tổng	p
Trong 1 tháng	1 (100%)	0 (0%)	1	0.0152
Từ 1-3 tháng	6 (100%)	0 (0%)	6	
Từ 3-12 tháng	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12	
Sau 12 tháng	0 (0%)	1 (100%)	1	
Tổng	18	2	20	

Thời điểm phẫu thuật có liên quan đến kết

quả điều trị ($p=0.0152$). Nhóm BN phẫu thuật trong vòng 3 tháng sau chấn thương có kết quả điều trị rất tốt và tốt là 100%. Nhóm BN phẫu thuật sau 3 đến 12 tháng có tỉ lệ đạt rất tốt và tốt là 91,7%.

Bảng 3: Đường kính mảnh ghép và kết quả điều trị

Đường kính mảnh ghép	Rất tốt và tốt	Trung bình và xấu	Tổng	P
9 mm	3 (75%)	1 (25%)	4	0.4984
9.5 mm	7 (87.5%)	1 (12.5%)	12	
10 mm	8 (100%)	0	12	
Tổng	18	2	20	

Sự khác biệt giữa kết quả sau phẫu thuật của các nhóm bệnh nhân có đường kính mảnh ghép từ 9mm trở lên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tái tạo dây chằng chéo sau (DCCS) là một thách thức lớn trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình do đặc điểm giải phẫu phức tạp, cơ chế chấn thương đa dạng và các yếu tố cơ sinh học đặc thù. Lựa chọn vật liệu ghép đóng vai trò

then chốt trong việc đảm bảo kết quả phục hồi chức năng và giảm thiểu các biến chứng sau mổ.

Gân tứ đầu ngày càng được chú ý như một lựa chọn ghép thay thế trong phẫu thuật tái tạo DCCS nhờ các đặc tính ưu việt. So với các loại mảnh ghép truyền thống như gân chân ngỗng hay gân bánh chè, gân tứ đầu đùi có đường kính lớn hơn, chiều dài đủ, đồng thời hạn chế nguy cơ đau vùng lấy mảnh ghép thường gặp ở mảnh ghép gân bánh chè.

Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh rằng gân tứ đầu cung cấp lực chịu tải và độ cứng gần tương đương hoặc thậm chí vượt trội hơn so với gân chân ngỗng hoặc gân bánh chè trong môi trường thí nghiệm cơ sinh học. Điều này đặc biệt quan trọng trong phẫu thuật DCCS, nơi mà yêu cầu về độ bền kéo và độ ổn định ban đầu của mảnh ghép là rất cao, nhằm chống lại lực đẩy mâm chày ra sau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tái tạo DCCS bằng gân tứ đầu đùi cho thấy kết quả lâm sàng khả quan với cải thiện rõ rệt về thang điểm Lysholm và IKDC tương đương với kết quả của các tác giả khác (8-10).

Bảng 4: Điểm Lysholm qua một số nghiên cứu (7)

Nghiên cứu	Số NB (n)	Thời gian theo dõi	Điểm Lysholm	
			Trước mổ	Sau mổ
Chin-Hsien Wu (2007) (8)	22	66 tháng (60-76)	67 (50-75)	89 (75-89)
Lauren A. Gyemi (2022) (9)	119	12-84 tháng	40.5±18.9	90.63±7.74
J. Christian Peterson (2023)(10)	#	#	#	87.4
Chúng tôi	20	6.9 tháng	#	89.35 ± 8.65

Bảng 5: Điểm IKDC chủ quan qua một số nghiên cứu (11)

Nghiên cứu	Số NB (n)	Thời gian theo dõi	IKDC chủ quan	
			Trước mổ	Sau mổ
Chin-Hsien Wu (2007) (8)	22	66 tháng (60-76)	#	82%
Lauren A. Gyemi (2022) (9)	119	12-84 tháng	37.7±21.4	84.7%
K. Christian Peterson (2023) (10)	#	#	#	85%
Chúng tôi	20	6.9 tháng	#	87% ± 6.78%

Tỷ lệ biến chứng thấp, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng sau mổ, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và thời gian theo dõi chưa đủ dài.

Tuy nhiên, vẫn cần lưu ý rằng việc lấy gân tứ đầu đùi có thể ảnh hưởng đến sức mạnh cơ duỗi gối trong giai đoạn sớm sau mổ. Một số nghiên cứu chỉ ra nguy cơ giảm sức mạnh duỗi gối từ 10-20% trong 3-6 tháng đầu, dù đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 1 năm.

Hạn chế lớn nhất của nghiên cứu này là thời gian theo dõi còn ngắn và cỡ mẫu còn khiêm tốn. Nghiên cứu dài hạn với số lượng bệnh nhân lớn hơn sẽ cần thiết để đánh giá bền vững kết quả lâu dài và nguy cơ thoái hóa khớp sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Mảnh ghép gân tứ đầu, với cấu trúc sợi collagen dày đặc, diện tích tiết diện lớn và độ bền kéo cao, đã chứng minh được nhiều ưu thế vượt trội trong tái tạo dây chằng chéo sau bằng kỹ thuật nội soi. Những đặc điểm giải phẫu và cơ học này không chỉ giúp cải thiện độ vững khớp gối sau mổ, mà còn giảm thiểu nguy cơ giãn mảnh ghép hoặc đứt lại trong quá trình phục hồi. Đồng thời, khả năng lấy mảnh ghép thuận lợi và ít xâm lấn cũng góp phần giảm đau sau mổ, hạn chế biến chứng tại vị trí lấy gân và rút ngắn thời gian nằm viện. Kết quả cho thấy bệnh nhân có thể bắt đầu các bài tập phục hồi chức năng sớm hơn, lấy lại biên độ vận động và sức mạnh cơ nhanh hơn so với một số loại mảnh ghép khác. Những yếu tố này, kết hợp với tính

an toàn và hiệu quả lâu dài, khẳng định mảnh ghép gân tứ đầu là một lựa chọn khả thi và đáng tin cậy trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau, mở ra triển vọng nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng chức năng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Curley A, Pelton M, Postma W. Posterior cruciate ligament: injury, diagnosis, and management. *Ann Sports Med Res*. 2017;4(4): 1112.
2. González-López C, Martínez-Molina A, Espejo-Reina A. Current management of posterior cruciate ligament injuries. *Rev Esp Artrosc Cir Articul*. 2021;28(3):180–91.
3. PM&R KnowledgeNow. Posterior Cruciate Ligament (PCL) Injuries [Internet]. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation; 2024 [cited 2025 Jul 3]. Available from: <https://now.aapmr.org/posterior-cruciate-ligament-pcl-injuries/>
4. Forsythe B, Haro MS, Bogunovic L, et al. Biomechanical evaluation of posterior cruciate ligament reconstruction with quadriceps versus Achilles tendon bone block allograft. *Orthop J Sports Med*. 2016;4(8):2325967116660068.
5. Kuroda R, et al. The Quadriceps Tendon Autograft is an Option for Primary PCL Reconstruction: A Systematic Review. *J ISAKOS*. 2021. Pre-print.
6. Krackow KA, Thomas SC, Jones LC. A new stitch for ligament-tendon fixation. *Am J Sports Med*. 1986;14(2):97–101.
7. Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. *Am J Sports Med*. 1982;10(3):150–4.
8. Chen CH, Chuang TY, Wang KC, et al. Arthroscopic posterior cruciate ligament reconstruction with hamstring tendon autograft, results with a minimum 4-year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2006;14(11): 1045–54.
9. Gyemi LA, Bednar ED, Sheean AJ, Kuroda R, de Sa D. The quadriceps tendon autograft is an option for primary PCL reconstruction: a systematic review. *J ISAKOS*. 2022;7(1):27–34.
10. Peterson JC, et al. Posterior cruciate ligament reconstruction with quadriceps tendon–patellar bone autograft. *Arthrosc Tech*. 2022;12(6):e843–8.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Phùng Văn Dũng^{1,2}, Nguyễn Quang Thái¹,
Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Vũ Thanh Phương¹, Trương Công Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu 128 bệnh nhân ung thư đại tràng được điều trị phẫu thuật nội soi triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,6 \pm 11,8$; nam giới chiếm 57,0%. Các triệu chứng thường gặp gồm đau bụng (57,8%), thay đổi thói quen đại tiện (45,3%) và rối loạn tiêu hóa (35,9%). Đa số khối u ở vị trí đại tràng sigma (63,3%), giai đoạn trước mổ chủ yếu là T3 (44,5%) và T4 (30,5%). Thời gian mổ trung bình là $146,4 \pm 35,3$ (phút); 75,8% ca hoàn thành <180 phút. Số hạch vét được trung bình $12,6 \pm 7,6$. Thời gian trung tiện $4,0 \pm 3,7$ ngày; thời gian nằm viện hậu phẫu $8,9 \pm 4,9$ ngày. Biến chứng sớm gồm chảy máu ổ bụng 1,6%, xì miệng nối khu trú 1,6%,

bán tắc/tắc ruột 1,6%, nhiễm trùng vết mổ 1,6% và áp xe tồn dư 0,8%. Phân tích đơn biến cho thấy mở thông hồi tràng bảo vệ, biến chứng sau mổ và thời gian mổ ≥ 180 phút liên quan đến kéo dài thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện K an toàn, ít biến chứng và có thời gian hồi phục khả quan.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi, thời gian nằm viện, kết quả sớm.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER AT K HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate early outcomes of curative-intent laparoscopic colectomy for colon cancer at K Hospital. **Methods:** A combined retrospective–prospective descriptive study of 128 patients with colon cancer undergoing curative laparoscopic colectomy at K Hospital from January 2022 to December 2024. **Results:** Mean age was 59.6 ± 11.8 years; males accounted for 57.0%. Common symptoms were abdominal pain (57.8%), change in bowel habits (45.3%), and gastrointestinal disturbances (35.9%). Tumors were predominantly located in the sigmoid colon (63.3%); preoperative staging was mainly T3 (44.5%) and T4 (30.5%). Mean operative time was 146.4 ± 35.3 minutes, with 75.8% completed in <180 minutes. The mean number of

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Văn Dũng

Email: bsdung140486@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025