

chiếm 28,5%. Nghiên cứu của UNFPA cho thấy khuyết tật nặng có xu hướng bắt đầu phổ biến ở độ tuổi 50. Phân tích số liệu UNFPA 2009 cho thấy 3,8% số người từ 5 tuổi trở lên hay gần 3 triệu người (49% trong số 6,1 triệu NKT) có khó khăn trong việc thực hiện ít nhất từ hai chức năng trở lên. Tỷ lệ đa khuyết tật trong nhóm có khuyết tật nặng thấp hơn nhưng vẫn ở mức tương đối cao, 28% số người khuyết tật nặng là đa khuyết tật [3]. Theo NC của Hà Chân Nhân tại Huế thì tỷ lệ NKT mức độ nặng là cao nhất chiếm tỷ lệ 63,6%, tiếp đến là số lượng NKT mức độ đặc biệt nặng chiếm tỷ lệ 22,8% và số lượng NKT mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 7,2%; Sự khác biệt này có thể do đối tượng NC của Hà Chân Nhân mở rộng cả dưới 15 tuổi [4].

Nhìn chung trong NC của chúng tôi NKT hài lòng với dịch vụ POAD, có tới 74, 1% NB hài lòng. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ 25,9% NKT không hài lòng, trong đó tập trung ở mục Khám lại/thăm nhà sau khi nhận dụng cụ, Trạm y tế xã/y tế thôn hỗ trợ tại nhà sau khi nhận dụng cụ. Kết quả NC của chúng tôi có thấp hơn so với NC của Hà Chân Nhân tại Huế: hài lòng chung của NKT với những dịch vụ khám sàng lọc, đo, thử, cấp dụng cụ chỉnh hình, cung cấp DCTG sinh hoạt, hướng dẫn sử dụng, bảo quản dụng cụ, thăm khám, gọi điện hỏi thăm việc sử dụng dụng cụ... đã chiếm tỉ lệ cao 96,9% với những dịch vụ chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình và DCTG. Điều này có thể giải thích nếu NB tự mua dụng cụ thì sẽ ít nhận được sự thăm khám lại hoặc tại nhà

do nguồn nhân lực của trạm y tế hoặc do không có kinh phí chi trả cho hoạt động thăm khám tại nhà. Thường NB muốn hỏi để hỗ trợ sẽ phải tự đến trạm để thăm khám lại [1].

## V. KẾT LUẬN

NKT tại Vĩnh Phúc bước đầu đã nhận được một số dịch vụ trợ giúp tuy nhiên chưa đồng bộ và bao phủ. hệ thống y tế phát triển đồng bộ từ tuyến tỉnh đến tuyến cơ sở theo hướng công bằng, hiện đại, hiệu quả, bền vững và hội nhập quốc tế, đáp ứng tốt nhu cầu BV, CS và nâng cao dịch vụ PHCN cho NKT; nhằm tăng tỷ lệ tiếp cận với các dịch vụ PHCN, dịch vụ trợ giúp NKT và nâng cao sự hài lòng của NKT với các dịch vụ này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chấp hành Đảng bộ tỉnh Vĩnh Phúc (2021), Nghị quyết số 11-NQ/TU ngày 10/12/2021 của Ban Chấp hành Đảng bộ tỉnh Vĩnh Phúc khóa XVII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân và phát triển sự nghiệp y tế tỉnh Vĩnh Phúc, giai đoạn 2021-2025, tầm nhìn đến năm 2035.
2. Quốc hội (2010), Luật Số 51/2010/QH12 "Luật người khuyết tật".
3. Viện Chiến lược và chính sách Y tế (2021), Đánh giá tình hình thực hiện Kế hoạch Quốc gia phục hồi chức năng giai đoạn 2014 - 2020.
4. Hà Chân Nhân (2019), Khảo sát sự hài lòng của người khuyết tật hoặc gia đình của họ khi tiếp cận các dịch vụ chân tay giả, dụng cụ chỉnh hình và dụng cụ trợ giúp tại tỉnh Thừa Thiên Huế. <<https://sy.t.thuathienhue.gov.vn/?gd=62&cn=72&tc=9247>>

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP GÂN ACHILLES ĐỒNG LOẠI TRONG ĐIỀU TRỊ ĐỨT GÂN ACHILLES ĐẾN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Hoàng Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>2</sup>, Vũ Minh Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại trong điều trị đứt gân Achilles đến muộn tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và theo dõi dọc trên 26 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt hoàn toàn gân Achilles đến

muộn, được điều trị bằng phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2017 đến hết tháng 4/2022. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,2 ± 12,4 tuổi, chấn thương thể thao và tai nạn sinh hoạt là những nguyên nhân dẫn đến chấn thương, chiếm tỷ lệ đến 96,2%, thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình là 10,3 ± 11,0 tuần. Khoảng cách giữa hai đầu gân đứt 7,0 ± 1,8 cm. **Kết quả chung sau mổ tốt:** điểm AOFAS là 88,8 ± 6,4, điểm ATRS là 90,1 ± 5,9. **Kết luận:** Đứt gân Achilles đến muộn thường phức tạp, bệnh nhân có khoảng mất đoạn gân lớn và có nhiều phương án điều trị. Phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại cho kết quả tốt, là một phương án điều trị tốt cho những trường hợp đứt gân Achilles đến muộn. **Từ khóa:** Đứt gân Achilles đến muộn, gân Achilles đồng loại.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Tùng

Email: drtung.vietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2022

Ngày duyệt bài: 18.11.2022

**SUMMARY****OUTCOMES OF TREATMENT OF CHRONIC ACHILLES TENDON RUPTURE BY USING ACHILLES TENDON ALLOGRAFT AT VIET DUC HOSPITAL**

**Introduction:** Study to assess outcomes of treatment of chronic Achilles tendon rupture by using Achilles tendon Allograft at Viet Duc Hospital. **Method:** A retrospective and prospective descriptive study on 26 patients diagnosed chronic Achilles tendon rupture repaired by Achilles tendon Allograft from 01/2017 to 04/2022 at Viet Duc Hospital. **Result:** The average age of the study subjects was  $40.2 \pm 12.4$  years old, sport injuries and daily-life accidents, which are the cause of injury, accounted for a high rate (96,2%), average time from injury to surgery is  $10.3 \pm 11.0$  weeks. The average length of gap is  $3.8 \pm 1.7$ cm. Good overall results: AOFAS  $88.8 \pm 6.4$ , ATRS  $90.1 \pm 5.9$ . **Conclusion:** Chronic Achilles tendon rupture is complicated; patients have a big length of gap and a variety of treatment methods. Repairing by using Achilles tendon Allograft has a good outcome, becomes one of good options for chronic Achilles tendon rupture treatment.

**Keywords:** Chronic Achilles tendon rupture, Achilles tendon Allograft.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Gân Achilles là một gân lớn và khỏe nhất trong cơ thể, chịu từ 2-3 lần trọng lượng cơ thể khi đi và hơn 10 lần khi chạy nhảy, có tác dụng trong động tác duỗi mạnh bàn chân giúp đẩy cơ thể về phía trước khi di chuyển, đóng vai trò quan trọng trong chức năng đi đứng, chạy nhảy<sup>1</sup>

Đứt gân Achilles chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số các loại đứt gân nói chung của cơ thể, từ 5-10 ca/100.000 dân, nam giới chiếm ưu thế, hay gặp trong chấn thương thể thao, vết thương do vật sắc nhọn, trong tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động. Đứt gân Achilles không được phát hiện và điều trị sớm sẽ ảnh hưởng đến chức năng di chuyển của người bệnh, gây tổn thương thứ phát đến các dây chằng và khớp vùng cổ chân, giảm khả năng lao động, hoạt động thể thao và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân<sup>2</sup>. Đứt gân Achilles đến muộn được định nghĩa là các trường hợp đứt gân xảy ra sau chấn thương trên 4 tuần<sup>3</sup>.

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị đứt gân Achilles được giới thiệu và áp dụng trong

lâm sàng như khâu nối trực tiếp, tăng cường gân Achilles đứt bằng chuyển gân, kéo dài gân V – Y. Tuy nhiên ở những bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn, gân co nhiều, mất đoạn lớn sau khi cắt lọc, không thể khâu nối trực tiếp hay kéo dài gân được thì kỹ thuật ghép gân đồng loại được thực hiện như một trong những phương pháp điều trị cuối cùng. Đã có những nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị đứt gân Achilles đến muộn bằng kỹ thuật ghép gân tự thân và gân đồng loại cho kết quả tốt tại Việt Nam cũng như trên thế giới, tuy nhiên số lượng chưa nhiều.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại trong điều trị đứt gân Achilles đến muộn tại bệnh viện Việt Đức nhằm mục đích tổng kết, rút ra những ưu nhược điểm của phương pháp phẫu thuật để có thêm một lựa chọn hợp lý cho việc điều trị đứt gân Achilles đến muộn.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** 26 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt hoàn toàn gân Achilles đến muộn, được điều trị bằng phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2022.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và theo dõi dọc, chọn mẫu thuận tiện.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt gân Achilles đến muộn có mất đoạn trên 5cm (tiêu chuẩn Myerson loại III), được điều trị bằng phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại. Bệnh nhân được khám lại và đánh giá sau phẫu thuật ít nhất 3 tháng, có đủ hồ sơ bệnh án, đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa mạn tính chống chỉ định mổ như suy tim, tăng huyết áp...; các bệnh lý ảnh hưởng tới liền vết thương và liền gân như suy thận mạn, lupus, đái tháo đường, bệnh lý rối loạn chuyển hóa collagen, bệnh lý về da...

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng hệ thống bảng, biểu đồ để mô tả số liệu nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn trong nghiên cứu****Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n=26)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Tuổi	≤ 29 tuổi	4	15,4	40,2 ±

	30-49 tuổi	16	61,5	12,4 tuổi
	≥ 50 tuổi	6	23,1	
Giới tính	Nam	21	80,8	
	Nữ	5	19,2	
Vị trí tổn thương	Chân trái	13	50,0	
	Chân phải	13	50,0	
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	1	3,8	
	Tai nạn sinh hoạt	12	46,2	
	Chấn thương thể thao	13	50,0	
Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật	4 tuần	4	15,4	10,3 ± 11,0 tuần
	5-8 tuần	14	53,8	
	9-12 tuần	4	15,4	
	>12 tuần	4	15,4	
Khoảng cách từ vị trí đứt đến điểm bám gân	≤1-3cm	11	42,3	3,8 ± 1,7 cm
	4-6cm	11	42,3	
	≥ 6 cm	4	14,4	
Khoảng cách giữa hai đầu gân đứt	5-6cm	11	42,3	7,0 ± 1,8 cm
	7-9cm	12	46,2	
	>9cm	3	11,5	
Thời gian theo dõi	< 6 tháng	1	3,8	28,7 ± 15,1 tháng
	≥ 6 tháng-dưới 1 năm	5	19,2	
	≥ 1 năm	20	77,0	

Bảng 3.1 cho thấy: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn trong nghiên cứu là  $40,2 \pm 12,4$  tuổi, độ tuổi 30-49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (61,5% tổng số trường hợp). Trên 50 tuổi có 6 trường hợp chiếm 23,1%. Đứt gân Achilles đến muộn gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm 80,8%, tỷ lệ nam/nữ là 4,2. Trong nghiên cứu, có 13 bệnh nhân bị đứt gân Achilles bên trái và 13 bệnh nhân bị đứt gân Achilles bên phải. Tỷ lệ đều là 50,0%. Trong các nhóm nguyên nhân chấn thương, chấn thương thể thao gặp tỷ lệ cao nhất (50%), tiếp đến là tai nạn sinh hoạt (46,2%). Hai nhóm nguyên nhân này chiếm tới 96,2% các trường hợp. Thời gian

từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình là  $10,3 \pm 11,0$  tuần. Khoảng thời gian từ 5-8 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%). Khoảng cách từ vị trí đứt đến điểm bám gân sau xương gót trung bình là  $3,8 \pm 1,7$  cm.

Khoảng cách giữa hai đầu gân đứt trung bình là  $7,0 \pm 1,8$  cm. Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu là  $28,7 \pm 15,1$  tháng. 77% bệnh nhân có thời gian theo dõi trên 1 năm.

### 3.2. Kết quả điều trị

- **Biến chứng trong phẫu thuật:** Không có bệnh nhân nào bị biến chứng trong phẫu thuật

- **Biến chứng sau phẫu thuật:**

**Bảng 3.2. Biến chứng sau phẫu thuật**

	4 tuần n=26	6 tuần n=26	3 tháng n=26	6 tháng n=24	9 tháng n=21	≥12 tháng n=20
Thuyên tắc tĩnh mạch sâu	0	0	0	0	0	0
Nhồi máu phổi	0	0	0	0	0	0
Không liền vết mổ	2	1	0	0	0	0
Nhiễm trùng	1	1	1	0	0	0
Đứt lại gân Achilles	0	0	0	0	0	0
Dính gân	0	0	0	0	0	0

Bảng 3.2 chúng tôi nhận thấy: Có 2 bệnh nhân không liền vết mổ. Sau 6 tuần, còn 1 bệnh nhân không liền vết mổ và sau 3 tháng, không có bệnh nhân nào không liền vết mổ. Có 1 bệnh nhân bị nhiễm trùng sau mổ. Bệnh nhân được điều trị và không còn nhiễm trùng ở thời điểm khám lại 6 tháng sau mổ. Không có trường hợp nào bị các biến chứng khác (thuyên tắc tĩnh mạch sâu, nhồi máu phổi, đứt lại gân Achilles, dính gân).

- **Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS:**

**Bảng 3.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS**

Mức độ đau	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật 3 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Không đau	0	0	5	19,3
Đau nhẹ	4	15,4	20	76,9
Đau trung bình	22	84,6	1	3,8
Đau nặng	0	0	0	0
Giá trị trung bình*	4,5 ± 0,7		1,5 ± 1,2	

Bảng 3.3 cho thấy: Bệnh nhân trước phẫu thuật có điểm đau VAS nằm trong khoảng đau trung bình tới đau nhẹ. 84,6% bệnh nhân có điểm đau trung bình và 15,4% bệnh nhân có điểm đau nhẹ. Bệnh nhân sau phẫu thuật có điểm đau VAS từ trung bình tới không đau. Đa số bệnh nhân có điểm đau VAS nhẹ, chiếm 76,9%. Có 5 bệnh nhân không đau (19,2%), 1 bệnh nhân đau trung bình (3,8%). Không có trường hợp nào đau nặng trước mổ hay sau mổ. Điểm VAS trung bình cải thiện từ 4,1 ± 0,7 tới 1,5 ± 1,2 sau phẫu thuật. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**- Đánh giá chức năng gân Achilles sau mổ:**

**Bảng 3.4. Đánh giá chức năng gân Achilles sau mổ**

Thang điểm		Rất tốt (91-100)	Tốt (81-90)	Khá (76-80)	Trung bình (50-75)	Kém (< 50)
AOFAS	Số BN	9	13	3	1	0
	Tỷ lệ %	34,6	50,0	11,6	3,8	0
	TB	88,8 ± 6,4				
ATRS	Số BN	11	12	2	1	0
	Tỷ lệ %	42,3	46,2	7,7	3,8	0
	TB	90,1 ± 5,9				

Bảng 3.4. chúng tôi nhận thấy: Bệnh nhân có điểm AOFAS sau mổ nằm trong khoảng từ trung bình tới rất tốt. Tỷ lệ rất tốt và tốt chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 34,6% và 50,0%. Điểm ATRS sau mổ của bệnh nhân trung bình là 90,1 ± 5,9, điểm thấp nhất là 75 và cao nhất là 98. Tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 46,2% và 42,3% tổng số trường hợp. Có 2 trường hợp khá chiếm tỷ lệ 7,7% và 1 trường hợp trung bình chiếm tỷ lệ 3,8%. Không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Tất cả các bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ trên 1 năm đều có khả năng kiểm soát.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn trong nghiên cứu.** Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 40,2 ± 12,4 tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất là 15 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 68 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là 30-49 tuổi. Độ tuổi trung bình của chúng tôi cũng tương tự so với các tác giả khác như Lin4 (40,3 tuổi), Houshian5 (42,1 tuổi). Như vậy, đứt gân Achilles đến muộn thường gặp ở lứa tuổi trung niên.

Đứt gân Achilles đến muộn gặp chủ yếu ở nam giới, chiếm 80,8% các trường hợp. Tỷ lệ nam/nữ là 4,2. Tỷ lệ này tương tự với tác giả Mortensen<sup>6</sup>. Trong tổng số 26 bệnh nhân có 13 trường hợp đứt gân Achilles bên trái và 13

trường hợp đứt gân Achilles bên phải, tỷ lệ chân trái và chân phải đều là 50,0%.

Bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn gặp chủ yếu do chấn thương thể thao và tai nạn sinh hoạt với tổng tỷ lệ là 96,2%. Trong đó, chấn thương thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,0% các trường hợp. Các nguyên nhân khác ít gặp.

Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân bị chấn thương cho đến khi được phẫu thuật là 10,3 ± 11,0 tuần. Trong đó, có 14 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 53,8% các trường hợp được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 5 đến 8 tuần sau chấn thương là tỷ lệ cao nhất của nghiên cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật muộn nhất là vào thời điểm 53 tuần (tức hơn 1 năm) sau chấn thương. Thời gian này là khá tương đồng với nghiên cứu phẫu thuật đứt gân Achilles đến muộn của tác giả Lin4 có thời gian trung bình từ chấn thương đến khi phẫu thuật là 13 tuần, sớm nhất là 4 tuần, muộn nhất là 104 tuần sau chấn thương.

Khoảng cách từ vị trí đứt gân đến điểm bám gân sau xương gót được đánh giá trong phẫu thuật trung bình là 3,8 ± 1,7 cm. Khoảng cách nhỏ nhất là 1 cm và lớn nhất là 7 cm. Khoảng cách từ 2 đến 6 cm tính từ điểm bám gân chiếm đến 84,6% các trường hợp. Khoảng cách từ 2 đến 6cm tính từ điểm bám gân được chứng minh là vùng nghèo mạch máu nuôi và là vùng dễ đứt nhất của gân Achilles, theo tác giả Chen<sup>7</sup>.

Khoảng cách giữa hai đầu gân đứt đánh giá trong phẫu thuật trung bình là 7,0 ± 1,8 cm.

Khoảng cách nhỏ nhất là 5 cm, lớn nhất là 12 cm. Khoảng cách từ 5 đến 8 cm chiếm đến 88,5% các trường hợp. Có 3 trường hợp đến muộn với thời gian tính từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật lớn (6 tháng, 8 tháng và 1 năm) có khoảng mất đoạn lớn trên 10 cm (lần lượt là 10 cm, 11 cm và 12 cm).

Thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật trong nghiên cứu ngắn nhất là 5 tháng, dài nhất là 50 tháng (4,2 năm). Thời gian theo dõi trung bình là  $28,7 \pm 15,1$  tháng. 77% số bệnh nhân có thời gian theo dõi trên 1 năm.

**4.2. Kết quả điều trị.** Tổng kết 26 trường hợp được phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại điều trị đứt gân Achilles đến muộn tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị biến chứng trong mổ. Các kỹ thuật dùng trong ghép gân không quá phức tạp hay đòi hỏi nhiều trang thiết bị kỹ thuật hiện đại. Phẫu thuật viên tại bệnh viện là những người có nhiều kinh nghiệm, đã thuần thục trong thực hiện các kỹ thuật và nắm vững cấu trúc giải phẫu vùng cổ chân nên tiến hành ít xâm hại và bảo tồn được các cấu trúc của vùng này.

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp không liền vết mổ và 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ. Về 2 trường hợp không liền vết mổ, 1 bệnh nhân chúng tôi điều trị nội khoa và đã liền được vết mổ sau 2 tháng; 1 bệnh nhân thực hiện tiểu phẫu cắt chỉ rò và điều trị nội khoa phối hợp, vết mổ đã liền sau 3 tháng. Với trường hợp bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ, chúng tôi điều trị nội khoa nhưng thất bại, bệnh nhân được phẫu thuật nạo viêm kèm chuyển vạt da che phủ vết mổ tại thời điểm 3 tháng sau mổ ghép gân. Sau 6 tháng, vết mổ và da vá tốt, bệnh nhân đang được tiếp tục theo dõi ở tháng thứ 8.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau sau chấn thương của bệnh nhân đứt gân Achilles đến muộn thường không nặng. Bệnh nhân trước phẫu thuật có điểm đau VAS nằm trong khoảng đau trung bình tới đau nhẹ. 84,6% bệnh nhân có điểm đau trung bình và 15,4% bệnh nhân có điểm đau nhẹ. Bệnh nhân sau phẫu thuật có điểm đau VAS từ trung bình tới không đau. Đa số bệnh nhân có điểm đau VAS nhẹ, chiếm 76,9%. Có 5 bệnh nhân không đau (19,2%), 1 bệnh nhân đau trung bình (3,8%). Không có trường hợp nào đau nặng trước mổ hay sau mổ. Điểm VAS trung bình cải thiện từ  $4,1 \pm 0,7$  tới  $1,5 \pm 1,2$  sau phẫu thuật. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

Sau phẫu thuật, bệnh nhân có điểm AOFAS

nằm trong khoảng từ trung bình tới rất tốt. Tỷ lệ rất tốt và tốt chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 34,6% và 50,0%. Điểm AOFAS trung bình sau phẫu thuật là  $88,8 \pm 6,4$  nằm ở mức đánh giá tốt. Điểm AOFAS của chúng tôi thấp hơn so với một số tác giả nghiên cứu phẫu thuật đứt gân Achilles đến muộn như Park<sup>8</sup> (AOFAS 100) hoặc Lin<sup>9</sup> (AOFAS  $96,6 \pm 3,8$ ). Tuy nhiên, số bệnh nhân của các nghiên cứu đứt gân Achilles đến muộn thường nhỏ, khoảng cách mất đoạn cũng như các phương pháp phẫu thuật khác nhau nên chúng tôi đưa ra so sánh phương pháp nào tốt hơn.

Điểm ATRS của bệnh nhân trung bình là  $90,1 \pm 5,9$ , điểm thấp nhất là 75 và cao nhất là 98. Tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ lần lượt 46,2% và 42,3% tổng số trường hợp. Trong nghiên cứu, có 2 trường hợp khá chiếm tỷ lệ 7,7% và 1 trường hợp trung bình chiếm tỷ lệ 3,8%. Không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Tương tự như với thang điểm AOFAS, đánh giá theo thang điểm ATRS, chúng tôi thu được kết quả khá tương đồng với một số tác giả như Gedam và thấp hơn một chút so với các tác giả như Park<sup>8</sup>, Lin<sup>9</sup>. Giải thích cho điều này có lẽ là do chúng tôi chưa có được đầy đủ trang thiết bị cũng như kinh nghiệm tập phục hồi chức năng sau mổ cho bệnh nhân. Bệnh nhân đa phần tự tập theo hướng dẫn của bác sỹ tại nhà thay vì có điều kiện đến các trung tâm phục hồi chức năng để tập như trong các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Tuy nhiên điểm ATRS trên 90 cũng là một số điểm tương đối cao, cho thấy ghép gân Achilles đồng loại là một trong những phương án tốt để điều trị đứt gân Achilles đến muộn.

## V. KẾT LUẬN

Đứt gân Achilles đến muộn là bệnh lý ít gặp, thường có khoảng mất đoạn gân lớn, là thử thách đối với các phẫu thuật viên khi lựa chọn phương pháp điều trị. Phẫu thuật ghép gân Achilles đồng loại đem lại hiệu quả và kết quả cao, là một trong các phương án điều trị tốt cho những trường hợp mất đoạn gân lớn (tiêu chuẩn Myerson loại III).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Soma C.A., Mandelbaum B.R.** (1994). Achilles tendon disorders. *Clin Sports Med*, 13(4), 811-823.
2. **Kongsgaard M., Aagaard P., Kiaer M, et al.** (2005) Structural Achilles tendon properties in athletes subjected to different exercise modes and in Achilles tendon ruptures. *J Appl Physiol Bethesda Md* (1985), 99(5), 1965-1971.
3. **Flint J.H., Wade A.M., Giuliani J et al.** (2014). Defining the terms acute and chronic in orthopaedic sports injuries: a systematic review. *Am J Sports Med*, 42(1), 235-241.

4. Lin Y., Yang L., Yin L. et al. (2016). Surgical Strategy for the Chronic Achilles Tendon Rupture. Biomed Res Int, 2016, 1416971.
5. Houshian S., Tscherning T., Riegels NP. (1998). The epidemiology of achilles tendon rupture in a Danish county. Injury. 29, 651-654.
6. Mortensen NH., Saether J., Steinke MS. et al. (1992). Separation of tendon ends after achilles tendon repair: a prospective, randomized, multicenter study. Orthopedics. 15, 899-903.
7. Chen TM, Rozen WM, Pan WR, et al. (2009). The arterial anatomy of the Achilles tendon: anatomical study and clinical implications. Clin Anat N Y N, 22(3), 377-385.
8. Park Y.-S. and Sung K.-S. (2012). Surgical Reconstruction of Chronic Achilles Tendon Ruptures Using Various Methods. Orthopedics, 35(2), e213–e218.
9. Lin Y., Duan X., and Yang L. (2019). V-Y Tendon Plasty for Reconstruction of Chronic Achilles Tendon Rupture: A Medium-term and Long-term Follow-up. Orthopaedic Surgery, 11(1), 109–116.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN HÓA CHẤT ĐỘNG MẠCH GAN (HAIC)

Nguyễn Thái Hưng<sup>1,2</sup>, Vũ Lê Minh<sup>2</sup>, Bùi Văn Giang<sup>1,2</sup>

### TOM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị UTBMTBG giai đoạn tiến triển bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu có theo dõi dọc 12 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán UTBMTBG trong thời gian từ 6/2019 đến tháng 9/2022 được điều trị bằng phương pháp truyền hóa chất động mạch gan. Sau các thời điểm 1 tháng và 3 tháng BN được khám lại đánh giá lâm sàng, làm xét nghiệm chỉ điểm u và chụp lại cắt lớp vi tính (CLVT) gan mật có tiêm thuốc cản quang. Ghi nhận hình ảnh về đường kính khối u, tính chất ngấm thuốc trước và sau các thời điểm trong đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumor -mRECIST). Theo dõi thời gian sống thêm của nhóm BN trên 3 tháng. **Kết quả:** 12 bệnh nhân (10 nam, 2 nữ) với tuổi trung bình 54,5±14,3 tuổi (từ 31 tuổi đến 76 tuổi), đường kính khối u trung bình là 87±35mm, trung vị của giá trị chỉ điểm u AFP là 3351 ng/ml. Ngay sau đặt buồng, có 1 bệnh nhân biến chứng tắc sonde, 1 bệnh nhân có nhiễm trùng vị trí đặt buồng. Sau thời điểm can thiệp, điều trị với phác đồ Low dose FP 1 tháng có 12 BN khám lại, mức độ đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định, tiến triển trên mRECIST là 0%, 16,7%, 50%, 33,3%, có 1 BN xuất hiện suy gan, dừng điều trị. Thời điểm trên 3 tháng có 8 BN khám lại, mức độ đáp ứng hoàn toàn, một phần, ổn định, tiến triển theo mRECIST là 0%, 25%, 50%, 25%. Sau điều trị, các chỉ điểm u giảm không có ý nghĩa thống kê. Có 8 BN thời gian theo dõi trên 3 tháng, trong đó có 3 BN còn sống và tiếp tục điều trị. **Kết luận:** Truyền hóa chất

động mạch gan là phương pháp điều trị có hiệu quả, an toàn, đặc biệt đối với giai đoạn tiến triển xâm lấn tại chỗ

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến triển; Huyết khối tĩnh mạch cửa; Phương pháp truyền hóa chất động mạch gan; Đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULTS TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA BY HEPATIC ARTERIAL INFUSION CHEMOTHERAPY

**Purpose:** To evaluate the initial safety and efficacy of hepatic arterial infusion chemotherapy for advanced hepatocellular Carcinoma. **Materials and methods:** Retrospective, prospective study with longitudinal follow-up of 12 patients (patients) diagnosed with HCC from 6/2019 to 9/2022 who were treated with hepatic artery chemotherapy. After 1 month and over 3 months, the patient was re-examined for clinical assessment, tested by a tumor marker and again computed tomography (CT) of the liver with contrast injection. We take image information abouts tumor diameter, tumor contrast enhancement patterns. We assess treatment response according to the standard of response evaluation for solid tumors (mRECIST). Follow up the survival time of patients who have more than 3 months after treatment. **Results:** 12 patients (10 men, 2 women) with mean age 54.5±14.3 years (from 31 years old to 76 years old), mean tumor diameter 87±35 mm, The median value of AFP tumor marker is 3351 ng/ml. Immediately after implantation, 1 patient had complications of catheter occlusion, 1 patient had an infection at the chamber placement. After the time of intervention, treatment with Low dose FP regimen for 1 month, there were 12 patients re-examined, the level of complete, partial, stable response, progression on mRECIST was 0%, 16.7%, 50%, 33.3%, 1 patient appeared liver failure, stopped treatment. At more than 3 months, there were 8 patients re-examined,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Hưng

Email: hmu.thaihung@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022