

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CẬN LÂM SÀNG CỦA SỤN CHÊM HÌNH ĐĨA VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH SỤN CHÊM HÌNH ĐĨA QUA NỘI SOI KHỚP GỐI

Nguyễn Đình Hiếu<sup>1</sup>, Trần Trung Dũng<sup>2,3,4</sup>, Nguyễn Văn Nam<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Khoa ngoại chấn thương chỉnh hình bệnh viện E

<sup>2</sup>Khoa Phẫu thuật Chấn thương Chỉnh hình và Y học Thể thao Bệnh viện SaintPaul.

<sup>3</sup>Khoa ngoại Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Phân môn Chấn thương Chỉnh hình, Bộ môn ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>5</sup>Khoa khám bệnh Bệnh viện Việt Đức

Sụn chêm hình đĩa là một bất thường bẩm sinh trong việc hình thành sụn chêm khớp gối. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ hoặc thanh thiếu niên, thường gặp sụn chêm ngoài hình đĩa. Đánh giá kết quả tạo hình sụn chêm qua nội soi của 50 bệnh nhân tại bệnh viện Việt Đức được chẩn đoán sụn chêm hình đĩa từ năm 2011-2016 cho kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 22, tỷ lệ nữ : nam là 0,28 : 1. 58% bệnh nhân đi khám bệnh vì đau khớp gối, 100% bệnh nhân là sụn chêm ngoài hình đĩa, 34 bệnh nhân có tổn thương rách sụn chêm kèm theo trong đó có 27 bệnh nhân rách sụn chêm đơn thuần, 7 bệnh nhân rách sụn chêm kèm đứt dây chằng. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ngày. Đánh giá thang điểm Lysholm tại thời điểm nghiên cứu cho kết quả 56% đạt rất tốt, 42% đạt tốt, 2% đạt kết quả trung bình, không có bệnh nhân đạt kết quả kém.

**Từ khóa:** Sụn chêm hình đĩa, dị tật bẩm sinh, tạo hình sụn chêm qua nội soi khớp

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụn chêm hình đĩa là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp của sụn chêm khớp gối được Young mô tả lần đầu tiên vào năm 1889 và sau đó là Watson-John năm 1930 khi đó sụn chêm có hình dạng giống cái đĩa và có các di động bất thường. Đây một bệnh lý hiếm gặp với tỉ lệ mắc thay đổi từ 3 - 5% đối với người da trắng, tới khoảng 16% đối với người Nhật Bản [1], [2]. Tỉ lệ mắc sụn chêm hình đĩa hay gặp ở sụn chêm ngoài (0,4 - 17%), ở sụn chêm trong hiếm gặp hơn (0,06 - 0,3%), tỉ lệ có sụn chêm hình đĩa ở cả hai sụn chêm là 5% - 20% tổng số các trường hợp [1; 3].

Bệnh này thường được chẩn đoán tình cờ

khi bệnh nhân đi khám vì đau gối hoặc khi nội soi khớp gối. Hơn nữa khi sụn chêm có hình đĩa khiến khớp gối không đảm bảo được tính vững đồng thời làm sụn chêm dễ bị tổn thương, rách khi gối vận động. Biểu hiện lâm sàng của bệnh rất đa dạng và không đặc hiệu. Các dấu hiệu thường gặp của bệnh này là đau khớp gối, kẹt khớp, lục khục khớp (Snapping knee) tràn dịch khớp gối. Các dấu hiệu này đều là dấu hiệu của rách sụn chêm, do đó việc chẩn đoán bệnh trên lâm sàng và cận lâm sàng còn gặp nhiều khó khăn.

Để chẩn đoán sụn chêm hình đĩa ngoài lâm sàng còn cần kết hợp chẩn đoán hình ảnh là MRI. Tuy nhiên không phải tất cả các trường hợp MRI và lâm sàng cho kết quả giống nhau.

Ngày nay hầu như tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương sụn chêm hình đĩa đều được điều trị bằng phương pháp nội soi – cắt tạo hình sụn chêm. Đây là phương

Tác giả liên hệ: Trần Trung Dũng, Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dungbacsy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/03/2019

Ngày được chấp nhận: 18/04/2019

pháp điều trị tiên tiến, hiện đại đem lại hiệu quả cao trong điều trị tổn thương sụn chêm hình đĩa giúp cho người bệnh cải thiện chất lượng cuộc sống. Các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tạo hình sụn chêm qua nội soi thường sớm bình phục và quay lại với cuộc sống, sinh hoạt thường ngày.

Tại Việt Nam cũng như trên thế giới phẫu thuật nội soi khớp gối phát triển với nhiều thành tựu vượt bậc. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về sụn chêm hình đĩa cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình sụn chêm hình đĩa qua nội soi khớp gối”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

50 bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa đã được chẩn đoán và điều trị bằng nội soi khớp gối tại Bệnh viện Việt Đức trong vòng 5 năm từ năm 2011 đến 2016.

#### *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân*

- Tất cả các bệnh nhân đã được phẫu thuật tạo hình sụn chêm hình đĩa qua nội soi tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 5 năm từ 2011 đến 2016.

- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ, bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Có hồ sơ, bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu đã đề ra.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 So sánh khác biệt các tỷ lệ phần trăm các giá trị sử dụng test khi bình phương, so sánh các trung bình sử dụng test T - Student. Các test được kiểm định với mức khác biệt có ý nghĩa thống

kê khi  $p < 0,05$ .

### 3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

#### *Các chỉ tiêu lâm sàng*

- Giới: Nam và nữ
- Nguyên nhân đến khám của bệnh nhân.

#### *Cận lâm sàng*

Chụp cộng hưởng từ khớp gối (MRI)

- Có phát hiện sụn chêm hình đĩa hay không
- Sụn chêm hình đĩa của sụn chêm trong hay sụn chêm ngoài hay cả hai đều là sụn chêm hình đĩa.

• Thương tổn khác kèm theo: tổn thương dây chằng, xương.

#### *Đặc điểm sụn chêm qua nội soi*

Phân loại sụn chêm hình đĩa qua nội soi:

• Sụn chêm hình đĩa hoàn toàn hay không hoàn toàn.

• Sụn chêm hình đĩa của sụn chêm trong hay sụn chêm ngoài hay cả hai đều là sụn chêm hình đĩa.

• Các tổn thương khác của sụn chêm đi kèm.



**Hình 1: Hình ảnh sụn chêm hình đĩa qua nội soi [4]**

#### *Đánh giá sau mổ*

Đánh giá dựa theo thang điểm Lysholm. Thang điểm Lysholm là thang điểm đánh giá chức năng khớp gối dựa vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân trên thang điểm có sẵn. Thang điểm này đánh giá dựa trên các khó khăn hoạt động khớp gối trong sinh hoạt hàng

ngày của bệnh nhân như dáng đi khập khiễng, đi bộ, leo cầu thang, ngồi xổm, sự mất vững của khớp gối, cứng khớp gối và các biểu hiện ngay tại khớp gối như sưng nề khớp gối. Bệnh nhân tự đánh giá theo thang điểm có sẵn, điểm chung của mỗi bệnh nhân là tổng điểm của tất cả các thành phần chức năng, dựa vào điểm số đó phân loại kết quả của phẫu thuật:

- + Rất tốt: > 90 điểm
- + Tốt: 84 - 90 điểm

+ Trung bình: 65 - 83 điểm

+ Xấu: < 65 điểm

#### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ tuyệt đối các quy định trong nghiên cứu y học lâm sàng. Bệnh nhân được thông báo về những lợi ích cũng như bất lợi trong việc nghiên cứu trước khi đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền được giữ bí mật thông tin cá nhân và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm lâm sàng

50 bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa có tuổi trung bình là 22, trong đó có 39 bệnh nhân nam, nhỏ nhất là 9 tuổi và lớn nhất là 56 tuổi trong đó các bệnh nhân độ tuổi từ 18-35 tuổi chiếm 30/39 (77%) bệnh nhân. 11 bệnh nhân là nữ trong đó nhỏ nhất là 9 tuổi và lớn nhất là 27 tuổi, độ tuổi tập trung chủ yếu là từ 18 - 27 với 8/11 (73%) bệnh nhân.

**Bảng 1. Lí do bệnh nhân đi khám (n = 50)**

Lí do	Đau gối	Lỏng khớp	Kẹt khớp	Khác	Tổng
N	29	11	5	5	50
%	58	22	10	10	100

Trong số 50 bệnh nhân của nghiên cứu có 29 bệnh nhân (58%) đến vì đau khớp, 11 vì lỏng khớp, 5 trường hợp vì kẹt khớp. Đau khớp là nguyên nhân hay gặp nhất khiến bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa phải đến khám.

#### 2. Đặc điểm trên MRI

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã được chụp MRI tuy nhiên có 10 bệnh nhân (20%) không phát hiện được sụn chêm hình đĩa trước phẫu thuật.

**Bảng 2. Kết quả chụp MRI**

	MRI			
	Không phát hiện	Có phát hiện sụn chêm hình đĩa		
		Sụn chêm trong(SCT)	Sụn chêm ngoài(SCN)	Cả hai
N	10	0	40	0
%	20	0	80	0

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều phát hiện sụn chêm hình đĩa tại 1 gối, chưa phát

hiện sụn chêm hình đĩa trên cả hai gối. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có sụn chêm ngoài hình đĩa (100%), không phát hiện trường hợp nào sụn chêm trong hình đĩa.

Theo phân loại của Wantanabe 1986 sụn

chêm hình đĩa được phân 3 loại chính gồm sụn chêm hình đĩa không hoàn toàn, sụn chêm hình đĩa hoàn toàn và thể Wrisberg (sụn chêm hình đĩa siêu di động).

**Bảng 3. Phân loại theo Wantanabe (n = 50)**

Thể loại	Không hoàn toàn	Hoàn toàn	Thể Wrisberg	Tổng số
N	11	39	0	50
%	22	78	0	100

Trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện 39 trường hợp (78%) sụn chêm hình đĩa hoàn toàn, 11 trường hợp sụn chêm hình đĩa không hoàn toàn, không phát hiện thể Wrisberg.

### 3. Tổn thương phối hợp

Trong số 50 bệnh nhân trong nghiên cứu có 14 bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa đơn thuần, trong số 36 bệnh nhân có tổn thương kèm theo có 27 bệnh nhân có rách sụn chêm đơn thuần, 9 bệnh nhân có đứt dây chằng bên trong gối kèm theo (15 trường hợp đứt dây chằng chéo trước, 1 trường hợp đứt dây chằng chéo sau)

và 7 bệnh nhân vừa rách sụn chêm vừa đứt dây chằng.

### 4. Đặc điểm trong và sau phẫu thuật

Trong 50 bệnh nhân có 16 bệnh nhân được phẫu thuật cắt 1 phần sụn chêm do rách (đây đều là các bệnh nhân có tổn thương dây chằng kèm theo), 34 bệnh nhân còn lại sửa tạo hình sụn chêm bằng cách cắt phần phi đại về gần bình thường.

Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong và sau phẫu thuật như chảy máu hay nhiễm trùng sau mổ.

**Bảng 4. Điểm Lysholm tại thời điểm nghiên cứu**

Đánh giá	Rất tốt	Tốt	Vừa	Xấu	Tổng
N	28	21	1	0	50
%	56	42	2	0	100

Trong 50 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt tạo hình sụn chêm đánh giá bằng thang điểm Lysholm có 28 bệnh nhân đạt kết quả rất tốt, 19 bệnh nhân đạt kết quả tốt, không có bệnh nhân nào xấu sau phẫu thuật.

## IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 22 tuổi (9 - 56). Độ tuổi trung bình này cao hơn so với nghiên cứu của Christopher R. Good [4] là 10,1 tuổi (3 - 20). Sụn chêm hình đĩa là sự phát triển khác thường bẩm sinh của sụn

chêm khiến sụn chêm phát triển quá mức che kín mặt khớp, các triệu chứng của bệnh không đặc hiệu. Độ tuổi trung bình phát hiện bệnh ở các nước phương Tây thường dưới 18 tuổi và hay gặp xung quanh độ tuổi 10 tuổi khi trẻ

hoạt động thể chất nhiều cũng như điều kiện chăm sóc sức khỏe ở các nước phương Tây phát triển cao hơn các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, chăm sóc sức khỏe thường chưa được coi trọng nhiều bệnh nhân chỉ đến viện khi không thể chịu đựng thêm được nữa. Có lẽ chính vì vậy mà độ tuổi phát hiện bệnh ở Việt Nam cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Trong tổng số 50 bệnh nhân trong nghiên cứu có 11 trường hợp là nữ và 39 trường hợp giới tính nam, tỉ lệ nữ/nam là 0,28/1. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Christopher R. Good là 2,37/1 [4]. Trong các nghiên cứu trước đây cũng chưa thấy có sự liên quan giữa giới tính và tình trạng sụn chêm hình đĩa cả. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tỉ lệ nam giới chiếm phần lớn có lẽ do nam giới hoạt động thể chất nhiều hơn nên tỉ lệ các chấn thương liên quan tới khớp gối cũng như sụn chêm nhiều hơn, tạo điều kiện để phát hiện sớm các sụn chêm hình đĩa khi bị tổn thương.

Trong số 50 bệnh nhân của nghiên cứu có 29 bệnh nhân (58%) đến vì đau khớp, 11 vì lỏng khớp, 5 trường hợp vì kẹt khớp. Đau khớp là nguyên nhân hay gặp nhất khiến bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa phải đến khám. Theo Christopher R. Good số bệnh nhân đến vì đau gối là 93%, hạn chế vận động là 67% [4]. Theo nghiên cứu của Chul Hyung Lee, dấu hiệu kẹt khớp gặp ở 36,6%, tràn dịch 23,3% và lục khục khớp gặp ở 31,6% bệnh nhân [5].

Dấu hiệu đau gối có thể gặp sau chấn thương, đau khi bệnh nhân thay đổi tư thế cơ năng gối chuyển từ gấp gối sang duỗi gối và ngược lại, đau chủ yếu ở mặt sau ngoài gối. Bệnh nhân cũng có thể đến vì kẹt khớp khi sụn chêm hình đĩa bị rách kẹt vào khe khớp gây hạn chế vận động. Ngoài ra còn gặp dấu hiệu lỏng khớp khi bệnh nhân có tổn thương dây chằng. Với các trẻ nhỏ có thể có các dấu hiệu khác như lệch trục chân, cảm giác trượt

gối, khuyu gối. Triệu chứng lâm sàng của sụn chêm hình đĩa rất đa dạng và không đặc hiệu đôi khi gây nhầm lẫn. Ở Việt Nam có lẽ sự hiểu biết và sự quan tâm tới sức khỏe chưa cao nên bệnh nhân thường đến ở giai đoạn muộn hoặc khi đau không thể chịu được nữa, gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã được chụp MRI tuy nhiên có 10 bệnh nhân (20%) không phát hiện được sụn chêm hình đĩa trước phẫu thuật. Các dấu hiệu trên MRI có giá trị trong chẩn đoán là tỉ lệ giữa chỗ hẹp nhất và rộng nhất trên mặt phẳng trán lớn hơn 20%, chiều rộng của sụn chêm tại vị trí hẹp nhất trên 15mm, có sự liên tục sừng trước và sừng sau trên 3 lớp cắt đứng dọc.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều phát hiện sụn chêm hình đĩa tại 1 gối, chưa phát hiện sụn chêm hình đĩa trên cả hai gối. Theo nghiên cứu của Jun Yuong Chung với 38 bệnh nhân với sụn chêm hình đĩa ban đầu của 1 gối thì có tới 34 bệnh nhân (89%) có sụn chêm hình đĩa ở gối bên đối diện [6].

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều có sụn chêm ngoài hình đĩa, không phát hiện trường hợp nào sụn chêm trong hình đĩa.

Trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện 39 trường hợp (78%) sụn chêm hình đĩa hoàn toàn, 11 trường hợp sụn chêm hình đĩa không hoàn toàn, không phát hiện thể Wrisberg. Con số này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Khánh với 72,7% thể hoàn toàn và 27,3% thể không hoàn toàn và cũng giống với nghiên cứu của Christopher R. Good với 73% và 27% [4].

Phân loại sụn chêm hình đĩa theo phân loại của Wantanabe 1986 [7] dựa vào yếu tố hình dáng của sụn chêm và sự di động của sụn chêm. Sự phân biệt giữa thể sụn chêm hình đĩa hoàn toàn và không hoàn toàn khá dễ dàng khi dựa vào hình dáng của sụn chêm để phân biệt.

Đối với sụn chêm hình đĩa thể Wrisberg thể siêu di động, sụn chêm có thể hình đĩa hoàn toàn và không hoàn toàn nhưng đều có sự di động bất thường do thiếu dây chằng cố định. Việc đánh giá sụn chêm hình đĩa thể Wrisberg hiện chưa được chú trọng. Trong nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi hiện tại chưa phát hiện trường hợp nào có sụn chêm hình đĩa thể này.

Sụn chêm hình đĩa là bất thường bẩm sinh của sụn chêm, bệnh nhân có thể chung sống cả đời với tình trạng này. Tuy nhiên sụn chêm hình đĩa gây ra sự thay đổi hướng phân phối lực của khớp gối, từ đó gây ra các triệu chứng, hoặc bệnh nhân do chấn thương gối gây ra các tổn thương của sụn chêm. Trong số 50 bệnh nhân trong nghiên cứu có 14 bệnh nhân có sụn chêm hình đĩa đơn thuần (28%), trong 36 bệnh nhân có tổn thương kèm theo (72%) thì có 27 bệnh nhân (54%) có rách sụn chêm đơn thuần, 9 bệnh nhân (18%) có đứt dây chằng đơn thuần kèm theo (15 trường hợp đứt dây chằng chéo trước, 1 trường hợp đứt dây chằng chéo sau), còn lại là 7 bệnh nhân (14%) vừa rách sụn chêm vừa đứt dây chằng. Tỷ lệ tương tự với trong nghiên cứu của Christopher R. Good [4] với 77% bệnh nhân có rách sụn chêm, trong nghiên cứu của Chul Hyung Lee [5] là 63% (46% đơn thuần và 17% phức hợp) còn trong nghiên cứu của Klingele KE [63] là 69,5% [8]. Trong nghiên cứu của Patel NM tỷ lệ rách sụn chêm ở sụn chêm 1 bên là 90% và sụn chêm 2 bên là 72%[9].

Có 16 bệnh nhân phải cắt một phần sụn chêm, đây đều là các bệnh nhân có đứt dây chằng trong gối và rách sụn chêm. 34 bệnh nhân còn lại được cắt tạo hình sụn chêm về giống với sụn chêm bình thường. Trong nghiên cứu của Hong Cao, trong 47 bệnh nhân nghiên cứu có 37 bệnh nhân được cắt một phần sụn chêm, 8 bệnh nhân được cắt bỏ gần hoàn toàn sụn chêm và 2 bệnh nhân được cắt bỏ hoàn

toàn sụn chêm [10].

Sau khi khám lại 50 bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt tạo hình sụn chêm, đánh giá kết quả theo thang điểm Lysholm cho thấy phẫu thuật cho kết quả tốt. Trong số 50 bệnh nhân sau phẫu thuật có 28 bệnh nhân (56%) đạt kết quả rất tốt, 21 bệnh nhân (42%) cho kết quả tốt chỉ có 1 bệnh nhân cho kết quả trung bình. Bệnh nhân cho kết quả trung bình ở trong nghiên cứu có cả đứt dây chằng chéo trước và sụn chêm, sụn chêm rách nhiều, bệnh nhân than phiền về việc không thể bước nhanh được cũng như khi thay đổi tư thế có cảm giác đau, lực khực trong khớp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào sau mổ đạt loại kém tuy nhiên bệnh nhân đạt loại kém theo thang điểm Lysholm đã có trong các nghiên cứu trước đây với Jonathan D Haskell [11] là 9%.

Điểm Lysholm trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 90,2 cao hơn so với nghiên cứu của Jonathan D Haskell [11] với 84 điểm. Điểm Lysholm trung bình của bệnh nhân đã được cải thiện nhiều so với trước mổ đã cho thấy hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt tạo hình sụn chêm hình đĩa.

Phẫu thuật nội soi khớp gối trong điều trị sụn chêm hình đĩa là một tiến bộ lớn của y học Việt Nam. Phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm so với kỹ thuật mổ mở như đường mổ nhỏ, khả năng quan sát được toàn bộ bên trong gối, dễ dàng kiểm soát các thao tác, thời gian hồi phục nhanh, bệnh nhân tập phục hồi chức năng được sớm, nhanh hoà nhập được với cuộc sống. Kết quả điểm đánh giá chức năng khớp gối sau mổ tăng nhiều so với trước mổ càng khẳng định giá trị của phẫu thuật tạo hình sụn chêm hình đĩa qua nội soi. Tuy nhiên ngoài phẫu thuật cũng cần chú ý tới việc hướng dẫn tập phục hồi chức năng sau mổ một cách bài bản giúp bệnh nhân sớm lấy lại cơ năng khớp

gối.

## V. KẾT LUẬN

Sụn chêm hình đĩa là bệnh lý bẩm sinh hiếm gặp của sụn chêm. Triệu chứng ban đầu của bệnh rất đa dạng tùy thuộc vị trí, thể bệnh, mức độ rách và mất vững của sụn chêm cũng như tổn thương dây chằng kèm theo. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được cắt tạo hình sụn chêm dù có rách hay không rách. Chúng tôi không có trường hợp nào cắt bỏ toàn bộ sụn chêm vì sẽ làm thay đổi phân phối lực khớp gối.

Sau thời gian theo dõi trung bình 20 tháng kết quả cho thấy có 98% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. Điều này cho thấy hiệu quả của phẫu thuật tạo hình sụn chêm trong bệnh lý sụn chêm hình đĩa là khá cao, giúp cải thiện tốt chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ.

### Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn ban lãnh đạo bệnh viện Việt Đức, tập thể viện chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức, bộ môn ngoại đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Young R.B. (1889).** The external semilunar cartilage as a complete disc. *Memoirs and memoranda in anatomy.*(1), 179.
2. **Watson-Jones R. (1930).** Specimen of internal semilunar cartilage as a complete disc. *Proc R Soc Med,* (23), 588.
3. **Cave E.F., Staples O.S. (1941).** Congenital discoid meniscus of cause of internal derangement of the knee. *Am J Surg,* (54), 371 - 376.

4. **Christopher R.G., Daniel G., Matthew H.G. (2007).** Arthroscopic Treatment of Symptomatic Discoid Meniscus in Children: Classification, Technique, and Results . *Arthroscopy The Journal of Arthroscopic and Related Surgery,* 23(2), 157 - 163.

5. **Lee Ch. , Song I., Jang S. (2013).** Results of Arthroscopic Partial Meniscectomy for Lateral Discoid Meniscus Tears Associated with New Technique. *Knee surgery related res,* 25(1), 30 - 35.

6. **Chung J. Y., Roh J., Kim H. J., Kim J. J., Min B. H. (2015).** Bilateral Occurrence and Morphologic Analysis of Complete Discoid Lateral Meniscus. *Yonsei Med J,* 56(3), 753 - 759.

7. **Watanabe M., Takeda S., Ikeuchi H. (1979).** Atlas of arthroscopy. 3rd edition Tokyo: Igaku-Shoin, 75 – 130.

8. **Klinge KE, Kocher MS, Hresko M.T. , Gerbino P., Micheli L.J. (2004).** Discoid lateral meniscus: prevalence of peripheral rim instability. *J Pediatr Orthop,* (24), 79 – 82.

9. **Patel N.M., Cody S.R., Ganley T.J. (2012).** Symptomatic bilateral discoid menisci in children: a comparison with unilaterally symptomatic patients. *J Pediatr Orthop,* 32(1), 5 - 8.

10. **Hong Cao, Ying Zhang, Wei Qian, Xin-Hua Chen (2012).** Short-term clinical outcomes of 42 cases of arthroscopic meniscectomy for discoid lateral meniscus tears. *experimental and therapeutic medicine* 4, 807 - 810.

11. **Jonathan D.H, Tyler J.U, David D. (2015).** Long-Term Follow-Up of Arthroscopic Treatment of Discoid Lateral Meniscus in Children. *Orthop J Sports Med,* 3(7), 301-309

---

## Summary

# THE RESULT OF ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR DISCOID MENISCUS

Discoid meniscus is a congenital abnormality in the formatin of meniscus. This disease is common in children and adolescents, often as lateral discoid meniscus. This study evaluated the outcome of arthroscopic meniscectomy for treatment discoid meniscus in patients at Viet Duc hospital from 2011 to 2016. The average age of the patients was 22. The ratio female : male was 0.28 : 1. Fifty-eight percent of patients presented with knee pain. All of the patients were diagnosed with lateral discoid meniscus. Thirty-four patients had the lesion accompanying, which 27 patients had a single lesion while 7 patients had lesions with ligament rupture. The average hospital stay was 4.8 days. The Lysholm scores at the time of the study were as follows: 56% excellent, 42% good, 2% fair, no patients poor result.

**Keywords:** discoid meniscus, congenital disease, arthroscopic meniscectomie