

## ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU DÂY CHẙNG NGANG CỔ TAY TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thanh Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Huy<sup>2</sup>,  
Nguyễn Vũ Quang Lâm<sup>3</sup>, Lê Quang Tuyền<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Ở Việt Nam, hội chứng ống cổ tay ngày càng được nghiên cứu nhiều hơn nhưng chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hay đánh giá kết quả phẫu thuật. Hiện nay, có rất ít nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu của dây chằng ngang cổ tay (DCNCT). Nghiên cứu chúng tôi nhằm mục đích mô tả các kích thước DCNCT trên xác người Việt trưởng thành. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chiều rộng bờ gần DCNCT là  $35,2 \pm 3,2$  mm và chiều rộng bờ xa DCNCT là  $25,7 \pm 2,1$  mm. Chiều dài bên trụ DCNCT là  $16,2 \pm 1,6$  mm dài hơn chiều dài bên quay DCNCT là  $12,9 \pm 3,1$  mm và chiều dài trung tâm của DCNCT là  $12,1 \pm 2,5$  mm. Chiều dày DCNCT không tương đồng tại mọi điểm, dày nhất tại trung điểm giữa xương móc và trung điểm bờ xa DCNCT là  $1,3 \pm 0,2$  mm. Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp các đặc điểm giải phẫu DCNCT góp phần xây dựng dữ liệu tham chiếu có ích cho điều trị phẫu thuật giải phóng ống cổ tay. **Từ khóa:** Đặc điểm giải phẫu, dây chằng ngang cổ tay

### SUMMARY

#### ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE TRANSVERSE CARPAL LIGAMENT IN ADULT VIETNAMESE CADAVERS

In Vietnam, carpal tunnel syndrome has been increasingly studied, primarily focusing on clinical and paraclinical features or surgical outcomes. However, there is currently a paucity of research on the anatomical characteristics of the transverse carpal ligament (TCL). Our study aimed to describe the dimensions of the TCL in adult Vietnamese cadavers. The results showed that the proximal width of the TCL was  $35.2 \pm 3.2$  mm, and the distal width was  $25.7 \pm 2.1$  mm. The ulnar length of the TCL measured  $16.2 \pm 1.6$  mm, which was longer than the radial length of  $12.9 \pm 3.1$  mm and the central length of  $12.1 \pm 2.5$  mm. The thickness of the TCL varied across different points, with the thickest point being  $1.3 \pm 0.2$  mm at the midpoint between the hamate bone and the distal edge of the TCL. Our study provides anatomical data on the TCL that may serve as a valuable reference for surgical treatment in carpal tunnel release procedures.

**Keywords:** Anatomical characteristics, transverse carpal ligament

<sup>1</sup>Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

<sup>2</sup>Phòng Khám Chuyên Khoa PTTM Saigon Venus

<sup>3</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Huy

Email: tuvangiaiphauthammy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay là tình trạng thần kinh giữa bị chèn ép khi đi qua ống cổ tay, được biết đến sớm nhất từ năm 1836 bởi Genoulet, chiếm 90% tổng số bệnh lý thần kinh.<sup>1</sup> Ở Việt Nam chưa có thống kê chính thức về tỉ lệ mắc hội chứng ống cổ tay. Tuy nhiên, hội chứng này có tỉ lệ mắc tăng theo cấp số nhân và tăng lên từ thập kỷ này sang thập kỷ khác do nhu cầu công việc sử dụng tính linh hoạt của cổ tay ngày càng nhiều, cùng với việc các phương tiện chẩn đoán hiện đại như điện sinh lý thần kinh, siêu âm giúp cho việc phát hiện bệnh được sớm hơn.<sup>2,3</sup>

Phẫu thuật cắt dây chằng ngang cổ tay (DCNCT) được thực hiện lần đầu năm 1929 bởi Learmonth, là phương pháp điều trị hội chứng ống cổ tay triệt để nhất cho các trường hợp mức độ nặng hoặc mức độ trung bình không đáp ứng với điều trị nội khoa. Tuy nhiên những kiến thức về giải phẫu của DCNCT vẫn còn mơ hồ và thuật ngữ giải phẫu chưa được thống nhất khi sử dụng.<sup>4-7</sup> Hai phương pháp phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở giải phóng ống cổ tay có nguyên lý là cắt hết DCNCT, đều có thể gặp những biến chứng như: tổn thương mạch máu, thần kinh, tái phát do không cắt hết DCNCT.

Ở Việt Nam, hội chứng ống cổ tay ngày càng được các tác giả nghiên cứu nhiều hơn nhưng chủ yếu tập trung ở đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sinh lý thần kinh hay đánh giá kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện nay có rất ít nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu của DCNCT trên xác người Việt trưởng thành.<sup>4</sup> Từ đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả các kích thước DCNCT trên xác người Việt trưởng thành". Chúng tôi hy vọng kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp các thông tin hữu ích cho điều trị phẫu thuật giải phóng ống cổ tay.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên xác tươi của người Việt trưởng thành được bảo quản lạnh.

#### Tiêu chuẩn chọn vào:

- Xác hiến là xác tươi người Việt có tuổi đời trên 18 tuổi.
- Vùng cổ tay còn nguyên vẹn, không biến dạng, không có tiền sử phẫu thuật vùng cổ tay

(không có sẹo mổ cũ) cả 2 tay.

- Xác tươi được bảo quản lạnh, được rã đông đến nhiệt độ phòng khi phẫu tích.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Xác được bảo quản bằng các phương pháp khác.

- Phẫu tích làm đứt, rách DCNCT.

- Phẫu tích thấy DCNCT bị biến dạng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 04/2024 đến 07/2024.

**Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu, Khoa Khoa học Cơ bản – Y học Cơ sở, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

**Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một số trung bình, với  $\alpha = 0,05$ ,  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ,  $\delta = 0,8$  (chiều dài của DCNCT dọc theo bờ quay ngón IV trong nghiên cứu của Sacks JM và cộng sự<sup>6</sup> là  $28,5 \pm 0,8$  mm),  $d = 0,4$ . Chúng tôi tính được cỡ mẫu ước lượng cho nghiên cứu là  $n \geq 16$  mẫu. Thực tế chúng tôi đã thực hiện trên 16 tiêu bản.

**Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện trên các xác tươi được bảo quản lạnh, tại bộ môn Giải Phẫu, khoa Khoa học Cơ Bản – Y học Cơ sở, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo tiêu chí chọn mẫu cho đến khi đủ mẫu.

**Biến số nghiên cứu:**

- Chiều dài bàn tay (x): Khoảng cách từ kẻ ngón III và IV đến bờ trụ gân gan tay dài ở nếp gấp xa cổ tay theo đường kẻ dọc (đường kẻ dọc là đường kẻ từ bờ quay ngón IV đến bờ trụ gân gan tay dài ở nếp gấp xa cổ tay).

- Chiều dài bàn tay (y): Khoảng cách từ giao điểm của đường kẻ dọc và đường ngang bờ trong ngón cái khi dạng ra tối đa đến bờ trụ gân gan tay dài ở nếp gấp xa cổ tay theo đường kẻ dọc.

- Chiều rộng bờ gần DCNCT (a1): Khoảng cách xa nhất từ củ xương thuyền đến xương đậu theo chiều ngang.

- Chiều rộng bờ xa DCNCT (a2): Khoảng cách xa nhất từ củ xương thang đến móc của xương móc theo chiều ngang.

- Chiều dài bên quay DCNCT (b1): Khoảng cách xa nhất từ củ xương thuyền đến củ xương thang theo chiều trên dưới.

- Chiều dài bên trụ DCNCT (b2): Khoảng cách xa nhất từ xương đậu đến móc xương móc theo chiều trên dưới.

- Chiều dài trung tâm DCNCT (b3): Khoảng cách từ điểm A1 là trung điểm của chiều rộng bờ gần DCNCT đến điểm A2 là trung điểm của chiều rộng bờ xa DCNCT.

- Chiều dày DCNCT tại điểm A1, A2.

- Chiều dày DCNCT tại điểm D: Là trung điểm của khoảng cách từ củ xương thuyền (chỗ lõm nhất) đến A1.

- Chiều dày DCNCT tại điểm E: Là trung điểm của khoảng cách từ củ xương thang (chỗ lõm nhất) đến A2.

- Chiều dày DCNCT tại điểm G: Là trung điểm của khoảng cách từ xương đậu đến A1.

- Chiều dày DCNCT tại điểm H: Là trung điểm của khoảng cách từ móc xương móc đến A2.

**Quy trình tiến hành nghiên cứu:** Xác tươi được bảo quản lạnh, trước khi phẫu tích được rã đông xác ở nhiệt độ bình thường. Bộc lộ vùng mặt trước từ cánh tay đến cổ tay, bàn tay được đặt ngửa trên bàn, ngón cái dạng ra đối đa. Tiến hành phẫu tích các vật da, bộc lộ DCNCT. Đo kích thước DCNCT bằng thước đo Palmer điện tử. Khâu lại da sau khi đo xong các chỉ số.

Số liệu được ghi vào phiếu thu thập số liệu. Mỗi tiêu bản ghi vào một phiếu. Danh sách tiêu bản có xác nhận của cơ sở bảo quản xác.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu sau khi được thu thập được nhập, mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Sử dụng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả chiều dài bàn tay và các chỉ số kích thước của DCNCT (chiều rộng, chiều dài và chiều dày). Sử dụng phép kiểm thống kê Mann – Whitney để so sánh sự khác biệt về các chỉ số của tay phải và tay trái.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua theo Quyết định số 1077/TĐHYKPNT-HĐĐĐ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc trưng của mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu đã thực hiện trên 16 tiêu bản. Trong đó, có 8 mẫu tay phải và 8 mẫu tay trái.

Về giới tính, có 7 nam (14 tiêu bản) và 1 nữ (2 tiêu bản). Tuổi trung bình tính đến lúc mất là  $62,9 \pm 8,2$ , dao động từ 53 đến 76 tuổi.

**Bảng 1. Chiều dài bàn tay**

Chiều dài bàn tay	Bên phải (n=8)	Bên trái (n=8)	Cả 2 bên (n=16)	Giá trị p
Chiều dài bàn tay (x)	95,0 ± 6,2	97,6 ± 6,3	96,4 ± 6,2	0,382
Chiều dài bàn tay (y)	35,6 ± 4,8	33,6 ± 4,8	34,6 ± 4,7	0,382

Chiều dài bàn tay (x) trung bình là 96,4 ± 6,2 mm và chiều dài bàn tay (y) trung bình là 34,6 ± 4,7 mm. Chiều dài bàn tay (y) bằng 3/8 chiều dài

bàn tay (x). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bên phải và bên trái.

**3.2. Các kích thước dây chằng ngang cổ tay**

**3.2.1. Chiều rộng dây chằng ngang cổ tay**

**Bảng 2. Chiều rộng dây chằng ngang cổ tay**

Chiều rộng DCNCT	Bên phải (n=8)	Bên trái (n=8)	Cả 2 bên (n=16)	Giá trị p
Chiều rộng bờ gần DCNCT (a1)	34,7 ± 3,6	35,8 ± 2,9	35,2 ± 3,2	0,721
Chiều rộng bờ xa DCNCT (a2)	25,3 ± 1,7	26,1 ± 2,7	25,7 ± 2,1	0,195

Chiều rộng bờ gần DCNCT từ củ xương thuyền đến xương đầu trung bình là 35,2 ± 3,2 mm. Chiều rộng bờ xa DCNCT củ xương thang đến móc xương móc trung bình là 25,7 ± 2,1 mm. Chiều rộng bờ

xa DCNCT (a2) bằng 3/4 chiều rộng bờ gần DCNCT (a1). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bên phải và bên trái.

**3.2.2. Chiều dài dây chằng ngang cổ tay**

**Bảng 3. Chiều dài dây chằng ngang cổ tay**

Chiều dài DCNCT	Bên phải (n=8)	Bên trái (n=8)	Cả 2 bên (n=16)	Giá trị p
Chiều dài bên quay DCNCT (b1)	12,5 ± 3,3	13,3 ± 3,1	12,9 ± 3,1	0,645
Chiều dài bên trụ DCNCT (b2)	16,3 ± 1,9	15,9 ± 1,6	16,2 ± 1,6	0,442
Chiều dài trung tâm DCNCT (b3)	11,7 ± 2,8	12,4 ± 2,4	12,1 ± 2,5	0,574

Chiều dài bên quay (b1) là 12,9 ± 3,1 mm, chiều dài bên trụ (b2) là 16,2 ± 1,6 mm và chiều dài trung tâm (b3) là 12,1 ± 2,5 mm. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bên phải và bên trái.

**3.2.3. Chiều dày dây chằng ngang cổ tay**

**Bảng 4. Chiều dày dây chằng ngang cổ tay**

Chiều dày DCNCT	Bên phải (n=8)	Bên trái (n=8)	Cả 2 bên (n=16)	Giá trị p
Chiều dày tại điểm A1	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,721
Chiều dày tại điểm A2	0,9 ± 0,3	0,9 ± 0,2	0,9 ± 0,2	0,328
Chiều dày tại điểm D	0,8 ± 0,2	0,7 ± 0,1	0,7 ± 0,2	0,083
Chiều dày tại điểm E	1,2 ± 0,5	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,4	0,279
Chiều dày tại điểm G	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,2	0,798
Chiều dày tại điểm H	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,505



**Hình 1. Chiều dày dây chằng ngang cổ tay tại 6 vị trí**

Chiều dày DCNCT không tương đồng tại mọi điểm. Tại bờ gần DCNCT, dày nhất tại điểm G là trung điểm của khoảng cách từ xương đầu đến A1 với trung bình là 0,8 ± 0,2 mm. Tại bờ xa DCNCT, dày nhất tại điểm H là trung điểm của khoảng cách từ móc xương móc đến A2 với trung bình là 1,3 ± 0,2 mm. Không tìm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bên phải và bên trái tại các điểm.

**IV. BÀN LUẬN**

Về chiều dài bàn tay, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chiều dài bàn tay (x) từ kẻ ngón III và

IV đến bờ trụ gần gan tay dài ở nếp gấp xa cổ tay trung bình là 96,4 ± 6,2 mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nam YS và cộng sự năm 2022 với giá trị trung bình là 96,76 ± 5,99 mm.<sup>9</sup> Điều này có thể là do sự giống nhau về chủng tộc Châu Á và phương pháp đo chiều dài tương tự nhau trong hai nghiên cứu. Về chiều dài bàn tay (y) từ giao điểm của đường kẻ dọc và đường ngang bờ trong ngón cái khi dạng ra tối đa đến bờ trụ gần gan tay dài ở nếp gấp xa cổ tay, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chiều dài trung bình là 34,6 ± 4,7 mm và bằng 3/8 chiều dài bàn tay (x). Hiện chưa có nghiên cứu nào trên thế giới và Việt Nam ghi nhận số liệu này nên chúng tôi không có cơ sở để đối chiếu. Tuy nhiên, kết quả này có thể cung cấp thêm dữ liệu để ứng dụng trong lâm sàng nhằm ước lượng chiều dài DCNCT trước khi tiến hành phẫu thuật giải phóng ống cổ tay.

Về chiều rộng của DCNCT, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chiều rộng bờ gần và bờ xa DCNCT lần lượt là 35,2 ± 3,2 mm và 25,7 ± 2,1 mm. Chiều rộng bờ xa nhỏ hơn và bằng 3/4 chiều rộng bờ gần DCNCT. Trong nghiên cứu của

Ma Ngọc Thành năm 2021 cho thấy chiều rộng bờ gần và bờ xa DCNCT lần lượt là  $14,2 \pm 1,3$  mm và  $15,9 \pm 1,6$  mm.<sup>4</sup> Nghiên cứu của chúng tôi có chiều rộng bờ gần và bờ xa lớn hơn của tác giả, đồng thời có chiều rộng bờ gần lớn hơn bờ xa. Mặc dù cả hai nghiên cứu đều tiến hành trên xác người Việt trưởng thành, độ tuổi trung bình, cỡ mẫu (20 của tác giả và 16 của chúng tôi) tương đương nhau và vị trí đo giống nhau, nhưng có sự khác biệt về kết quả có thể là do sự khác biệt về quy ước khi đo chiều rộng DCNCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều rộng bờ gần DCNCT được tính bằng khoảng cách xa nhất từ củ xương thuyền đến xương đậu theo chiều ngang và chiều rộng bờ xa DCNCT được tính bằng khoảng cách xa nhất từ củ xương thang đến móc của xương móc theo chiều ngang. Nghiên cứu của chúng tôi lấy khoảng cách xa nhất còn trong nghiên cứu của Ma Ngọc Thành đo khoảng cách từ củ xương thuyền hay củ xương thang (chỗ lõm nhất) đến chỗ lõm nhất của xương đậu hay móc của xương móc. Đồng thời, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tiêu bản nam nhiều hơn so với tiêu nữ (tỉ lệ nam/nữ là 7/1 trong nghiên cứu của chúng tôi và 1,5/1 trong nghiên cứu của tác giả Ma Ngọc Thành) nên góp phần làm chiều rộng DCNCT lớn hơn.

Chúng tôi chia mạc giữ gân gấp làm 3 phần như tác giả Cobb<sup>10</sup> bao gồm: phần gần là sự dày lên của mạc căng tay trước, phần giữa dày nhất là DCNCT và phần xa là cân giữa ô mô cái và mô út. Kết quả chúng tôi ghi nhận chiều dài DCNCT tại 3 vị trí bờ quay, trung tâm và bờ trụ lần lượt là  $12,9 \pm 3,1$  mm;  $12,1 \pm 2,5$  mm và  $16,1 \pm 1,6$  mm. Chúng tôi nhận thấy chiều dài DCNCT bên trụ dài hơn bên quay và trung tâm. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Cobb với chiều dài của riêng DCNCT là  $12,4 \pm 3$  mm. Tuy có sự khác nhau về chủng tộc trong hai nghiên cứu (Mỹ và Việt Nam) và tỉ lệ giới tính nhưng do có sự tương đồng về cỡ mẫu, được phẫu tích trên xác tươi, và phương pháp đo tương tự nhau khi đo riêng chiều dài của DCNCT (được tạo thành bởi 4 xương thuyền – đậu – thang – móc) theo bờ quay ngón IV nên kết quả chiều dài của DCNCT trong hai nghiên cứu tương đồng nhau. Trong một nghiên cứu khác của Pacek CA và cộng sự cho thấy chiều dài bên quay, trung tâm, bên trụ lần lượt là 16,5 mm; 14,4 mm và 15,1 mm khi sử dụng kỹ thuật số hóa để đo hình thái của DCNCT.<sup>6</sup> Tác giả cũng đo kích thước DCNCT theo các mốc xương (thuyền – đậu – thang – móc) và không tính phần xa của mạc giữ gân gấp, nhưng có thể do sự khác nhau về dân tộc,

tuổi trung bình và kỹ thuật đo lường nên mức độ tương đồng không nhiều. Cho tới thời điểm hiện tại, trên thế giới và Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu tương tự để chúng tôi có thể so sánh, đối chiếu chiều dài của riêng DCNCT, hy vọng kết quả nghiên cứu của chúng tôi sẽ góp phần cung cấp dữ liệu tham chiếu cho các nghiên cứu về sau.

Về chiều dày DCNCT, kết quả nghiên cứu cho thấy chiều dày DCNCT không tương đồng tại mọi điểm, điểm dày nhất tại bờ gần DCNCT là điểm G với trung bình là  $0,8 \pm 0,2$  mm và dày nhất tại bờ xa là điểm H với trung bình là  $1,3 \pm 0,2$  mm. Chúng tôi nhận thấy DCNCT dày hơn ở bên trụ và mỏng dần về bên quay, đồng thời chiều dày DCNCT ở bờ xa dày hơn bờ gần. Khi đối chiếu với nghiên cứu của Pacek CA, tác giả ghi nhận vị trí dày nhất của DCNCT là ở bờ xa, trung tâm và bên trụ.<sup>6</sup> Tuy nhiên, độ dày trung bình của Pacek là 2,1 mm và lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự khác nhau về dân tộc (Mỹ và Việt Nam), tuổi, tỉ lệ giới tính và cả phương pháp đo khi tác giả dùng kỹ thuật số hóa để dựng hình và đo hình thái của DCNCT tại 15 vị trí. Trong nghiên cứu của tác giả Ma Ngọc Thành đo được độ dày DCNCT trung bình là 2,9 mm, lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do sự khác nhau về phương pháp đo và tỉ lệ giới tính.<sup>4</sup> Việc xác định độ dày và xu hướng dày lên của DCNCT rất quan trọng, vì khi dây chằng dày lên, nó có thể chèn ép dây thần kinh giữa khi đi qua ống cổ tay và cũng ảnh hưởng đến vị trí cần cắt dây chằng trong phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số hạn chế. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao nên kích thước DCNCT có ít nhiều bị ảnh hưởng. Bên cạnh đó, do các điều kiện về nguồn lực và kinh phí, chỉ đo đạc các kích thước giải phẫu khi phẫu tích, không có điều kiện so sánh với các kích thước trên các phương tiện hình ảnh học khác như siêu âm, X-quang hay cộng hưởng từ.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp các thông tin về kích thước của DCNCT trên xác người Việt trưởng thành góp phần xây dựng dữ liệu tham chiếu có ích cho điều trị phẫu thuật giải phóng ống cổ tay. Các nghiên cứu trong tương lai có thể phối hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, X-quang, cộng hưởng từ để so sánh với các nghiên cứu đại thể trên xác cũng như khi phẫu thuật để góp phần chẩn đoán và mang lại một cuộc phẫu thuật giải phóng ống cổ tay an toàn, hiệu quả cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroori S, Spence RA.** Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J.* Jan 2008; 77(1):6-17.
2. **Ashworth N.** Carpal tunnel syndrome. *Clinical evidence.* 03/23 2010; 2010
3. **Gelfman R, Melton LJ, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC.** Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology.* 2009/01/06 2009; 72(1): 33-41. doi:10.1212/01.wnl.0000338533.88960.b9
4. **Ma Ngọc Thành.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị Hội chứng ống cổ tay. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I.** Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Jama.* Jul 14 1999; 282(2):153-8. doi:10.1001/jama.282.2.153
6. **Pacek CA, Chakan M, Goitz RJ, Kaufmann RA, Li ZM.** Morphological analysis of the transverse carpal ligament. *Hand (N Y).* Jun 2010; 5(2):135-40. doi:10.1007/s11552-009-9219-2
7. **Yoo HM, Lee KS, Kim JS, Kim NG.** Surgical Treatment of Carpal Tunnel Syndrome through a Minimal Incision on the Distal Wrist Crease: An Anatomical and Clinical Study. *Arch Plast Surg.* May 2015; 42(3): 327-33. doi:10.5999/aps.2015.42.3.327
8. **Sacks JM, Kuo Y-R, Mclean K, Wollstein R, Lee WPA.** Anatomical relationships among the median nerve thenar branch, superficial palmar arch, and transverse carpal ligament. *Plastic and reconstructive surgery.* 2007; 120(3):713-718.
9. **Nam YS, Hong E, Kim B, et al.** An Anatomical Study of the Palmaris Brevis, Transverse Carpal Ligament, and the Recurrent Motor Branch of the Median Nerve. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume).* 2022; 27(01):163-170.
10. **Cobb TK, Dalley BK, Posteraro RH, Lewis RC.** Anatomy of the flexor retinaculum. *J Hand Surg Am.* Jan 1993; 18(1):91-9. doi:10.1016/0363-5023(93)90251-w

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN KHE HỞ MÔI VÀ VÒM MIỆNG TOÀN BỘ MỘT BÊN THUỘC NHÓM GOSLON 4 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CHỈNH NHA BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CUBA

Nguyễn Đình Phúc<sup>1</sup>, Phùng Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thanh Châm<sup>1</sup>, Bùi Thị Oanh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Đình Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Hằng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cuba. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 30 bệnh nhân Khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên thuộc nhóm GOSLON 4 được điều trị chỉnh nha bằng khí cụ cố định tại bệnh viện HN Việt Nam Cuba từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân đến điều trị là do vấn đề về thẩm mỹ (77%, 23 BN), còn lại là do vấn đề về chức năng (13%, 4 BN) và được chuyển từ khoa khác sang khám (10%, 3 BN). Trong đó nam chiếm 43% (13 bệnh nhân), nữ chiếm 57% (17 bệnh nhân). Trong nhóm nghiên cứu, tuổi răng hỗn hợp chiếm 40%, răng vĩnh viễn chiếm 60%. Vị trí khe hở bên phải là 40% (12 BN), bên trái là 60% (18 BN). Khớp cắn loại II chiếm tỷ lệ cao nhất là 60% (18 BN), sau đó đến khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ 40% (12 BN), không có BN nào có khớp cắn bình thường. Răng cửa giữa hàm trên xoay chiếm 73% (22 BN), không

xoay chiếm 27% (8 BN). Răng cửa bên thiếu ở vùng khe hở chiếm 80% (24 BN). **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ nữ bị KHMVM là 57% nhiều hơn nam. Khe hở cung hàm bên trái nhiều hơn bên phải. Khớp cắn loại III xương, loại II răng chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Cắn chéo 1 bên chiếm 80%, cắn chéo 2 bên chiếm 20%. Răng cửa giữa hàm trên trong nghiên cứu đa số bị xoay trục là 73%. Tỷ lệ thiếu răng cửa bên ở vùng khe hở là 80%. Tỷ lệ lệch đường giữa hàm trên là 63%

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, Khe hở môi vòm miệng, Goslon 4, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cuba.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF A PATIENT WITH COMPLETE UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE, CLASSIFIED AS GOSLON GROUP 4, TREATED WITH FIXED ORTHODONTIC APPLIANCES AT VIETNAM-CUBA HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical characteristics of patients with complete unilateral cleft lip and palate classified as GOSLON Group 4, treated with fixed orthodontic appliances at Vietnam-Cuba Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients with complete unilateral cleft lip and palate classified as GOSLON Group 4, treated with fixed orthodontic appliances at Vietnam-Cuba Friendship Hospital from April 2020 to October 2023. **Results:** Most patients sought

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thu Hà

Email: drphunghavncb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025