

# NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG PHỨC HỢP SỤN SỢI TAM GIÁC

Lê Ngọc Quyên<sup>1</sup>, Hoàng Khắc Xuân<sup>2</sup>, Trần Trọng Xuân Cường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm giải phẫu chi tiết, xác định kích thước các cấu trúc và tỷ lệ các biến thể hình thái của phức hợp sụn sợi tam giác (TFCC) nhằm cung cấp dữ liệu cho phẫu thuật ứng dụng trên người Việt Nam.

**Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca thực hiện trên 30 mẫu cổ tay xác tươi tại Bộ môn Giải phẫu học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Các mẫu được phẫu tích dưới kính lúp để bộc lộ toàn bộ các thành phần nông và sâu của TFCC. Các chỉ số độ dài, chiều rộng và bề dày được đo đạc bằng thước kẹp điện tử Vernier và Castroviejo với độ chính xác 0,1 mm.

**Kết quả:** 100% các mẫu hiện diện đầy đủ các thành phần của TFCC, bao gồm cả các cấu trúc thường gây tranh cãi như dây chằng trụ cả và dây chằng bên trụ. đĩa khớp có chiều dài trung bình  $10,1 \pm 1,9$  mm và chiều rộng  $10,7 \pm 1$  mm với 50% mẫu bị thủng đĩa khớp trung tâm, chủ yếu liên quan đến các tổn thương thoái hóa mạn tính. Biến thể sụn chêm dạng mở hẹp chiếm đa số với 86,7%. Diện bám phần sâu dây chằng quay trụ dưới vào hố chỏm xương trụ dài  $8,1 \pm 0,2$  mm, rộng  $2,9 \pm 0,2$  mm.

**Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy 100% trường hợp hiện diện đầy đủ các thành phần của TFCC, đặc biệt là sự hằng định của dây chằng trụ-cả và dây chằng bên trụ. Kích thước diện bám phần sâu dây chằng quay trụ dưới giúp lựa chọn kích thước đường hầm và gân trong tái tạo dây chằng quay trụ dưới ở người Việt Nam.

**Từ khóa:** Phức hợp sụn sợi tam giác, khớp quay trụ dưới, giải phẫu học ứng dụng

## SUMMARY

### APPLIED ANATOMY OF THE TRIANGULAR FIBROCARILAGE COMPLEX: A CADAVERIC STUDY

**Objectives:** To describe detailed anatomical characteristics, determine structural dimensions, and identify the prevalence of morphological variants of the triangular fibrocartilage complex (TFCC) to provide data for applied surgery in the Vietnamese population.

**Methods:** A descriptive case series was conducted on 30 fresh cadaveric wrist specimens at the Department of Anatomy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. Dissection was performed under magnification to expose all superficial and deep components of the TFCC. Length, width, and thickness parameters were

measured using Vernier and Castroviejo calipers with an accuracy of 0.1 mm.

**Results:** All specimens exhibited a full complement of TFCC components, including controversial structures such as the ulnocapitate and ulnar collateral ligaments. The articular disc had a mean length of  $10.1 \pm 1.9$  mm and a mean width of  $10.7 \pm 1$  mm, and central disc perforation was observed in 50% of cases, primarily associated with chronic degenerative lesions. The narrow-open type of meniscus homologue was most prevalent (86.7%). The footprint of the deep limb of the distal radioulnar ligament at the ulnar fovea measured  $8.1 \pm 0.2$  mm in length and  $2.9 \pm 0.2$  mm in width.

**Conclusions:** The study confirmed the presence of all TFCC components in 100% of cases, particularly the constancy of the ulnocapitate and ulnar collateral ligaments. The dimensions of the deep limb footprint of the distal radioulnar ligament serve as a critical reference for selecting tunnel and graft sizes in distal radioulnar ligament reconstruction for Vietnamese patients.

**Keywords:** Triangular fibrocartilage complex (TFCC), anatomy, distal radioulnar joint

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phức hợp sụn sợi tam giác (Triangular fibrocartilage complex - TFCC) là một cấu trúc giải phẫu phức tạp nằm ở phía trụ của cổ tay, đóng vai trò như một tấm đệm giúp tăng bề mặt khớp, truyền tải lực và là thành phần giữ vững chính của khớp quay trụ dưới (Distal Radioulnar Joint - DRUJ), bao gồm: đĩa khớp, sụn chêm, dây chằng quay trụ dưới (radioulnar ligament - RUL) mặt lưng và mặt lòng, bao gân duỗi cổ tay trụ và các dây chằng (DC) bên cổ tay trụ<sup>2,4,6</sup>. Tuy nhiên cho đến nay, việc xác định chi tiết các thành phần của phức hợp này vẫn chưa có sự thống nhất hoàn toàn, nhất là sự hiện diện của DC trụ-cả, DC bên trụ<sup>3,7</sup> và kích thước điểm bám RUL ở điểm bám xương trụ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để mô tả đặc điểm giải phẫu chi tiết, xác định kích thước các cấu trúc và tỷ lệ các biến thể hình thái của TFCC, nhằm cung cấp dữ liệu cho phẫu thuật ứng dụng trên người Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hàng loạt ca, thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu học - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Cổ tay trên xác tươi, tiêu chuẩn loại trừ bao gồm:

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh Viện Quốc tế Carmel

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Quyên

Email: ngocquyendr@gmail.com

Mã bài: N409

Ngày nhận bài: 24/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/3/2026

Ngày duyệt bài: 1/5/2026

chấn thương vùng cổ tay (sẹo, biến dạng vùng cổ tay), có các dấu hiệu dị dạng, tổn thương TFCC khi phẫu tích, có bằng chứng can thiệp phẫu thuật, viêm xương khớp trên đại thể, có u bursitis làm thay đổi cấu trúc bình thường của khớp cổ tay.

### 2.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Thu thập thông tin: tên, mã số xác, cổ tay trái hay phải, giới, tuổi

Bước 2: Phương pháp phẫu tích: Rạch da dọc giữa cổ tay ở cả mặt lưng và mặt lòng, kéo dài từ chỏm xương bàn ngón ba đến trên nếp cổ tay 20 cm và rạch da ngang cổ tay cách DRUJ 2 cm. Cắt bỏ toàn bộ hệ thống phần mềm (gân, mạch máu, thần kinh) để tiếp cận vào khớp, chỉ giữ lại tạm thời bao gân duỗi cổ tay trụ để khảo sát diện bám trước khi cắt bỏ. Bóc tách bao khớp cẩn thận từ mặt lưng đến mặt lòng nhằm bộc lộ các phần nông và sâu của RUL và các DC bên cổ tay trụ. Sau khi cắt bỏ bao khớp và các DC quay cổ tay để đi vào khớp từ phía mặt lưng, nhóm DC bên cổ tay trụ được dùng kéo bóc tách cẩn thận thành các thành phần riêng biệt bao gồm: DC trụ-cả, DC trụ-thấp, DC trụ-nguyệt và DC bên trụ nhằm xác định rõ nguyên ủy và bám tận. Tiếp theo, cắt bỏ các DC bên trụ để tiến hành quan sát trực tiếp TFCC từ dưới lên, ghi nhận các đặc điểm của sụn chêm, khuyết trước mỏm trâm trụ và đĩa khớp.

Bước 3: Thu thập số liệu: quan sát hình thái đại thể của các cấu trúc dưới kính lúp phóng đại 2,5 lần. Các thành phần giải phẫu của TFCC được ghi nhận chi tiết bao gồm: đĩa khớp, sụn chêm, RUL (phần nông và phần sâu ở mặt lưng, mặt lòng), nhóm DC bên cổ tay trụ và bao gân duỗi cổ tay trụ. Mô tả đặc điểm của sụn chêm và khuyết trước mỏm trâm trụ. Mô tả các đặc điểm hình thái của đĩa khớp bao gồm: màu sắc, cấu trúc, và tình trạng nguyên vẹn theo phân loại Palmer<sup>6</sup>. Đo các kích thước bằng thước Vernier Caliper và thước Castroviejo Caliper với độ chính xác 0,1mm. Các chỉ số được đo đặc cụ thể như sau:

Chiều dài: Đối với các DC, chiều dài được xác định là khoảng cách từ điểm giữa của nơi bám trên đầu xương trụ đến điểm bám trên các xương cổ tay tương ứng. Đối với đĩa khớp, chiều dài được đo từ điểm giữa nơi bám trên khuyết trụ đầu dưới xương quay kéo dài đến đỉnh đĩa khớp.

Chiều rộng: Chiều rộng của các DC được đo theo chiều ngang tại vị trí chính giữa của mỗi DC. Bề ngang của đĩa khớp được đo bằng khoảng cách từ rìa mặt lưng đến rìa mặt lòng phía trụ của khuyết trụ đầu dưới xương quay.

Độ dày: Độ dày của các DC được đánh giá tại vị trí chính giữa của dây chằng. Riêng đĩa khớp, độ dày được đo chi tiết tại bốn vị trí: phần đáy (điểm giữa nơi bám vào khuyết trụ xương quay), phần đỉnh (nơi bám vào hố chỏm xương trụ), độ dày mặt lưng và độ dày mặt lòng (tại điểm giữa tương ứng của mỗi mặt).

### 2.4. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Khảo sát trên 30 mẫu phẫu tích cổ tay (gồm 15 tay phải, 15 tay trái), nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế với 76,7% so với nam giới là 23,3%. Tuổi trung bình là  $60,37 \pm 15,2$  (từ 16 đến 85). Tất cả các mẫu phẫu tích đều hiện diện đầy đủ các thành phần của TFCC bao gồm: đĩa khớp, sụn chêm, RUL mặt lưng và mặt lòng, DC trụ cả, DC trụ thấp, DC trụ nguyệt, DC bên trụ và bao gân duỗi cổ tay trụ.

### 3.2. Đặc điểm hình thái, kích thước đĩa khớp và tổn thương đĩa khớp

Trên quan sát đại thể, đĩa khớp có cấu trúc dạng sụn sợi, hình tam giác, màu trắng đục và hơi ngả vàng trên các cổ tay lớn tuổi, bề mặt trơn láng, lõm hai mặt, nằm giữa và tiếp khớp với đầu dưới xương trụ ở phía trên và xương nguyệt, xương thấp ở phía dưới, liên tục với sụn khớp của đầu dưới xương quay (Hình 1). Mặt tiếp khớp với đầu dưới xương trụ có độ khuyết lõm sâu hơn so với mặt tiếp khớp với các xương cổ tay. Bên ngoài, đĩa khớp bám vào khuyết trụ đầu dưới xương quay. Bên trong, đĩa khớp liên tục với khuyết trước mỏm trâm trụ và sụn chêm. Mặt lưng và mặt lòng của đĩa khớp liên tục với RUL. Đĩa khớp có chiều dài và chiều rộng tương đương nhau. Cấu trúc đĩa mỏng nhất ở phần đáy với độ dày 1,0 mm và dày nhất ở phần đỉnh với 4,2 mm (Bảng 1)

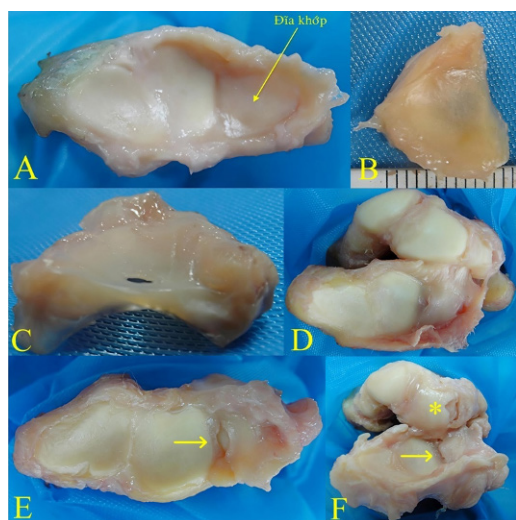
Bảng 1. Kích thước đĩa khớp ( $n = 30$ )

| Chỉ số           | Trung bình $\pm$ ĐLC (mm) | Nhỏ nhất (mm) | Lớn nhất (mm) |
|------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| Chiều dài        | 10,1 $\pm$ 1,9            | 6,5           | 13            |
| Chiều rộng       | 10,7 $\pm$ 1              | 8             | 13            |
| Độ dày phần đáy  | 1,0 $\pm$ 0,3             | 0,5           | 1,5           |
| Độ dày phần đỉnh | 4,2 $\pm$ 0,9             | 2,5           | 5,5           |
| Độ dày mặt lưng  | 3,1 $\pm$ 1,1             | 1,5           | 5             |
| Độ dày mặt lòng  | 2,5 $\pm$ 0,9             | 0,5           | 4             |

Nghiên cứu ghi nhận có 15/30 (50%) mẫu xuất hiện tình trạng thủng đĩa khớp ở phần trung tâm. Phân loại các dạng tổn thương đĩa khớp theo hệ thống của Palmer được trình bày ở Bảng 2. Các tổn thương mạn tính do thoái hóa chiếm đa số. Đáng chú ý, toàn bộ 4 trường hợp rách cấp tính dạng 1A đều xuất hiện đồng thời trên nền tổn thương mạn tính dạng 2A (Hình 1).

Bảng 2. Tổn thương đĩa khớp theo phân loại Palmer

| Phân loại Palmer | Mô tả                                       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|---------------------------------------------|--------------|-----------|
| Không tổn thương |                                             | 5            | 16,7      |
| 1A               | Rách cấp tính                               | 4            | 13,3      |
| 2A               | Mòn đĩa khớp, chưa thủng                    | 10           | 33,3      |
| 2C               | Thủng đĩa khớp kèm thoái hóa sụn            | 5            | 16,7      |
| 2D               | Thủng đĩa, tổn thương sụn và DC nguyệt-tháp | 6            | 20        |
| Khác             | 1B, 1C, 1D, 2B, 2E                          | 0            | 0         |



Hình 1: Đĩa khớp và các dạng tổn thương: A, B, C. Đĩa khớp bình thường; D: Tổn thương 1A/2A; E: Tổn thương 2C; F: Tổn thương 2D; (\*): Tổn thương mặt khớp xương nguyệt, (→) Tổn thương đĩa khớp

### 3.3. Đặc điểm các biến thể sụn chêm

Sụn chêm hiện diện trên 100% mẫu khảo sát,

nằm bên trụ, có dạng hình chêm và bao quanh khuyết trước mỏm trâm trụ. Sụn chêm nằm phía trên phần nông của RUL, bám từ mặt lòng, qua bờ trong của đĩa khớp đến mặt lưng. Phía trên sụn chêm: ở mặt lòng có một phần DC trụ-tháp bám vào, phía trong liên tục với bao khớp bên trụ và DC bên trụ, mặt lưng liên tục với bao gân duỗi cổ tay trụ, ở dưới bám vào mỏm trâm trụ. Sụn chêm quan sát được 3 dạng (Hình 2):

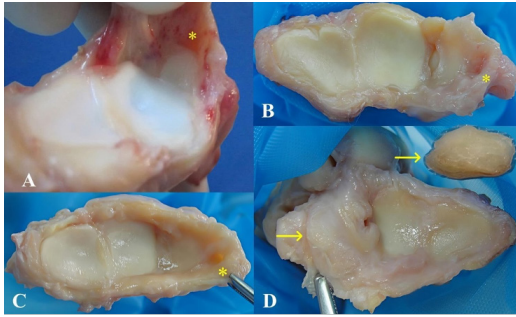
Dạng mở hẹp: Sụn chêm bám quanh mỏm trâm trụ tạo thành một ống hẹp thông từ khớp cổ tay trụ tới mỏm trâm trụ. Dạng này chiếm đa số với tỷ lệ 86,7%.

Dạng mở rộng: Sụn chêm không bám vào đỉnh mỏm trâm trụ, tạo thành một ống rộng có thể nhìn thấy mỏm trâm trụ từ trong khớp cổ tay; tỷ lệ 10%.

Dạng đóng: Sụn chêm bám phủ qua mỏm trâm trụ, không có sự thông thương giữa khớp cổ tay trụ và mỏm trâm trụ. Ghi nhận 1 trường hợp duy nhất (3,3%).

Ngoài ra, nghiên cứu phát hiện 1 trường hợp (3,3%) có sự hiện diện của xương vùng nằm bên trong cấu trúc sụn chêm với kích thước dài 6 mm, rộng 3 mm và dày 3 mm.

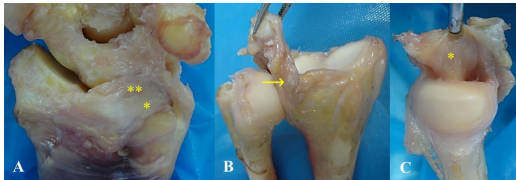




Hình 2: Các biến thể sụn chêm: A. dạng đóng; B: dạng mở hẹp; C: dạng mở rộng; D: Xương vùng trong sụn chêm; (\*) Sụn chêm, (→) Xương vùng

### 3.4. Đặc điểm hệ thống các dây chằng

RUL: Tất cả RUL đều liên tục với phần ngoại vi của đĩa khớp và không thể tách riêng. Ở cả mặt lưng và mặt lòng, RUL đều có nguyên ủy từ viền khuyết trụ xương quay và chia làm hai trẻ bám tận gồm phần nông bám vào mỗm trám trụ và phần sâu bám vào hố chỏm xương trụ (Hình 3). Diện bám của phần sâu gồm phần trung tâm hình bầu dục lớn và 2 dải mỏng theo hướng trước sau, tạo thành nhiều dạng hình dạng rất khác nhau. Chính vì thế nên chúng tôi chỉ tập trung đo kích thước phần trung tâm của diện bám. Kích thước của phần trung tâm có chiều dài trung bình là  $8,1 \pm 0,5$  mm (nhỏ nhất 6 mm, lớn nhất 11 mm), chiều rộng trung bình là  $2,9 \pm 0,3$  mm (nhỏ nhất 2 mm, lớn nhất 4 mm).



Hình 3: Dây chằng quay trụ dưới: A. Phần nông (\*\*) và phần sâu (\*); B. Dây chằng quay trụ dưới (sau khi đã đục gãy mỗm trám trụ); C: Phần sâu bám vào hố chỏm xương trụ

Các DC bên cổ tay trụ: Hiện diện đầy đủ ở cả 30 mẫu phẫu tích. Trong đó DC trụ-cả nằm ở phía mặt lòng của DC trụ-thấp và DC trụ-nguyệt, dài nhất (31,9 mm) do đường đi kéo dài từ nền mặt lòng mỗm trám trụ đến mặt lòng thân xương cả. DC trụ-thấp nằm ở phía mặt lưng của DC trụ-cả và về phía trong của DC trụ-nguyệt, có nguyên ủy từ bờ mặt lòng của đĩa khớp và sụn chêm, bám tận vào mặt lòng của xương thấp. DC trụ-nguyệt nằm về phía mặt lưng của DC trụ-cả và về phía ngoài của DC trụ-thấp, có nguyên ủy từ bờ mặt lòng của đĩa khớp, bám tận vào bờ mặt lòng của xương nguyệt. DC bên trụ có

bờ trước và bờ sau liên tục với bao khớp bên trụ, với nguyên ủy từ mỗm trám trụ, bám tận vào mặt trụ của xương thấp. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp có DC trụ-nguyệt và DC trụ-thấp bám vào đầu dưới xương trụ chứ không bám vào đĩa khớp như các cổ tay khác. Kích thước chi tiết của các DC được miêu tả trong Bảng 3.

Bảng 3. Kích thước hệ thống các DC bên cổ tay trụ ( $n = 30$ )

| Thành phần    | Chiều dài (TB $\pm$ ĐLC) | Chiều rộng (TB $\pm$ ĐLC) | Bề dày (TB $\pm$ ĐLC) |
|---------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|
| DC trụ cả     | $31,9 \pm 0,5$           | $4,2 \pm 0,3$             | $1,0 \pm 0,3$         |
| DC trụ thấp   | $5,1 \pm 1,1$            | $5,8 \pm 1,1$             | $1,1 \pm 0,7$         |
| DC trụ nguyệt | $4,1 \pm 0,6$            | $5,3 \pm 0,4$             | $1,2 \pm 0,5$         |
| DC bên trụ    | $11,2 \pm 1,3$           | $3,9 \pm 0,6$             | $1,0 \pm 0,1$         |

### 3.5. Bao gân duỗi cổ tay trụ

Bao gân duỗi cổ tay trụ nằm ở phía mặt lưng của đĩa khớp và sụn chêm, liên tục với bao khớp bên trụ và khoang gân duỗi ngón út ở bên ngoài, với nguyên ủy từ rãnh mặt lưng của đầu dưới xương trụ và bám tận vào xương thấp, xương móc và nền xương bàn V.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi xác nhận sự hiện diện của đầy đủ các thành phần cấu thành TFCC trên 100% mẫu phẫu tích, đặc biệt là sự hiện diện hằng định của DC trụ-cả và DC bên trụ. Kết quả này tương đồng với mô tả của Berger<sup>2</sup> và Phương<sup>1</sup> nhưng lại khác biệt với báo cáo của Ishii<sup>3</sup> và Taleisnik<sup>7</sup>, những tác giả cho rằng các cấu trúc này không tồn tại độc lập mà chỉ là một phần của bao khớp. Việc khẳng định DC trụ-cả và DC bên trụ là các thực thể giải phẫu riêng biệt ở người Việt có ý nghĩa quan trọng trong việc bảo tồn các cấu trúc giữ vững phía trụ khi can thiệp phẫu thuật.

Kích thước đĩa khớp của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phương<sup>1</sup> nhưng nhỏ hơn đáng kể so với các báo cáo của Mikic<sup>5</sup> và Tiburzi<sup>8</sup> ( $p < 0,01$ ) vốn nghiên cứu trên dân số Âu-Mỹ, nhấn mạnh sự cần thiết phải sử dụng dữ liệu Việt Nam để tránh sai số trong thiết kế dụng cụ can thiệp. Đáng chú ý, tỷ lệ thủng đĩa khớp trong nghiên cứu này lên tới 50%, tương đương với Mikic (53,1%;  $p = 0,73$ ), Palmer (53%;  $p = 0,74$ ) nhưng cao hơn đáng kể so với tỷ lệ 30% trong nghiên cứu của Phương<sup>1</sup> ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt này có thể do độ tuổi trung bình của các nghiên cứu khác nhau, dẫn đến các tỷ lệ tổn thương thoái hóa mạn tính khác nhau. Mikic trong nghiên

cứu của mình đã ghi nhận tỉ lệ tổn thương tăng dần theo tuổi và khi đến 60 tuổi thì không còn thấy một đĩa khớp nào bình thường<sup>5</sup>. Điều này cảnh báo rằng tổn thương TFCC ở người lớn tuổi thường là một quá trình diễn tiến âm thầm, cần phân biệt rõ với các rách cấp tính do chấn thương để có hướng điều trị phù hợp.

Nghiên cứu ghi nhận sụn chêm chủ yếu ở dạng mở hẹp (86,7%), tỷ lệ cao hơn so Ishii<sup>3</sup> (74%) nhưng tỉ lệ phân bố 3 dạng giữa chúng tôi và tác giả này không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ). Đặc biệt là nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp (3,3%) hiện diện xương vừng trong sụn chêm, tỷ lệ tương đồng với báo cáo của Lewis<sup>4</sup> (2,0%). Trên hình ảnh X-quang, sự tồn tại của xương vừng sẽ có bờ viền tròn đều và trơn láng, cần được chẩn đoán phân biệt cẩn thận với tổn thương gãy mỏm trâm trụ có bờ viền nhám nhỡ.

Nghiên cứu chúng tôi đã xác định diện bám phần sâu RUL vào hố chỏm xương trụ có chiều dài là  $8,1 \pm 0,5$  mm và chiều rộng là  $2,9 \pm 0,3$  mm, nhỏ hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài ( $p < 0,03$ ). Nghiên cứu của Phương không đề cập đến diện bám này. Vì thế nên có thể xem đây là một thông số quan trọng trong việc lựa chọn kích thước đường hầm và gân trong tái tạo RUL ở người Việt Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số giới hạn nhất định do thực hiện trên cỡ mẫu tương đối nhỏ (30 mẫu cổ tay) và độ tuổi trung bình của các xác phẫu tích khá cao ( $60,37 \pm 15,2$ ), dẫn đến tỷ lệ tổn thương thoái hóa đĩa khớp chiếm ưu thế.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 100% trường hợp hiện diện đầy đủ các thành phần của TFCC, đặc biệt là sự hằng định của DC trụ-cả và DC bên trụ. Đĩa khớp có đến 50% bị thủng ở trung tâm, chủ yếu do thoái hóa. Sụn chêm đa số thuộc dạng mở hẹp (86,7%). Đặc biệt, diện bám phần sâu RUL vào hố chỏm xương trụ dài 8,1mm, rộng 2,9mm là một thông số quan trọng trong việc lựa chọn kích thước đường hầm và gân trong tái tạo RUL ở người Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tran Nguyen P, Dao XT, Khanh BHT, Le Duc D, Minh Duc N.** Morphology of the triangular fibrocartilage complex of the Vietnamese adult: a cadaveric study. Clin Ter. 2023;174(5):420-5.
2. **Berger RA.** The anatomy of the ligaments of the wrist and distal radioulnar joints. Clin Orthop Relat Res. 2001(383):32-40.
3. **Ishii S, Palmer AK, Werner FW, Short WH, Fortino MD.** An anatomic study of the ligamentous structure of the triangular fibrocartilage complex. J Hand Surg Am. 1998;23(6):977-85.
4. **Lewis OJ, Hamshere RJ, Bucknill TM.** The anatomy of the wrist joint. J Anat. 1970;106(Pt 3):539-52.
5. **Mikic ZD.** Age changes in the triangular fibrocartilage of the wrist joint. J Anat. 1978;126(Pt 2):367-84.
6. **Palmer AK.** Triangular fibrocartilage complex lesions: a classification. J Hand Surg Am. 1989;14(4):594-606.
7. **Taleisnik J.** The ligaments of the wrist. J Hand Surg Am. 1976;1(2):110-8.
8. **Tiburzi H, Machado CAG, D'Antoni MS, Tubbs RS.** Triangular Fibrocartilage Complex: An Anatomical and Medical Illustration Study. Clin Anat. 2025;38(3):362-9.

## CÁC NHÓM THUỐC CÓ NGUY CƠ CAO GÂY DỊ ỨNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN DỊ ỨNG THUỐC TẠI VIỆT NAM

Trần Ngọc Ánh<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Hà<sup>2</sup>, Phạm Đình Cao Minh<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>2</sup>Bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Phòng khám Alma Clinic

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Ánh

Email: dr.anhngoctran@gmail.com

Mã bài: N417

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định các nhóm thuốc có nguy cơ cao gây dị ứng và mô tả đặc điểm lâm sàng của phản ứng dị ứng thuốc tại Việt Nam.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 80 bệnh nhân dị ứng thuốc tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh từ 8/2015 đến 7/2016. Các thông tin thu thập gồm: nhóm thuốc nghi ngờ gây dị ứng, thể lâm sàng, mức độ nặng, tổn thương niêm mạc, tiền sử dị ứng, lý do dùng thuốc và đường dùng.