

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ 5 NĂM SAU NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG KỸ THUẬT ALL-INSIDE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đào Thế Vũ², Nguyễn Đức Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng, chức năng và độ vững khớp gối sau 5 năm phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-Inside.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, theo dõi dọc trên 62 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được phẫu thuật nội soi tái tạo bằng kỹ thuật All-Inside với mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại Khoa Phẫu thuật khớp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 05/2019 đến 05/2021. Kết quả sau 5 năm được đánh giá bằng thang điểm Lysholm, IKDC, độ vững khớp gối bằng máy KT-1000 và các dấu hiệu lâm sàng. Thoái hóa khớp gối được đánh giá trên X-quang theo Kellgren–Lawrence và so sánh các thông số X-quang với bên đối diện.

Kết quả: Sau 5 năm, 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt theo thang điểm Lysholm, với điểm trung bình $92,42 \pm 2,77$. Theo IKDC, 74,2% đạt loại A và 25,8% đạt loại B. Có 88,7% bệnh nhân đạt Lachman độ 0 và 100% có Pivot shift âm tính. Thoái hóa khớp gối bên phẫu thuật nặng hơn có ý nghĩa thống kê so với bên đối diện ($p < 0,001$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCS là phương pháp an toàn, khả thi, mang lại kết quả tốt trong phục hồi độ vững và chức năng khớp gối, với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Dây chằng chéo sau; tái tạo dây chằng chéo sau; đứt dây chằng chéo sau.

SUMMARY

FIVE-YEAR OUTCOMES AFTER ARTHROSCOPIC ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING THE ALL-INSIDE TECHNIQUE AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical outcomes, knee function, and knee stability five years after arthroscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using the All-Inside technique.

Subjects and Methods: This retrospective and prospective descriptive longitudinal study included 62 patients with anterior cruciate ligament tears who underwent arthroscopic ACL reconstruction using the All-

Inside technique with an autologous hamstring tendon graft at the Joint Surgery Department, 108 Military Central Hospital, from May 2019 to May 2021. Five-year postoperative outcomes were assessed using the Lysholm and IKDC scores, knee stability measured by the KT-1000 arthrometer, and clinical findings. Knee osteoarthritis was evaluated on radiographs according to the Kellgren–Lawrence classification, and radiographic parameters were compared with those of the contralateral knee.

Results: At five years, 100% of patients achieved good or excellent Lysholm outcomes, with a mean score of 92.42 ± 2.77 . According to the IKDC classification, 76.7% of patients were classified as grade A and 23.3% as grade B. Lachman testing showed grade 0 in 88.7% of patients, and 93% had anterior tibial translation of ≤ 2 mm. Radiographic osteoarthritis was significantly more severe in the operated knee than in the contralateral knee ($p < 0.001$).

Conclusion: Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction using the All-Inside technique is a safe and feasible procedure that provides good restoration of knee stability and function, with a low complication rate.

Keywords: Anterior cruciate ligament; anterior cruciate ligament reconstruction; ACL tear; All-Inside technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là một trong những tổn thương dây chằng khớp gối thường gặp, chủ yếu do chấn thương thể thao hoặc tai nạn sinh hoạt. Tổn thương DCCT gây mất vững khớp gối, ảnh hưởng đến khả năng đi lại, lao động và hoạt động thể thao. Nếu không được điều trị phù hợp, mất vững kéo dài có thể dẫn đến rách sụn chêm, tổn thương sụn khớp và làm tăng nguy cơ thoái hóa khớp gối sớm. Đáng lưu ý, nguy cơ tiến triển thoái hóa khớp vẫn có thể tồn tại ngay cả sau khi tái tạo DCCT.

Phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT đã có nhiều tiến bộ về kỹ thuật tạo đường hầm, lựa chọn mảnh ghép và phương tiện cố định. Tuy nhiên, đứt lại mảnh ghép vẫn là một biến chứng đáng quan tâm, trong đó đường kính mảnh ghép không đủ có thể làm tăng nguy cơ thất bại. Năm 2001, Cerruli G. đã cải tiến kỹ thuật tái tạo DCCT theo phương pháp All-Inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring. Kỹ thuật này ngày càng được áp dụng nhờ các ưu điểm như ít xâm lấn, bảo tồn xương, giảm đau sau mổ và kiểm soát tốt chiều dài mảnh ghép. Bên cạnh đó, việc sử dụng đường hầm dạng ổ giúp hạn chế hiện tượng “killer turn” thường gặp trong một số kỹ thuật

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đào Thế Vũ

Email: thevu1210@gmail.com

Mã bài: N862

Ngày nhận bài: 26/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 25/5/2026

Ngày duyệt bài: 29/6/2026

truyền thống, qua đó giảm tác động cơ học bất lợi lên mảnh ghép^{1,2}.

Tại Việt Nam, kỹ thuật All-inside được áp dụng từ năm 2011 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Báo cáo của Tăng Hà Nam Anh (2013) trên 36 trường hợp ghi nhận tỷ lệ phục hồi tốt và rất tốt đạt 100% sau 6 tháng³. Tác giả Tạ Văn Thành Nam và cộng sự (2024) trên 36 bệnh nhân vẫn cho thấy kết quả khả quan, với điểm Lysholm trung bình $90,83 \pm 5,67$ điểm và tỷ lệ tốt, rất tốt đạt 88,89%³. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước chủ yếu có thời gian theo dõi ngắn và trung hạn, trong khi dữ liệu về kết quả sau 5 năm trở lên còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả 5 năm sau nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật All-inside tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, nhằm đánh giá kết quả điều trị và chức năng, độ vững khớp gối sau 5 năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 đến 60 tuổi được phẫu thuật tạo hình DCCT tại khoa phẫu thuật khớp bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 05/ 2019 đến 05/ 2021. Các bệnh nhân được theo dõi tối thiểu 05 năm.

Có các triệu chứng mất chức năng mảnh ghép DCCT.

Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) xác nhận tổn thương mảnh ghép DCCT

Được thực hiện phẫu thuật tái tạo lại trong một thi mổ sử dụng mảnh ghép gân cơ Hamstring

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Đứt nhiều dây chằng

Gãy xương đi kèm

Bong điểm bám dây chằng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, theo dõi dọc. Thông tin về đặc điểm trước phẫu thuật và phẫu thuật được thu thập hồi cứu, kết quả điều trị được đánh giá và theo dõi tại thời điểm 5 năm sau phẫu thuật.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong số các bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo DCCT bằng kỹ thuật All-inside trong giai đoạn 05/2019 đến 05/2021, lựa chọn 62

bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu và có khả năng được đánh giá kết quả sau 5 năm.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: Thu thập thông tin thông qua hồ sơ bệnh án điều trị và thăm khám trực tiếp ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

So sánh tỷ lệ: Dùng test χ^2 ($p < 0,05$) để kiểm định ý nghĩa thống kê; trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ hơn 5 thì dùng test Fisher exact. Thời gian sống thêm (PFS, OS) được ước lượng bằng phương pháp Kaplan–Meier.

Tiêu chí đánh giá

Chức năng khớp gối: đánh giá bằng thang điểm Lysholm và IKDC.

Độ vững khớp gối: đánh giá bằng nghiệm pháp Lachman, ngăn kéo trước và Pivot shift, kết hợp đo độ di lệch mâm chày ra trước bằng máy KT-1000.

Tình trạng thoái hóa khớp gối: đánh giá trên X-quang theo phân loại Kellgren–Lawrence, đồng thời ghi nhận chiều rộng gai xương, chiều rộng khe khớp tối thiểu (mJSW), MPTA, JLCA và trục chi dưới.

Các thức tiến hành

- Phẫu thuật được thực hiện nội soi, lấy gân Hamstring tự thân (gân bán gân và gân cơ thon), chập bốn và chuẩn bị mảnh ghép với hệ thống nút treo. Sau đó, nội soi đánh giá tổn thương DCCT và các tổn thương phối hợp. Tạo đường hầm xương đùi và xương chày theo vị trí giải phẫu, luồn mảnh ghép qua các đường hầm và cố định bằng nút treo ở hai đầu. Cuối cùng, kiểm tra độ căng mảnh ghép, biên độ vận động và độ vững khớp gối.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân đứt DCCT, độ tuổi trung bình $32,44 \pm 4,89$ tuổi (22–40 tuổi). Nam giới chiếm 85,5%, nữ giới 14,5%, tỷ lệ nam/nữ 5,9/1. Nguyên nhân chủ yếu là chấn thương thể thao (50%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt (29%) và tai nạn giao thông (21%). Có 43,5% bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 3 tháng sau chấn thương. Tất cả bệnh nhân được tái tạo DCCT bằng kỹ thuật All-inside với mảnh ghép gân Hamstring tự thân; chiều dài mảnh ghép trung bình $61,89 \pm 2,37$ mm, đường kính $8,45 \pm 0,36$ mm. Chiều dài đường hầm trung bình là $23,69 \pm 1,24$ mm ở xương đùi và $26,23 \pm 1,34$ mm ở xương chày.

Bảng 1. Kết quả theo thang điểm Lysholm tại thời điểm 5 năm

Điểm Lysholm	Số BN (n= 62)	Tỉ lệ
Rất tốt (91 - 100đ)	46	74,2
Tốt (84 - 91đ)	16	25,8
Trung bình (65 - 83đ)	0	0
Kém (< 65đ)	0	0
$\bar{X} \pm SD$	92,42 $\pm$ 2,77	
Min-Max	86 - 97	

Nhận xét: Sau 5 năm, kết quả đánh giá nghiệm pháp Lachman cho thấy độ vững khớp gối được phục hồi tốt. 55/62 bệnh nhân (88,7%) có Lachman độ 0, 7 bệnh nhân (11,3%) độ I và không ghi nhận trường hợp độ II hoặc III.

Bảng 2. Kết quả đánh giá độ vững khớp gối sau 5 năm bằng nghiệm pháp Lachman, ngăn kéo trước và Pivot shift

Mức độ	Lachman n (%)	Ngăn kéo trước n (%)
Độ 0	55 (88,7)	55 (88,7)
Độ I	7 (11,3)	7 (11,3)
Độ II	0 (0)	0 (0)
Độ III	0 (0)	0 (0)
Tổng	62 (100)	62 (100)

Pivot shift: âm tính ở 62/62 bệnh nhân (100%).

Nhận xét: Nhận xét: Sau 5 năm, 88,7% bệnh nhân có Lachman và ngăn kéo trước độ 0, 11,3% độ I, không ghi nhận độ II–III. Nghiệm pháp Pivot shift âm tính ở tất cả bệnh nhân, cho thấy độ vững trước và độ ổn định xoay của khớp gối được duy trì tốt sau phẫu thuật.

Bảng 3. Kết quả thang điểm IKDC tại thời điểm 5 năm

Xếp loại	5 năm	
IKDC	N= 62	%
A	46	74,2
B	16	25,8
C	0	0
D	0	0

Nhận xét: Sau 5 năm, kết quả đánh giá theo thang điểm IKDC rất khả quan, với 74,2% bệnh nhân đạt loại A và 25,8% đạt loại B. Không ghi nhận trường hợp loại C hoặc D. Như vậy, 100% bệnh nhân đạt IKDC A–B, cho thấy chức năng và độ vững khớp gối được duy trì tốt sau phẫu thuật.

Bảng 4. Phân độ thoái hóa khớp gối theo Kellgren–Lawrence sau 5 năm so với khớp gối đối diện

Phân độ Kellgren-Lawrence	Khớp gối sau tạo hình dây chằng	Khớp gối khỏe mạnh bên đối diện	P
0	0	29	< 0,001
1	20	28	
2	41	5	
3	1	0	
4	0	0	

Nhận xét: Sau 5 năm, ở khớp gối bên phẫu thuật, độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (41/62; 66,1%), tiếp theo là độ 1 (20/62; 32,3%) và độ 3 (1/62; 1,6%). Ở khớp gối đối diện, độ 0 chiếm 29/62 (46,8%), độ 1 chiếm 28/62 (45,2%) và độ 2 chiếm 5/62 (8,1%); không ghi nhận độ 3–4. Sự khác biệt giữa hai bên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 5. Liên quan giữa kết quả Lysholm và đường kính mảnh ghép

Đường kính \ Lysholm	Rất tốt n (%)	Tốt n (%)	Tổng n (%)	P
≤8,0 mm	7 (15,2)	9 (56,2)	16 (25,8)	P= 0,011 OR=0,14
>8,0 mm	39 (84,8)	7 (43,8)	46 (74,2)	
Tổng	46 (100)	16 (100)	62 (100)	

Nhận xét: hóm bệnh nhân có đường kính mảnh ghép >8,0 mm có tỷ lệ đạt kết quả Lysholm rất tốt cao hơn nhóm ≤8,0 mm (84,8% so với 15,2%). Ở mức kết quả tốt, nhóm ≤8,0 mm chiếm 56,2% và nhóm >8,0 mm chiếm 43,8%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,011$, OR = 0,14).

Bảng 6. Liên quan giữa kết quả IKDC và đường kính mảnh ghép

Đường kính \ Xếp loại IKD	A n (%)	B n (%)	Tổng n (%)	P
≤8,0 mm	3 (9,7)	13 (41,9)	16 (25,8)	OR= 0,14 P=0.004
>8,0 mm	28 (90,3)	18 (58,1)	46 (74,2)	
Tổng	31 (100)	31 (100)	62 (100)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có đường kính mảnh ghép >8,0 mm có tỷ lệ đạt IKDC loại A cao hơn nhóm ≤8,0 mm (90,3% so với 9,7%). Ngược lại, IKDC loại B chiếm 41,9% ở nhóm ≤8,0 mm và 58,1% ở nhóm >8,0 mm. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$, OR = 0,14).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả chức năng và độ vững khớp gối sau 5 năm

Sau 5 năm theo dõi, điểm Lysholm trung bình trong nghiên cứu đạt $92,42 \pm 2,77$ điểm, với 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt. Kết quả này cho thấy chức năng khớp gối được duy trì tốt sau tái tạo DCCT bằng kỹ thuật All-inside. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Tạ Văn Thành Nam và cộng sự, với điểm Lysholm trung bình $90,83 \pm 5,67$ điểm, và cao hơn kết quả $88,2 \pm 3,41$ điểm của Nguyễn Trung

Nhan^{3,4}. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm bệnh nhân, thời gian theo dõi, tổn thương phối hợp và chương trình phục hồi chức năng.

Theo thang điểm IKDC, 74,2% bệnh nhân đạt loại A và 25,8% đạt loại B, không ghi nhận loại C hoặc D, cho thấy chức năng và độ vững khớp gối được duy trì tốt sau 5 năm. Về độ vững, 88,7% đạt Lachman độ 0 và 100% có Pivot shift âm tính. Kỹ thuật All inside với mảnh ghép Hamstring chập bốn, cố định bằng nút treo và đường hầm dạng ổ giúp bảo tồn xương

và kiểm soát mảnh ghép. Tuy nhiên, độ vững còn phụ thuộc vào vị trí đường hầm, kích thước mảnh ghép, tổn thương phối hợp và phục hồi chức năng. Do đó, nghiên cứu cho thấy All inside duy trì độ vững tốt sau 5 năm nhưng chưa đủ cơ sở khẳng định ưu thế so với các kỹ thuật khác.

4.2. Mối liên quan giữa đường kính mảnh ghép và kết quả chức năng

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có đường kính mảnh ghép $>8,0$ mm có tỷ lệ IKDC loại A đạt 90,3%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có đường kính $\leq 8,0$ mm. Kết quả này cho thấy đường kính mảnh ghép có thể liên quan đến kết quả chức năng sau tái tạo DCCT.

Kết quả phù hợp với các nghiên cứu cho thấy mảnh ghép Hamstring <8 mm có thể làm tăng nguy cơ thất bại, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ và hoạt động thể lực cao. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Nhân ghi nhận đường kính trung bình 8,63 mm, trong khi một số tác giả đề xuất kích thước 8,5–9,0 mm để tối ưu đặc tính cơ học của mảnh ghép.⁴ Tuy nhiên, đường kính mảnh ghép chỉ là một trong nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả, bên cạnh đặc điểm bệnh nhân, chất lượng gân, cấu hình mảnh ghép, vị trí đường hầm và phương pháp cố định. Do đó, kết quả nghiên cứu chỉ cho thấy mối liên quan, chưa đủ để khẳng định quan hệ nhân quả. Việc sử dụng gân Hamstring chập bốn trong kỹ thuật All-inside giúp tăng đường kính mảnh ghép và bảo tồn xương, vì vậy đánh giá kích thước mảnh ghép có ý nghĩa trong lựa chọn cấu hình phù hợp.

4.3. Tiến triển thoái hóa khớp gối sau 5 năm

Mặc dù kết quả chức năng và độ vững tốt, mức độ thoái hóa khớp ở bên phẫu thuật cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bên đối diện ($p < 0,001$). Trong đó, 66,1% bệnh nhân có thoái hóa khớp độ 2 theo Kellgren–Lawrence sau 5 năm.

Kết quả này phù hợp với nhận định chung rằng tái tạo DCCT giúp phục hồi độ vững nhưng không loại bỏ hoàn toàn nguy cơ thoái hóa khớp sau chấn thương. Quá trình thoái hóa có tính đa yếu tố, liên quan đến tổn thương sụn chêm, sụn khớp, thay đổi cơ học, phản ứng viêm sau chấn thương và mức độ hoạt động thể lực tương đồng với nghiên cứu của Charles và cộng sự đã giải thích⁶.

Chức năng và độ vững khớp gối được duy trì tốt nhưng thoái hóa vẫn tiến triển trên X quang, cho thấy cần kết hợp đánh giá lâm sàng và hình ảnh học sau tái tạo DCCT. Thoái hóa sau 5 năm không đồng nghĩa với thất bại phẫu thuật và phục hồi độ vững không loại bỏ hoàn toàn nguy cơ thoái hóa. Với tuổi

trung bình 32,44 tuổi, sự tiến triển thoái hóa còn có thể liên quan đến tổn thương sụn chêm, sụn khớp, thời gian từ chấn thương đến phẫu thuật và mức độ hoạt động thể lực, do đó không nên quy kết riêng cho kỹ thuật All inside.

4.4. Phục hồi chức năng, khả năng trở lại hoạt động và yếu tố tâm lý

Khả năng trở lại lao động và thể thao sau tái tạo DCCT chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, bao gồm phục hồi chức năng, sức mạnh cơ, độ vững khớp, chức năng vận động và yếu tố tâm lý. Một số nghiên cứu cho thấy thời gian trở lại làm việc sau tái tạo DCCT bằng gân Hamstring có thể khoảng 84,2 ngày⁷. Bên cạnh yếu tố thể chất, sự sẵn sàng tâm lý cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình trở lại hoạt động. Sell và cộng sự cho thấy mức độ sẵn sàng tâm lý đánh giá bằng thang điểm ACL-RSI có thể tiếp tục thay đổi trong những năm sau phẫu thuật. Do nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá riêng ACL-RSI và thời điểm trở lại thể thao, không thể sử dụng các tài liệu này để giải thích trực tiếp kết quả tại thời điểm 5 năm⁸.

Foley và cộng sự nhấn mạnh xu hướng chuyển từ phục hồi chức năng dựa chủ yếu vào thời gian sang phục hồi dựa trên các mốc chức năng⁹. Trong nghiên cứu này, điểm Lysholm cao và độ vững khớp tốt cho thấy kết quả phục hồi thuận lợi, nhưng chưa đủ cơ sở để khẳng định mức độ tuân thủ chương trình phục hồi chức năng của từng bệnh nhân. Đây là một yếu tố cần được đánh giá cụ thể trong các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring tự thân cho kết quả tốt về chức năng và độ vững khớp gối sau 5 năm. Tuy nhiên, nguy cơ thoái hóa khớp gối vẫn tồn tại dù chức năng và độ vững khớp được phục hồi tốt. Kích thước mảnh ghép có liên quan đến kết quả chức năng sau phẫu thuật, nhưng cần thêm các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn để xác định rõ các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Nam, Nguyễn Trung Tuyền, Nguyễn Huy Phương. Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo sau kỹ thuật một bó tất cả bên trong tại Bệnh viện E. Tạp Chí Học Việt Nam. 2025;557:34–8.
2. Koh JRD, Loh SYJ. All-inside posterior cruciate ligament reconstruction – A systematic review of current practice. J Orthop. 2024;55:1–10. doi:10.1016/j.jor.2024.03.041

3. **Tạ Văn Thành Nam, Vũ Trường Thịnh, Trần Trung Dũng.** Đánh giá kết quả điều trị nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2024;539:1–4.
4. **Nguyễn Trung Nhân, Lê Đình Hải, Tăng Hà Nam Anh, Nguyễn Minh Luân, Dương Khải, Nguyễn Tâm Từ, và c.s.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật tất cả bên trong với gân cơ chân ngỗng tự thân. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*. 2025;86:70–5. doi:10.58490/ctump.2025i86.3571
5. **Yang W, Huang X, Wang S, Wang H, Huang W, Shao Z.** The long-term outcomes of different grafts in anterior cruciate ligament reconstruction: a network meta-analysis. *J Orthop Transl*. 2021;26:16–30. doi:10.1016/j.jot.2020.03.008
6. **Charles S, Preston N.** Osteoarthritis After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review of Contributing Factors and Potential Treatments. *Cureus*. 2024. doi:10.7759/cureus.71188
7. **Özbek EA, Dursun Savran M, Baltacı Ç, Herman ZJ, Zsidai B, Wailing J, và c.s.** Return to Work After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review. *Orthop J Sports Med*. 2024;12:23259671241249086. doi:10.1177/23259671241249086
8. **Sell TC, Zerega R, King V, Reiter CR, Wrona H, Bullock GS, và c.s.** Anterior Cruciate Ligament Return to Sport after Injury Scale (ACL-RSI) Scores over Time After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review with Meta-analysis. *Sports Med - Open*. 2024;10:49. doi:10.1186/s40798-024-00712-w
9. **Foley A, Confino J, Halvorson R, Petrie K, Torres A, Feeley B.** Return To Sport Following ACL Reconstruction. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2025;18:599–610. doi:10.1007/s12178-025-09989-0