

năng điều hành và các thang đo trí nhớ.² Còn theo tác giả Chen và cộng sự năm 2016, trong tất cả các chức năng nhận thức, sự chú ý và tốc độ xử lý có giá trị phân biệt cao nhất để phân biệt giữa bệnh nhân RLPLCX và người khỏe mạnh bình thường.⁷

V. KẾT LUẬN

Người bệnh RLPLCX có tuổi trung bình $38 \pm 12,1$, tỷ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu nhiều gấp 2,21 lần so với bệnh nhân nữ (68,9% và 31,1%). Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở nhóm đối tượng nghiên cứu chiếm 59,02%. Người bệnh có rối loạn chức năng trí nhớ nhiều nhất với 63,9%. Trong chức năng chú ý, rối loạn di chuyển chú ý chiếm tỉ lệ cao nhất với 86,1%. Chức năng trí nhớ có nhớ lại có tri hoãn rối loạn 83,3% và chức năng điều hành có tốc độ tâm thần vận động suy giảm nhiều nhất tới 83,3%.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn những người bệnh và gia đình tham gia vào nghiên cứu, cảm ơn Bệnh viện Tâm thần trung ương I đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry*. 2001;16(3):167-172. doi:10.1016/S0924-9338(01)00559-4
2. Torrent C, Martínez-Arán A, Amann B, et al. Cognitive impairment in schizoaffective disorder: a comparison with non-psychotic bipolar and healthy subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(6):453-460. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01072.x
3. Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, et al. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophr Bull*. 2009;35(5):1022-1029. doi:10.1093/schbul/sbn044
4. Gooding DC, Tallent KA. Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders? *Schizophr Res*. 2002; 53(3):209-218. doi:10.1016/S0920-9964(01)00258-4
5. Amann B, Gomar J, Ortiz-Gil J, et al. Executive dysfunction and memory impairment in schizoaffective disorder: A comparison with bipolar disorder, schizophrenia and healthy controls. *Psychol Med*. 2012;42:1-9. doi:10.1017/S0033291712000104
6. Nguyễn Thị Hoa. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức trên bệnh nhân trầm cảm tái diễn điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần. Luận văn bác sĩ nội trú. Đại học Y Hà Nội; 2016.
7. Wang LJ. Obvious impairment of attention and processing speed in patients with schizoaffective disorder. *Neuropsychiatry*. 2016;6:314-320. doi:10.4172/Neuropsychiatry.1000155
8. Levinson DF, Umopathy C, Musthaq M. Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999;156(8):1138-1148. doi:10.1176/ajp.156.8.1138
9. Đào Thị Thanh Mai. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng Nhận Thức Trong Rối Loạn Trầm Cảm ở Người Cao Tuổi. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội; 2013.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẙNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI VỚI MẢNH GHÉP NỬA TRƯỚC GÂN CƠ MÁC DÀI TỰ THÂN KỸ THUẬT TẮT CẢ BÊN TRONG

Phạm Quang Vinh¹, Đỗ Quang Sang², Nguyễn Phương Nam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương dây chằng chéo trước là một trong những chấn thương dây chằng khớp gối hay gặp nhất. Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối theo kỹ thuật tắt cả bên trong là phương pháp có nhiều ưu điểm để phục hồi đặc tính giải phẫu, cơ học và chức năng của dây chằng chéo trước khớp gối. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu

thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng nửa trước gân cơ mác dài theo kỹ thuật tắt cả bên trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thực hiện nghiên cứu tiến cứu trên 31 bệnh nhân đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước đơn thuần có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo được phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép nửa trước gân cơ mác dài tự thân theo kỹ thuật tắt cả bên trong. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $29,26 \pm 6,21$ tuổi, thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 40 tuổi, tỉ lệ nam : nữ = 30 (96,8%) : 1 (3,2%), thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là $9,25 \pm 2,25$ tháng. Chiều dài trung bình mảnh ghép là $60 \pm 1,03$ mm. Đường kính mảnh ghép (chập 4) trung bình ở mâm chày $7,85 \pm 0,57$ mm, lồi cầu đùi là $7,90 \pm 0,63$ mm. Nghiệm pháp Lachman trước phẫu thuật: 9,7% độ 2, 90,3% độ 3, sau phẫu thuật 12,9% độ 1 và 87,1% âm tính, không

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Nam

Email: phuonnamdhyd06@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022

có bệnh nhân nào độ 2 hoặc 3. Nghiệm pháp Pivot shift trước phẫu thuật 6,5% độ 1, 64,5% độ 2 và 29% độ 3; sau phẫu thuật 87,1% âm tính, 12,9% độ 1, không có bệnh nhân nào độ 2, độ 3. Chức năng khớp gối trước phẫu thuật theo thang điểm Lysholm trung bình $57,71 \pm 9,33$ điểm, trong đó 77,4% ở mức xấu và 22,6% ở mức trung bình, sau phẫu thuật trung bình $93,55 \pm 2,99$ điểm, trong đó tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 96,8%, khá chiếm tỉ lệ 3,2%, không có bệnh nhân nào ở mức xấu. Phân loại IKDC trước phẫu thuật loại C chiếm tỉ lệ 3,2%, loại D chiếm tỉ lệ 96,8%; Sau phẫu thuật loại A chiếm tỉ lệ 83,9%, loại B chiếm tỉ lệ 16,1%, không có bệnh nhân nào ở phân loại C, D. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với mảnh ghép nửa trước gân cơ mác dài tự thân theo kỹ thuật tất cả bên trong là kỹ thuật tốt để phục hồi dây chằng chéo cho các bệnh nhân.

Từ khóa: Tái tạo dây chằng chéo trước theo kỹ thuật tất cả bên trong, nửa trước gân cơ mác dài.

SUMMARY

RESULTS OF ALL-INSIDE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING AN ANTERIOR HALF OF THE PERONEUS LONGUS TENDON AUTOGRAFT

Background: Anterior cruciate ligament injury is one of the most common knee ligament injuries. Arthroscopic All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction is a method with many advantages to restore the anatomical, mechanical and functional characteristics of the anterior cruciate ligament of the knee. **Objective:** To evaluate the initial outcome of ACL reconstruction arthroscopy by anterior half of peroneus longus tendon. **Methods:** A prospective study was carried out on 31 patients with complete rupture of the isolated anterior cruciate ligament with or without meniscal injury, who underwent anterior cruciate ligament reconstruction surgery with autologous anterior half of peroneal longus tendon by using all inside technique. **Results:** The study on 31 patients with mean age was 29.26 ± 6.21 years old, the youngest was 19 years old, the highest was 40 years old, the ratio of male: female = 30 (96.8%) : 1 (3.2) %, the mean postoperative follow-up time was 9.25 ± 2.25 months. The average length of the graft is 60 ± 1.03 mm. The average graft diameter (4 strands) in the tibial plateau is 7.85 ± 0.57 mm, the femoral condyle is 7.90 ± 0.63 mm. Lachman test before surgery: 9.7% grade 2, 90.3% grade 3, after surgery 12.9% grade 1 and 87.1% negative, no patient grade 2 or 3. Pivot shift test before surgery 6.5% grade 1, 64.5% grade 2 and 29% grade 3; after surgery 87.1% negative, 12.9% grade 1, no patient grade 2, grade 3. Preoperative knee function according to Lysholm score 57.71 ± 9.33 points, in which 77.4% is poor and 22.6% is fair, after surgery the average is 93.55 ± 2.99 points, of which good and excellent accounted for 96.8%, fair is 3.2%, no patients were in poor grade. IKDC classification before surgery, grade C accounted for 3.2%, grade D accounted for 96.8%; After surgery, grade A accounted for 83.9%, grade B accounted for 16.1%, there were no patients in grade C, D. **Conclusion:** All-Inside Anterior Cruciate

Ligament Reconstruction Using an Anterior Half of the Peroneus Longus Tendon Autograft is a good technique to restore the ACL for patients

Keywords: All-Inside Anterior Cruciate Ligament reconstruction, anterior half of peroneal longus tendon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo trước là một trong những chấn thương dây chằng khớp gối hay gặp nhất, nguyên nhân chủ yếu gây tổn thương DCCT khớp gối là do tai nạn trong các hoạt động thể thao và giải trí, tai nạn giao thông. Theo thống kê, tại Mỹ có đến 100.000 trường hợp cần tái tạo dây chằng chéo trước hàng năm, trong đó 10% cần tái tạo lại [1]. Để phục hồi đặc tính giải phẫu, cơ học và chức năng của dây chằng người ta thường sử dụng các mảnh ghép tự thân, đồng loại lấy từ ngân hàng mô hoặc mảnh ghép nhân tạo để tái tạo dây chằng chéo trước

Năm 2011, James H. Lubowitz giới thiệu kỹ thuật tất cả bên trong cho phép cố định hai đầu mảnh ghép bằng hai vòng treo và trên thế giới và trong nước đã có nhiều nghiên cứu về cơ sinh học mảnh ghép gân mác dài từ những năm 1977 [2], trong đó có nhiều nghiên cứu ứng dụng mảnh ghép nửa trước gân mác dài trong tái tạo dây chằng vùng gối nói chung [3] và tái tạo DCCT nói riêng cho kết quả tốt. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng nửa trước gân cơ mác dài theo kỹ thuật tất cả bên trong" nhằm củng cố thêm luận điểm này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước đơn thuần, có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước theo phương pháp tất cả bên trong bằng nửa trước gân mác dài tại bệnh viện Đa Khoa Khu vực Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5/2020 đến tháng 9/2021 với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

– Bệnh nhân tổn thương đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước do chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt có hoặc không có tổn thương sụn chêm kèm theo dựa trên thăm khám lâm sàng và cộng hưởng từ (MRI), có chỉ định phẫu thuật.

– Độ tuổi từ đủ 18-55 tuổi.

– Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương dây chằng phối hợp : dây chằng chéo sau, dây chằng bên trong, bên ngoài, góc sau ngoài.

- Gãy xương vùng gối.
- Thoái hóa khớp gối độ 3, 4.
- Những bệnh nhân có bệnh lý tổn thương khớp cổ chân, bệnh lý tổn thương thần kinh mác chung.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu

Cách thực hiện và thu thập số liệu

Dụng cụ phẫu thuật

- ❖ Dàn máy nội soi.
- ❖ Bộ giá đỡ, garo hơi.
- ❖ Bộ dụng cụ nội soi phẫu thuật tái tạo DCCT bằng kỹ thuật tất cả bên trong:



a. Vít treo Infinity



b. Móc định vị lõi cầu đùi;

c. Mũi khoan ngược Retro-Reamer

Hình 1: Dụng cụ tái tạo DCCT theo kỹ thuật tất cả bên trong "Nguồn: Tác giả"

Phương pháp tiến hành

- Thăm khám bệnh nhân trước mổ
- Kỹ thuật: Dựa theo quy trình kỹ thuật của James H.Lubowitz (2011) [4].



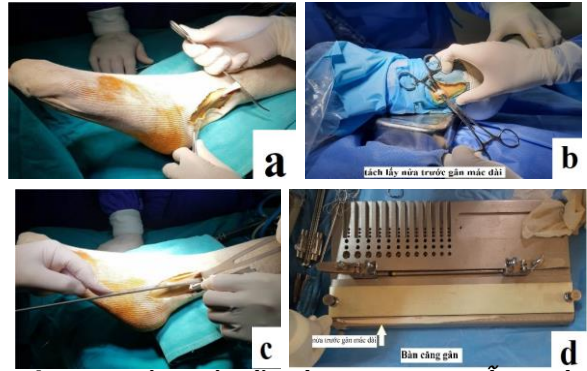
Hình 2. Hình ảnh minh họa tư thế bệnh nhân

- Quy trình phẫu thuật tái tạo DCCT sử dụng nửa trước gân cơ MD chập bốn qua nội soi: gồm 4 bước:

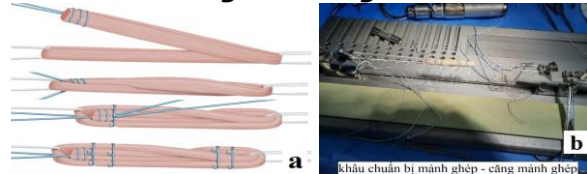
Bước 1: Vào khớp bằng 2 lỗ trước trong và trước ngoài theo quy chuẩn.

Bước 2: Lấy mảnh ghép và chuẩn bị mảnh ghép

- Lấy mảnh ghép (Hình 3)
- Chuẩn bị mảnh ghép (hình 4): theo kỹ thuật của James Lubowitz [5]



Hình 3. Các bước lấy gân MD trong phẫu thuật.
a. Rạch da xác định gân mác dài;
b. Tách nửa trước gân cơ mác dài;
c. Dùng dụng cụ lấy nửa trước gân mác dài;
d. Nửa trước gân MD sau khi lấy được
"Nguồn: Tác giả"



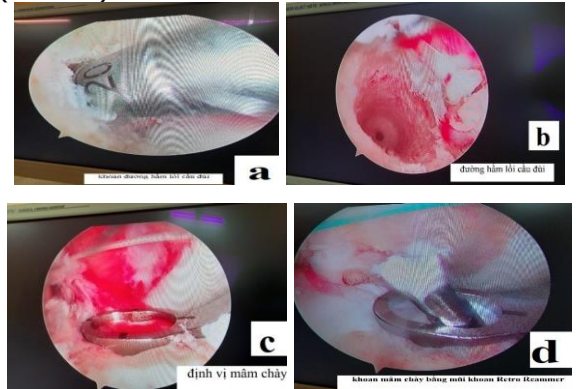
Hình 4. Cách chuẩn bị mảnh ghép

a. Kỹ thuật chuẩn bị mảnh ghép

b. Khâu chuẩn bị mảnh ghép – căng mảnh ghép "Nguồn: Tác giả"

Bước 3: Tạo đường hầm lõi cầu xương đùi và đường hầm mâm chày

- Tạo đường hầm lõi cầu xương đùi (Hình 5a, (Hình 5b))
- Tạo đường hầm mâm chày (Hình 5c). (Hình 5d)



Hình 5: Định vị và khoan đường hầm lõi cầu đùi, mâm chày

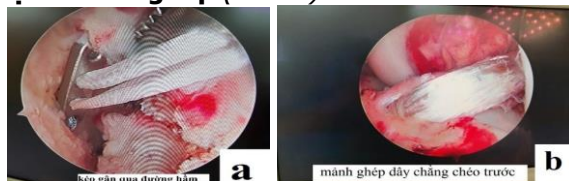
a. Khoan đường hầm lõi cầu đùi,

b. Đường hầm lõi cầu đùi

c. Định vị mâm chày,

d. Khoan đường hầm mâm chày

"Nguồn: Tác giả"

Bước 4: Kéo gân qua đường hầm và cố định mảnh ghép (Hình 6).

Hình 6 : Kéo gân và mảnh ghép dây chằng chéo trước
a. Kéo gân qua đường hầm lồi cầu đùi,
b. Mảnh ghép DCCT; "Nguồn: Tác giả"

Phương pháp phân tích dữ liệu và đạo đức trong nghiên cứu

- Kết quả được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

- Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y Đức, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Số bệnh nhân	Thời gian theo dõi trung bình (trung bình \pm SD)	Thời gian theo dõi ngắn nhất	Thời gian theo dõi dài nhất
31	9,25 \pm 2,25	6,25	15

Thời gian theo dõi trung bình là 9,25 \pm 2,25 tháng với thời gian theo dõi tối thiểu là 6,25 tháng, và thời gian theo dõi tối đa 15 tháng.

Chiều dài mảnh ghép (mm)

Chiều dài mảnh ghép (mm) (n = 31)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Min - max	58 - 62	
TB \pm SD	60	\pm 1,03

Chiều dài trung bình mảnh ghép là 60 \pm 1,03mm.

Đường kính mảnh ghép (mm)

Chập 4 (n = 31)	Mâm chày	Lồi cầu đùi
Trung bình \pm SD	7,85 \pm 0,57	7,90 \pm 0,63

Đường kính mảnh ghép (chập 4) trung bình ở mâm chày 7,85 \pm 0,57mm, lồi cầu đùi là 7,90 \pm 0,63mm.

Nghiệm pháp Lachmann trước và sau phẫu thuật

Nghiệm pháp Lachmann	Âm tính n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Tổng n (%)
Trước phẫu thuật	0(0%)	0(0%)	3 (9,7%)	28 (90,3%)	31 (100%)
Sau phẫu thuật	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0(0%)	0(0%)	31 (100%)

Nghiệm pháp Lachman trước phẫu thuật: 9,7% độ 2, 90,3% độ 3, sau phẫu thuật 12,9% độ 1 và 87,1% âm tính, không có bệnh nhân nào độ 2 hoặc 3.

Nghiệm pháp Pivot-Shift trước và sau phẫu thuật

Nghiệm pháp Pivot-Shift	Âm tính n (%)	Độ 1 n (%)	Độ 2 n (%)	Độ 3 n (%)	Tổng n (%)
Trước phẫu thuật	0(0%)	2 (6,5)	20 (64,5%)	9 (29,0%)	31 (100%)
Sau phẫu thuật	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0(0%)	0(0%)	31 (100%)

Nghiệm pháp Pivot shift trước phẫu thuật 6,5% độ 1, 64,5% độ 2 và 29% độ 3; sau phẫu thuật 87,1% âm tính, 12,9% độ 1, không có bệnh nhân nào độ 2, độ 3.

Chức năng khớp gối trước và sau phẫu thuật theo thang điểm Lysholm

Lysholm	Trước mổ	Sau phẫu thuật trung bình 9,25 tháng
Nhỏ nhất	45	83
Lớn nhất	80	96
Trung bình \pm SD	57,71 \pm 9,33	93,56 \pm 2,99
Giá trị p	p = 0,0001	

số: 20738 – DHYD ngày 15/12/2020

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi (n = 31)

Tuổi	Giá trị
Min - max	19 - 40
TB \pm SD	29,26 \pm 6,21

Tuổi thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 40 tuổi, tuổi trung bình là 29,26 \pm 6,21 tuổi

Đặc điểm về giới

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	30	96,8
Nữ	1	3,2
Tổng	31	100

Nam giới chiếm 96,8%, nữ giới chiếm tỉ lệ 3,2%. Tỉ lệ nam : nữ = 30 : 1.

Chức năng khớp gối trước phẫu thuật theo thang điểm Lysholm trung bình 57,71 ± 9,33 điểm, trong đó 77,4% ở mức xấu và 22,6% ở mức trung bình, sau phẫu thuật trung bình 93,55 ± 2,99 điểm, trong đó tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 96,8%, khá chiếm tỉ lệ 3,2%, không có bệnh nhân nào ở mức xấu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa p = 0,0001.

Chức năng khớp gối trước và sau phẫu thuật theo phân loại IKDC

IKDC	A; n (%)	B; n (%)	C; n (%)	D; n (%)	Tổng
Trước mổ	0	0	1 (3,2%)	30 (96,8)	31 (100%)
Sau mổ 7 đến 12 tháng	23 (85,2%)	4 (14,8%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (100%)

Phân loại IKDC trước phẫu thuật loại C chiếm tỉ lệ 3,2%, loại D chiếm tỉ lệ 96,8%; Sau phẫu thuật loại A chiếm tỉ lệ 85,2%, loại B chiếm tỉ lệ 14,8%, không có bệnh nhân nào ở phân loại C,D. Chức năng khớp gối cải thiện rõ rệt so với trước phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 29,26 ± 6,21 tuổi (thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 40 tuổi. Đây là độ tuổi hoạt động nhiều tham gia nhiều môn thể thao có tính đối kháng cao do đó tỉ lệ chấn thương cao hơn ở nhóm bệnh nhân này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao 96,8%, nữ giới chiếm tỉ lệ 3,2%. Tỉ lệ nam giới cao do ở độ tuổi này nam giới luôn có nhiều hoạt động mạnh và nhu cầu có một khớp gối khỏe mạnh để trở lại các hoạt động trước đây nên xu hướng bệnh nhân đến để phẫu thuật cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam giới cao do các yếu tố:

- Nửa trước gân cơ MD của nam lớn hơn của nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,005, độ tin cậy 95% (nghiên cứu cơ sinh học nửa trước gân cơ mác dài).

- Xiaoxiao Song và cộng sự (2018) nghiên cứu " Dự đoán đường kính mảnh ghép gân cơ MD tái tạo dây chằng chéo trước" ghi nhận tương quan thuận giữa đường kính mảnh ghép gân cơ MD với chỉ số cân nặng, chiều cao, hệ số tương quan R²= 0,248(R= 0,5) và đường kính mảnh ghép ở nữ nhỏ hơn so với nam giới [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân trước phẫu thuật đều có test Lachmann và Pivot-Shift dương tính. Trong đó test Lachmann chủ yếu độ 3 chiếm tỉ lệ 90,3%, nghiệm pháp Pivot Shift chủ yếu dương tính độ 2 chiếm tỉ lệ 64,5. Sau phẫu thuật, trong số 31 bệnh nhân được phẫu thuật sau mổ có 27 bệnh nhân chiếm 87,1% có nghiệm pháp Lachman âm tính, có 4 bệnh nhân chiếm 12,9% dương tính độ 1. Kết quả này tương tự của tác giả Nguyễn Mạnh Khánh là 92,7%, cao hơn của các tác giả khác như của Lê Mạnh Sơn là 70,3%, Trương Trí Hữu

là 47%, Đặng Hoàng Anh là 86,9%, Nguyễn Thành Luân là 90%. Nghiệm pháp Pivot-Shift có 87,1% bệnh nhân có kết quả âm tính, còn lại có 12,9% bệnh nhân có kết quả dương tính độ 1, Tác giả Lê Mạnh Sơn tái tạo DCCT hai bó có 86,8% âm tính và có 13,2% bệnh nhân dương tính độ 1, Nguyễn Thành Luân tái tạo DCCT bằng nửa trước gân MD có 93,3% âm tính, 6,7% dương tính độ 1

Chiều dài trung bình của mảnh ghép 60 ± 1,03mm (Chiều dài mảnh ghép ngắn nhất 58 mm, dài nhất 62mm).

Đường kính trung bình mảnh ghép của mâm chày là 7,85 ± 0,57 mm, lồi cầu đùi là 7,90 ± 0,63mm. Tác giả Nguyễn Thành Luân (2019) tái tạo dây chằng chéo trước theo kĩ thuật tất cả bên trong bằng nửa trước gân Mác Dài đường kính trung bình của mảnh ghép là 7,5 ± 0,8 mm, so sánh với nghiên cứu này đường kính mảnh ghép của chúng tôi lớn hơn do trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới 96,8% và đường kính gân nửa trước gân MD của nam giới lớn hơn nữ giới, (Xiaoxiao Song [6]), còn nhóm nghiên cứu của Nguyễn Thành Luân nam giới chiếm tỉ lệ 63,3%, nữ giới chiếm tỉ lệ 36,7%.

Chức năng khớp gối. Điểm Lysholm trung bình trước phẫu thuật là 57,71 ± 9,33 điểm thấp nhất là 45 điểm cao nhất là 80 điểm. Trong đó có 24 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 74,6% có điểm số thuộc phân loại xấu, có 7 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 22,6% có điểm số thuộc phân loại trung bình. Điểm Lysholm trung bình tại thời điểm sau phẫu thuật 9,25 tháng là 93,56 ± 2,99 điểm, cao hơn so với trước phẫu thuật là 57,71 ± 9,33, khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa là 0,0001.

Phân loại IKDC tại thời điểm theo dõi trung bình 9,25 tháng: phân loại A chiếm tỉ lệ 85,2%, phân loại B chiếm tỉ lệ 14,8%, không có trường hợp nào loại C, D, cải thiện rõ rệt so với trước mổ là 96,8% loại D, và 3,2% loại C. Các tác giả Nguyễn Thành Luân sử dụng nửa trước gân MD với kết quả là 18 trường hợp loại A chiếm 60%, 12 trường hợp loại B chiếm 40% trường hợp. Yasuda và cộng sự [7] đánh giá kết quả 24 trường hợp theo IKDC thu được kết quả 16

trường hợp loại A và 8 trường hợp loại B. Không có trường hợp nào loại C.

V. KẾT LUẬN

Nửa trước gân cơ MD làm mảnh ghép tái tạo dây chằng chéo trước cho kết quả phục hồi chức năng khớp gối tốt, điều này mở ra triển vọng nguồn gân ghép tự thân trong phẫu thuật chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. B. Freedman, M. J. D'Amato (2003)**, "Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction: a metaanalysis comparing patellar tendon and hamstring tendon autografts", *Am J Sports Med.* 31(1), pp. 2-11.
2. **Rincon LM, Chowaniec MJ, Obopilwe E, Mazzocca AD (2006)**, "Mechanical properties evaluation of the tibialis anterior and posterior and the peroneus longus tendons", *Arthrex literature.*
3. **J. ZhaoX. Huangfu (2012)**, "The biomechanical and clinical application of using the anterior half of the peroneus longus tendon as an autograft source", *Am J Sports Med.* 40(3), pp. 662-71.
4. **J. H. Lubowitz, C. S. Ahmad (2011)**, "All-inside anterior cruciate ligament graft-link technique: second-generation, no-incision anterior cruciate ligament reconstruction", *Arthroscopy.* 27(5), pp. 717-27.
5. **J. H. Lubowitz (2012)**, "All-inside anterior cruciate ligament graft link: graft preparation technique", *Arthrosc Tech.* 1(2), pp. e165-8.
6. **X. Song, Q. Li (2018)**, "Predicting the graft diameter of the peroneus longus tendon for anterior cruciate ligament reconstruction", *Medicine (Baltimore).* 97(44), pp. e12672.
7. **K. Yasuda, Y. Tanabe (2010)**, "Anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction", *Arthroscopy.* 26(9 Suppl), pp. S21-34.

ĐẶC ĐIỂM HƯỚNG DẪN SÀNG BÊN TỪ TƯ THẾ LỒNG MÚI TỐI ĐA CỦA NHÓM SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Thị Lâm Oanh¹, Hoàng Việt Hải²,
Quách Thị Thuý Lan², Bùi Thị Bích Ngân²

OCCUSAL PATTERNS DURING LATERAL EXCURSIONS FROM THE MAXIMAL INTERCUSPAL IN DENTAL STUDENTS IN HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Ojectives: The purpose of this study was to quantify the prevalence of various functional occlusal contact patterns, among dental students. **Subjects and methods.** Occlusal contacts were examined during lateral excursions from the maximal intercuspal position to the canine-to-canine position in 100 young adults. A combination of 3 common clinical methods was used: a visual examination, articulating paper, and feedback from the participants. **Results.** Data from 3 classification systems were analyzed: (1) Occlusal contacts on the working side only e canine protected articulation was present in 23,5% of laterotrusions; group function was present in 62% of laterotrusions. Other schemes were present in 14,5% of laterotrusions. (2) Contacts on both the working and the nonworking side. (3) Contacts on the working and nonworking side during both right and left laterotrusion. Nonworking side contacts were present in 27% of the participants. Nonworking side interference was present in 20% of the participants. **Conclusions.** The prevalence of nonworking side interference found in this study was high percent during lateral excursion

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ các loại hướng dẫn sang bên từ tư thế lồng múi tối đa trên sinh viên Răng hàm mặt Trường Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Kiểm tra điểm chạm khớp cắn khi đưa hàm sang bên từ tư thế lồng múi tối đa đến đối đỉnh răng nanh trên 100 sinh viên Răng hàm mặt. Nghiên cứu này sử dụng cả ba phương pháp kiểm tra khớp cắn trên lâm sàng hay sử dụng: quan sát trực tiếp, giấy cắn shimstock và phản hồi của đối tượng nghiên cứu. **Kết quả:** Phân tích ba cách phân loại hướng dẫn sang bên: (1) Chỉ đánh giá điểm chạm khớp bên làm việc - hướng dẫn răng nanh chiếm 23,5%, hướng dẫn nhóm chiếm 62%. Loại khác chiếm 14,5%(2) Đánh giá cả điểm chạm khớp bên làm việc và bên không làm việc. (3) Đánh giá điểm chạm khớp bên làm việc và bên không làm việc cả khi chuyển động đưa hàm sang bên phải và trái. Điểm chạm khớp bên không làm việc có 27% ở đối tượng. Điểm cản trở bên không làm việc có ở 20% đối tượng. **Kết luận:** Tỷ lệ điểm cản trở khớp bên không làm việc trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao khi đưa hàm sang bên.

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF FUCTIONAL

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lâm Oanh

Email: tranthilamoanh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tiêu chuẩn cho khớp cắn lồng múi tối đa lý tưởng dựa trên nghiên cứu của Angle và Andrew đã được chấp nhận rộng rãi. Ngược lại, các yếu tố cấu thành khớp cắn chức năng lý