Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 158-162

OUTCOMES OF CARE AND REHABILITATION IN PATIENTS AFTER ARTHROSCOPIC ACL RECONSTRUCTION AT 19-8 HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Bui Thi Thanh Xuan*, Vu Van Vinh, Do Viet Son, Nguyen Anh Duc, Nguyen Thai Son, Ho Tuan Dung, Do Minh Chi

Department of Trauma and Orthopedics,
19-8 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 17/07/2026
Revised: 18/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the outcomes of postoperative care and knee rehabilitation following arthroscopic anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security.

Material and Methods: A retrospective and prospective cross-sectional study was conducted on 86 patients who underwent arthroscopic ACL reconstruction at the Department of Orthopedic Trauma Surgery, 19-8 Hospital. Patient demographics, causes of injury, postoperative complications, and functional recovery were evaluated.

Results: Of the 86 patients included, with a male-to-female ratio of 2:1. Sports-related trauma was identified as the leading cause of injury. No postoperative complications were observed. Functional assessment revealed that 97.7% of patients achieved recovery, characterized by restored knee stability, complete range of motion, and absence of pain during activity.

Conclusion: Postoperative care and rehabilitation after ACL reconstruction at 19-8 Hospital demonstrated favorable outcomes, with 97.7% of patients achieving good functional recovery. Early detection and treatment of sports-related injuries, together with enhanced nursing care, are essential to further improve clinical outcomes.

Keywords: ACL, ACL reconstruction, rehabilitation...

*Corresponding author
Email: xuanmoc81@gmail.com **Phone**: (+84) 986368268 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6424

KẾT QUẢ CHĂM SÓC, PHỤC HỒI CHỨC NĂNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN 19-8, BỘ CÔNG AN

Bùi Thị Thanh Xuân*, Vũ Văn Vinh, Đỗ Việt Sơn, Nguyễn Anh Đức, Nguyễn Thái Sơn, Hồ Tuấn Dũng, Đỗ Minh Chí

Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 17/07/2026
Ngày sửa: 18/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại bệnh viện 19-8, Bộ Công an.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 86 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8.

Kết quả: Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân, kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8 thu được kết quả: tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn thể thao. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá theo chức năng 97,7% bệnh nhân đã phục hồi, khớp gối hết lỏng, không hạn chế vận động, không đau khi vận động.

Kết luận: Hoạt động chăm sóc, phục hồi vận động gối tốt (97,7%). Cần tuyên truyền phát hiện, điều trị sớm chấn thương thể thao và tăng cường chăm sóc điều dưỡng để nâng cao chất lượng điều trị người bệnh phẫu thuật tái tạo DCCT.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, tái tạo dây chằng chéo trước, phục hồi chức năng, ...

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) là một trong những chấn thương dây chằng khớp gối hay gặp nhất. Theo ước tính mỗi năm, tỉ lệ tổn thương DCCT tại Mỹ là 1/3000 dân số [4] và có khoảng 125.000 đến 200.000 ca được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT [5]. 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. Chức năng cơ bản của DCCT là chống sự chuyển động ra trước của xương chày và xoay trượt của khớp gối [1].

Phẫu thuật nội soi tái táo DCCT đã phát triển rất mạnh trong những thập kỷ gần đây cùng với sự phát triển của trang thiết bị, kỹ thuật, phương tiện cố định mảnh ghép và sự đa dạng về chất liệu mảnh ghép

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT cũng phát triển rất nhanh trong thời gian gần đây ở nhiều trung tâm lớn về phẫu thuật nội soi khớp như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Y Dược TPHCM, Bệnh viện 103, Bệnh viện 198, Bệnh viện 108, Bệnh viện đại học Y Hà Nội...

Từ năm 2012 Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện 19-8 đã tiến hành phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với chất liệu sử dụng là gân cơ bán gân hoặc gân cơ thon. Sau phẫu thuật bệnh nhân đều được chăm sóc và phục hồi chức năng. Chăm sóc và phục hồi chức năng sau phẫu thuật đóng góp rất lớn vào thành công của cuộc phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 86 bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tại khoa Khoa Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện 19-8, từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024.

Cỡ mẫu và Cách chọn mẫu: Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện toàn bộ. Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024, có tổng cộng 86 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào danh sách nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đứt DCCT đơn thuần dựa trên lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (MRI).

+ Có chỉ định và được thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Có tổn thương phối hợp nặng: đứt dây chằng bên trong (MCL), dây chằng bên ngoài (LCL), dây chằng chéo sau (PCL) hoặc gãy mâm chày.

+ Có bệnh lý viêm khớp cấp hoặc mạn tính trước đó (lao khớp, viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp nặng).

+ Bệnh nhân dưới 18 tuổi hoặc trên 55 tuổi.

+ Bệnh nhân không tuân thủ hoàn độc lập phác đồ tập luyện hoặc bỏ theo dõi trước mốc 6 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu. Hồi cứu (đối với các ca phẫu thuật đã ra viện) và tiến cứu (đối với các ca thu thập trực tiếp tại thời điểm nhập viện đến khi đủ mốc theo dõi).

2.2.2. Các biến số nghiên cứu và Cách đo lường

Biến số độc lập (Yếu tố ảnh hưởng/kiểm soát):

- Kỹ thuật mổ: Đồng nhất 100% kỹ thuật nội soi tái tạo

*Tác giả liên hệ
Email: xuanmoc81@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 986368268 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6424

bằng gân tự thân (bán gân + gân cơ thon) do cùng một nhóm phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm thực hiện.

- Tổn thương kèm: Ghi nhận tỷ lệ rách sụn chêm phối hợp (nếu có) và phương pháp xử lý (khâu sụn chêm hoặc cắt sửa sụn chêm) để phân tích phân nhóm khi diễn giải kết quả.

- Phác đồ phục hồi và sự tuân thủ: Tất cả bệnh nhân được áp dụng chung một phác đồ tập luyện 5 giai đoạn chuẩn của bệnh viện. Sự tuân thủ được kỹ thuật viên Phục hồi chức năng (PHCN) đánh giá qua nhật ký tập luyện và tần suất tái khám

Biến số phụ thuộc (Kết quả chăm sóc/phục hồi):

- Thời điểm đánh giá: Cố định tại 3 mốc: 6 tuần (Đợt I), 3 tháng (Đợt II) và 6 tháng (Đợt III) sau mổ.

- Chỉ tiêu lâm sàng: Biên độ vận động khớp gối (đo bằng thước đo góc chuyên dụng); Độ vững khớp gối (qua nghiệm pháp ngăn kéo trước, Lachman, Pivot-shift).

- Chỉ tiêu chức năng: Đo lường định lượng thông qua Thang điểm Lysholm (Đánh giá đi khập khiễng, hỗ trợ đi lại, khóa khớp, lỏng gối, đau, sưng, leo thang, ngồi xổm) và Thang điểm mức độ hoạt động Tegner.

2.2.3. Quy trình thu thập số liệu và kiểm soát sai số

Thu thập số liệu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu mẫu thống nhất. Số liệu hồi cứu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử và lưu trữ của bệnh viện. Số liệu tiến cứu được ghi nhận trực tiếp từ ngày bệnh nhân vào viện, trong mổ và các đợt khám lại theo hẹn.

Kiểm soát sai số (Nhiễu): Các chỉ tiêu lâm sàng và chức năng được đánh giá bởi cùng một nhóm nghiên cứu gồm bác sĩ chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình và kỹ thuật viên phục hồi chức năng đã được thống nhất quy trình đánh giá trước khi tiến hành nghiên cứu nhằm giảm sai số giữa các người đánh giá.

2.2.4. Xử lý số liệu và Thống kê y học

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.

Xử lý số liệu thiếu (Missing data): Đối với các trường hợp bệnh nhân bỏ lỡ mốc khám lại (ví dụ mốc 3 tháng nhưng có đến khám mốc 6 tháng), nhóm nghiên cứu áp dụng phương pháp nội suy thiết thực hoặc loại bỏ hoàn toàn khỏi phân tích cuối cùng nếu thiếu các biến số mục tiêu chính nhằm đảm bảo tính toàn vẹn của dữ liệu.

Phép kiểm thống kê: Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính; trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng). Áp dụng phép kiểm Chi-square hoặc Fisher's Exact cho biến định tính; phép kiểm t-test hoặc ANOVA cho các biến định lượng khi so sánh kết quả.

Ngưỡng ý nghĩa: Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị ($p < 0,05$).

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu và Sự đồng thuận

Tất cả bệnh nhân thuộc diện tiến cứu đều được giải thích rõ ràng về mục đích, quy trình theo dõi trước khi thu thập thông tin. Thông tin cá nhân của toàn bộ 86 bệnh nhân được cam kết bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

2.3. Đánh giá kết quả

2.3.1. Đánh giá chủ quan: Dựa theo Lysholm J và cộng sự (1985) [8], lập thành bảng hỏi phỏng vấn bệnh nhân. Đánh giá kết quả qua bốn mức độ A, B, C, D. Trong đó, A: rất tốt 95 - 100 điểm, B: tốt 84 - 94 điểm, C: trung bình 65 - 83 điểm, D: kém < 65 điểm.

2.3.2. Đo tầm vận động duỗi khớp gối: Dựa trên phương pháp đo và ghi tầm hoạt động của khớp do viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ được hội nghị Vancouver ở Canada thông qua 1964 và hiện nay được quốc tế thừa nhận đó là phương pháp Zero, nghĩa là ở vị trí giải phẫu, mọi khớp được qui định là 0°.

Bảng 1. Lượng giá tầm vận động duỗi khớp gối

Hạn chế duỗi	Đánh giá
0°	Rất tốt
3° – 5°	Tốt
6° – 10°	Trung bình
>10°	Kém

2.3.3. Đo tầm vận động gấp của khớp gối

Bảng 2. Lượng giá tầm vận động gấp khớp gối

Hạn chế gấp	Đánh giá
0°	Rất tốt
6° – 15°	Tốt
16° – 25°	Trung bình
>25°	Kém

2.3.4. Đo độ teo cơ đùi

Bảng 3. Lượng giá độ teo cơ đùi (One-Leg-Hop test) [7]

Mức độ	Đánh giá
<1cm	Rất tốt
1 – 2 cm	Tốt
2 – 4 cm	Trung bình
> 4 cm	Kém

One-Leg Hop Test được thực hiện theo hướng dẫn của Noyes và cộng sự. Bệnh nhân đứng trên chân được đánh giá và thực hiện bật nhảy xa về phía trước bằng một chân, tiếp đất trên chính chân đó, giữ thăng bằng tối thiểu 2 giây. Mỗi bệnh nhân được thực hiện 3 lần cho mỗi bên chân, nghỉ 30–60 giây giữa các lần thử. Khoảng cách dài nhất đạt được được sử dụng để phân tích.

Chỉ số đối xứng chi dưới (Limb Symmetry Index - LSI) được tính theo công thức:

$$\text{LSI (\%)} = \frac{\text{Khoảng cách bật nhảy chân phẫu thuật}}{\text{Khoảng cách bật nhảy chân lành}} \times 100$$

Tất cả các phép đo được thực hiện bởi cùng một kỹ thuật viên phục hồi chức năng đã được tập huấn theo quy trình thống nhất nhằm hạn chế sai số giữa các lần đo.

Bảng 4. Kết quả được phân loại như sau

LSI (%)	Đánh giá
>90%	Rất tốt
76 – 90%	Tốt
50 – 75%	Trung bình
<50%	Kém

2.3.5. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng chung

Kết quả phục hồi chức năng sau phẫu thuật được đánh giá riêng biệt theo từng tiêu chí gồm:

- Chức năng khớp gối: đánh giá bằng thang điểm Lysholm.
- Độ vững khớp gối: đánh giá bằng nghiệm pháp Lach-

man và Pivot shift do cùng một bác sĩ chuyên khoa Chấn thương Chỉnh hình thực hiện. Kết quả được phân loại thành còn lỏng hoặc không còn lỏng khớp gối.

- Tầm vận động khớp gối: đánh giá bằng thước đo góc (goniometer), bao gồm biên độ gấp và duỗi theo phương pháp Zero.

- Mức độ đau: đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) từ 0 đến 10 điểm.

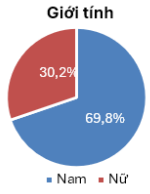
- Sức mạnh và khả năng vận động chi dưới: đánh giá bằng One-Leg Hop Test.

Kết quả "phục hồi tốt" chỉ được ghi nhận khi bệnh nhân đồng thời đạt các tiêu chí: khớp gối vững trên lâm sàng, không hạn chế tầm vận động, không đau hoặc đau nhẹ (VAS ≤ 1 điểm), điểm Lysholm đạt mức tốt hoặc rất tốt và khả năng bật nhảy một chân đạt từ 90% trở lên so với chân lành.

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Các dữ liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý thống kê theo phần mềm SPSS 20.0

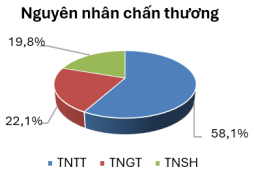
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Trong tổng số 86 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, với nam chiếm 69,8% và nữ chiếm 30,2% (tỷ lệ xấp xỉ 2/1). Nam vẫn chiếm ưu thế hơn nữ, điều này phù hợp vì nam thường chơi thể thao, chạy xe, té ngã do tai nạn giao thông, sinh hoạt.



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính

Xét về nguyên nhân chấn thương, tai nạn thể dục thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,1% (50/86 bệnh nhân), tiếp theo là tai nạn giao thông với 22,1% (19/86 bệnh nhân).



Biểu đồ 2. Nguyên nhân chấn thương

Khoảng thời gian từ khi xảy ra tổn thương đến lúc tiến hành phẫu thuật dao động từ 1 đến 47 tháng. Số lượng nhiều nhất là dưới 3 tháng. Đáng chú ý, có 59 bệnh nhân (68,6%) được phẫu thuật trong vòng một năm đầu sau chấn thương.

3.2. Kết quả điều trị

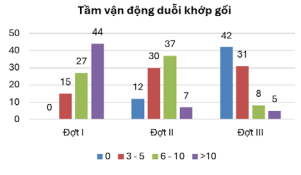
3.2.1. Kết quả gần sau phẫu thuật

- Không có bệnh nhân nào bị tụ máu trong khớp.

- Không có bệnh nhân nào chảy dịch qua vết mổ lấy gân và nội soi.

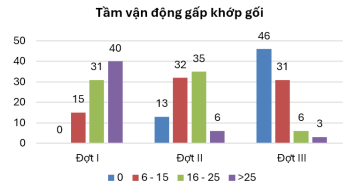
- 100% bệnh nhân liền sẹo kỳ đầu.

3.2.2. Tầm vận động khớp gối



Biểu đồ 3. Phục hồi chức năng duỗi khớp gối

Ngay tại đợt I sau phẫu thuật, đa số bệnh nhân (51,2%) có tầm vận động khớp chưa đạt hiệu quả. Tại đợt II sau phẫu thuật thì hạn chế duỗi khớp gối cũng đã cải thiện số bệnh nhân có tầm vận động khớp hạn chế duỗi đạt loại tốt và rất tốt chiếm 48,8%. Tại đợt III sau phẫu thuật thì tầm vận động khớp đã cải thiện rõ rệt số bệnh nhân duỗi được khớp gối loại tốt và rất tốt là 84,9%. Trong khi đó số bệnh nhân kém chỉ còn 5,8%.



Biểu đồ 4. Phục hồi chức năng gấp gối

Đợt I bệnh nhân tầm vận động khớp gối gấp chưa đạt chiếm 46.5% (40/86), loại trung bình chiếm 36.0% (31/86). Đợt II bệnh nhân gấp khớp gối loại tốt và khá chiếm 52.3%, kém chiếm tỷ lệ 7.0%. Đợt III bệnh nhân gấp gối loại tốt và khá chiếm 89,5%, kém chiếm tỷ lệ thấp 3,5%.

3.2.3. Kết quả phục hồi khớp gối

Bảng 5. Kết quả phục hồi khớp gối theo One-Leg-Hop test

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
> 90%	50	58,1%
76 – 90%	25	29,1%
50 – 75%	9	10,5%
< 50%	2	2,3%

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau 06 tháng (so với chân lành) đạt tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 87,2%.

Bảng 6. Kết quả phục hồi chức năng theo thời gian tổn thương

Kết quả	Thời gian chấn thương				
	< 3 tháng	3 – 12 tháng	12 – 24 tháng	> 24 tháng	Tổng số (n)
Rất tốt	25	16	5	4	50
Tốt	6	10	6	3	25
Trung bình	1	1	3	4	9
Kém	0	0	1	1	2
	32	27	15	12	86

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại bệnh viện 19-8, Bộ công an.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 86 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8.

Kết quả: Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân, kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8 thu được kết quả: tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là TNTT. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sau phẫu thuật. Kết quả đánh giá theo chức năng 97,7% bệnh nhân đã phục hồi, khớp gối hết lỏng, không hạn chế vận động, không đau khi vận động.

Kết luận: Hoạt động chăm sóc, phục hồi vận động gối tốt

(97,7%). Cần tuyên truyền phát hiện, điều trị sớm chấn thương thể thao và tăng cường chăm sóc điều dưỡng để nâng cao chất lượng, sự hài lòng người bệnh phẫu thuật DCCT.

Bệnh nhân phẫu thuật trong 3 tháng đầu sau khi bị chấn thương có tỷ lệ phục hồi cao hơn.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 2/1. Tỷ lê này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Anh Tuấn [3].

Theo kết quả nghiên cứu bệnh nhân nam luôn chiếm nhiều hơn nữ là do trong cuộc sống hàng ngày nam giới tham gia các hoạt động như chơi thể thao, tham gia giao thông nên thường bị tai nạn. Nguyên nhân gây tổn thương DCCT gặp ở tuổi trẻ chiếm 94.1% vì đây là lứa tuổi lao động nên có xác suất chấn thương cao. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 20 - 29 tuổi, chiếm 63.8%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, tổn thương DCCT gặp trong những bệnh nhân chơi thể thao, điều này phù hợp với cơ chế chấn thương DCCT gây xoắn vặn khớp gối thường gặp trong thể dục thể thao.

Kết quả điều trị cho thấy tầm vận động duỗi gối được cải thiện tốt sau mỗi đợt đánh giá. Đợt I, không có bệnh nhân nào đạt loại rất tốt, 15 bệnh nhân đạt loại tốt (17,4%), 27 bệnh nhân (31,4%) đạt loại trung bình và 44 bệnh nhân (51,2%) có kết quả kém. Đợt II, có 12 bệnh nhân (14,0 %) đạt loại rất tốt, 30 bệnh nhân (34.9%) đạt loại tốt, 37 bệnh nhân (43,0%) đạt loại trung bình và 7 bệnh nhân (8,1%) có kết quả kém. Đợt III, có 42 bệnh nhân (48,8%) đạt loại rất tốt, 31 bệnh nhân (36.0%) đạt loại tốt, 8 bệnh nhân (9,3%) đạt loại trung bình và 5 bệnh nhân (5,8%) có kết quả kém. Kết quả của Rose T và cộng sự [6] sau 6 tuần đạt loại rất tốt là 86%, loại tốt là 14%, không có bệnh nhân nào đạt loại trung bình hay kém. Sau 3 tháng và 6 tháng, kết quả như nhau, loại rất tốt là 92%, loại tốt là 8%. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phục hồi tầm vận động duỗi gối phụ thuộc vào thời gian vì thời gian đầu bệnh nhân đau không dám tập.

Khả năng phục hồi tầm vận động gấp gối tốt hơn sau mỗi đợt đánh giá. Đợt I, không có bệnh nhân đạt loại rất tốt, 15 bệnh nhân (17,4%) đạt loại tốt, 31 bệnh nhân (36,0%) đạt loại trung bình và 40 bệnh nhân (46,5%) có kết quả kém. Đợt II, có 13 bệnh nhân (15,1%) đạt loại rất tốt, 32 bệnh nhân (37,2%) đạt loại tốt, 35 bệnh nhân (40.7%) đạt loại trung bình và 6 bệnh nhân (7,0%) có kết quả kém. Đợt III, có 46 bệnh nhân (53,5%) đạt rất tốt, 31 bệnh nhân (36,0%) đạt loại tốt, 6 bệnh nhân (7,0%) đạt trung bình và 3 bệnh nhân (3,5%) có kết quả kém. Kết quả của Rose T và cộng sự [6] sau 6 tuần loại rất tốt và tốt là 84%, trung bình có 14%, không có bệnh nhân nào kém. Sau 3 tháng và 6 tháng kết qua như nhau loại rất tốt và tốt là 100%. Theo kết quả của nghiên cứu của chúng tôi phục hồi tầm vận động gấp gối trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đạt còn thấp so với các tác giả trên là do có một nhóm không tập vận động trong giai đoạn bất động, tập dồn trọng lượng lên chân phẫu thuật còn chậm.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 5 cho thấy khả năng phục hồi chức năng khớp gối sau 6 tháng điều trị (đợt III), theo đánh giá chức năng One-Leg-Hop test, có 50 bệnh nhân (58,1%) đạt loại rất tốt, 25 bệnh nhân (29,1%) loại tốt, 9 bệnh nhân (10,5%) loại trung bình và 2 bệnh nhân (2,3%) có kết quả kém. Chúng tôi thấy những bệnh nhân có lực cơ gấp - duỗi khớp gối tốt, độ teo cơ vùng đùi ít thì mức độ đánh giá chức năng theo One-Leg-Hop test tốt hơn những bệnh nhân có lực cơ đùi yếu và độ teo cơ đùi nhiều.

Ở bảng 6 cho thấy kết quả phục hồi chức năng theo thời gian giữa các nhóm bệnh nhân đến phẫu thuật càng sớm kết quả rất tốt càng cao. Thời gian trước 3 tháng, có 25 bệnh nhân (78,1%) đạt loại rất tốt, 6 bệnh nhân (18,8%) đạt loại tốt, 1 bệnh nhân (3,1%) đạt trung bình và 0 bệnh nhân kém. Thời gian từ 24 tháng trở lên, có 4 bệnh nhân (33,3%) đạt loại rất tốt, 3 bệnh nhân (25,0%) đạt tốt, 4 bệnh nhân (33,3%) loại trung bình và 1 bệnh nhân (3,1%) có kết quả kém. Theo chúng tôi, có được kết quả loại rất tốt nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân đến phẫu thuật sớm cơ chưa bị teo và lực cơ chưa bị yếu hơn những bệnh nhân đến phẫu thuật muộn. Tập vận động trị liệu sớm sẽ giảm nguy cơ xơ hóa làm cứng khớp gối. Cho nên nếu người bệnh được phẫu thuật sớm, rửa sạch máu tụ trong khớp, giúp giảm đau cho người bệnh, người bệnh dễ tuân thủ liệu trình vật lý trị liệu. Điều này hạn chế được cứng khớp gối [1].

5. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá theo chức năng 86 bệnh nhân đứt DCCT đã được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện 19-8 Bộ công an: 97,7% đã phục hồi tốt, khớp gối hết lỏng, không hạn chế vận động, không đau khi vận động. Tập vận động trị liệu sớm sẽ giảm nguy cơ xơ hóa làm cứng khớp gối.

Chăm sóc và phục hồi chức năng sau phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước giữ vai trò quan trọng trong quá trình liền mảnh ghép, phục hồi độ vững của khớp gối và cải thiện chức năng vận động. Chương trình phục hồi chức năng được thực hiện đúng thời điểm và theo đúng phác đồ giúp người bệnh phục hồi tầm vận động, cải thiện sức mạnh cơ, sớm trở lại sinh hoạt và lao động, đồng thời giảm nguy cơ các biến chứng như cứng khớp và teo cơ tứ đầu đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Nguyễn Thành Chơn (2022). Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước giai đoạn sớm - so sánh kết quả với phẫu thuật giai đoạn muộn. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 160(12V1), 214-219. doi: 10.52852/tcncyh.v160i12V1.1187

[2] Đỗ Xuân Hợp (1976), Giải phẫu thực dụng ngoại khoa chi trên - dưới, Nhà xuất bản y học, trang 269 - 279; 310-313; 323-331.

[3] Đoàn Anh Tuấn (2023). Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật All-inside sử dụng mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại bệnh viện đa khoa Đông Anh, Tạp chí Y học Việt Nam, Số 527, tr.1-4. doi: 10.51298/vmj.v527i2.5832

[4] Baer G.S., Harner C.D. (2007). Clinical outcomes of allograft versus autograft in anterior cruciate ligament reconstruction. Clin Sports Med. 26 (4), 661-81. doi: 10.1016/j.csm.2007.06.010

[5] Noyes F.R., Barber-Westin S.D. (2014). Neuromuscular retraining intervention programs: do they reduce noncontact anterior cruciate ligament injury rates in adolescent female athletes? Arthroscopy. 30 (2), 245-55. doi: 10.1016/j.arthro.2013.11.003

[6] Rose T, Engel T, Bernhard J, Hepp P, Josten C, Lill H (2004). Differences in the rehabilitation period following two method of anterior cruciate ligament replacement: semitendinosus/gracilis tendon vs ligament patellar, Knee Surg Sports Traumatol Arthrose, May 12(3), pp. 189- 197. doi: 10.1007/s00167-003-0438-8

[7] Sabrina Mendes Turck, Marcelo Faria Silva et al (2025). Using the Single-Leg Hop Test to Determine Knee Extension Strength After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, Orthop J Sports Med, Apr 4; 13(4). doi: 10.1177/23259671241303520

[8] Tegner, Yelverton, and Jack Lysholm (1985). Rating systems in the evaluation of knee ligament injuries, Clinical orthopaedics and related research, No 198, pg.43-49.