

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN CHÀY SAU ĐIỀU TRỊ BÀN CHÂN RŨ

*Nguyễn Văn Tín**

*Cao Hữu Từ**

*Tống Khánh Vinh**

TÓM TẮT

Từ 2004 - 2008, 33 bệnh nhân (BN) tổn thương bàn chân rũ do di chứng liệt thần kinh hông khoeo ngoài, điều trị bằng phẫu thuật chuyển gân chày sau ra trục mu chân, thời gian theo dõi trung bình 20,6 tháng (5 - 38 tháng).

Kết quả: 27 BN đạt kết quả tốt và rất tốt, sức gập mu tốt và bàn chân ở thể trung bình, không bị biến dạng xoay trong và xoay ngoài. 4 BN đạt kết quả trung bình: bàn chân ở thể trung bình, không có biến dạng bàn chân. Kết quả đạt tốt hơn ở những BN < 40 tuổi với tổn thương dây thần kinh hông khoeo ngoài. Theo dõi trong thời gian dài không thấy biến chứng đau của bàn chân bệt do mất chức năng của gân cơ chày sau. 84,5% BN rất hài lòng với kết quả phẫu thuật.

* Từ khóa: Bàn chân rũ; Phẫu thuật chuyển gân chày.

LONG-TERM RESULTS OF TIBIALIS POSTERIOR TENDON TRANSFER FOR DROP-FOOT

Nguyen Van Tin

Cao Huu Tu

Tong Khanh Vinh

SUMMARY

From 2004 to 2008, 32 patients with drop - foot secondary to common peroneal nerve palsy treated with transfer of the tibialis posterior tendon were followed - up for a mean of 20.6 months (05 - 38 months). In 27 patients had the results as "excellent" and "good".

These patients were able to dorsiflex their good to the neutral position and beyond. Four patients were able to the neutral position and beyond. The results appeared to be better in men under 40 years of age with common peroneal palsies. A painful flatfoot acquired in adulthood does not appear to be a significant long term complication despite the loss of functioning tibialis posterior tendon. We concluded that tibialis posterior tendon transfer as a group produced 84.5% "excellent" or "good" results in term of patients satisfaction with the outcome of surgery.

* Key words: Tibbiales posterior tendon transfer; Drop foot.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Trần Đình Chiến

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt thần kinh hông khoeo ngoài là loại tổn thương do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tổn thương liệt thần kinh hông khoeo để lại di chứng mất cân bằng sức cơ của cổ - bàn chân, dẫn đến những biến dạng của cơ, xương, khớp, làm biến dạng bàn chân, ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động, lao động và sinh hoạt của người bệnh. Phẫu thuật chỉnh hình liệt thần kinh hông khoeo ngoài không hồi phục rất quan trọng, cần thiết, để trả lại các chức năng vận động, phòng và sửa chữa các biến dạng lâu dài. Tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài ở giai đoạn liệt rũ, bàn chân đi lét, ch- a có các biến dạng quan trọng về gân, cơ, khớp... Phẫu thuật chuyển gân chày sau qua màng liên cốt ra mu chân phục hồi động tác gấp mu là phẫu thuật có hiệu quả tốt.

Tại Việt Nam, phương pháp phẫu thuật này cũng đã được nghiên cứu, áp dụng tại nhiều cơ sở điều trị. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển gân chày sau ra trục mu chân điều trị liệt thần kinh hông khoeo ngoài.

2. Rút ra những nhận xét về chỉ định, kỹ thuật, phục hồi chức năng trục mu và sau mổ.

ĐỐI T- ỢNG VÀ PH- ƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Từ tháng 01 năm 2004 đến tháng 05 năm 2008 tại Viện Chấn thương - Chính hình, Bệnh Viện TWQĐ 108 33 BN bị tổn thương liệt thần kinh hông khoeo ngoài ở giai đoạn sớm được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật chuyển gân chày sau qua màng liên cốt ra trục mu chân.

- Tuổi trung bình 24,5 (cao nhất: 52; thấp nhất: 05).

- Giới: nam: 25 BN ; nữ: 8 BN.

- Chân tổn thương: bên phải: 14 BN; bên trái: 19 BN.

- Nguyên nhân tổn thương: chủ yếu do chấn thương vết thương, trong đó: chấn thương: 11 BN; vết thương: 09 BN; tai nạn điều trị: 05 BN; bệnh bại liệt: 05 BN; di chứng viêm não: 01 BN; u xương sụn đầu trên xương mác: 01 BN; ch- a rõ nguyên nhân: 01 BN.

- Thời gian trung bình từ khi tổn thương đến khi mổ là 24,6 tháng (thấp nhất 2 tháng, cao nhất 132 tháng).

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu các bệnh án I- u trữ, thu thập và xử lý số liệu, kiểm tra kết quả bằng thăm khám lâm sàng, chụp X quang th- ờng cổ - bàn chân, trực tiếp phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

2.1. Phẫu thuật:

* *Lựa chọn chỉ định phẫu thuật:* căn cứ vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và chẩn đoán chức năng.

- Liệt thần kinh hông khoeo ngoài ở giai đoạn liệt rũ, bàn chân đi lét, có thể có vẹo trong.

- Cơ chày sau (cơ động lực) còn nguyên vẹn, lực cơ tốt.

- Các khớp cổ chân, bàn chân còn mềm mại không bị biến dạng, thoái hóa (xác định bằng lâm sàng, X quang).

- BN và gia đình được giải thích kỹ và tình nguyện điều trị, luyện tập phục hồi chức năng sau mổ theo hướng dẫn của bác sĩ.

- BN phải ở trạng thái thần kinh hoàn toàn tỉnh táo, không có sa sút trí tuệ, tâm thần, không phối hợp với thầy thuốc trong điều trị.

- Tình trạng toàn thân của BN cho thấy: không có nhiễm khuẩn, quá già yếu suy kiệt, ung thư - giai đoạn muộn...

* *Kỹ thuật mổ:*

- Vô cảm: gây tê tuỷ sống hoặc gây mê (trẻ em, các tr-ờng hợp có chống chỉ định gây tê tuỷ sống).

- Ga rô vùng 1/3 trên cẳng chân.

- Đ-ờng rạch thứ nhất: bờ trong bàn chân, d-ới mắt cá trong 3 cm, dài khoảng 5 cm, bóc lộ điểm bám của gân chày sau vào lỗ củ x-ơng thuyền, cắt điểm bám kèm theo mẫu x-ơng nhỏ theo gân.

- Đ-ờng rạch thứ hai: mặt trong 1/3 d-ới cẳng chân, phía sau x-ơng chày, dài khoảng 5 cm, bóc tách tìm gân cơ chày sau kéo rút gân lên khỏi vết mổ, kiểm tra độ dài của gân đến vị trí dự kiến sẽ cố định ở phía tr-ớc mu chân (t- thể bàn chân vuông góc). Từ đ-ờng rạch này dùng pinche dài tạo đ-ờng hầm qua màng liên cốt ra phía tr-ớc cổ chân trên dây chằng vòng cổ chân, đ- a gân chày sau qua đ-ờng hầm ra tr-ớc.

- Đ-ờng rạch thứ ba: phía mu chân bóc lộ x-ơng chêm II, dùng đục nhỏ, sắc tạo lỗ chôn gân.

- Khoan x-ơng lấp cố định ngoài qua 1/3 d-ới x-ơng chày và qua các x-ơng bàn, cố định bàn chân t- thể gấp mu 10 độ (bộ cọc ép ren ng-ợc chiều [CERNIC] của Nguyễn Văn Nhân).

- Tạo đ-ờng hầm từ phía trên cổ chân đến chỗ chôn gân d-ới dây chằng vòng cổ chân, luồn gân chày sau qua đ-ờng hầm, cố định gân vào x-ơng chêm II bằng các mũi khâu vào x-ơng hoặc đục hố x-ơng, chôn đầu gân xuống, cố định bằng đinh chữ U, chữ V.

* Chăm sóc và tập vận động sau mổ:

- Điều trị hậu phẫu nh- một phẫu thuật thông th-ờng; cắt chỉ vết mổ sau 7 đến 10 ngày.

- Hộ lý thay băng chân đinh, khung cố định ngoài bằng lau rửa sạch hàng ngày, quấn gạc chân đinh tẩm cồn, betadin, sau cắt chỉ có thể cho BN ra viện, h-ớng dẫn tự chăm sóc chân đinh tại nhà.

- Giữ khung cố định ngoài 6 tuần, tháo cố định ngoài thay bằng máng bột cẳng - bàn chân, h-ớng dẫn tập vận động, lý liệu (tập từ từ, tăng dần, vận động thụ động rồi đến vận động chủ động). Ban ngày bỏ cố định để tập luyện, sau tập và ban đêm mang nẹp chống bàn chân rũ tái phát. Sau 4 tuần luyện tập mới bỏ bột hoàn toàn, tập vận động gấp - duỗi bàn chân có chịu lực tăng dần.

2.2. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

Đánh giá kết quả theo Singer và Fripp (1958).

XẾP LOẠI	RẤT TỐT	TỐT	TRUNG BÌNH	XẤU
Góc gấp mu tối đa	≥ 10 độ	< 10 độ	0 độ	Góc gấp âm
Tầm hoạt động chủ động của động tác gấp duỗi bàn chân	≥ 30 độ	≥ 15; < 30 độ	< 15 độ	Không cải thiện so với tr-ớc mổ
Mức độ biến dạng của bàn chân	Bàn chân không biến dạng	Bàn chân không biến dạng	Bàn chân không biến dạng hoặc biến dạng không đáng kể	Bàn chân rũ, vẹo trong, thuổng
Dáng đi	Bình th-ờng	Bình th-ờng	Ch- a bị ảnh h-ớng	Bàn chân đi lết, thuổng

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 - 2004 đến 5 - 2008 chúng tôi đã điều trị cho 33 BN. Thời gian theo dõi kiểm tra sau mổ trung bình 20,6 tháng (từ 5 - 38 tháng). 1 BN ch- a kiểm tra sau mổ đ- ợc (BN mới mổ, ch- a tháo cố định ngoài).

Căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá của Singer và Fripp, kết quả nh- sau:

Rất tốt: 15 BN (46,8%); tốt: 12 BN (37,7%); trung bình: 4 BN (12,5%); xấu: 1 BN (3,12%).

1 tr- ờng hợp thất bại: bàn chân rũ tái phát do bật điểm cố định gân chày sau vào x- ơng chêm II

phải mổ cố định lại.

- Về biến chứng:

+ Nhiễm trùng: không gặp tr- ờng hợp nào nhiễm trùng nặng nh- viêm mủ khớp, viêm x- ơng, viêm tấy phần mềm cổ - bàn chân, nhiễm trùng toác vết mổ... 6/32 BN có nhiễm trùng chân đinh mức độ nhẹ, chỉ cần chăm sóc tại chỗ bằng dung dịch sát khuẩn, sử dụng kháng sinh đ- ờng uống.

+ Viêm loét bờ ngoài bàn chân không tự liền đ- ợc (1 tr- ờng hợp): nguyên nhân do tổn th- ơng bại liệt, BN đến mổ khá muộn sau liệt 132 tháng bàn chân vẹo trong rõ, làm thay đổi điểm tỳ lâu dài dẫn đến viêm loét bờ ngoài bàn chân không liền, phải mổ tạo hình cắt bỏ sẹo viêm loét che phủ khuyết hổng bằng vật da - cơ vi phẫu kết quả tốt.

+ Bật tuột đầu gân cố định vào x- ơng chêm II: 1 tr- ờng hợp bàn chân rũ tái phát do lỗi kỹ thuật (đục hố x- ơng để chôn gân không đủ sâu, cố định đinh chữ U không tốt) đã đ- ợc mổ tìm đầu gân cố định lại, tiến triển thuận lợi.

+ 3 tr- ờng hợp có di chứng biến dạng vẹo ngoài bàn chân mức độ nhẹ, khoảng 5 độ, không ảnh h- ưởng đến dáng đi và chức năng vận động, không phải phẫu thuật bổ sung, BN chấp nhận đ- ợc.

BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân và vị trí tổn th- ơng.

20/33 BN It thần kinh hông khoeo ngoài do nguyên nhân chấn th- ơng và vết th- ơng. Phổ biến nhất là chấn th- ơng vùng khớp gối, ai khớp gối, gãy x- ơng vùng đầu d- ới x- ơng đùi và đầu trên x- ơng chày, các vết th- ơng trên đ- ờng đi của dây thần kinh hông khoeo ngoài: mặt sau đùi, mặt sau khoeo, đặc biệt là mặt ngoài 1/3 trên cẳng chân, t- ơng đ- ơng vùng cổ x- ơng mác. Vì vậy, với chấn th- ơng và vết th- ơng này cần quan tâm đến các dấu hiệu tổn th- ơng thần kinh, phát hiện sớm để xử trí bằng khâu nối, ghép thần kinh có thể mang lại kết quả phục hồi thần kinh. Theo Js.Yeap; R.Birch; D. Sing [3] kết quả này t- ơng đối hạn chế (46% - 54% không hồi phục). Ngày nay với kỹ thuật vi phẫu kết quả có thể khả quan hơn (ch- a có tổng kết nào về vấn đề này) nh- ng từ 2004 - 2008 chúng tôi đã tiến hành nối vi phẫu cho 4 BN tổn th- ơng đứt thần kinh d- ới 3 tháng, cả 3 tr- ờng hợp phục hồi hoàn toàn.

5 BN có tổn thương thần kinh do biến chứng sau mổ kết x-ơng đùi, mâm chày đều phát hiện muộn do bị che lấp triệu chứng, tổn thương ở giai đoạn không hồi phục.

2. Chỉ định và thời điểm phẫu thuật.

Đa số các tác giả trên thế giới và trong nước đều thống nhất: chuyển gân chày sau đơn thuần chỉ thực hiện ở giai đoạn bàn chân liệt rũ, ch- a có các biến dạng quan trọng về x-ơng, khớp nên thực hiện sau tổn thương 12 - 14 tháng, cơ động lực nguyên vẹn về giải phẫu, chức năng, sức cơ cơ tốt, điều kiện toàn thân cho phép, BN hợp tác tốt trong tập vận động phục hồi chức năng tr- ớc và sau mổ [1, 2, 3, 4].

Qua nghiên cứu chúng tôi nhất trí với quan điểm này. Đây là các điều kiện hết sức cơ bản và cần thiết cho thành công của phẫu thuật. Tuy nhiên, thời gian từ khi tổn thương đến khi mổ chỉ là t- ơng đối, phụ thuộc khá rõ vào nguyên nhân tổn thương, tuổi và tiến triển của từng cá thể. Những tr- ờng hợp tổn thương do bại liệt, viêm não, viêm thần kinh, bệnh lý u đầu trên x-ơng mác... tiến triển của liệt có thể từ từ, tăng dần, các biến dạng xuất hiện muộn hơn. Trong nghiên cứu này thời gian khoảng 20 - 24 tháng.

Vấn đề quan trọng là thăm khám kỹ, đánh giá tỷ mỉ tình trạng của các cơ bị liệt, các cơ còn nguyên vẹn, tình trạng cân bằng của bàn chân, độ mềm mại của khớp, thoái hoá khớp bằng lâm sàng, X quang, điện cơ là những căn cứ để chỉ định phẫu thuật.

3. Những kinh nghiệm trong kỹ thuật mổ.

- Chuẩn bị BN chu đáo, giải thích kỹ càng các tổn thương, kỹ thuật mổ, những vấn đề cần thiết trong tập luyện tr- ớc và sau mổ để BN nắm rõ và phối hợp điều trị.

- Chuẩn bị tốt dụng cụ tr- ớc mổ: đinh chữ U, cọc ép ren ng- ợc chiều có kích cỡ phù hợp.

- Mổ d- ới ga rô, nhằm hạn chế chảy máu, tr- ờng mổ sạch giúp cho phẫu thuật viên bộc lộ và bóc tách gân dễ dàng, hạn chế sang chấn của gân và các tổ chức xung quanh tránh dính gân sau mổ.

- Đ- ờng mổ gọn, đủ rộng để phẫu tích gân, tôn trọng tối đa các cấu trúc giải phẫu của gân, cơ, mạch máu và thần kinh chi phối, bảo vệ gân bằng gạc tẩm n- ớc muối sinh lý.

- Tạo đ- ờng hầm đủ rộng, kiểm tra lại thấy gân tr- ợt dễ dàng trong đ- ờng hầm.

- Chọn đ- ờng đi của gân đến vị trí cố định ngắn nhất, thẳng, không xoắn vặn, gấp khúc, cuộn gân, - ớm thử độ dài của gân tr- ớc khi đặt cố định và cố định gân.

- Cố định: khung cố định ngoài (cọc ép ren ng- ợc chiều [CERNIC]) cố định khớp cổ chân ở t- thể gấp mu khoảng 10 độ, với mục đích sau khi tháo cố định, bàn chân sẽ đạt đ- ợc t- thể trung bình, bảo đảm độ căng của gân, cơ hợp lý.

- Cố định chắc chắn gân vào x-ơng chêm II bằng đinh chữ U. Đối với BN trẻ em nên cố định bằng các mũi khâu vào x-ơng vì x-ơng chêm nhỏ, nhiều sụn, gân chày sau mảnh, cố định bằng đinh chữ U không chắc. Chúng tôi gặp 1 BN 5 tuổi bắt điểm cố định gân phải mổ để khâu cố định lại (tốt nhất nên lấy kèm theo đầu điểm bám của gân 1 phần x-ơng, để khi chôn cố định vào x-ơng chêm sẽ có sự liên x-ơng của đầu gân với nền nhận cố định gân).

- Trong quá trình đ- a gân đến vị trí cố định, đặt cọc ép, cố định gân cần tính toán kỹ càng sao cho gân có độ căng vừa phải, không quá căng cơ sẽ mất chức năng, quá chùng dẫn đến sức cơ không đủ để vận động gấp mu tốt đ- ợc, bàn chân sẽ còn sưng, ảnh h- ớng đến vận động đi lại.

4. Lựa chọn ph- ơng tiện cố định.

Có 2 cách cố định sau mổ th- ờng đ- ợc sử dụng: bó bột cẳng - bàn chân, sử dụng CERNC.

- Chúng tôi lựa chọn ph- ơng pháp cố định bằng CERNC vì những - u điểm sau:

+ Đây là ph- ơng tiện cố định đảm độ vững chắc và ổn định của khớp cổ chân ở một t- thể của bàn chân, tạo điều kiện thuận lợi cho liền đầu gân vào điểm cố định ở nền x- ơng, tránh bật, tr- ợt điểm cố định gân vào x- ơng chêm (chú ý phải đục tạo 1 hố x- ơng để chôn đầu gân cho chắc sau đó mới cố định đinh).

+ Có thể căng chỉnh bổ sung khi góc cố định ch- a đạt yêu cầu.

+ Thuận lợi cho việc chăm sóc vết mổ, mang khung cố định cũng t- ơng đối nhẹ nhàng đối với BN (trong thời gian cố định 4 - 6 tuần).

Tuy nhiên phải h- ớng dẫn cho BN cách chăm sóc chân đinh thật kỹ càng, tỷ mỉ. Biến chứng hay gặp là nhiễm trùng chân đinh, th- ờng xuất hiện vào tuần thứ 2 - 3 sau mổ.

- Cố định bằng bó bột nên sử dụng ở BN nhi vì các x- ơng bàn còn nhỏ khó, xuyên đinh, chăm sóc chân đinh không thuận tiện.

Nh- ợc điểm chính của ph- ơng pháp này là tính ổn định không thật tốt khi cẳng - bàn chân hết nề, hoặc do kỹ thuật, bột có thể bị lỏng, một số BN có cảm giác ngứa khó chịu đã tự tháo bột để vệ sinh, dẫn đến không đạt yêu cầu cố định.

5. Luyện tập phục hồi chức năng sau mổ.

Đây là phần rất quan trọng ảnh h- ớng đến kết quả phẫu thuật. Việc luyện tập phục hồi chức năng đòi hỏi kiên trì và đúng ph- ơng pháp, nếu có điều kiện BN nên tập luyện ở các cơ sở vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

Đa số BN tập luyện tại nhà, do thời gian tập kéo dài, vì vậy phẫu thuật viên nên tham khảo ý kiến chuyên gia vật lý trị liệu, h- ớng dẫn, giải thích kỹ càng để BN phối hợp điều trị.

6. Kết quả chung.

Với thời gian theo dõi đánh giá kết quả từ tháng 1 - 2004 đến tháng 5 - 2008 kết quả, chung nh- sau:

Rất tốt và tốt 84,5%, trung bình 12,5% và xấu (thất bại) 3,12%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả n- ớc ngoài và Việt Nam [1, 2, 5].

Kết quả tốt nhất đạt đ- ợc ở những BN trẻ < 40 tuổi, nguyên nhân do chấn th- ơng, vết th- ơng, tổn th- ơng ở ngoại vi, ng- ời lao động thể lực. Những yếu tố này đáp ứng đ- ợc các

điều kiện của phẫu thuật: liệt hoàn toàn thần kinh mác chung (thần kinh hông khoeo ngoài), khớp cổ chân mềm mại, cơ động lực nguyên vẹn và sức cơ tốt.

37,7% BN chỉ đạt ở mức độ tốt, mặc dù chỉ định và kỹ thuật mổ tốt nh- ng tập vận động ch- a đạt yêu cầu: đây là những BN ở xa, lý do chủ yếu ít tập do đau, s- ng nề, đến khám tại y tế địa ph- ơng. Khi BN đến để kiểm tra kết quả, mặc dù sức cơ khá tốt nh- ng động tác gấp mu chỉ đạt < 10 độ và biên độ gấp - duỗi bàn chân < 30 độ, do dính gân chày sau, vị trí dính chủ yếu gặp ở đoạn gân đi d- ới dây chằng vòng cổ chân (cần cứ vào khám lâm sàng và cảm giác v- ớng của BN ở vị trí này khi vận động chủ động).

1 tr- ờng hợp thất bại là do kỹ thuật: ở BN nhỏ tuổi, x- ơng chêm rất nhỏ lại chủ yếu còn là sụn, gân chày sau mảnh, việc cố định bằng đinh chữ U không đảm bảo chắc chắn, nên sử dụng các mũi khâu vào x- ơng và chôn gân tốt xuống hố x- ơng (có thể đục 1 hố x- ơng tạo nắp x- ơng, chôn đầu gân vào đáy hố lật nắp x- ơng lại và cố định đinh chữ U tăng c- ờng).

7. Ưu, nhược điểm của ph- ơng pháp.

- Ưu điểm: phẫu thuật chuyển gân chày sau đơn độc là một phẫu thuật t- ơng đối đơn giản về mặt kỹ thuật, can thiệp ít, thời gian ngắn, không đòi hỏi ph- ơng tiện nhiều, nếu có chỉ định và kỹ thuật mổ tốt, tập luyện tích cực sẽ cho kết quả khả quan.

- Nh- ợc điểm: chỉ định mổ t- ơng đối hạn chế: áp dụng cho các tr- ờng hợp liệt hoàn toàn thần kinh hông khoeo ngoài, giai đoạn liệt rũ, ch- a có các biến dạng quan trọng về x- ơng khớp và phần mềm.

Các tr- ờng hợp liệt không hoàn toàn, hoặc BN đến muộn đã có các biến dạng gân cơ, x- ơng, khớp không thể sử dụng phẫu thuật chuyển gân chày sau đơn thuần mà phải tiến hành nhiều phẫu thuật chỉnh hình kết hợp trên cả gân, cơ, x- ơng, khớp vùng cẳng, cổ, bàn chân.

KẾT LUẬN

- Phẫu thuật chuyển gân, cơ chày sau qua màng liên cốt ra tr- ớc mu chân điều trị tổn th- ơng liệt thần kinh hông khoeo ngoài là ph- ơng pháp điều trị có kết quả tốt, có độ tin cậy cao, phục hồi chức năng tốt, trả lại khả năng lao động và sinh hoạt cho ng- ời bệnh.

- Kỹ thuật không quá khó, không đòi hỏi trang thiết bị đặc biệt. Chỉ định đúng, thực hiện đúng kỹ thuật, tập luyện phục hồi chức năng kiên trì và đúng ph- ơng pháp là những yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phẫu thuật chỉnh hình di chứng liệt thần kinh hông khoeo ngoài. Bài giảng sau đại học- Bộ môn Chấn thương Chỉnh hình, Học viện Quân y.

2. Hoàng Thiện Quang, Nguyễn Kim Khoa, Phạm Văn Sơn, Phạm Văn Bắc, Đỗ Thị Thanh Tâm. Đánh giá kết quả phẫu thuật phục hồi chân rết. 2003, 11, tr. 01- 04.

3. Js.Yeap; R.Birch; D. Singh. Long-term results of tibialis posterior tendon transfer for drop-foot. International orthopaedics (SICOT). 2001, 25, pp.114-118.

4. James C,H Goh; Peter Y.C Lee; Eng Hin Lee and Kamal Bose. Biomechanical study on tibialis posterior tendon transfer. Clinical orthopaedics and related research. 1005, No 319, pp. 297-302.

5. Peter F. Williams, Melbourne, Australia. Restoration of muscle balance of the foot by transfer of the tibialis posterior. The Journal of bone and joint surg. 1976, Vol 58-B, No.2, May pp. 217-219.