

KẾT QUẢ TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG BỐ BÓ GÂN CHÂN NGỔNG TỰ THÂN QUA NỘI SOI

THÁI CÔNG TOÀN EM, LƯU VĂN HUẾ, PHẠM VIỆT TRIỀU

TÓM TẮT

Mất vững khớp gối phía trước liên quan đến tổn thương dây chằng chéo trước sau chấn thương gối làm mất chức năng khớp gối, khả năng tự sửa chữa của dây chằng chéo trước rất nghèo nàn. Vì vậy bệnh nhân có triệu chứng liên quan đến dây chằng chéo trước thường được cân nhắc khả năng phẫu thuật tái tạo dây chằng. Chúng tôi nghiên cứu tiến cứu mô tả 34 trường hợp tái tạo dây chằng chéo trước bằng bốn bó gân chân ngỗng tự thân (gân cơ thon và bán gân chập đôi) qua nội soi và phương tiện cố định ở lồng cầu đùi bằng Retrobutton. Kết quả lâm sàng cải thiện đáng kể độ lỏng khớp gối theo Lachman (85,3% không còn lỏng gối ra trước), chức năng khớp gối cải thiện có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng. Như vậy phương pháp phẫu thuật về mặt kỹ thuật khá thuận lợi, cải thiện đáng kể độ vững và chức năng khớp gối.

SUMMARY

Anterior knee instability related with rupture of anterior cruciate ligament after knee injury is a disabling clinical problem. The anterior cruciate ligament has a poor capacity for intrinsic repair. In this study, we analyzed the clinical outcome of prospective observation thirty four patients arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction with a four-strand hamstring tendon autograft and retrobutton. Clinical outcome recover the knee stable follow Lachman test (85.3% stable), after six months, the knee function improve statistically. Outcome of arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction increase effectively the stability and the function of the knee.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỏng gối đặc biệt là các trường hợp mất vững gối ra phía trước liên quan đến tổn thương dây chằng chéo trước sau chấn thương gối làm giảm dần và mất chức năng khớp gối, khả năng tự sửa chữa của dây chằng chéo trước rất nghèo nàn. Vì vậy bệnh nhân có triệu chứng liên quan đến dây chằng chéo trước thường được cân nhắc khả năng phẫu thuật tái tạo dây chằng. Việc lựa chọn mảnh ghép tự thân bằng bốn bó gân chân ngỗng (gân cơ thon và bán gân chập đôi) ngày càng phổ biến. Việc lựa chọn phương tiện cố định ở lồng cầu đùi thay đổi dần sao cho vững chắc hơn và dễ dàng hơn cho quá trình phẫu thuật.

Theo Hirshman và cộng sự, tổn thương dây chằng chéo trước 0,38/1.000, theo Jonhson và cộng sự, tổn thương dây chằng chéo trước 0,30/1.000

Đồng bằng sông Cửu Long dân số khoảng 20 triệu, tương đương 1/5 dân số cả nước, nhưng chưa có một thống kê cũng như tổng kết đầy đủ kết quả quá trình điều trị. Chính vì lẽ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu “đánh giá kết quả lâm sàng bước đầu tái tạo dây chằng chéo trước bằng bốn bó gân chân ngỗng tự thân qua nội soi và phương tiện

cố định ở lồng cầu đùi bằng Retrobutton ở bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước có triệu chứng”

TỔNG QUAN

Theo Harner và cộng sự, dây chằng chéo trước nguyên ủy mặt sau ngoài notch lồng cầu đùi, lệch ngoài 25° so với trục than xương đùi, độ dài khoảng 38 mm, đường kính khoảng 10 mm (7-12 mm), dây chằng chéo trước được bao bọc, nằm ngoài hoạt mạc, cấu tạo gồm hai bó, bó trước trong (bó AM) lớn hơn, dày hơn bó sau ngoài (bó PL).

Về sinh cơ học, khi gấp gối bó AM căng giúp mâm chày không di lệch ra trước và khi duỗi gối bó PL căng giúp kiểm tra biên độ duỗi gối. Dây chằng chéo trước còn có nhiệm vụ điều khiển xoay trong ngoài cho mâm chày với lồng cầu đùi. Chính việc hiểu giải phẫu và chức năng của từng bó ngày càng đầy đủ hơn, nên gần đây tái tạo dây chằng chéo trước hai bó được đề cập nhiều hơn.

Về cố định mảnh ghép ở lồng cầu đùi đã phát triển qua nhiều giai đoạn, với những phương tiện cố định sao cho cố định mảnh ghép vững chắc hơn và dễ dàng cho việc thao tác. Chúng ta có thể điểm qua các thế hệ phương tiện cố định mảnh ghép điển hình như vít chẹn, vít treo gân khớp (Crosspin, Tranfix, Rigidfix ...) và hiện nay đang sử dụng phổ biến là button treo ngoài vỏ xương (Endobutton, XO button, Retrobutton...). Trong nghiên cứu chúng tôi chọn Retrobutton làm phương tiện cố định ở lồng cầu đùi.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu tiến cứu mô tả 34 trường hợp lỏng gối ra trước sau tai nạn, mỗi bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá chức năng khớp gối bằng thang điểm Lysholm gối, x quang gối thường qui hai bình diện thẳng và nghiêng, MRI gối ở những trường hợp cần thiết giúp củng cố chẩn đoán và tìm kiếm những tổn thương phối hợp. Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước, xử trí những tổn thương phối hợp bởi cùng một ê kíp. Tập vật lý trị liệu theo qui định.

Phương pháp phẫu thuật: Sau khi gây tê tùy sống và chuẩn bị tư thế bệnh nhân, tiến hành đặt ga rô đùi, lấy gân cơ thon và bán gân để bệnh gân (chập đôi), vào khớp gối bằng hai cổng dưới trong và ngoài, cắt lọc khớp gối, điểm bám dây chằng ở lồng cầu và mâm chày, đặt định vị và khoang đường hầm ở lồng cầu đùi bằng kích thước gân (chú ý khoảng cách miệng vỏ, đoạn kéo gân), đặt định vị và khoang đường hầm ở mâm chày, luồn gân, cố định mảnh ghép ở lồng cầu đùi (button bện), cố định mảnh ghép ở mâm chày.

Bệnh nhân được thăm khám sau mổ, tái khám 1 tháng, 3 tháng để đánh giá độ vững gối và tiến trình phục hồi chức năng, từ 6 tháng trở đi đánh giá thêm chức năng gối theo thang điểm Lysholm gối.

Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu và thống kê xử lý bởi phần mềm SPSS 15., kết quả so sánh các tác giả cùng phương pháp điều trị.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi bệnh nhân trung bình là 33 (21-52), tỉ lệ nam nhiều hơn nữ gấp 3 lần, nguyên nhân chấn thương theo thứ tự tai nạn giao thông nhiều hơn tai nạn thể thao và tai nạn sinh hoạt. Thời gian từ lúc tổn thương đến phẫu thuật sớm nhất sau chấn thương là 2 tuần, muộn nhất có trường hợp đến 14 năm.

Về tính chất tổn thương dây chằng chéo trước chúng tôi nội soi thấy đứt ở lõi cầu đùi 31/34 trường hợp, đứt bán phần 2/34 trường hợp, bong điểm bám dây chằng ở mâm chày mảnh nhỏ 1/34 trường hợp.

Về tổn thương phối hợp, nhiều nhất là rách sụn chêm, do bệnh nhân đến muộn hơn nữa vị trí chủ yếu ở 1/3 giữa và 1/3 trong nên chúng tôi chỉ cắt sụn chêm.

Tổn thương	Dây chằng bên trong	Sụn chêm	Thoái hóa khớp gối
Số ca	4	13	4
Xử trí	2 ca tái tạo độ III	Cắt sụn	Đốt RF

Về Retrobutton sử dụng, chúng tôi sử dụng nhiều nhất là loại Retrobutton 12*25 mm (button 12 mm, vòng treo 25mm) chiếm tỉ lệ 47%, kế đến là các loại Retrobutton 12*20 mm, 12*30 mm và 12*15mm. Chúng tôi nhận thấy với loại Retrobutton có vòng treo càng ngắn thì button càng khó bật như loại Retrobutton 12*15 mm.

Kết quả tái tạo dây chằng chéo trước theo dấu Lachman, chúng tôi kiểm tra ở thời điểm đánh giá nhận thấy 85,3% các trường hợp lỏng gối < 3mm (âm tính), còn lại là các trường hợp lỏng gối nhẹ và vừa. So sánh tác giả khác, chúng tôi nhận thấy kết quả ban đầu nhìn chung là rất đáng khích lệ.

Tác giả	Cố định lõi cầu	Lachman (-)
Trương Trí Hữu (2008, n=115)	Vít chẹn	87,9%
Đặng Hoàng Anh (2008, n=52)	Vít chẹn	92%
Nguyễn Văn Hỷ (2008, n=22)	Endobutton	100%
Riley & CS (2005, n=122)	Endobutton	89%
Chúng tôi (2010, n=34)	Retrobutton	85,3%

Kết quả chức năng khớp theo thang điểm Lysholm sau 6 tháng ghi nhận tỉ lệ rất tốt và tốt là 88,2% (trung bình và xấu là 11,8%). So sánh các tác giả khác như Trương Trí Hữu sử dụng vít chẹn thì tỉ lệ này là 89,6%,

Đặng Hoàng Anh sử dụng vít chẹn là 92%, Nguyễn Văn Hỷ sử dụng Endobutton là 100%, Mueta và cộng sự sử dụng Endobutton là 78%.

Về biến chứng, chúng tôi ghi nhận có một trường hợp đứt lại do té sau 3 tháng; một trường hợp nhiễm trùng, ổn định sau điều trị tích cực, lỏng nhẹ gối; dị cảm và tê seọ mổ thường giảm sau 3 tháng; giảm cảm giác trước trong cẳng chân không nghiêm trọng, thường giảm sau 6 tháng theo dõi.

Về thuận lợi của Retrobutton, ngoài thuận lợi chung của phương pháp treo gân ngoài vỏ xương như tính chịu lực cao, kỹ thuật tương đối đơn giản, thích hợp trong tái tạo nhiều bó. Sử dụng Retrobutton chỉ khoảng xương 3mm vì đường kính của button 3mm nên button tiếp xúc với vỏ xương nhiều hơn, thiết kế tự xoay và chỉ 1 dây.

KẾT LUẬN

Tái tạo dây chằng chéo trước bằng bốn bó gân chân ngỗng và Retrobutton qua nội soi cải thiện đáng kể độ vững khớp gối và chức năng khớp gối tăng dần theo thời gian theo dõi, về mặt kỹ thuật khá thuận lợi. Tuy nhiên số liệu bước đầu còn nhỏ, cần thời gian theo dõi lâu dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Hoàng Anh (2008), "Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng chập đôi: kỹ thuật hai đường mổ", *Tạp chí y học TP HCM*, tập 12, phụ bản số 4, 74-78.
- Trương Trí Hữu & Cs (2008), "Kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân cơ thon-bán gân qua nội soi", *Tạp chí y học TP HCM*, tập 12, phụ bản số 4, 14-20.
- Nguyễn Văn Hỷ (2008), "Kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân cơ gấp bốn và Endobutton qua nội soi", *Tạp chí y học TP HCM*, tập 12, phụ bản số 4, 62-65.
- Nguyễn Quang Long (1996), "Triệu chứng học vùng khớp gối và cẳng chân", *Bài giảng bệnh học ngoại khoa*, Bộ môn ngoại tổng quát, ĐHYD TP. HCM, tập 2, 255-85.
- Nguyễn Quang Quyền (1995), "Giải phẫu vùng cẳng chân", *Giải phẫu học*, NXB y học, tập 1, 197-216.
- Nguyễn Vĩnh Thống & Cs (2008), "Tình hình phẫu thuật nội soi khớp gối tại Khoa CTCH Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí y học TP HCM*, tập 12, phụ bản số 4, 79-84.