

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BONG ĐIỂM BẮM DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Văn Hy¹, Trần Việt Hưng¹, Nguyễn Quang Tôn Quyền¹,
Huỳnh Thị Thu Thảo¹, Bùi Thị Thu Hà¹.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bong chỗ bám dây chằng chéo trước là thương tổn do chấn thương kín khớp gối và vấn đề điều trị còn nhiều tranh cãi từ bảo tồn cho đến cố định bằng nội soi. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị cố định bong điểm bám dây chằng chéo trước với chỉ đa sợi không tiêu bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân được điều trị bong điểm bám DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi cố định điểm bám sử dụng chỉ không tiêu tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2013 đến 5/2015.

Kết quả: Với thời gian theo dõi trung bình là $6,75 \pm 1,06$ tháng. Theo thang điểm Lysholm 93,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt; 6,5% bệnh nhân đạt kết quả trung bình. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng.

Từ khóa: Bong điểm bám dây chằng chéo.

ABSTRACT

ASSESSMENT THE OUTCOME OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT AVULSION FRACTURES BY ARTHROSCOPIC

Nguyen Van Hy¹, Tran Viet Hung¹, Nguyen Quang Ton Quyên¹,
Huỳnh Thị Thu Thảo¹, Bùi Thị Thu Hà¹.

Objective: Anterior cruciate ligament (ACL) avulsion fracture is commonly associated with knee injuries and its management is controversial ranging from conservative treatment to arthroscopic fixation. The aim of our study was to assess the clinical and radiological results of arthroscopic nonabsorbable multifibers suture fixation in the management of ACL avulsion fractures.

Materials: From the 5/2013 to 5/2015, at the Orthopaedics- Plastic Center of the Hue Central Hospital, 31 patients underwent arthroscopic nonabsorbable multifibers suture fixation for displaced ACL avulsion fracture.

Results: At average 6.75 ± 1.06 months follow-up, the proportion of Lysholm score in post-op 93.5% of excellent and good; 6.5% of fair. No patient got infection.

Key words: Avulsion fracture, Anterior cruciate ligament (ACL)

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 15/10/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Phạm Đăng Nhật
- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Mẫn Thường Phú
- Email: bsnttrph@yahoo.com ; ĐT:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong điểm bám dây chằng chéo trước là một trong ba hình thái tổn thương có thể gặp: dây chằng chéo trước có thể bị nhổ ra khỏi nguyên ủy ở hố liên lồi cầu, có thể bị đứt ở phần thân của dây chằng hoặc bị nhổ ra khỏi điểm bám tận ở mâm chày. Khi dây chằng chéo trước bị bong ra khỏi mâm chày thì thường kéo theo một mảnh xương nhỏ. Vì đây chỉ là một mảnh xương nhỏ nên nhiều cơ sở không chuyên khoa sẽ dễ dàng bỏ sót [5]. Nếu không được kịp thời phát hiện và điều trị đúng phương pháp sẽ dẫn đến hậu quả lâu dài như không liền xương, lỏng gối, thoái hóa khớp, rách sụn chêm ...[4]

Phẫu thuật nội soi khớp gối ngày nay được áp dụng rộng rãi trên thế giới nhờ vào các ưu điểm [2]: vừa chẩn đoán vừa điều trị, xác định đủ chính xác các tổn thương bên trong khớp gối, hạn chế tối đa tổn thương giải phẫu do phẫu thuật mở khớp gối, thời gian nằm viện ngắn. Phục hồi chức năng khớp gối sớm trở lại sinh hoạt và hoạt động thể thao.

Tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Trung ương Huế đã tiến hành phương pháp cố định bong điểm bám dây chằng chéo trước bằng phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên đến nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào để đánh giá một cách đầy đủ về kết quả điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước bằng phẫu thuật nội soi. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị cố định bong điểm bám dây chằng chéo trước bằng phẫu thuật nội soi”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân được điều trị bong điểm bám DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi cố định điểm bám sử dụng chỉ không tiêu tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2013 đến 5/2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh : Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bong điểm bám DCCT dựa trên lâm sàng và phim Xquang khớp gối thẳng nghiêng độ II III IV theo Meyers M.H, Mc Keever

F.M và Zaricznys [6].

Phân loại:

Độ I : Mảnh xương không di lệch hoặc di lệch ít.

Độ II : Mảnh xương bị di lệch 1 phần, phần sau còn dính với mâm chày.

Độ III : Mảnh xương bị nhổ hoàn toàn , không còn dính với mâm chày.

Độ IV : Mảnh xương bị nhổ hoàn toàn và gãy thành nhiều mảnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ bệnh nhân bong điểm bám DCCT có vết thương hở khớp gối. Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật (chấn thương sọ não, nhiễm trùng huyết, già yếu kèm nhiều bệnh mãn tính...)

Vật liệu cố định: chỉ không tiêu đa sợi vững chắc

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu

Các bước tiến hành phẫu thuật:

❖ Vô cảm : tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản

❖ Tư thế bệnh nhân : bệnh nhân nằm ngửa, garô đùi, gối gấp 90°.

❖ Đường mổ nội soi khớp : lỗ trước ngoài và lỗ trước trong cạnh gân bánh chè.

❖ Kiểm tra khớp : Nội soi kiểm tra các thành phần trong khớp , xác định chẩn đoán và tổn thương phối hợp.

❖ Kỹ thuật cố định mảnh gãy :

- Nội soi cắt lọc làm sạch khớp, lấy hết máu tụ và mảnh xương vụn.

- Dùng móc cố định nắn lại mảnh gãy, cố định tạm thời bằng đinh Kirschner.

- Sử dụng móc có chỉ luồn bên trong, móc qua DCCT từ trong ra ngoài tại gốc dây chằng, tương ứng với vị trí 2/3 trước và 1/3 sau DCCT.

- Kẹp giữ sợi chỉ luồn và lấy móc ra ngoài, qua sợi chỉ luồn kéo sợi chỉ không tiêu từ khe khớp ngoài vào khe khớp trong.

- Qua định vị mâm chày khoan 2 lỗ song song từ ngoài vào trong.

- Vị trí 2 lỗ bên ngoài cách mâm chày 4cm, cách bờ trong lồi củ chày 1cm.

- Vị trí 2 lỗ bên trong ngay góc trước ngoài và trước trong của giường mảnh gãy.

Đánh giá kết quả điều trị bong điểm bám dây chằng chéo trước...

- Dùng dụng cụ móc chỉ ra ngoài qua 2 lỗ vừa khoan, 2 đầu chỉ hướng chéo nhau hình chữ X, khi kéo căng 2 đầu chỉ sẽ ép mảnh gãy vào giường mảnh gãy.

- Buộc 2 đầu chỉ ở tư thế duỗi gối vào vỏ xương cứng.

❖ Chăm sóc sau mổ;

- Dẫn lưu được đặt qua lỗ nội soi và được rút sau 24h.

- Chườm đá lạnh, kháng sinh, giảm đau sau mổ, mang nẹp ORBE 3-4 tuần.

Phục hồi chức năng sau mổ :

- Tập phục hồi chức năng theo phác đồ.

- Bệnh nhân được tái khám sau 3 tuần, hướng dẫn tập phục hồi chức năng tại nhà.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

- Đánh giá liền mảnh gãy trên XQ quy ước

- Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu 31 bệnh nhân bong điểm bám DCCT từ tháng 5/2013 đến 5/2015 với thời gian theo dõi trung bình là $6,75 \pm 1,06$ tháng.

Tuổi nhỏ nhất là 14, lớn nhất là 65, trong đó nhóm tuổi dưới 20 chiếm đa số (12/31 bệnh nhân).

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 77,4%.

Biên độ vận động khớp gối có 29 bệnh nhân hạn chế gấp duỗi gối.

Chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm đa số trung bình và xấu, trong đó xấu chiếm 83,9 (26/31 BN).

Phân loại mức độ tổn thương theo bảng phân loại của Meyers và Mc keever trên XQ thường quy và nội soi chẩn đoán : đa số tổn thương độ III chiếm 71%

Độ tổn thương	n	(%)
II	4	12,9
III	22	71,0
IV	5	16,1
Tổng	31	100

3.2. Kết quả sau phẫu thuật

Tất cả 31 BN được phẫu thuật cố định bong điểm bám DCCT đều liền sẹo tốt, không có trường hợp nào có sốt, tụ máu trong khớp, nhiễm khuẩn khớp hay nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật. Có một số BN vẫn còn đau sau mổ trong vài ngày đầu hoặc sưng khớp gối.

Kết quả chụp phim XQ sau mổ.

Độ tổn thương	n	(%)
I	25	80,6
II	6	19,4
Tổng	31	100

Các BN sau mổ đều được chụp phim XQ kiểm tra thì thấy có 25/31 BN mảnh xương bong được cố định đúng vị trí giải phẫu chiếm đến 80,6%. Chỉ có 6 bệnh nhân mảnh xương bong còn di lệch ở độ II chiếm 19,4%, không có trường hợp nào cần mổ lại. Sở dĩ mảnh xương còn di lệch độ II như vậy đó là do tỷ lệ thương tổn ban đầu ở độ IV chiếm 16,1%. Với thương tổn như vậy việc nắn chỉnh và cố định dưới nội soi gặp nhiều khó khăn do mảnh xương vỡ nhiều mảnh nên không thể nắn chỉnh hoàn hảo được. Trong các trường hợp như vậy, chúng tôi ưu tiên cố định mảnh vỡ lớn kèm theo các mảnh vỡ nhỏ có thể cố định được. Trong trường hợp các mảnh vỡ nhỏ không thể cố định hoặc lơ lửng trong khớp thì chúng tôi lấy bỏ mảnh xương vụn đó.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật 6 tháng

Đánh giá kết quả chụp phim XQ sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Kết quả chụp phim XQ sau phẫu thuật 6 tháng.

Kết quả XQ	n	(%)
Đạt	30	96,8
Không đạt	1	3,2
Tổng	31	100

Các BN sau mổ đều được chụp phim XQ kiểm tra thì thấy có 30/31 BN mảnh xương bong được cố định đúng vị trí giải phẫu chiếm 96,8%. Có 1 bệnh nhân mảnh xương bong chưa được cố định đúng vị trí giải phẫu chiếm 3,2%.

Đánh giá theo thang điểm Lysholm – Gillquist 1982.

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả theo Lysholm – Gillquist 1982

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
n	25	4	2	0	31
%	80,6	12,9	6,5	0	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì sau phẫu thuật 6 tháng thì có 80,6% bệnh nhân đạt kết quả tốt theo thang điểm Lysholm, có 6,5% bệnh nhân đạt kết quả trung bình, không có trường hợp nào đạt kết quả tốt. Sở dĩ có 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình đó là 2 trường hợp bệnh nhân lớn tuổi (trên 50) và đều bị thương tổn độ IV trên hình ảnh X-quang. Với thương tổn đó chúng tôi phải bắt động bệnh nhân với thời gian lâu hơn so với các trường hợp khác.

Đặng Hoàng Anh 2011 đánh lại chỗ bám DCCT qua nội soi bằng chỉ thép cho 12 BN, theo

đôi từ 6 – 8 tháng với tỷ lệ tốt 94% theo thang điểm Lysholm [1].

Theo tác giả Kim và cộng sự thì 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt [7]. Kết quả này tốt hơn nhiều so với chúng tôi, đó là do đặc điểm chọn bệnh của tác giả 100% bệnh nhân có thương tổn ban đầu theo X-quang là độ III theo phân độ Meyers và Mc keever, chính vì vậy việc phẫu thuật bằng nội soi cố định lại mảnh xương được thuận lợi.

V. KẾT LUẬN

Đính lại chỗ bám DCCT bằng nội soi là 1 phương pháp điều trị tốt hơn cho các trường hợp bong chỗ bám DCCT di lệch so với mỏ hờ giúp làm giảm được tình trạng cứng khớp sau mổ. Chỉ đa sợi không tiêu là một trong những phương tiện dùng để cố định mảnh vỡ đã mang lại nhiều kết quả chức năng tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Anh(2010), “Kết quả phẫu thuật nội soi đính lại điểm bám chày dây chằng chéo trước”, *Tạp chí Y học Việt Nam* tập 374, tr 34-38.
2. Đỗ Đức Bình(2011), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bong điểm bám chày dây chằng chéo trước khớp gối tại Bệnh viện 103”, *Luận văn thạc sỹ y học – Học viện Quân Y*.
3. Ahn JH, Yoo JC. Clinical outcome of arthroscopic reduction and suture for displaced acute and chronic tibial spine fractures. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2005;13:116–21.
4. Gan Y, Xu D, Ding J, et al (2012) “Tension band wire fixation for anterior cruciate ligament avulsion fracture: biomechanical comparison of four fixation techniques” *knee surg sports traumatol arthrosc* 20 ,pp 909-915.
5. Hargrove R, Parsons S, Payne R, et al (2004), “Anterior tibial spine fracture – an easy fracture to miss” *Accident and Emergency Nursing* 12, pp 173–175
6. Huang TW, Hsu KY, Cheng CY, Chen LH, Wang CJ, Chan YS, et al. Arthroscopic suture fixation of tibial eminence avulsion fractures (36 cases) *Arthroscopy*. 2008;24:1232–8.
7. In Y, Kim JM, Woo YK, Choi NY, Moon CW, Kim MW. Arthroscopic fixation of ACL avulsion fractures using bio absorbable suture anchors. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2008;16:286–9.
8. McLennan JG. The role of arthroscopic surgery in the treatment of fractures of the intercondylar eminence of the tibia. *J Bone Joint Surg Br*. 1982;64:477–80.
9. Sundararajan S..R, Rajasekaran S., Bernard S.L. (2011), “Displaced ACL avulsion fractures: Arthroscopic staple fixation”, *Indian J Orthop*, 45(4): 324- 329.