KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ YÊN

Trần Anh Dũng,Cao Quang Nhật, Trương Ba Ngạc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

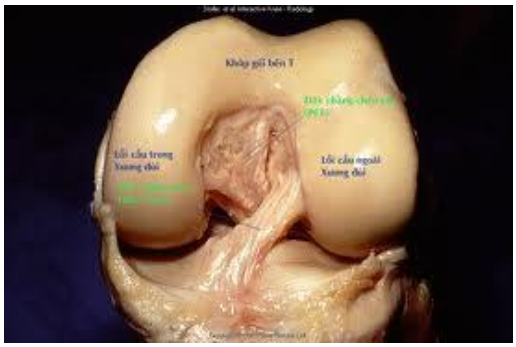
Phẫu thuật ngày nay có chiều hướng can thiệp ít xâm lấn càng nhiều càng tốt. Điều đó mang lại hiệu quả hơn cho công tác điều trị, giảm thiểu được các biến chứng, rút ngắn thời gian điều trị. Phẫu thuật nội soi khớp không nằm ngoài tiêu chí đó.

Tuy nhiên việc triển khai để có thể thực hiện thành công loại phẫu thuật này không phải ở đâu, tuyến y tế nào củng có thể làm được, việc này phụ thuộc nhiều vào nhân lực, trình độ chuyên môn của các Bác sĩ bệnh viện, phụ thuộc vào trang thiết bị dụng cụ và vai trò hỗ trợ của tuyến trên. Điều này làm càng thêm có ý nghĩa khi các bệnh viện đang triển khai đề án 1816 của Bộ Y tế về việc hỗ trợ chuyên môn cho tuyến dưới

Kết quả phẫu thuật nội soi khớp gối: tái tạo dây chằng chéo, cắt sâu sụn chêm gối, cắt bao hoạt mạc viêm của chúng tôi dưới sự hỗ trợ của trung tâm Y học TDTT – Hồ Chí Minh được đánh giá trong nghiên cứu này.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài từ tháng 11/2008 đến 5/2012 với mục tiêu : Đánh giá kết quả bước đầu triển khai nội soi khớp gối tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú yên

TỔNG QUAN



Cấu tạo của khớp gối

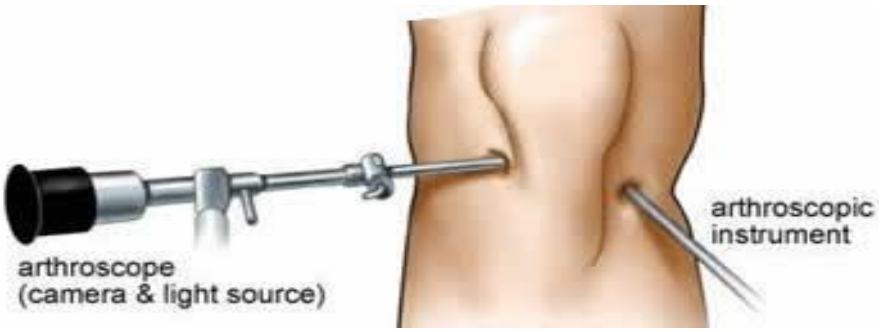
Khớp gối bao gồm hai mặt khớp đó là mặt khớp lồi cầu đùi và mâm chày và mặt khớp giữa lồi cầu đùi và bánh chè. Giữa mặt khớp lồi cầu đùi và mâm chày có cấu trúc sụn gọi là sụn chêm. Sụn chêm nằm chêm giữa mặt sụn khớp lồi cầu đùi và mâm chày nhằm mục đích giảm sốc khi sụn khớp lồi cầu đùi và mâm chày tiếp xúc trong quá trình vận động. Mặt khác sụn chêm còn có tác dụng giữ cho khớp gối được

vững vàng khi vận động. Có hai sụn chêm gồm sụn chêm trong và ngoài nằm trong khoang khớp gối trong hay ngoài.

Khớp gối được giữ vững nhờ hệ thống dây chằng bên trong, bên ngoài và hai dây chằng chéo trước và chéo sau nằm bên trong khớp gối. Dây chằng chéo trước có tác dụng chính là giữ không cho mâm chày trượt ra trước và dây chằng chéo sau giữ cho mâm chày không bị trượt ra sau. Dây chằng bên ngoài giúp gối không bị vẹo trong, dây chằng bên trong giúp cho gối không bị vẹo ra ngoài.

Toàn bộ khớp gối được bao phủ bởi một lớp màng hoạt dịch có tác dụng tiết ra dịch khớp với lượng vừa đủ để bôi trơn quá trình vận động của khớp gối giống như nhớt xe vậy. Tuy nhiên, màng hoạt dịch còn có tác dụng chống viêm nhiễm. một khi bị chấn thương hay do viêm nhiễm, bao hoạt dịch có thể bị dày lên, tiết nhiều dịch khớp làm khớp gối sưng lên. Bao hoạt dịch dày lên cũng làm cản trở thuốc ngấm vào khớp, làm giảm tác dụng điều trị.

Vai trò của phẫu thuật nội soi



Trong những thập niên gần đây, với sự phát triển của các ngành kỹ thuật, các dụng cụ phẫu thuật nhỏ và chính xác ra đời, trong đó phải kể đến ngành nội soi.

. Thuận lợi của loại phẫu thuật này là gây ra ít đau hơn do đường mổ nhỏ, thời gian hồi phục sớm hơn, và trong một số trường hợp chính xác hơn so với mổ hở. Càng ngày phẫu thuật nội soi khớp nói chung và khớp gối nói riêng càng có nhiều chỉ định. Đối với khớp gối, nội soi có thể dùng để hỗ trợ trong các trường hợp sau :

1. Dùng để chẩn đoán khi mà với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học không cho ra quyết định chính xác.

2. Phẫu thuật cắt sụn chêm hoặc khâu sụn chêm bị rách khi có chỉ định phẫu thuật. Cho đến nay người ta đã chứng minh rằng phẫu thuật cắt sụn chêm bằng nội soi có kết quả tốt hơn mổ hở.

3. Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước trong tổn thương đứt dây chằng chéo trước của gối. Đây là kỹ thuật dùng sợi gân bánh chè hoặc gân chân ngỗng để thay thế dây chằng chéo trước bị đứt

4. Nội soi hỗ trợ việc lấy các dị vật trong khớp gối như các mảnh sụn trong bệnh lí viêm sụn tách rời.

5. Trong các bệnh lí viêm khớp gối như viêm khớp dạng thấp làm cho các bao hoạt mạc dầy lên, khớp gối sưng to do tràn dịch, làm giảm tác dụng của thuốc kháng viêm, người ta dùng dụng cụ và với sự hỗ trợ của nội soi cắt bao hoạt mạc, cải thiện việc điều trị bằng thuốc kháng viêm.

6. Trong các gãy xương đơn giản vùng mâm chày hay bánh chè, với sự trợ giúp của nội soi, phẫu thuật viên có thể mổ nắn và kết hợp xương với độ chính xác cao do nhìn thấy trực tiếp mặt khớp.

7. Các trường hợp đau khớp gối do thoái hóa ở giai đoạn sớm, việc cắt các mảnh sụn, bao khớp bị rách do thoái hóa, bơm rửa khớp gối làm kéo dài thời gian không đau của khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGUYÊN CỨU

2.1 Đối tượng:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương khớp gối đều được khám lâm sàng, cận lâm sàng. Các bệnh nhân này được chúng tôi khám chung với bác sĩ bệnh viện tuyến trên, cùng thảo luận vấn đề đặt ra lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật làm gì? Như vậy kể từ khi chúng tôi được sự hỗ trợ của Trung tâm Y học TDTT Hồ Chí Minh đã có 19 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khớp gối gồm :

11 bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước (DCCT),

08 bệnh nhân bị viêm hoạt mạc khớp gối.

Các bệnh nhân này đã được tái tạo DCCT, sửa chữa sụn chêm khớp, được cắt lọc hoạt mạc viêm tại Bệnh viện đa khoa Phú Yên từ năm 2008.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Các đối tượng được khám xác định chẩn đoán bằng lâm sàng, cận lâm sàng, tiến hành mổ nội soi nếu có chỉ định.

Chúng tôi thảo luận với bác sĩ tuyến trên để nâng cao trình độ chuyên môn. Quá trình phẫu thuật cũng vậy, có sự cầm tay chỉ việc giúp chúng tôi quen dần với các kỹ thuật.

*** Kỹ thuật mổ:**

- Phương pháp vô cảm: gây tê tủy sống.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, gối gấp 90^0, đặt garô hơi.
- Đường vào:

+ Điểm trước ngoài: ngang phía ngoài gân bánh chè, trên khe khớp 1cm.

+ Điểm trước trong: ngang phía trong gân bánh chè, trên khe khớp 1cm.

+ Đặt ống nội soi vào lỗ trước ngoài: thám sát và đánh giá các tổn thương khớp gối.

+ Xử lý các tổn thương phối hợp.

* Đối với trường hợp đứt DCCT:

- Chúng tôi tái tạo lại DCCT bằng gân Hamstring và cố định bằng kỹ thuật XO button cho 10 bệnh nhân
- Có 01 bệnh nhân được tái tạo lại DCCT bằng gân bánh chè và cố định bằng vís sinh học

* Đối với những tổn thương sụn chêm hoặc thoái hóa khớp kèm theo chúng tôi phải sửa chữa lại sụn chêm, tạo hình lại mặt khớp bị tổn thương.

* Đối với những trường hợp thoái hóa khớp ở người lớn tuổi, chúng tôi cắt bao hoạt mạc viêm, tạo hình lại mặt khớp.

* Bệnh nhân được tái khám 3 tháng, 6 tháng một lần. Đặc điểm của bệnh nhân được ghi nhận về hành chính nguyên nhân chấn thương, loại tổn thương, giá trị các test lâm sàng trước mổ, phương pháp phẫu thuật chọn lựa, kết quả lâm sàng tái khám sau một thời gian theo dõi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đối với đứt DCCT: 11 BN có lứa tuổi từ 18 – 35, đa số là nam (63,16 %).

Nguyên nhân :

Nguyên nhân	TNGT	TDTT	TNSH
Số lượng	7	3	1
Tỉ lệ	63,64%	27,27%	9,09%

Nguyên nhân chủ yếu là TNGT 63,64% (7/11), còn lại là do TDTT 27,27% (3/11) và TNSH 9,09% (1/11).

- Đối với thoái hóa khớp: 8 bệnh nhân có lứa tuổi từ 50 – 75, trong đó có nữ chiếm 85% (7/8). Điều này có lẽ có liên quan đến vấn đề loãng xương ở phụ nữ mãn kinh.

- Kiểm tra các test trên lâm sàng chẩn đoán được chính xác trên 90% các trường hợp.

- Các tổn thương:

+ Đứt DCCT hoàn toàn: 8 cas

+ Đứt DCCT không hoàn toàn: 2 cas

+ Đứt DCCT kèm Đứt DCCS: 1 cas

+ Rách sụn chêm trong: 5 cas

+ Rách sụn chêm ngoài: 2 cas

+ Vừa rách sụn chêm trong lẫn sụn chêm ngoài: 1 cas

+ Thoái hóa khớp (trong đứt DCCT): 4 cas

+ Dập vỡ, thoái hóa sụn (trong thoái hóa khớp): 8 cas

+ Thoái hóa khớp độ II: 3 cas

+ Thoái hóa khớp độ III: 4 cas

+ Thoái hóa khớp độ IV: 1 cas

Kết quả điều trị:

***** Đối với tái tạo DCCT:

- Thời gian cuộc mổ: trung bình 60’

- XQ sau mổ: tất cả bệnh nhân tái tạo DCCT bằng gân Hamstring theo phương pháp XO button được kiểm tra: nút thắt được cố định chắc ở vỏ xương cứng, miệng ngoài đường hầm xương đùi.

- Đánh giá kết quả sau mổ đối với tái tạo DCCT sau 6 tháng, 12 tháng dựa vào các dấu hiệu lâm sàng: dấu ngăn kéo trước, dấu Lachman, dấu bán xoay, cho kết quả:.

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình
Số lượng	5	5	1
Tỉ lệ	45,46%	45,46%	9,08%

90,92% (10/11) ca là tốt và rất tốt, 1 ca đứt DCCT có kết quả trung bình (9,08%) vì có kèm theo đứt DCCS

* Đánh giá kết quả trong điều trị thoái hóa khớp theo thang điểm Lysholm cho kết quả:

Kết quả	Tốt	Trung bình	Xấu
Số lượng	6	1	1
Tỉ lệ	75%	12,5%	12,5%

.

Trường hợp có kết quả xấu sau 12 tháng tái khám: do bệnh nhân này có tổn thương sụn khớp chè đùi và khớp chày đùi độ IV.

* Phục hồi chức năng sau mổ: rất quan trọng để bệnh nhân tránh cứng khớp sau mổ. Chúng tôi có những bài tập hướng dân cho bệnh nhân từng thời điểm cụ thể làm gì, và không được làm gì. Kết quả sau 12 tháng tái khám thấy tất cả các bệnh nhân đều đạt biên độ: 120^0 – 140^0, không có bệnh nhân nào bị hạn chế duỗi gối. Chưa thấy bệnh nhân nào bị lỏng gối lại.

IV. KẾT LUẬN

Trong thời gian từ tháng 11/2008 đến 4/2012 chúng tôi đã phẫu thuật nội soi khớp gối cho 19 bệnh nhân tại Bệnh viện đa khoa Phú Yên. Chúng tôi nhận thấy :

1. Phẫu thuật nội soi khớp gối có thể điều trị cho nhiều loại thương tổn ở khớp gối, kể cả chấn thương cũng như bệnh lí: Tổn thương sụn chêm, tổn thương sụn khớp, đứt dây chằng chéo trước, đứt dây chằng chéo sau…
2. Có khả năng phối với điều trị nội khoa trong bệnh lí thoái hóa và viêm khớp
3. Phẫu thuật nội soi khớp gối bước đầu thực hiện tại BVĐK Phú Yên, nhưng thật sự đã đem lại nhiều kết quả tốt đẹp, mang tính thẩm mỹ cũng như hiệu quả vận động cao. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật khó, đòi hỏi cần phải trang bị đầy đủ dụng cụ, trang thiết bị chuyên dụng cho cuộc mổ nội soi khớp; PTV phải có tay nghề được đào tạo chuyên sâu.

.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Anh (2007), *"Kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối sử dụng mảnh ghép gân cơ chân ngỗng chập đôi tại bệnh viện 103"*, Y học thực hành số 620+621, trang 200.

2. Đỗ Phước Hùng và cs (2007), gân cơ mác dài: một lựa chọn thay thế mảnh ghép trong tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối, Y học thực hành số 620+621, trang 215-218.

3. Nguyễn Thái Sơn, Vương Trung Kiên (2007), tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, Y học thực hành số 620+621, trang 206.

4. Trương Trí Hữu (2008), Điều trị rách sụn chêm do chấn thương qua nội soi khớp gối, luận văn thạc sĩ.

5. Trương Trí Hữu, Nguyễn Văn Quang (2007), Kết quả nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép bốn dải cơ thon & bán gân , kỷ yếu Hội nghị CTCH Đông Nam Á lần thứ 27, 12/2007, trang 177.

6. Nguyễn Vĩnh Thống, Trịnh Xuân Lê (2008), Tình hình PTNS khớp gối tại khoa CTCH Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 12, phụ bản số 4, 2008.

7. Donald HJ (2007), Medial Collateral Ligament. Pratical Ortopaedic Sports Medicine and Arthroscopy. 2007;8:619-624

8. Gregory CF (2007), Posterior Cruciate Ligament and Posterolateral Reconstruction. Pratical Ortopaedic Sports Medicine and Arthroscopy. 2007;8:625-636

9. Lysholm J.G (1982), The evalution of knee ligament surgery with special emphasis to the use if a knee scoring scale, Am.JSport Med, in press,pp 19-23.