

QUATTRO™ PnP - CHUYỂN ĐỘNG ĐÔI **Smart impaction !**



CHÉN ĐƯA CUP GẮN SẴN VỚI CUP THÀNH MỘT KHỐI ,
HÚT CHÂN KHÔNG , TIẾT TRÙNG SẴN

CHỖM VÀ LINER HỢP NHẤT THÀNH MỘT KHỐI
ĐÓNG GÓI TIẾT TRÙNG SẴN.
CHỖM LÀ CERAMIC - CERALÉPINE
HOẶC THÉP KHÔNG GỈ



BỘ TRỢ CỤ SỬ DỤNG 1 LẦN

— BIPOLAR CUP
UHL™

 CARGOS

 Quattro
VPS

New Wave

CÔNG TY TNHH TM DV & SX VIỆT TƯỜNG

Trụ sở chính: 58/415 Quang Trung , P.12, Q.Gò Vấp, Tp.HCM
VPĐD :308/23 Hoàng Văn Thụ, P.4, Q.Tân Bình, Tp.HCM
ĐT: (08) 3811 5622 Fax: (08) 38115243 - Hotline : 0938.007.074



New Wave

KHỚP GỐI DI ĐỘNG TOÀN PHẦN MOBILE BEARING



HƠN 10 NĂM THEO DÕI
LÂM SÀNG



TÂM CHUYỂN ĐỘNG XOAY CỐ ĐỊNH, Ở PHÍA SAU



SỰ CHUYỂN ĐỘNG GIỮA LỐI CẦU ĐÙI VÀ MÂM
CHÀY CHO PHÉP ĐỘ RƠ ÍT NHẤT LÀ 5 ĐỘ.

DIỆN TÍCH TIẾP XÚC ĐƯỢC TỐI ƯU HÓA TRONG LÚC
GẤP LUÔN LỚN HƠN 800mm²



TRỢ CỤ "NGÓN TAY VÀNG" ĐƠN GIẢN
VÀ DỄ SỬ DỤNG

BIPOLAR CUP
UHL™

QUATTRO™ PnP



CÔNG TY TNHH TM DV & SX VIỆT TƯỜNG

Trụ sở chính: 58/415 Quang Trung, P.12, Q.Gò Vấp, Tp.HCM

VPĐD: 308/23 Hoàng Văn Thụ, P.4, Q.Tân Bình, Tp.HCM

ĐT: (08) 3811 5622 Fax: (08) 38115243 - Hotline: 0938.007.074



Oxford Partial Knee and Today's Fixed Bearing Partial Knee Replacements

The Oxford Partial Knee has demonstrated
91% survivorship at 20 years.²

- Because of its congruent, forgiving design, the Oxford has demonstrated ultra low polyethylene wear in multiple retrieval studies^{4,15}
- No significant correlation exists between preoperative evidence of PFJ (Patellofemoral Joint) disease** and poor outcomes with Oxford Partial Knee^{16,17}

One published study found the Oxford Partial Knee restored joint kinematics better than one fixed bearing partial knee replacement design, reporting the following:

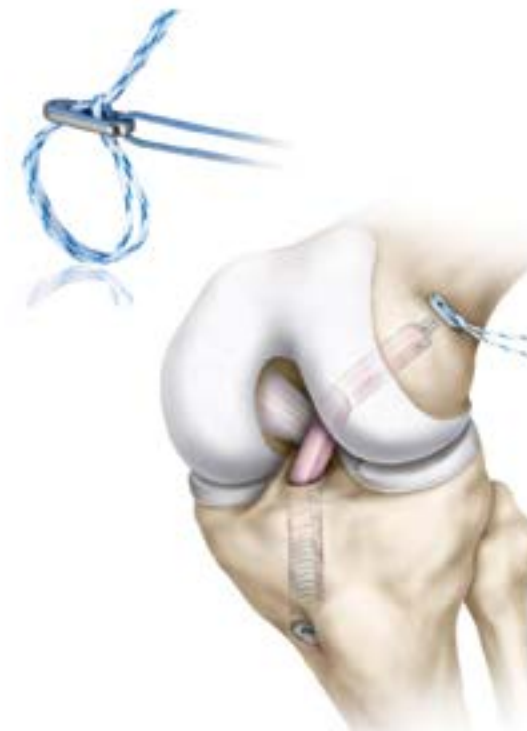
- Larger and incremental increase in tibial internal rotation¹⁸
- More consistent AP translation of the medial femoral condyle¹⁸
- More consistent AP translation of contact point¹⁸

**Patellofemoral joint damage must be limited to (or greater on) the medial facets



GraftMax™ Button

Adjustable Cortical Fixation Device



+ MAXIMUM FIXATION

GraftMax buttons provide graft fixation that's equivalent to fixed loop devices with **70% less displacement** than other adjustable buttons.*

Creep analysis of cyclic loading at 250N over 1000 cycles

+ MAXIMUM GRAFT FILL

Maximum graft in the tunnel – even in shorter tunnels – with GraftMax buttons that are adjustable to less than 5mm.

+ MAXIMUM REPRODUCIBILITY

Using a fixed loop?

GraftMax buttons are easier to insert and eliminate tedious calculations.

Using another adjustable loop?

GraftMax buttons provide simpler and quicker graft advancement and tactile deployment confirmation.

ALL-SUTURE ANCHOR SYSTEM

Y-Knot® All-Suture Anchor

Y-Knot® Flex All-Suture Anchor System

Y-Knot® RC All-Suture Anchor System

Why You Should Use Y-Knot® Flex Anchors.

- 80% Less Bone Removal (1.3mm)
- Closer Proximity, Stronger Repairs.
- 55% More Fixation, 30% Less Creep
- Minimally Invasive Entry

Why You Should Use Y-Knot® RC Anchors.

- Self-Punching = Simpler Technique
- 360o FormFit™ Fixation = Strong Purchase
- Small Size (2.8mm) = Less Bone Removal
- All-Suture = Less Invasive



Oxford
Partial Knee



BIOMET

Thành An



THANH AN - HA NOI CO., LTD.

Movement with Innovative Technologies and Training Support

GIẢI PHÁP TOÀN DIỆN TRONG CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH



Zimmer® Bigliani/Flatow® The Complete Shoulder Solution



MAQUET
GETINGE GROUP



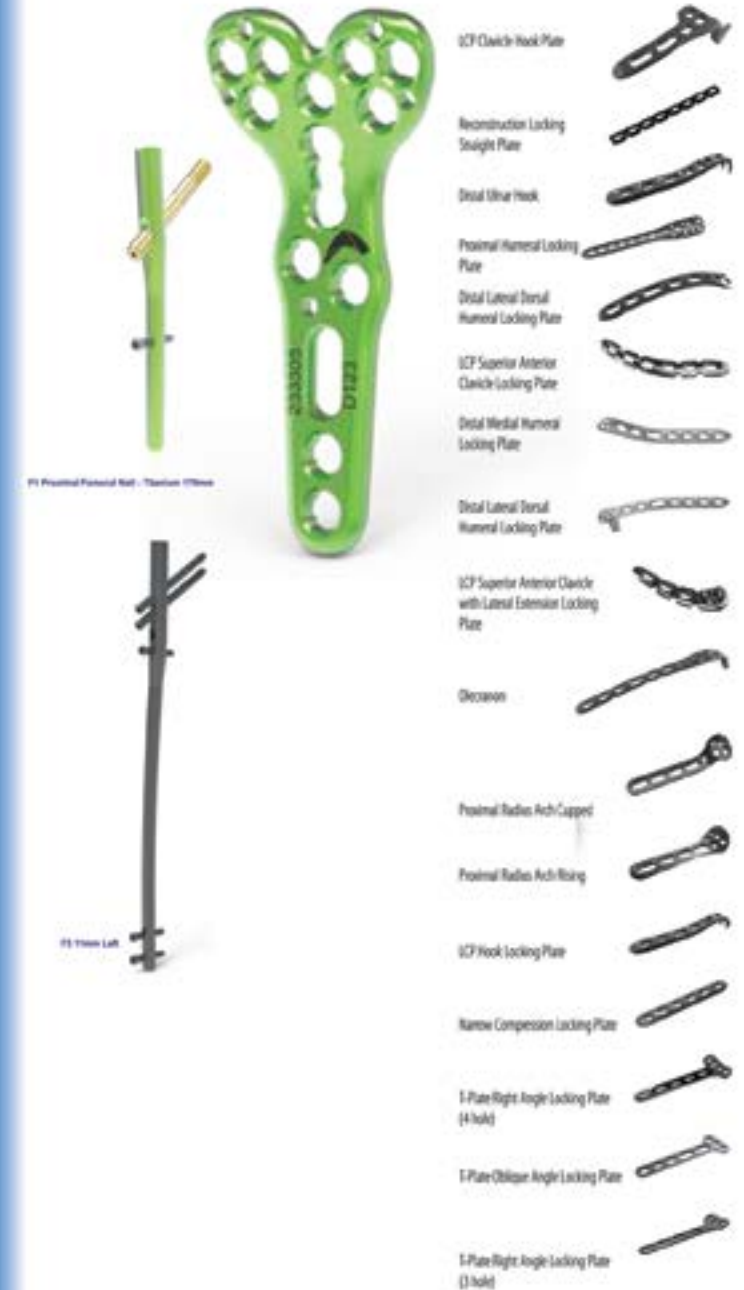
Tâm Thy



Nhập khẩu và phân phối:
TamThy Medical



RANGE OF IMPLANTS



AMPLITUDE[®]

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế



**Thuốc ức chế IL-1
cho điều trị
thoái hóa khớp**



KỶ VIEWS

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN
Lần Thứ XXIV**

Tài liệu thông tin cho cán bộ y tế

HYALGAN®

Muối natri của acid Hyaluronic

lựa chọn tiêm hyaluronic acid trong khớp ⁽¹⁾



Hyalgan®
Muối natri của acid hyaluronic (Hyalactin®) 10 mg/ml
Dạng dịch tiêm trong khớp
Chỉ định: Đau khớp, chống viêm, xoa bóp trong và hướng dẫn sử dụng.
Liều dùng: 0,5 ml thuốc tiêm vào ổ khớp bị đau (bình thường dưới 25°C. Không để đông lạnh).
Bảo quản: Bảo quản ở nhiệt độ từ 2°C đến 8°C. Không để đông lạnh.
Hyalgan® là sản phẩm của Fidia. Mọi thông tin xin xem trong tài liệu.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc
của Cục Quản lý Dược: 0972 /12/OLD - TT, ngày 31 tháng 10 năm 2012.
Ngày 23 tháng 03 năm 2016 in tài liệu.
Thông tin sản phẩm xin xem trang 4

fidia
farmaceutici s.p.a.

(1)



HỘI CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TP.HCM



Kỷ Yếu

**HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN
Lần Thứ XXIV**

4/7/2017 đến 8/7/2017
Tại BV Đại học Y Dược
215 Hồng Bàng, Q5, TP Hồ Chí Minh

NHÀ TÀI TRỢ

Trân trọng cảm ơn

NHÀ ĐỒNG TÀI TRỢ CHÍNH



Đã góp phần tích cực nhất đảm bảo cho thành công của Hội nghị

Chân thành cảm ơn Quý Công ty đã tham gia tài trợ,
góp phần cho Hội nghị thành công tốt đẹp:

- Công ty MSD Việt Nam
- Công ty Stryker
- Công ty Teddis
- Công ty Medtronic
- Công ty TRB
- Công ty EVER Neuro Pharma
- Công ty Norartis
- Công ty Tâm Thy
- Công ty Liên Nha
- Công ty Astellas
- Công ty Bình Sơn
- Công ty TNHH VIET ORTHO
- Công ty DS Maref
- Công ty Johnson & Johnson
- Công ty Hào Nam
- Công ty Cổ Phần Phân Phối Dược Sài Gòn (SD Pharma)

- Công ty Kitapida
- Công ty Phamy
- Công ty Bridge Healthcare
- Công ty ABBOTT
- Công ty Daichii Sankyo
- Công ty PFIZER
- Công ty Janssen Cilag
- Công ty Thụy An
- Công ty ABC
- Công ty PharmaEvo VN
- Công ty Thành An – Hà Nội
- Công ty Việt Sing
- Công ty Việt Tường
- Công ty Kỹ Thuật Xin
- Công ty Phamy/Kitapida

CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN LẦN 24 HỘI CHẤN
THƯƠNG CHÍNH HÌNH TP. HỒ CHÍ MINH

Chủ đề Hội nghị:

Tái Tạo Khớp:
Những Quan Niệm Mới.

CHỦ TỊCH HỘI NGHỊ:

PGS. TS. Bùi Hồng Thiên Khanh

BAN TỔ CHỨC:

- TS. Nguyễn Vĩnh Thống
- TS. Nguyễn Anh Tuấn
- TS. Trương Trí Hữu
- TS. Lương Đình Lâm
- TS. Ngô Minh Lý
- TS. BSCKII Võ Văn Sĩ
- TS. BSCKII Phan Quang Trí
- PGS.TS Đỗ Phước Hùng
- PGS.TS Lê Chí Dũng
- PGS. Cao Thi
- ThS. Trần Văn Bảy
- BSCKII Nguyễn Quốc Trị
- BSCKII Trần Thanh Mỹ
- BSCKII. Lê Văn Tuấn
- BSCKII Đinh Văn Thủy

BAN THỦ KÝ

- PGS.TS. Bùi Hồng Thiên Khanh
- TS. Tăng Hà Nam Anh
- TS. Lê Văn Thọ
- TS. Mai Trọng Tường
- TS. Nguyễn Trọng Tín
- BS. Huỳnh Thị Linh Thu
- TS.BSCKII Võ Quang Đình Nam
- BSCKII Hoàng Mạnh Cường

BAN THỦ QUỶ

- ThS. Hồng Thị Minh Trí

Phát biểu khai mạc Hội nghị của Chủ tịch Hội nghị Chấn thương Chỉnh TP. HCM lần thứ XXIV



Kính thưa Quý vị quan khách

Kính thưa Quý Thầy Cô Quý, Hội viên và Quý đồng nghiệp

Nhân dịp Trường Đại học Y Dược TP.HCM tổ chức trọng thể kỷ niệm 70 năm thành lập Y khoa Đại học Đường tại Sài Gòn tiền thân của Đại học Y Dược TP.HCM ngày nay (1947-2017)

Tôi xin nhiệt liệt chào mừng và trân trọng cảm ơn tất cả quý khách, quý Thầy, quý hội viên, quý đồng nghiệp

và quý thành viên bộ môn CTCH đến tham dự khoá tập huấn và Hội nghị Chấn thương Chỉnh hình TP. HCM lần thứ XXIV được tổ chức từ ngày 4/7/2017 đến ngày 8/7/2017 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM – Đại học Y Dược TP.HCM. Đây là một dịp để các đồng nghiệp trong ngành Chấn thương Chỉnh hình gặp gỡ trao đổi kinh nghiệm chuyên môn, tham gia khóa đào tạo - huấn luyện và sinh hoạt khoa học. Chúng ta không ngừng nâng cao chất lượng trong chẩn đoán-điều trị, góp phần đưa ngành Chấn thương Chỉnh hình nước ta phát triển mạnh hơn nữa, cùng hội nhập với khu vực, quốc tế.

Tôi chân thành cảm ơn quý vị đã chung sức góp phần cho thành công của khóa tập huấn và Hội nghị. Đặc biệt, tôi cảm ơn các bạn đã tham gia hướng dẫn tập huấn và có những bài báo cáo hay để chia sẻ kiến thức và kinh nghiệm quý báu với các thành viên của Hội CTCH TP.HCM.

Chủ đề chính của Hội nghị là **“Tái tạo khớp : quan niệm hiện hành và kiến thức mới- Joint Reconstruction : current and up-date concepts”** với 04 ngày tập huấn (1 ngày về thay khớp háng chuyển động đôi, 3 ngày thay khớp gối với khớp nhân tạo thể hệ mới, có ứng dụng hỗ trợ kiểm soát cắt xương bằng máy tính-navigation và thay khớp gối bán phần) cùng 51 bài giảng và bài báo cáo trong lĩnh vực chuyên sâu sẽ giúp chúng ta hiểu rõ hơn một chuyên ngành tái tạo khớp trong ngành chấn thương chỉnh hình rộng lớn, đa dạng, phong phú về chẩn đoán và điều trị.

Thay mặt ban tổ chức, Tôi trân trọng cảm ơn sự quan tâm của các cấp lãnh đạo, quý thầy và quý đồng nghiệp cũng như quý bạn bè quốc tế, quý phóng viên báo đài.

Tôi cảm ơn ban tổ chức và chủ tịch Hội CTCH TP.HCM- TS Nguyễn Vĩnh Thống đã làm việc tích cực để xây dựng một chương trình Hội nghị chuyên sâu nhưng vẫn hài hòa, phong phú bao gồm nhiều lĩnh vực khoa học, hoạt động giao lưu, khen thưởng vinh danh các thành viên của hội.

Tôi chân thành cảm ơn sự hỗ trợ đóng góp của Ban tổ chức, các công ty tài trợ, **nhà tài trợ Bạch kim ” Công ty Stryker _BMS”** đã góp sức cho thành công của Hội nghị.

Cuối cùng, tôi xin chúc mừng Hội nghị khoa học thường niên của chúng ta hôm nay thành công tốt đẹp. Kính chúc quý vị sức khỏe, gặt hái được nhiều điều hữu ích tại Hội nghị lần này.

Tôi tuyên bố Hội nghị chính thức khai mạc.

Một lần nữa Xin chúc Hội nghị thành công tốt đẹp.

PGS.TS. BÙI HỒNG THIÊN KHANH

Chủ tịch Hội Nghị Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM lần thứ XXIV

Thư ký Hội Chấn thương Chỉnh hình TP.HCM

Phó Trưởng Bộ môn CTCH Đại học Y Dược TP.HCM

Trưởng khoa CTCH, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Tôn Vinh Nhân vật Chấn Thương Chỉnh Hình TP.HCM - năm 2017 Bác sĩ Trần Thanh Mỹ



- Bác sĩ Trần Thanh Mỹ, Tốt nghiệp Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh năm 1981
- Tu nghiệp tại Pháp (Hopital Bonnet Frejus Saint-Rephaél 1993 – 1994)
- Tốt nghiệp chuyên khoa cấp I Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh năm 1995.
- Tốt nghiệp chuyên khoa cấp II Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh năm 2007
- **34** năm công tác, một chặng đường xây dựng và phát triển của con người cống hiến cho sự nghiệp Y tế và ngành chấn thương chỉnh hình.

- Năm 1982 – 1984 Bác sĩ Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh viện Bình Dân
- Năm 1984 – 1993 Trưởng khoa Chi trên Trung tâm Chấn Thương Chỉnh Hình.
- Năm 1993 – 2004 Phó Giám đốc Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh
- Năm 2004 – 2014 Giám đốc Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh.
- Năm 1993 là Cán bộ hợp tác giảng dạy của Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh
- Năm 2009 Chủ nhiệm Bộ môn Chấn Thương Chỉnh Hình Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Bác sĩ Trần Thanh Mỹ thuộc lớp cán bộ kỹ thuật thế hệ sáng lập và lãnh đạo của Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh và ngành Chấn Thương Chỉnh Hình các tỉnh phía Nam.

Anh đã gắn bó với Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh ngay thời kỳ đầu tiên, từ một Khoa Chỉnh Hình (**30** giường) tại Bệnh viện Bình Dân lớn lên thành Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh viện Trần Hưng Đạo (**70** giường) và nối tiếp sự lớn lên là Trung tâm Chấn Thương Chỉnh Hình (**106** giường) tất cả là tiền thân của Bệnh Viện Chấn Thương Chỉnh Hình to lớn và vững mạnh như ngày nay.

Từ ngày thành lập Trung tâm Chấn Thương Chỉnh Hình TP.Hồ Chí Minh (năm 1984) Bác sĩ Trần Thanh Mỹ đã đảm nhận quản lý Khoa Chi trên xây dựng tổ chức khoa trong thời gian và đã gây dựng khoa với lực lượng chuyên sâu cao hùng hậu vừa giỏi về chuyên môn và tốt về Y đức.

Năm 1992 được tổ chức tín nhiệm là Phó Giám đốc phụ trách chuyên môn Bệnh viện.

Năm 2004 là Giám đốc Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh với chức vụ là Phó Giám đốc, rồi Giám đốc, nhưng Bác sĩ Mỹ vẫn không từ bỏ hướng đi riêng nghề nghiệp mà mình đã chọn, ngoài công tác quản lý hoàn thành tốt, Bác sĩ Mỹ vẫn tham gia khám

bệnh, vẫn mổ và tham gia vào những cuộc hội chẩn khó. Anh tích cực tham gia vào Hội Y học Thành phố, Chủ tịch Hội Phẫu Thuật Bàn Tay Thành phố, Phó Chủ tịch Hội Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố và Việt Nam, Ban Chấp hành Hội Thấp Khớp và Ban chấp hành Hội Loãng Xương Thành phố nhiều năm liền. Anh còn là cán bộ hợp tác giảng dạy của Trường Đại học Y được và là Chủ nhiệm Bộ môn Chấn Thương Chỉnh Hình Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Bác sĩ Trần Thanh Mỹ là thành viên tích cực và sáng lập xây dựng ngành Chấn Thương Chỉnh Hình với các tuyến Y tế cơ sở của các tỉnh phía Nam đều in dấu chân Anh, từ Cà Mau, Bạc Liêu tới Bình Thuận, Ninh Thuận, ... nhiều tỉnh thành đã được Anh và Bệnh viện anh giúp đỡ, đã trở thành Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình lớn mạnh như báo cáo của Hội Nghị Tuyển hàng năm.

Hơn **30** năm cống hiến với sự nghiệp mình đã chọn, anh đã có công lao to lớn trong công tác chăm sóc sức khỏe người dân và phát triển Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình và ngành Chấn Thương chỉnh Hình. Anh đã vinh dự nhận về cho mình những phần thưởng có giá trị khích lệ to lớn như :

- Chiến sĩ thi đua cấp Thành phố (của Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh) **năm 2004 – năm 2005; năm 2007 – năm 2008.**
- Chiến sĩ thi đua toàn quốc (của Thủ tướng Chính phủ) **năm 2009**
- Danh hiệu Thầy thuốc ưu tú (do Chủ tịch nước phong tặng) **năm 2003**
- Bằng khen (của Thủ tướng Chính phủ) **năm 2009**
- Bằng khen (của Bộ trưởng Bộ Y tế) **năm 2004 và năm 2009**
- Bằng khen (của Chủ tịch Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Hồ Chí Minh) **năm 2005, năm 2008 và năm 2010**
- Bằng khen (của Chủ tịch Ủy Ban Nhân Dân tỉnh Kiên Giang) **năm 2005**
- Bằng khen (của Chủ tịch Ủy Ban Nhân Dân tỉnh Khánh Hòa) **năm 2011.**
- Bằng khen của Tổng Hội Y Học Việt Nam (Chủ tịch Hội Y Học Việt Nam) **năm 2009**
- Kỷ niệm chương Vì sức khỏe nhân dân (Bộ trưởng Bộ Y tế) **năm 2006**
- Huân chương Lao động hạng III do Chủ tịch nước trao tặng (**năm 2002**)
- Huân chương Lao động hạng II do Chủ tịch nước trao tặng (**năm 2010**)

Bác sĩ Trần Thanh Mỹ một người cống hiến – người có trách nhiệm và có tâm sống trung thực, lạc quan – không ngừng học tập, trao dồi trí tuệ, cùng với trái tim chân thành, yêu thương – có thể nói trong Anh là sự kết hợp của công tác quản lý – giảng dạy – đào tạo – điều trị – nghiên cứu – mạng lưới chấn thương chỉnh hình.

Những đóng góp của Anh là vô cùng quý giá trong việc xây dựng Hội Chấn Thương chỉnh Hình. Anh được tập thể quý trọng, tin yêu và bình chọn là **Nhân vật Chấn Thương Chỉnh Hình Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017.**

Ban Tổ Chức

CHƯƠNG TRÌNH HỘI THẢO
CHỦ ĐỀ: Tái Tạo Khớp: Những Quan Niệm Mới.

Thời gian: 4/7/2017 đến 8/7/2017
Địa điểm: BV Đại học Y Dược, 215 Hồng Bàng, Q5, TP HCM.

CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN LẦN 24 HỘI CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TP. HỒ CHÍ MINH
---o0o---

CHƯƠNG TRÌNH TẬP HUẤN

Thứ ba : 04/7/2017

Workshop phẫu thuật thay khớp háng chuyển động đôi tại - BV Đại Học Y Dược TP. HCM
Cty Việt Tường
TS. Nguyễn Vĩnh Thống

Thứ tư : 05/7/2017

Workshop phẫu thuật thay khớp gối tại - BV Đại Học Y Dược TP. HCM
Cty Kỹ thuật Xìn
Jong Keun Seon MD. PhD., Korea

Thứ năm: 06/7/2017

Workshop phẫu thuật khớp gối thể hệ mới - navigation và thay khớp háng chuyển động đôi -
BV Đại Học Y Dược - TP. HCM Công ty Stryker
Tai Cheng Chin MD., Malaysia

Thứ sáu : 07/7/2017

1. Workshop phẫu thuật thay khớp gối Navigation GB - Công ty Groupo Bioimplanti
Gianluca Cusma Dovico Guatteri MD., Italy - BV Đại Học Y Dược TP.HCM
2. Thay khớp gối bán phần - BV Đại Học Y Dược TP.HCM- TS Bùi Hồng Thiên Khanh

Tiệc tối - Tri ân và khen thưởng

Thứ sáu, ngày 07/7/2016, lúc 19:00- nhà hàng Ái Huê 2, 68-76 Tân Đà, P. 11, Q5, TP HCM
- Tri ân và trao quà lưu niệm cho các nhà tài trợ
- Khen thưởng tân khoa
- Tiệc tối

CHƯƠNG TRÌNH HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN

Ngày thứ bảy 08/07/2017

07:30 – 08:30: Tiếp đón quan khách & đại biểu

1. PHẦN 1: KHAI MẠC (PHÒNG HỌP CHÍNH). Từ 08:30 – 09:00:

Chủ tọa đoàn: PGS.TS Nguyễn Tấn Bình, Giám đốc Sở y tế TP HCM – PGS.TS Nguyễn Văn Thạch, TS. BS. Nguyễn Vĩnh Thống – BS. CK2. Trần Thanh Mỹ

- Giới thiệu TS BS Nguyễn Đình Phú, ThS BS Hồng Thị Minh Trí.
- Diễn văn khai mạc
 - PGS.TS.BS Bùi Hồng Thiên Khanh - Chủ tịch Hội nghị
 - PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Thạch - Chủ tịch Hội CTCH Việt Nam.
 - Lãnh đạo Sở Y tế Thành phố
 - Lãnh đạo Thành phố.

2. PHẦN 2: Từ 9:00-9:30 : TÔN VINH NHÂN VẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH NĂM 2017: BS.CKII Trần Thanh Mỹ

- Sơ lược quá trình học tập - làm việc và một số đóng góp của nhân vật CTCH năm 2017 cho chuyên ngành CTCH thành phố - PSG.TS.BS Nguyễn Anh Tuấn
- Phát biểu ngắn của BS Trần Thanh Mỹ

3. PHẦN 3: Từ 9:30- 9:45

Khai mạc và tham quan các gian hàng trưng bày sản phẩm y dược và trang thiết bị y tế

4. PHẦN 4: (PHÒNG HỌP CHÍNH): Từ 9:45 – 10:45 Bài giảng danh dự

ĐIỀU HOÀ: PGS.TS. Nguyễn Văn Thạch - TS. Nguyễn Vĩnh Thống

1. Điều trị phẫu thuật biến dạng xương ở bệnh nhi bị bệnh tạo xương bất toàn : từ 9:45 - 10:15

TS.BS. Lương Đình Lâm

2. Quy trình phẫu thuật các gãy ổ cối có di lệch, từ 10:15 - 10:45

TS.BS. Nguyễn Vĩnh Thống

5. PHẦN 5:CHƯƠNG TRÌNH BÁO CÁO KHOA HỌC

BUỔI SÁNG NGÀY 08/7/2017:11:00 -12:20		
PHÒNG HỌP 1		
11:00-12:20: Phẫu thuật tái tạo khớp		
ĐIỀU HOÀ: TS.BS. Nguyễn Đình Phú - TS.BS. Trương Trí Hữu		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
11:00 - 11:10	Thay lại khớp háng	Trần Văn Bé Bảy
11:10- 11:20	Femoral reference technique as a safe and easy way to obtain a correct combined anteversion on THA	Gianluca Cusma Dovico Guatteri
11:20- 11:30	Mid flexion knee instability in TKA: Tips and Trick in gap and rotation balance with a medial pivot design	Gianluca Cusma Dovico Guatteri
11:30-11:40	Điều trị nhiễm trùng sau mổ thay khớp háng bằng Spacer tự chế	Trương Nguyễn Khánh Hưng
11:40 - 11:50	Đánh giá kết quả điều trị gãy LMC ở người cao tuổi bằng thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài	Phan Thế Minh
11:50-12:00	Kiểm soát trục chi trong thay khớp gối toàn phần với sự hỗ trợ của máy tính	Bùi Hồng Thiên Khanh
12:00-12:20	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP 2		
11:00 -12:20 - Phẫu Thuật Cột sống –Tái tạo khớp		
ĐIỀU HOÀ: TS. Ngô Minh Lý - TS. Nguyễn Trọng Tín		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
11:00 -11:10	Điều trị Hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa kèm mất vững bằng phẫu thuật PLIF cải biên	Ngô Minh Lý
11:10 - 11:20	Rách màng cứng trong gãy lún nhiều mảnh cột sống lưng thắt lưng. Tổn thương để bỏ sót	Tạ Quang Hiếu
11:20-11:30	Điều trị nắn chỉnh biến dạng cong vẹo cột sống nặng do lao kết hợp hàn liên thân đốt qua lối sau. Nhân hai trường hợp	Nguyễn Văn Tiến Lưu
11:30 - 11:40	Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng	Lê Tường Viễn
11:40-11:50	Báo cáo 1 trường hợp bảo tồn chi ở bệnh nhân sarcom đầu thân trên xương cánh tay	Diệp Thế Hoà
11:50-12:00	Nhân vại trường hợp phẫu thuật lấy xương mọc lạc chỗ giải phóng khớp	Cao Thi
12:00-12:20	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP 3		
11:00-12:20 - Chỉnh hình Nhi và Tái tạo khớp		
ĐIỀU HOÀ: PGS.TS. Nguyễn Ngọc Hưng - TS. Võ Quang Đình Nam		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
11:00-11:10	Những Cập nhật mới trong Chỉnh Hình nhi 2016	Phan Quang Trí
11:10-11:20	Nhận xét các kỹ thuật mổ điều trị trật khớp háng bẩm sinh	Phan Đức Minh Mẫn
11:20-11:30	So sánh kết quả trung hạn của phương pháp Ponseti giữa bàn chân khoèo vô căn và bệnh lý	Võ Quang Đình Nam
11:30-11:40	Gãy bong lồi củ chày lứa tuổi thanh thiếu niên	Nguyễn Dương Phi
11:40 - 11:50	Cập nhật điều trị bàn chân khoèo 2017	Huỳnh Mạnh Nhi
11:50-12:00	Nắn kín gãy trật Monteggia trẻ em	Nguyễn Đức Trí
12:00-12:20	THẢO LUẬN	

CHẤM DỨT BUỔI SÁNG - CƠM TRƯA: 12:20 -13:00		
PHÒNG HỌP 1		
Nội soi khớp –Tái tạo khớp (phiên 1)		
ĐIỀU HOÀ: PGS.TS. Đỗ Phước Hùng - BS.CKII. Phan Đình Mừng		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:00-13:10	Kết quả bước đầu PT nội soi khớp cổ chân	Nguyễn Đức Thành
13:10-13:20	Cập nhật ứng dụng nội soi trong điều trị một số bệnh lý khớp cổ tay	Trần Nguyễn Phương
13:20-14:30	Tổn thương SLAP có Chèn ép TK trên vai	Tăng Hà Nam Anh
13:30-13:40	Nhân một trường hợp nang sụn viên chèn ép thần kinh trên vai điều trị qua nội soi	Phan Đình Mừng
13:40-13:50	Bệnh xương do cường cận giáp: nhân 1 trường hợp	Lê Văn Thọ
13:50-14:00	Cơ sinh học khớp cùng đòn và chọn lựa điều trị trật khớp cùng đòn	Bs Dương Đình Triết
14:-14:20	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP 1		
Nội soi khớp- Tái tạo khớp (phiên 2)		
ĐIỀU HOÀ: TS.BS. Tăng Hà Nam Anh - BS.CKII. Trần Đăng Khoa		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
14:20-14:30	Bước phẫu thuật nội soi tái tạo ACL theo phương pháp 2 bó 3 đường hầm cải biên tại Bệnh viện 175	Nguyễn Hà Ngọc
14:30-14:40	Nghiên cứu giải phẫu ứng dụng dây chằng trước ngoài ở khớp gối	Lê Đình Khoa
14:40-14:50	Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước với mảnh ghép gân xương bánh chè tự thân, kỹ thuật lấy gân qua đường mổ nhỏ	Phan Vĩnh Sơn
14:50-15:00	Tái tạo góc sau ngoài	Trần Đăng Khoa
15:00-15:10	Bước đầu phẫu thuật nội soi khớp vai tại BV Thủ Đức	Trần Trịnh Trung Nam
15:10-15:20	Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện Bà Rịa	Nguyễn Phương Nam
15:20-15:40	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP: 2		
13:00-14:10 Tái tạo khớp : Các thành phần trong đơn vị hoạt động của khớp (phiên 1)		
ĐIỀU HOÀ: BS.CKII. Nguyễn Quốc Trị - BS.CKII. Đinh Văn Thủy		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:00-13:10	Kiểm soát đau trong điều trị thoái hóa khớp	Đỗ Phước Hùng
13:10-13:20	Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng ghép tế bào gốc từ mô mỡ và huyết tương giàu tiểu cầu	Nguyễn Tôn Ngọc Huỳnh
13:20-13:30	Khảo sát mật độ xương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân loãng xương	Nguyễn Phương Biên Thùy
13:30-13:40	Đánh giá hiệu quả dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bằng Enoxaparin trên bệnh nhân thay khớp háng	Ngô Kiều Minh Đạt
13:40-13:50	Bước đầu ứng dụng sóng xung kích trong điều trị viêm mủm trên lõi cầu ngoài của khuỷu	Trịnh Minh Tú
13:50-14:00	Chiến lược kiểm soát đau trong phẫu thuật thay khớp ở người cao tuổi	Phan Tôn Ngọc Vũ
14:00-14:20	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP 2		
14:10-15:20: Tái tạo khớp : Hệ thống dây chằng-gân cơ quanh khớp (phiên 2)		
ĐIỀU HOÀ: PGS.TS. Cao Thi - TS.BS. Lê Văn Tuấn		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
14:20-14:30	Gãy xương cùn	Lê Đình Hải
14:30-14:40	Nhân 1 trường hợp phẫu thuật tái tạo gân bánh chè	Nguyễn Đức Viên
14:40-14:50	Phẫu thuật giải phóng gối điều trị cứng khớp sau kết hợp xương vùng gối. Nhân 117 trường hợp tại khoa chi dưới Bv CTCH. TP HCM	Lê Phúc
14:50-15:00	Điều trị gãy trật khớp cùn chậu	Phạm Thế Sinh
15:00-15:10	Nghiên cứu điều trị trật xương bánh chè tái hồi bằng phương pháp tái tạo cánh trong bánh chè	Dương Hiếu Kỳ
15:10-15:20	Kết quả thay khớp gối lần đầu tại BV. ĐK tỉnh Long An	Hà Tấn Quốc
15:20-15:40	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP 3		
13:00-14:10: Điều trị chỉnh hình tái tạo khớp và Vật lý trị liệu (phiên thứ 3)		
ĐIỀU HOÀ: BS.CKII. Trần Thanh Mỹ - BS.CKII. Diệp Thế Hoà		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
13:00-13:10	VLTL cho người bệnh sau phẫu thuật tái tạo dcct	Nguyễn Thanh Thủy
13:10-13:20	Nhân 2 trường hợp điều trị bảo tồn tổn thương góc sau ngoài khớp gối	Hồ Quang Hưng
13:20-13:30	Kết quả bước đầu điều trị gãy lún nhiều mảnh đôi gót bằng kết hợp xương nẹp vít	Bùi Thanh Nhựt
13:30-13:40	Hiệu quả ban đầu của Tocilizumab (Actemra) trong điều trị viêm khớp dạng thấp sớm tại khoa ctch, BV Đại Học Y Dược	Huỳnh Phương Nguyệt Ánh
13:40-13:50	Đánh giá hiệu quả điều trị loãng xương ở bệnh nhân gãy đầu trên xương đùi bằng Zoledronate	Nguyễn Đức Quyền
13:50-14:00	Nhân một số trường hợp bấu đại Bào xương khối lớn đầu dưới xương đùi	Văn Đức Minh Lý
14:00-14:20	THẢO LUẬN	

PHÒNG HỌP: 3		
11:00-12:10Vi phẫu tạo hình- Thay khớp		
ĐIỀU HOÀ: TS. BS. Mai Trọng Tường - PGS.TS. Nguyễn Anh Tuấn		
Thời gian	Đề tài	Báo cáo viên
14:20 -14:30	Nhân PT một trường hợp ngón tay cổ ngỗng	Nguyễn Ngọc Thạch
14:30 - 14:40	Đánh giá bước đầu sử dụng vật da mạch xuyên và vật dùng cho khuyết hồng da mô mềm đầu xa cẳng chân	Nguyễn Cao Viễn
14:40-14:50	Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm bàn tay bằng vật ben có cuống mạch liền tại bệnh viện QY.7A và bệnh viện Saint Paul	Nguyễn Minh Hoàng
14:50-15:00	Nhân một trường hợp Hội chứng Volkman ở cẳng tay	Trần Nguyễn Trinh Hạnh
15:00-15:10	Khảo sát vật cơ sinh đôi che phủ khuyết hồng cẳng chân và gối	Võ Hòa Khánh
15:10-15:20	Nhân trường hợp trật khớp vai ra sau bỏ sót	Trần Bình Dương
15:20-15:40	THẢO LUẬN	

6. PHẦN 6: TỔNG KẾT HỘI NGHỊ : PHÒNG HỌP SỐ 1 từ: 15:40- 15:55

Chủ tịch Hội nghị

TP. Hồ Chí Minh, ngày 25 tháng 5 năm 2017

Chủ tịch Hội CTCH TP. HCM

PGS.TS. Bùi Hồng Thiên Khanh

TS. BS. Nguyễn Vĩnh Thống

Mục Lục		Trang
Thay lại khớp háng	Trần Văn Bé Bảy	
Femoral reference technique as a safe and easy way to obtain a correct combined anteversion on THA	Gianluca Cusma Dovico Guatteri	
Mid flexion knee instability in TKA: Tips and Trick in gap and rotation balance with a medial pivot design	Gianluca Cusma Dovico Guatteri	
Điều trị nhiễm trùng sau mổ thay khớp háng bằng Spacer tự chế	Trương Nguyễn Khánh Hưng	
Đánh giá kết quả điều trị gãy LMC ở người cao tuổi bằng thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài	Phan Thế Minh	
Kiểm soát trục chi trong thay khớp gối toàn phần với sự hỗ trợ của máy tính	Bùi Hồng Thiên Khanh	
Điều trị Hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa kèm mất vững bằng phẫu thuật PLIF cải biên	Ngô Minh Lý	
Rách màng cứng trong gãy lún nhiều mảnh cột sống lưng thắt lưng. Tồn thương để bỏ sót	Tạ Quang Hiếu	
Điều trị nắn chỉnh biến dạng cong vẹo cột sống nặng do lao kết hợp hàn liên thân đốt qua lối sau. Nhân hai trường hợp	Nguyễn Văn Tiến Lưu	
Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng	Lê Tường Viễn	
Báo cáo 1 trường hợp bảo tồn chi ở bệnh nhân sarcom đầu thân trên xương cánh tay	Diệp Thế Hoà	
Nhân vại trường hợp phẫu thuật lấy xương mọc lạc chỗ giải phóng khớp	Cao Thi	
Những Cập nhật mới trong Chỉnh Hình nhi 2016	Phan Quang Trí	
Nhận xét các kỹ thuật mổ điều trị trật khớp háng bẩm sinh	Phan Đức Minh Mẫn	
So sánh kết quả trung hạn của phương pháp Ponseti giữa bàn chân khoèo vô căn và bệnh lý	Võ Quang Đình Nam	
Gãy bong lồi củ chày lứa tuổi thanh thiếu niên	Nguyễn Dương Phi	
Cập nhật điều trị bàn chân khoèo 2017	Huỳnh Mạnh Nhi	
Nắn kín gãy trật Monteggia trẻ em	Nguyễn Đức Trí	

Kết quả bước đầu PT nội soi khớp cổ chân	Nguyễn Đức Thành
Cập nhật ứng dụng nội soi trong điều trị một số bệnh lý khớp cổ tay	Trần Nguyễn Phương
Tổn thương SLAP có Chèn ép TK trên vai	Tăng Hà Nam Anh
Nhân một trường hợp nang sụn viền chèn ép thần kinh trên vai điều trị qua nội soi	Phan Đình Mừng
Bệnh xương do cường cận giáp: nhân 1 trường hợp	Lê Văn Thọ
Cơ sinh học khớp cùng đòn và chọn lựa điều trị trật khớp cùng đòn	Bs Dương Đình Triết
Bước phẫu thuật nội soi tái tạo ACL theo phương pháp 2 bó 3 đường hầm cải biên tại Bệnh viện 175	Nguyễn Hà Ngọc
Nghiên cứu giải phẫu ứng dụng dây chằng trước ngoài ở khớp gối	Lê Đình Khoa
Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước với mảnh ghép gân xương bánh chè tự thân, kỹ thuật lấy gân qua đường mổ nhỏ	Phan Vĩnh Sơn
Tái tạo góc sau ngoài	Trần Đăng Khoa
Bước đầu phẫu thuật nội soi khớp vai tại BV Thủ Đức	Trần Trịnh Trung Nam
Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần tại bệnh viện Bà Rịa	Nguyễn Phương Nam
Kiểm soát đau trong điều trị thoái hóa khớp	Đỗ Phước Hùng
Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng ghép tế bào gốc từ mô mỡ và huyết tương giàu tiểu cầu	Nguyễn Tôn Ngọc Huỳnh
Khảo sát mật độ xương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân loãng xương	Nguyễn Phương Biên Thùy
Đánh giá hiệu quả dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bằng Enoxaparin trên bệnh nhân thay khớp háng	Ngô Kiều Minh Đạt
Bước đầu ứng dụng sóng xung kích trong điều trị viêm mủm trên lõi cầu ngoài của khuỷu	Trịnh Minh Tú
Chiến lược kiểm soát đau trong phẫu thuật thay khớp ở người cao tuổi	Phan Tôn Ngọc Vũ
Gãy xương cùng	Lê Đình Hải

Nhân 1 trường hợp phẫu thuật tái tạo gân bánh chè	Nguyễn Đức Viên
Phẫu thuật giải phóng gối điều trị cứng khớp sau kết hợp xương vùng gối. Nhân 117 trường hợp tại khoa chi dưới Bv CTCH. TP HCM	Lê Phúc
Điều trị gãy trật khớp cùng chậu	Phạm Thế Sinh
Nghiên cứu điều trị trật xương bánh chè tái hồi bằng phương pháp tái tạo cánh trong bánh chè	Dương Hiếu Kỳ
Kết quả thay khớp gối lần đầu tại BV. ĐK tỉnh Long An	Hà Tấn Quốc
VLTL cho người bệnh sau phẫu thuật tái tạo dcct	Nguyễn Thanh Thủy
Nhân 2 trường hợp điều trị bảo tồn tổn thương góc sau ngoài khớp gối	Hồ Quang Hưng
Kết quả bước đầu điều trị gãy lún nhiều mảnh đôi gót bằng kết hợp xương nẹp vít	Bùi Thanh Nhựt
Hiệu quả ban đầu của Tocilizumab (Actemra) trong điều trị viêm khớp dạng thấp sớm tại khoa ctch, BV Đại Học Y Dược	Huỳnh Phương Nguyệt Ánh
Đánh giá hiệu quả điều trị loãng xương ở bệnh nhân gãy đầu trên xương đùi bằng <i>Zoledronate</i>	Nguyễn Đức Quyền
Nhân một số trường hợp bướu đại Bào xương khối lớn đầu dưới xương đùi	Văn Đức Minh Lý
Nhân PT một trường hợp ngón tay cổ ngỗng	Nguyễn Ngọc Thạch
Đánh giá bước đầu sử dụng vật da mạch xuyên và vật dùng cho khuyết hồng da mô mềm đầu xa cẳng chân	Nguyễn Cao Viễn
Đánh giá kết quả điều trị khuyết hồng phần mềm bàn tay bằng vật ben có cuống mạch liền tại bệnh viện QY.7A và bệnh viện Saint Paul	Nguyễn Minh Hoàng
Nhân một trường hợp Hội chứng Volkman ở cẳng tay	Trần Nguyễn Trinh Hạnh
Khảo sát vật cơ sinh đôi che phủ khuyết hồng cẳng chân và gối	Võ Hòa Khánh
Nhân trường hợp trật khớp vai ra sau bỏ sót	Trần Bình Dương

QUI TRÌNH PHẪU THUẬT GỠ Ổ CỐI

TS: Nguyễn Vĩnh Thống

1) PHẦN MỞ ĐẦU:

Các gãy ổ cối có di lệch, nếu không được xử lý đúng sẽ gây ảnh hưởng trầm trọng tới cơ năng khớp háng. Do đó, gãy ổ cối cần phải được nắn chỉnh và cố định sao cho tái lập lại tương thích với chỏm xương đùi, có như thế mới phục hồi chức năng đi lại trong sinh hoạt và lao động cho bệnh nhân. Nếu không tái lập được tương thích trên thì ngoài việc mất chức năng đi lại thì khớp háng sẽ diễn biến nhanh chóng đến thoái hoá khớp. Việc nắn chỉnh và cố định gãy ổ cối có di lệch chỉ có thể thực hiện bằng phương pháp phẫu thuật.

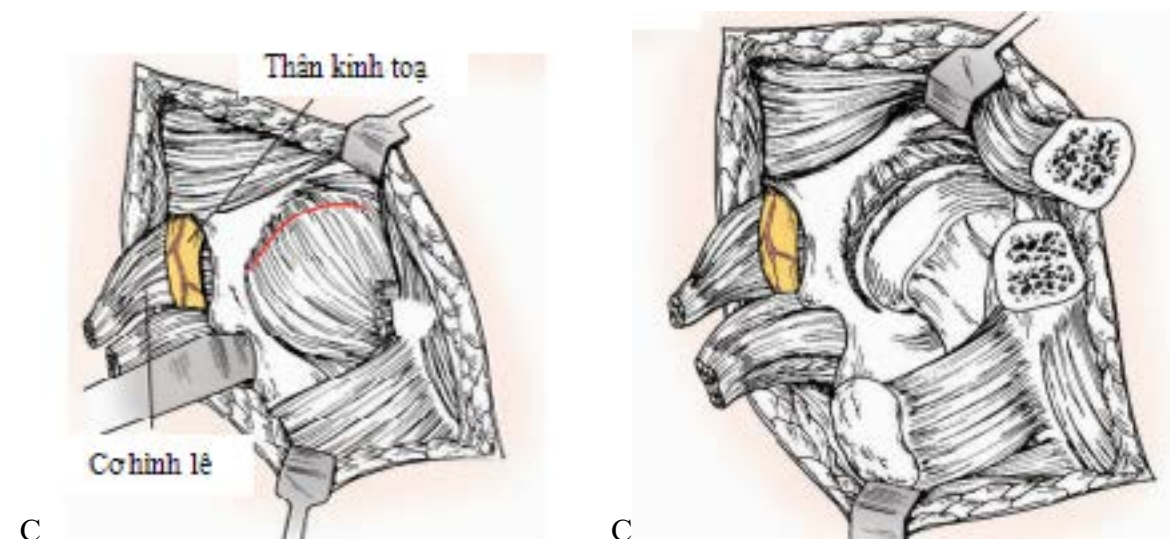
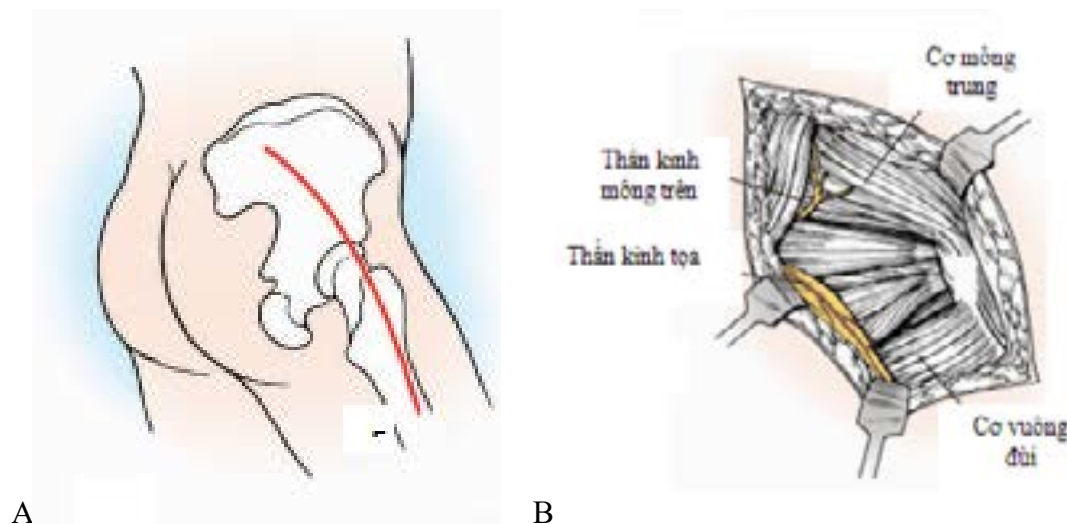
Chỉ định phẫu thuật gãy ổ cối có di lệch khi mất tương thích giữa ổ cối và chỏm xương đùi và khi có mất vững khớp háng. Việc xác định mất vững và mất tương thích khớp háng cần có hình ảnh X-quang và CTscan đa lớp cắt để chẩn đoán loại gãy và các di lệch của nó. Theo phân loại gãy ổ cối hiện hành có 5 loại gãy đơn giản và 5 loại gãy phối hợp. Tất cả 10 loại gãy này có cách xử trí không giống nhau, do đó qui trình phẫu thuật gãy ổ cối thật sự là thách thức, đòi hỏi phẫu thuật viên phải nghiên cứu tỉ mỉ từng trường hợp cụ thể trước khi mổ. Trong bài viết này chúng tôi mô tả khá cụ thể qui trình phẫu thuật cho cả 10 loại gãy ổ cối với kỳ vọng bài viết được xem là tài liệu tham khảo cho quý đồng nghiệp khi thực hành phẫu thuật ổ cối.

2) ĐƯỜNG MỎ:

Cần thực hành thông thạo 2 đường mổ: Kocher Langenbeck và Ilio-Inguinal, sau đó nên tiếp tục thực hành đường mổ Iliofemoral approach

2.1. Đường mổ phía sau - (Kocher-Langenbeck)

Đường mổ Kocher-Langenbeck rất thông dụng, được sử dụng nhiều nhất trong phẫu thuật ổ cối. Đặc biệt ưu tiên cho các gãy trụ sau và vách sau, ngoài ra cũng hay dùng cho các gãy ngang và gãy chữ T. Đường mổ này rất tiện dụng, có thể đục máu chuyên lớn để quan sát toàn bộ ổ cối khi có yêu cầu, và khi cần mở rộng trường mổ ra trụ trước thì mở thêm một nhánh trước đi từ giữa máu chuyên lớn lên gai chậu trước trên để chuyển thành đường mổ ba tia mở rộng. Tư thế bệnh nhân có thể nằm nghiêng, hoặc xấp 45°, hoặc xấp hẳn tùy yêu cầu phẫu thuật



Hình 1: Đường mổ Kocher-Langenbeck.

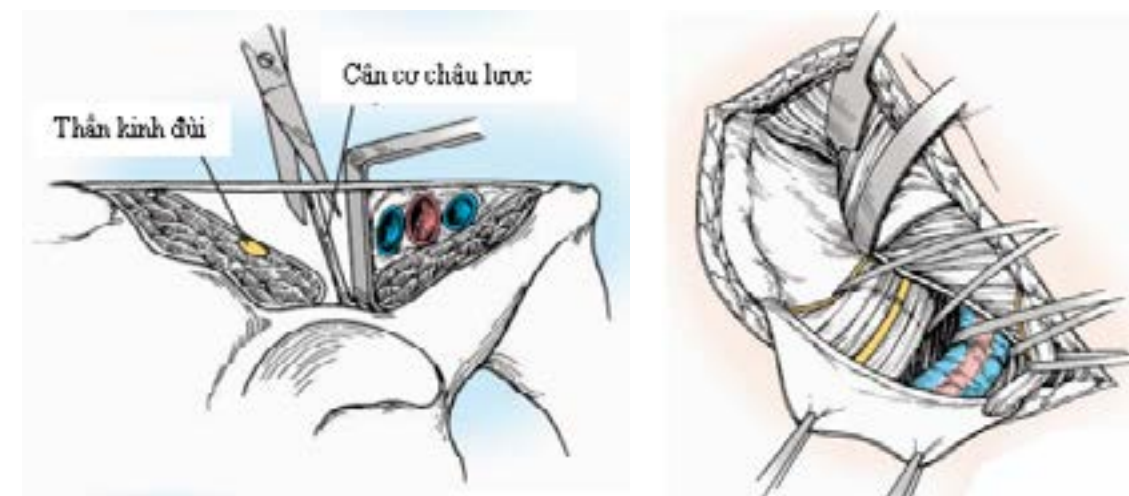
A: đường rạch da. B: xẻ dọc cơ mông lớn để bộc lộ nhóm cơ xoay. C: cắt cơ xoay nơi chỗ bám. D: đục máu chuyên lớn. “Nguồn: Campbell’s

2.2. Đường mổ chậu bẹn, ở phía trước

Đường mổ chậu bẹn cũng khá thông dụng, đặc biệt dùng cho các trường hợp có tổn thương trụ trước và vách trước. Mấu chốt của qui trình mổ là bộc lộ và cắt cân cơ chậu lược, tạo ba cửa sổ xương để qua đó thao tác nắn xương.

Ưu điểm là bộc lộ rõ mặt trong cánh chậu, khớp cùng chậu và cạnh chậu mu. Ít có biến chứng mọc xương lạc chỗ.

Bất lợi của đường mổ này là không nhìn thấy bên trong ổ khớp, nên không thể lấy các mảnh xương vỡ trong khớp nếu có. Ngoài ra còn có nguy cơ khi thao tác có thể làm tổn thương động mạch, tĩnh mạch và thần kinh đùi



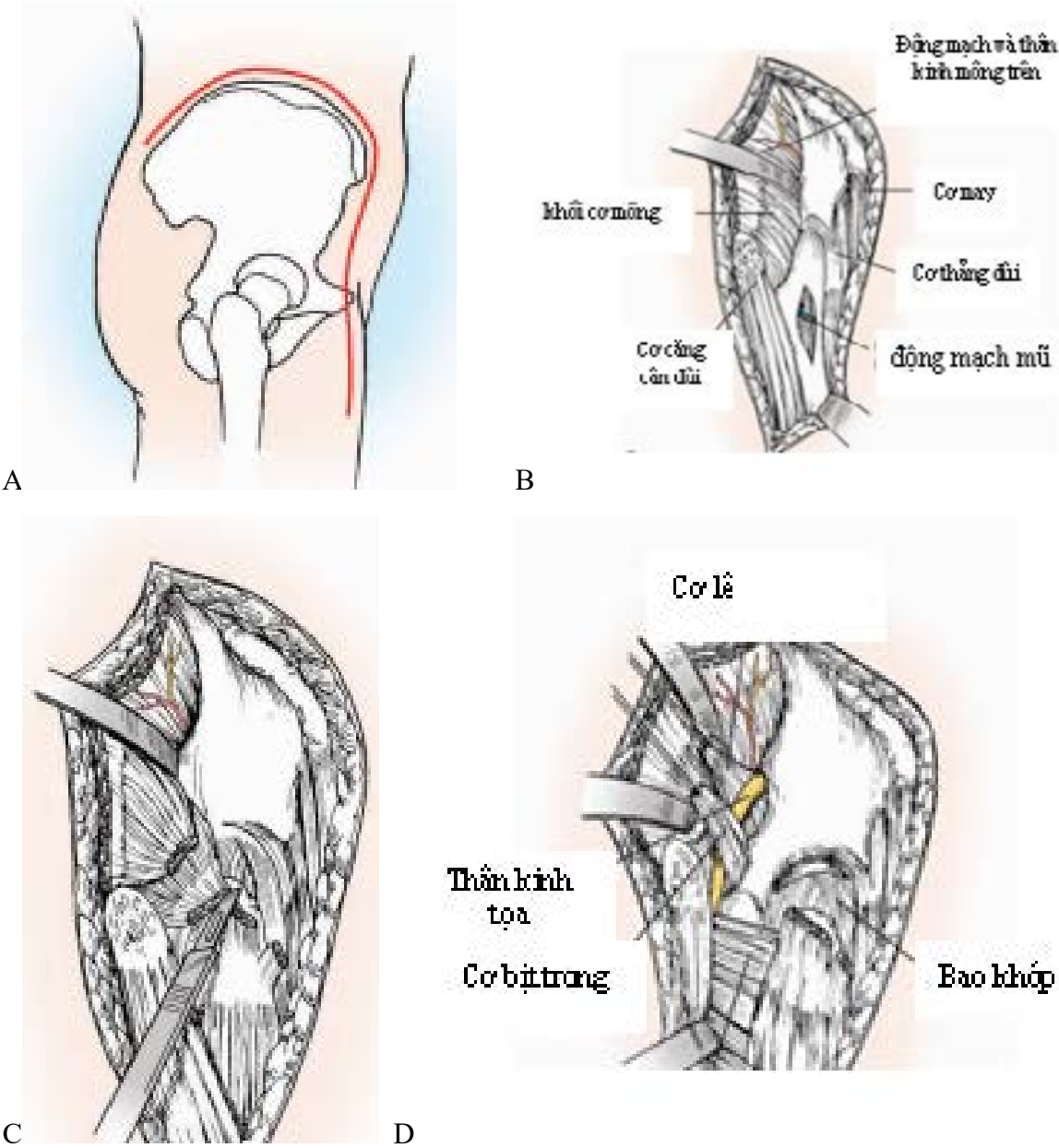
Hình 2: Đường mổ Chậu bẹn.

A- Cắt cân cơ chậu lược, B- Đặt dây thắt qua cơ thắt lưng chậu, bó động tĩnh mạch đùi, và dây chằng tròn để bộc lộ các cửa sổ

2.3. Đường mổ chậu đùi mở rộng:

Đường mổ chậu đùi mở rộng sử dụng cho các trường hợp gãy hai trụ có di lệch phức tạp, nhất là khi mảnh gãy trụ trước bị di lệch ra khỏi xương cánh chậu. Ngoài ra còn dùng cho các trường hợp gãy ổ cối phải mổ muộn.

Tư thế nằm nghiêng, hoặc xấp 45°, hoặc xấp hoàn toàn tùy yêu cầu phẫu thuật. Tư thế háng duỗi và gối gấp để thần kinh tọa không bị căng

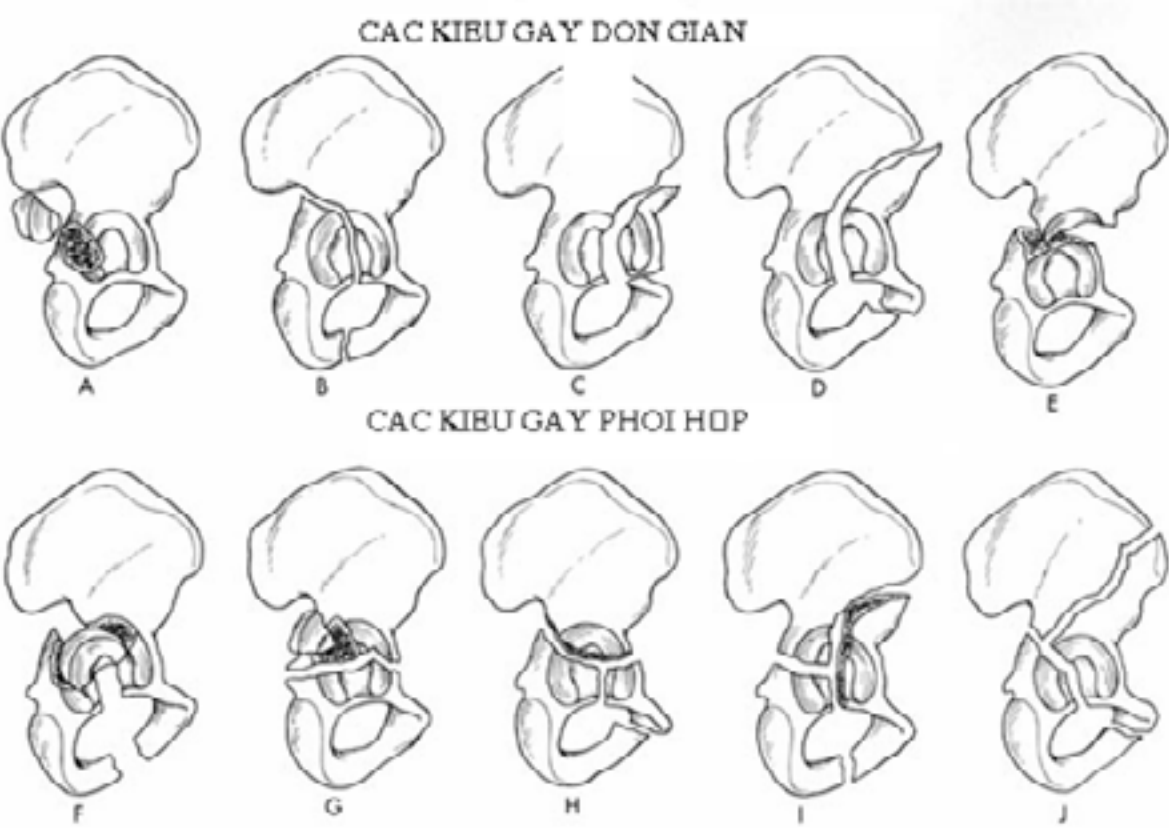


Hình 3: Đường mổ chậu đùi mở rộng.

- A: Đường rạch da,
B: Cắt cơ mặt ngoài mông nơi mào chậu,
C: Cắt cơ mông trung và cơ mông nhỏ ở chỗ bám nơi máu chuyển lớn,
D: Bộc lộ toàn bộ mặt ngoài cánh chậu và khớp háng

3) SỬ DỤNG BẢNG PHÂN LOẠI GÃY Ổ CỐI CỦA LETOURNEL và JUDET:

Có 10 loại gãy cơ bản, trong đó có 5 loại gãy đơn giản và 5 loại gãy phức tạp. Cần phải chẩn đoán được loại gãy ổ cối cụ thể để sử dụng đường mổ phù hợp và áp dụng kỹ thuật nắn xương và cố định cụ thể.



Hình 4: Bảng Phân loại của Judet và Letournel

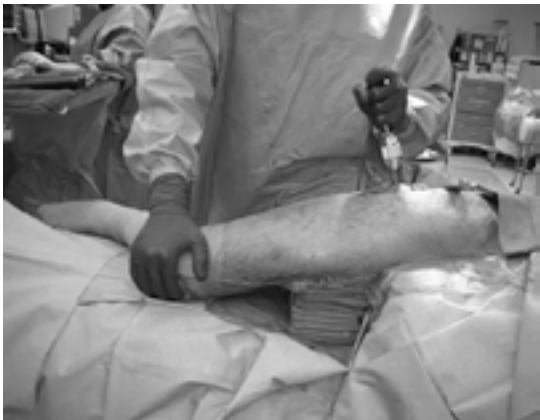
4) QUI TRÌNH PHẪU THUẬT TÙY THUỘC VÀO LOẠI GÃY CỤ THỂ

Như thế về mặt đào tạo cần có 10 bài giảng về 10 loại gãy cơ bản.

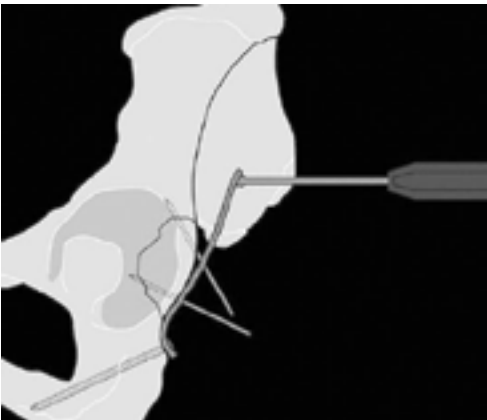
4.1 GÃY VÁCH SAU:

Gãy vách sau thường xảy ra với tần suất cao, thường kết hợp với trật khớp háng ra sau, nhưng đôi khi trật khớp háng được tự nắn vào ngay sau đó. Biến chứng liệt thần kinh tọa, nhất là phần thần kinh mào hay bị do căng dẫn vì trật khớp, liệt thần kinh cần được mô tả trong bệnh án đồng thời báo cho bệnh nhân và thân nhân biết trước khi mổ ổ cối. Gãy vách sau tuy khá đơn giản nhưng di chứng để lại sau điều trị khá nhiều, chủ yếu là biến chứng thoái hoá khớp sau chấn thương.

Đường mổ được sử dụng là Kocher Langenbeck, tư thế nằm nghiêng hoặc nằm sấp, chú ý gối để gấp 90° để giảm căng thần kinh tọa lúc thao tác, còn háng thì để tư thế duỗi. Trường hợp không sử dụng kéo liên tục lúc mổ thì cần đặt chông khăn mổ ở góc đùi để chỏm xương đùi không bị lệch ra sau và vào trong, lúc đó khi cần quan sát ổ cối chỉ cần tì đè vùng gối kết hợp kéo mào chuyển lớn sang bên (hình 5).



Hình 5: Đặt nẹp vải ở góc đùi



Hình 6 : uốn nẹp lồi (under bent)

Xử lý mảnh gãy vách sau tùy thuộc vị trí gãy ở cao, giữa, hay vị trí thấp; nếu mảnh gãy ở cao nhiều khi phải cắt một phần chỗ bám phía sau của khối cơ mông (cắt khoảng 1.5 cm) hoặc cắt mấu chuyển lớn tạm thời để tiếp cận mảnh gãy. Tùy theo tính chất của ổ gãy sẽ có xử lý khác nhau, như gãy nhiều mảnh thì cần có nẹp nâng đỡ, khi có lún viền ổ cối (marginal impaction) thì phải nâng mặt khớp và ghép xóp.

Điều quan trọng khi tiếp cận mảnh gãy vách sau là bảo tồn bao khớp tiếp giáp với mảnh xương; chúng ta có thể lật mảnh xương vỡ lên và kết hợp thủ thuật làm hở khớp mô tả bên trên để quan sát bên trong khớp, lấy hết các mảnh vụn nếu có. Sau khi nắn lại mảnh gãy, dùng nẹp tạo hình để cố định, chú ý uốn nẹp lồi (under bent) để khi siết chặt vít sẽ làm nẹp ép chặt vào mảnh gãy (hình 6).

4.2 GỖ TRỤ SAU:

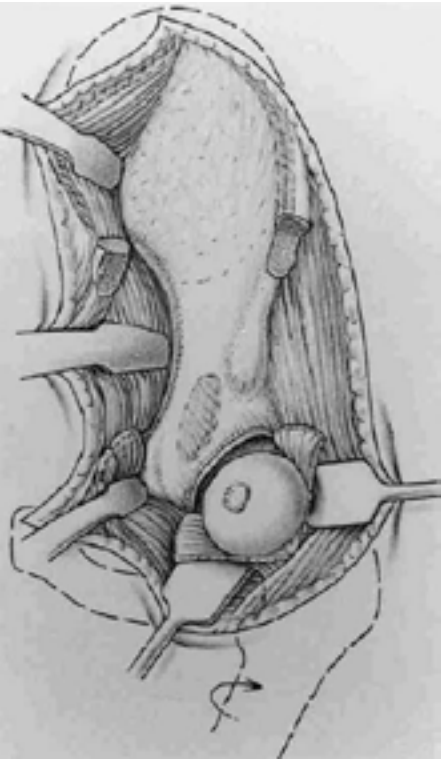
Sử dụng đường mổ phía sau (Kocher Langenbeck), có thể nằm nghiêng hoặc nằm sấp. Cần kéo mảnh gãy để bộc lộ làm sạch mặt gãy thì mới có cơ mai nắn tốt, có thể dùng móc xương, cái nâng màng xương hoặc cái banh xương (lamina preader). Cần chú ý, mảnh gãy trụ sau hay có di lệch xoay do đó cần sờ ngón tay vào diện vuông qua khuyết hông to để xem di lệch của mảnh gãy. Có thể dùng đinh Schanz xuyên vào ụ ngồi để chỉnh di lệch xoay. Sau khi dùng kỹ thuật làm ép sát hai mặt gãy, sẽ đặt 2 vít cố định mặt gãy, sau đó nẹp được đặt dọc phía sau của trụ sau, nơi này có nhiều xương nên vít có thể bắt vào phía sau ổ cối (Hình 7).



Hình 7: Nẹp cố định trụ sau

4.3 GỖ VÁCH TRƯỚC:

Gãy đơn thuần vách trước hiếm gặp, thường là kết hợp với các loại gãy phức tạp khác. Đường mổ chậu bên thường được sử dụng, tư thế nằm ngửa. Không như gãy vách sau; gãy vách trước khi tiếp cận, nắn và cố định mảnh gãy tương đối khó hơn. Năm 2002, Kloen và cs gợi ý phối hợp đường mổ chậu bên và đường mổ Smith-Petersen (đường mổ phía trước) bằng cách cắt tạm thời gai chậu trước trên và cắt gân cơ thẳng đùi, nhờ thế tiếp cận vách trước sẽ dễ hơn (hình 8).



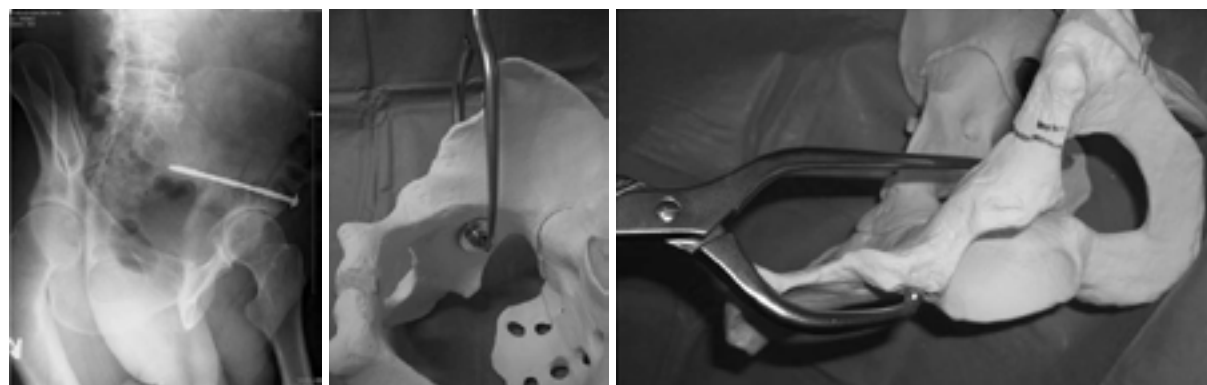
Hình 8: Đường mổ chậu bên mở rộng

Trường hợp gãy vách trước nhiều mảnh có thể dùng kim Kirschner xuyên giữ tạm, sau đó dùng các nẹp nâng đỡ nhỏ của bàn tay hay đầu dưới xương quay, khi ấy dùng vít cố định phần xa của nẹp, còn phần nẹp nâng đỡ gần khớp có khi không cần vít. Sau khi đặt vít cần kiểm tra lại C-Arm.

4.4 GỖ TRỤ TRƯỚC:

Gãy trụ trước thường gặp hơn gãy vách trước và hay kết hợp với gãy ngang nửa sau ổ cối. Thường tổn thương trụ trước lan rộng và gãy nhiều mảnh, việc xử lý phức tạp cũng tương tự như loại gãy phức tạp.

Đường mổ phía trước (chậu bên hoặc chậu đùi “Iliofemoral approach”), trường hợp đường gãy lan rộng thì cần cố định từ sau ra trước, tức là từ nơi lành đến nơi gãy. Chỗ gãy nơi mào chậu cần được nắn, cố định tạm bằng Kirschner sau đó đặt nẹp vít, chú ý tránh di lệch xoay. Trường hợp gãy trụ trước thấp, thường có gãy diện vuông, mảnh gãy trung tâm ổ cối dễ bị mất vững nhất là khi có loãng xương; khi ấy dùng nẹp đặt dọc theo viền chậu (pelvic brim) (hình 10). Khi đặt nẹp dọc viền chậu nhưng bên dưới nơi diện vuông thì cần sử dụng cửa sổ thứ ba (medial window) để quan sát diện vuông, khi ấy phẫu thuật viên phải di chuyển sang phía đối diện để thao tác bên dưới lô mạch máu và lô cơ.

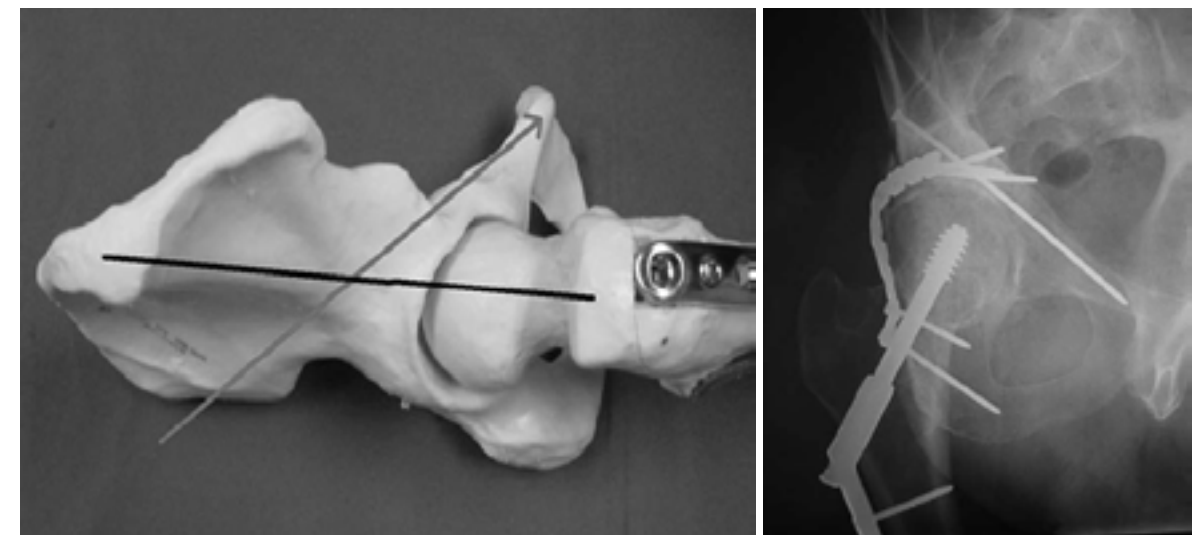
**Hình 9:** Gãy trụ trước**Hình 10:** Nẹp cố định viền chậu**Hình 11:** Dùng vít dài để cố định trụ trước **Hình 12:** Dùng Forceps để nắn trụ trước nơi diện vuông cố định trụ trước với trụ sau

4.5 GÃY NGANG Ổ CỐI:

Gãy ngang ổ cối là thường gặp, thường nó còn dính nơi khớp mu, đây là đặc tính giúp nắn lại xương gãy. Trường hợp gãy các cạnh xương mu hoặc trật khớp mu thì khi nắn xương sẽ khó hơn. Letournel chia gãy ngang ổ cối làm 3 loại: gãy cao hay gãy ngang vòm, gãy cao trung bình và loại gãy thấp. Nói chung gãy ngang ổ cối thì chọn đường mổ phía sau, trừ trường hợp đặc biệt khi hầu hết các di lệch đều nằm phía trước, khi ấy thì chọn đường chậu bên. Vì tính chất quan trọng của vòm chịu lực nên loại gãy ngang vòm cần phải được nắn hoàn chỉnh nên một số tác giả gợi ý nên sử dụng đường mổ chậu bên mở rộng (hình 8); tuy nhiên một số tác giả khác cho rằng dùng đường mổ phía sau kết hợp cắt mấu chuyển lớn cũng cho phép bộc lộ rõ tổn thương, trừ trường hợp có lún viền ổ cối thì nên sử dụng đường mổ chậu đùi mở rộng (extended Iliofemoral approach) (hình 3).

Trường hợp mổ đường mổ phía sau, bắt buộc phải thăm sát bằng ngón tay qua khuyết hông to đi dọc theo đường gãy để viền chậu phía trước. Khi nắn xương cần dụng cụ hỗ trợ như các loại kẹp nắn và xuyên đinh Schantz vào ụ ngồi, phải nhìn trực tiếp vào khớp bằng cách kéo mấu chuyển lớn

xuống. Sau khi nắn xương tốt cần đặt vít dài dọc bên trong trụ trước; điểm vào là 4-6 cm ngay bờ trên ổ cối sau đó đi dọc theo viền chậu và đến cạnh chậu mu, cần theo dõi bằng C-arm để tránh tổn thương bó mạch đùi phía trước (hình 13).

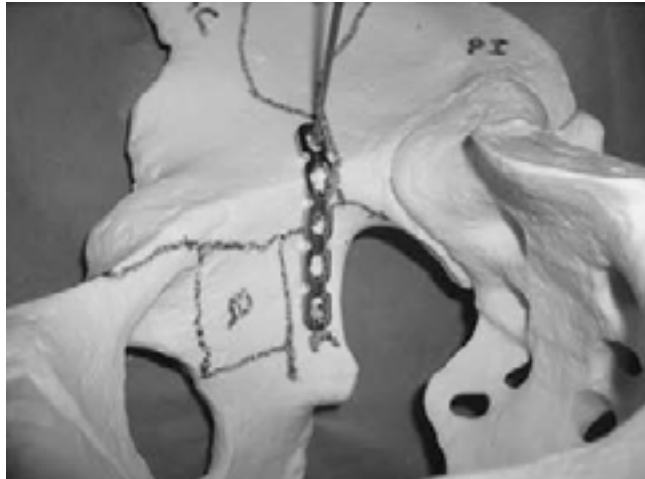
**Hình 13:** Cách đặt vít dọc trụ trước **Hình 14:** Đặt vít dọc bên trong trụ trước và nẹp phía sau

Đặt nẹp dọc trụ sau với vít dài cũng có thể cố định được trụ trước, trường hợp này thì nẹp được uốn hơi quá mức (over bent) để khi siết chặt vít sẽ làm ổ gãy trụ trước áp sát hơn (hình 14)

**Hình 15:** Uốn nẹp cho cong nhiều (over bent)

Cần nhớ rằng đường gãy ngang ổ cối khi mổ với 1 đường mổ không phải lúc nào cũng nắn hoàn chỉnh; trường hợp nắn chưa đạt thì cần sử dụng đường mổ thứ hai. Trường hợp phải sử dụng 2 đường mổ thì chú ý đường mổ đầu không cản trở khi mổ lần hai, tức là vít phải ngắn để không phạm vào trụ đối diện, nẹp khoá được xem là thích hợp khi mổ lần đầu.

Trường hợp mổ duy nhất bằng đường mổ chậu bên, trụ sau có thể được cố định bằng nẹp thông qua cửa sổ bên ngoài

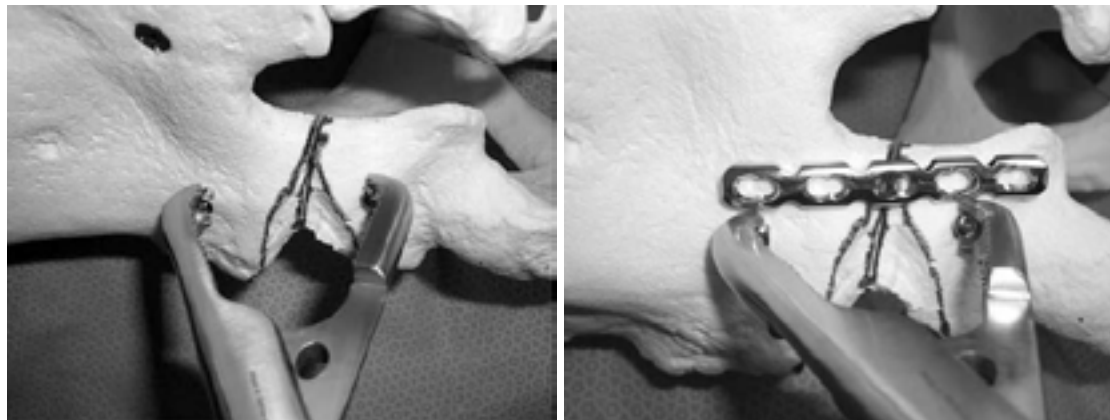


Hình 16: mô đường chậu bên và bắt nẹp trụ sau

4.6 GỠ TRỤ SAU VÀ VÁCH SAU:

Gãy kết hợp giữa trụ sau và vách sau hiếm gặp. Đường mổ phía sau, cần chuẩn bị kéo theo hai chiều dọc trục và kéo bên; nếu không kéo liên tục được thì nên để chồng khăn mổ bên dưới đùi sát bên để chỏm đùi không bị lệch vào trong và ra sau; khi cần quan sát ổ khớp chỉ cần tì đè nơi gối kết hợp với kéo dọc trục (hình 5). Gãy trật trụ sau hay kết hợp tổn thương thần kinh tọa vì đường gãy lan đến khuyết hông to, nơi thần kinh đi ra, nên cần ghi nhận trước khi mổ. Trình tự nắn xương thì nắn trụ sau trước, qua cửa sổ của vách sau có thể quan sát chất lượng nắn trụ sau.

Đường gãy trụ sau cần được bộc lộ lên cao ở đoạn gần, do đó nếu gãy cao thì cần cắt máu chuyển lớn để tiếp cận, khi nắn trụ sau cần xác định bằng sờ ngón tay qua khuyết hông. Một số trường hợp, sau khi nắn có thể cố định tạm bằng 1-2 vít nén ép (lag-screws), hoặc dùng vít hai bên đường gãy và ép khe gãy bằng kèm cặp xương, sau đó đặt nẹp vít (hình 17 và 18).



Hình 17 và 18: Nắn và cố định trụ sau bằng nẹp

Dụng cụ hỗ trợ nắn xương có thể là đặt đinh Schantz vào ụ ngồi để chỉnh di lệch xoay như một “joystick”, có thể dùng kèm nắn xương chậu, đặt một hàm vào khuyết hông to để nắn trụ sau khi nó di lệch ra trước nhiều, hoặc dùng nẹp 3 lỗ nắn trụ sau và siết chặt mặt gãy. Chú ý khi đặt nẹp ở vùng góc khuyết hông, nẹp không được để nhô vào khuyết hông (overhang either sciatic notch) để tránh kích thích mạch máu thần kinh cũng như các gân của nhóm cơ xoay ngắn. Thường dùng 2 vít cho mỗi bên gãy là đủ.

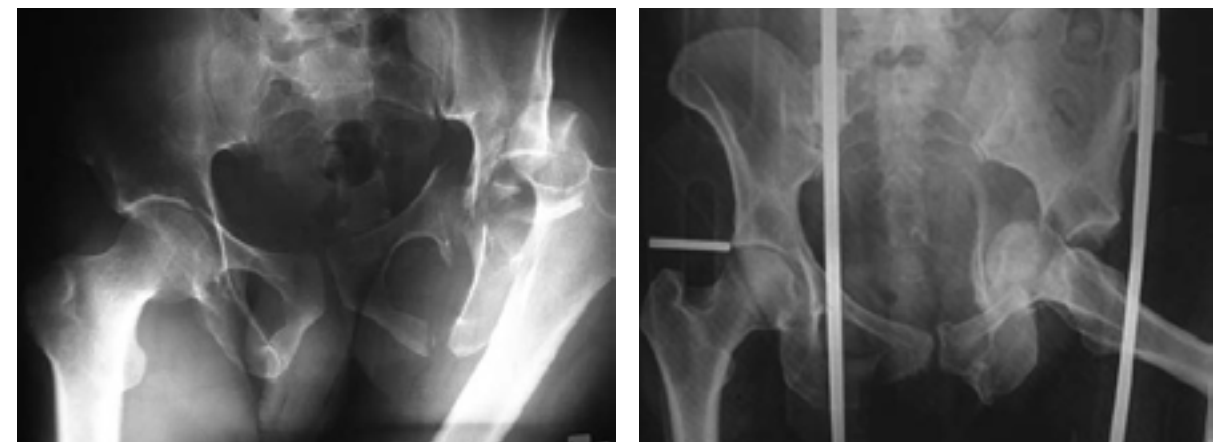
4.7 GỠ NGANG KẾT HỢP VỚI VÁCH SAU:

Nếu gãy ngang đơn thuần thì đường mổ thay đổi theo vị trí của đường gãy, nếu gãy cao thì dùng đường mổ phía trước, còn thấp thì dùng đường mổ phía sau. Còn trường hợp gãy kết hợp ngang và vách sau thì ưu tiên dùng đường mổ phía sau nếu vách sau thực sự mất vững và có chỉ định mổ để cố định vách sau; tuy nhiên cần xem thêm có cần đường mổ mở rộng hoặc mổ 2 đường lần lượt sau và trước. Theo Letournal nguyên bản thì dùng đường mổ chậu đùi mở rộng cho gãy ngang vòm kết hợp với gãy vách sau. Tuy nhiên về sau nhiều tác giả dùng đường mổ phía sau rồi nếu cần thì mổ tiếp phía trước chứ không dùng đường mổ mở rộng, và tư thế được sử dụng là tư thế nằm nghiêng. Cần thiết dùng ngón tay để kiểm soát đường gãy qua khuyết hông; khi dùng nẹp ở trụ sau để cố định luôn cho trụ trước thì nẹp nên được uốn over bent để nén ép khe gãy phía trước (hình 14 và 15). Cũng như kỹ thuật mô tả phía trước, dụng cụ hỗ trợ nắn có thể là đinh Schantz xuyên ụ ngồi và kèm nắn ổ cối qua khuyết hông. Nên sử dụng mảnh gãy vách sau như cửa sổ để mở khớp quan sát đường gãy cũng như kiểm tra chất lượng khi nắn đường gãy ngang.

Đối với đường gãy xuyên vòm thì không cần thiết dùng đường mổ chậu đùi mở rộng mà nên dùng đường mổ phía sau và dùng cửa sổ bằng cách mở mảnh gãy vách sau để kiểm tra khớp sau nắn, nếu cần thiết thì cắt máu chuyển lớn để mở rộng phẫu trường ra trước, ngoài ra bằng đường mổ phía sau chúng ta có thể đặt 2 vít dài “nội tuỷ của trụ trước như mô tả phần trên” (hình 13 và 14)

4.8 GỠ CHỮ T:

Gãy chữ T là một trong những loại gãy khó điều trị nhất, có nhiều quan điểm điều trị khác nhau, tuy nhiên tất cả đều đồng ý là cần thiết nắn hoàn chỉnh. Để có chiến thuật điều trị loại gãy chữ T ngoài nghiên cứu di lệch của đường gãy ngang và đường dọc cần phải xem có gãy thêm vách sau không. Thường đường gãy chữ T cần thiết chụp CT scan đa lớp cắt. Nếu có kết hợp tổn thương vách sau cần mổ thì chọn hai đường mổ lần lượt hoặc đường mổ mở rộng có cắt máu chuyển lớn. Không giống như đường gãy ngang hay gãy hai trụ, trong loại gãy chữ T chỏm xương đùi hoàn toàn tách rời khỏi các đoạn gãy, chỏm có thể trật ra sau hoặc bị chôi vào tiểu khung (như trật khớp háng trung tâm). Khi ấy các dây chằng bám vào các mảnh gãy bị hư hỏng nặng hậu quả là việc nắn chỉnh các mảnh gãy bị khó khăn (theo nguyên lý nắn gián tiếp nhờ dây chằng và phần mềm quanh mảnh gãy: Ligamentotaxis). Do đó phải chọn đường mổ phù hợp và có dụng cụ cần thiết để nắn chỉnh các mảnh gãy.



Hình 19: Gãy chữ T và trật khớp ra sau

Hình 20: Gãy chữ T và trật khớp trung tâm

Nguyên tắc chung là chọn đường mổ theo di lệch nhiều nhất chủ yếu của đường gãy ngang. Trường hợp chọn đường mổ phía sau, mảnh gãy sau được nắn và cố định vào xương cánh chậu nơi góc toạ (nơi thần kinh toạ đi ra khuyết hông to). Việc nắn chỉnh mảnh gãy sau không chỉ nhìn võ xương phía sau mà cần kiểm tra chất lượng nắn nơi diện vuông, bằng cách sờ ngón tay qua khuyết hông cho đến viên chậu. Cần chú ý khi cố định mảnh gãy sau, các vít đủ ngắn để không cản trở khi nắn trụ trước. Để nắn mảnh gãy phía trước, khi đang mổ đường phía sau, cần dùng kèm nắn xương, dùng một hàm cố định vào mảnh gãy trước đang di lệch và một hàm vào xương cánh chậu lành, sau đó siết chặt kèm để sửa di lệch. Khi nắn được di lệch mảnh gãy trước, có thể cố định mảnh gãy trước bằng hai cách: - dùng vít dài từ phía sau của mảnh gãy sau xuyên cho vít nằm sau ổ cối và đến cố định mảnh gãy trước, vít xuyên này có thể nằm riêng lẻ hoặc nằm trong lỗ nẹp khi cố định mảnh gãy sau - Hoặc cố định bằng cách xuyên vào nội tuỷ của trụ trước như mô tả phần trên.

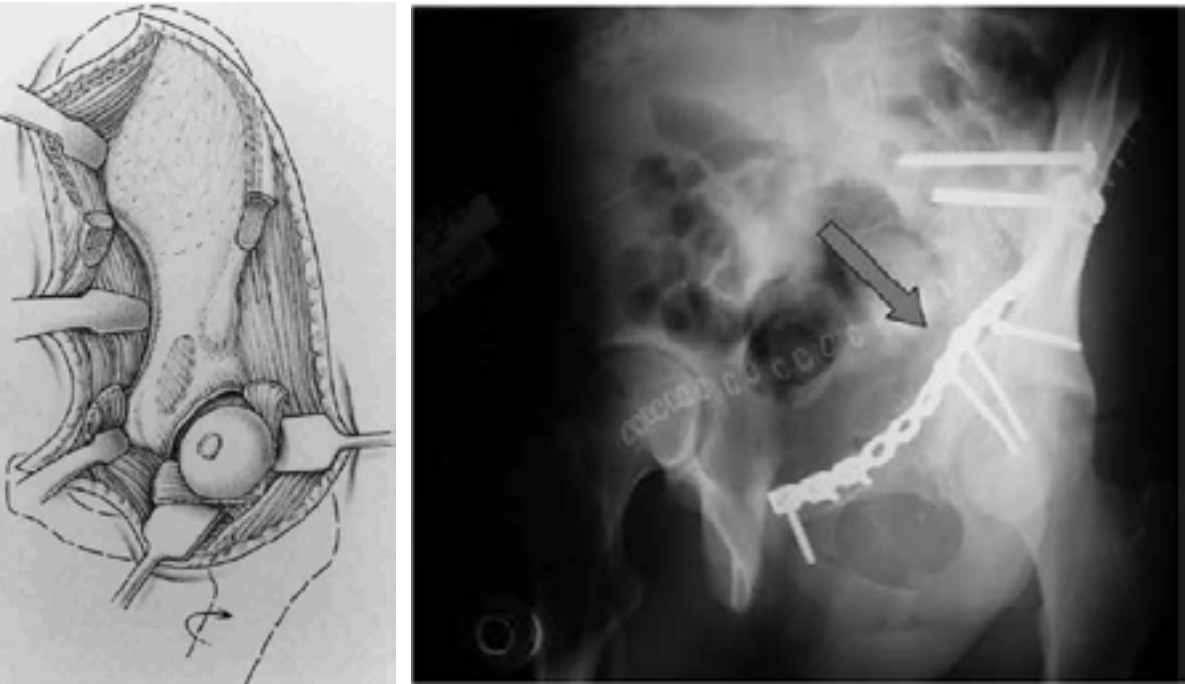
Trường hợp gãy chữ T có gãy vách sau, thì vách sau được nắn và cố định sau, để mở cửa sổ nơi mảnh gãy vách sau quan sát khớp sau nắn hai mảnh gãy sau và trước. Thường nẹp cố định 2 mảnh gãy chữ T được đặt lệch ra phía sau so với bờ khớp. Nếu sau khi nắn và cố định, kiểm tra thấy mảnh gãy phía trước còn di lệch hoặc không vững thì cần mổ tiếp đường mổ phía trước.

Trường hợp xương gãy di lệch nhiều phía trước, còn mảnh gãy sau ít di lệch, khi ấy chọn đường mổ chậu bên phía trước. Sau khi nắn chỉnh mảnh gãy trước, mảnh gãy phía sau được quan sát và tác động qua hai cửa sổ ngoài và cửa sổ trong, khi ấy phẫu thuật viên di chuyển phía đối diện để nhìn rõ diện vuông để nắn chỉnh và đặt nẹp vít cố định.

4.9 GỖ TRỤ TRƯỚC VÀ NGANG NỬA SAU:

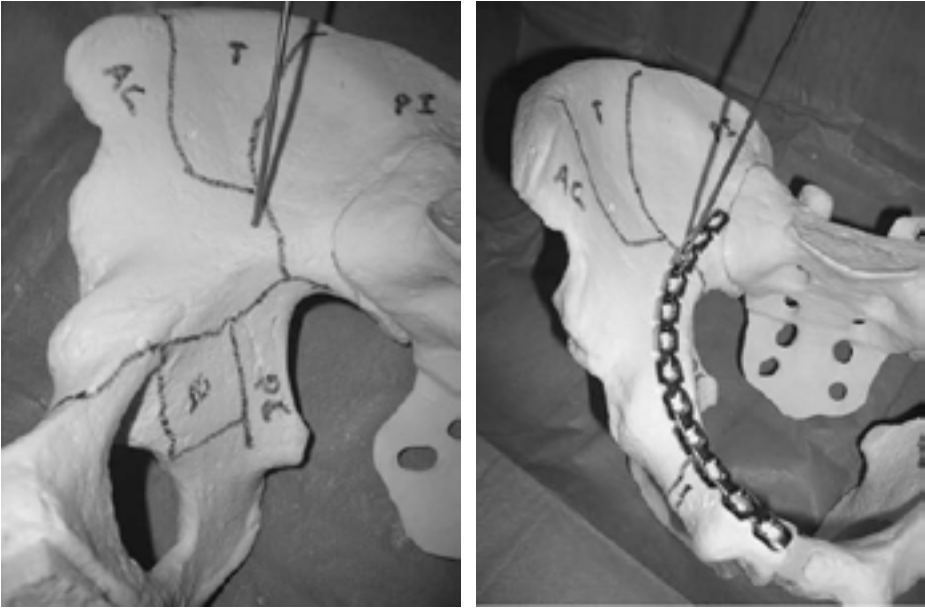
Gãy trụ trước và ngang nửa sau có cấu hình gần giống như gãy hai trụ hoặc gãy chữ T. Tuy nhiên trong gãy trụ trước và ngang nửa sau thì phần vách sau và ổ cối sau vẫn còn liên tục với xương cánh chậu bên trên, ngược lại gãy 2 trụ thì không còn phần mặt khớp nào liên tục với xương cánh chậu, đây là khác biệt cơ bản. Còn so với gãy chữ T thì đường gãy dọc giống, nhưng trong gãy trụ trước ngang nửa sau thì trụ trước tổn thương đặc thù.

Hầu hết các gãy trụ trước và ngang nửa sau cần mổ đường phía trước. Năm 2002, Kloen qua kinh nghiệm 15 trường hợp mổ gãy loại này, tác giả sử dụng đường mổ chậu bên cải tiến, kết hợp với đường mổ Smith-Petersen phía trước, tức là có kết hợp cắt gai chậu trước trên và cắt gân cơ thẳng đùi để vào trụ trước rộng rãi (hình 8)(hình 21).



Hình 21: Đường mổ phía trước cải tiến. Hình 22: Dùng nẹp dài, cố định trụ trước, đặc biệt có vít bắt phía sau ổ cối để cố định xương diện vuông (dấu mũi tên)

Để cố định mảnh gãy phía sau, thì cũng dựa vào kỹ thuật mô tả trên, đi vào cửa sổ bên ngoài, nếu thấy diện vuông ít di lệch thì có thể đặt vít dài từ mặt trước xương cánh chậu chạy dọc theo trụ sau, vít có thể nằm trong nẹp hoặc nằm riêng bên ngoài. Điểm mốc là 2-3 cm trước khớp cùng chậu, 2-3 cm bên ngoài viên chậu hướng xuống dưới và ra sau



Hình 23: Vít đặt ngoài nẹp

Hình 24: Vít đặt trong lỗ nẹp

4.10 GÃY HAI TRỤ:

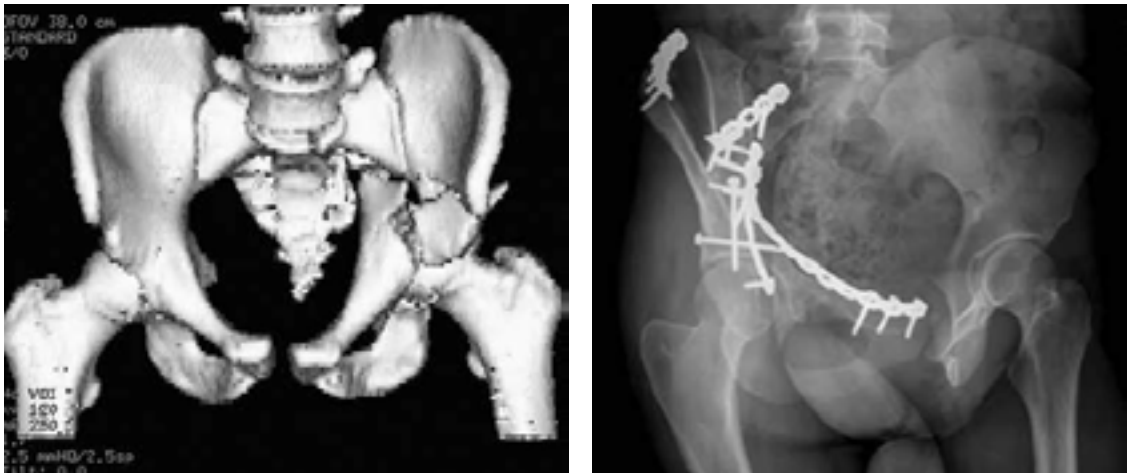
Đặc trưng của loại gãy này là không còn mảnh mặt khớp nào có tiếp xúc với xương cánh chậu. Khác với gãy chữ T hoặc gãy trụ trước ngang nửa sau là vòm ổ cối không còn phần nào nguyên vẹn để có thể tiếp xúc với chỏm xương đùi.

Gãy hai trụ thường được sử dụng đường mổ chậu bên, hoặc chậu đùi mở rộng, hoặc tuân tự đường mổ phía trước rồi tiếp đường mổ phía sau. Theo Letournel và Tile, cả hai đều có ý kiến phần gãy cánh chậu và trụ trước cần nắn lại hoàn chỉnh trước khi sửa chữa mặt khớp. Đôi khi xương cánh chậu bị gãy không hoàn toàn hay gãy tạo hình, khi ấy cần làm cho gãy hoàn toàn cánh chậu thì mới nắn xương được. Chỏm xương đùi bị di lệch vào trong tiểu khung phải được nắn về vị trí cũ để thực hiện nắn lại trụ trước. Được xem như là nguyên tắc khi nắn gãy 2 trụ là nắn và cố định cánh chậu từ sau ra trước, không có nghĩa là bắt đầu bằng đường mổ phía sau mà là bắt đầu từ phần gãy phía sau rồi tiến dần ra phía trước. Letournel mô tả 2 tình huống thường gặp là mảnh gãy hình tam giác của mào chậu và gãy nhiều mảnh nhỏ của viền chậu (hình 25), hai chỗ gãy này cần nắn chỉnh và cố định hoàn hảo; trường hợp gãy hình tam giác ở mào chậu cần cố định bằng nẹp đặt mặt trong mào chậu, còn gãy viền chậu thì cố định tạm bằng kirschner trước, sau đó đặt nẹp cố định trụ trước.



Hình 25: Mảnh gãy hình tam giác ở mào chậu **Hình 26:** Cố định mảnh gãy tam giác bằng nẹp và mảnh gãy nhỏ viền chậu

Sau khi nắn chỉnh trụ trước xong rồi mới tiếp cận đến trụ sau. Cần nhắc lại khi cố định trụ trước thì chú ý không để vít nào chạm tới trụ sau để không làm cản trở khi nắn trụ sau, và nên sử dụng cửa sổ đường mổ chậu bên để quan sát trụ sau qua hình ảnh của diện vuông. Nắn trụ sau thì dùng móc xương, cái đẩy xương (ball spike) hoặc kèm nắn, nắn xong thì cố định tạm bằng kirschner 2mm; sau đó cố định bằng vít dài xuyên đến trụ sau, vít có thể nằm trong nẹp hoặc đặt riêng biệt. Tác giả gợi ý dùng mô hình xương chậu tiết trùng để tham khảo khi đặt vít



Hình 27 và 28: Gãy 2 trụ và nẹp vít cố định

Nếu có gãy phối hợp của vách trước hoặc vách sau thì chỉ cần mở rộng đường mổ chậu bên cũng đủ cố định các mảnh này



Hình 29: Đường mổ chậu đùi mở rộng

Trường hợp gãy quá nhiều mảnh, khả năng nắn hoàn chỉnh là không thể thì có 2 khả năng lựa chọn. Thứ nhất là ưu tiên nắn chỉnh mặt khớp ổ cối trước, sau đó mới nắn và cố định phần xương gãy phía ngoài khớp nơi đây có thể ghép thêm xương nếu cần và phần xương cánh chậu sau này cũng có thể thích nghi tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bruce H. Z., Daniel R. S. (2007), “ Acetabular reconstruction: Fixation methods in simple fracture patterns”, ”, *Fractures of the pelvis and acetabulum*, Informa healthcare USA, pp. 185-224.
2. Bruce H. Z., Daniel R. S. (2007), “ Acetabular reconstruction: Fixation methods in associated fracture patterns”, ”, *Fractures of the pelvis and acetabulum*, Informa healthcare USA, pp. 225-262.
3. Tile M. (2003).”Describing the injury: Classification of acetabular fractures”. In: *Tile Marvin. Fractures of the pelvis and acetabulum*, third edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia USA, pp 427-475.
4. Letournel E. (2006), “ The classic: Fractures of the acetabulum: A study of a series of 75 cases”, *J. Orthop. Trauma*, Lippincott Willams & Wilkins, vol. 20(1), pp. S15-S19.

FEMORAL REFERENCE TECNIQUE AS A SAFE AND EASY WAY TO OBTAIN A CORRECT COMBINED ANTIVERSION IN THA

Abstract:

Combined antiversion between cup and stem is a well known topic at least and had definitively closed the chapter about safe zone concepts. Anatomical landmarks such as the acetabular transverse ligament can help the surgeon as well. But how can surgeons verify (and reach) a really effective combination of both antiversions in order to reduce early and long term complications in THA ? We propose a smart and cheap way to do this during surgery without navigation or special tools.

MID FLEXION KNEE INSTABILITY IN TKA: TIPS AND TRICKS IN GAPS AND ROTATION BALANCE WITH A MEDIAL PIVOT DESIGN

Abstract:

TKA procedure with a Posterior Stabilized components design's is a gold standard in the weastern countries. But this procedure is associated with lower PROMS than THA or UKA probably related to residual mid flexion instability affecting start up as well as descending stairs performances. In young people this could be a real problem affecting work and lifestyle. A very good gap balance in flexion/extension seems to be the answer to obtain good stability across all the ROM but could be tricky. Medial Pivot design helps the surgeon in this but some concepts must be taken in consideration specially regarding femoral external rotation.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SAU THAY KHỚP HÁNG BẰNG XI MĂNG KHÁNG SINH GIỮ KHOẢNG CÁCH VỚI KHUÔN TỰ CHẾ: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP

Lê Văn Tuấn*, Trương Nguyễn Khánh Hưng*, Trần Bình Dương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Theo thống kê của nhiều nước trên thế giới, số lượng bệnh nhân mổ thay khớp háng ngày càng tăng, theo đó tỷ lệ nhiễm trùng sau thay khớp háng cũng có chiều hướng tăng theo. Tại Việt Nam, việc điều trị nhiễm trùng sau thay khớp háng thường gặp nhiều khó khăn do sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn, chi phí điều trị cao và phục hồi chức năng của chi thể sau đó rất khó. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị cho bệnh nhân nhiễm trùng sau thay khớp háng, việc dùng xi măng kháng sinh giữ khoảng cách sau tháo khớp nhân tạo đã được nhiều nước trên thế giới áp dụng, chúng tôi báo cáo 01 trường hợp điều trị nhiễm trùng sau thay khớp háng bên phải bằng xi măng kháng sinh giữ khoảng cách với khuôn tự chế.

Mục tiêu: thông tin 01 trường hợp điều trị nhiễm trùng sau thay khớp háng bằng xi măng kháng sinh giữ khoảng cách với khuôn tự chế.

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo ca lâm sàng.

Từ khóa: nhiễm trùng sau thay khớp háng, xi măng kháng sinh giữ khoảng cách.

ABSTRACT

PROSTHETIC INFECTION TREATMENT BY USING ANTIBIOTC CEMENT SPACER WITH CUSTOM MOLD: 01 CASE REPORT

Background: According to statistical data of many countries in the wold, the more proportion of patients in hip replacement have, the more prosthetic infection have been treated. In Vietnam, treatment of prosthetic infection is often difficult beacause of antibiotic resistance, high cost treatment and difficult rehabilitation in post-surgery. Nowadays, there are many methods of treatment for prosthetic infected patients, using antibiotic cement spacer for prosthetic infection have applied in common of a lot of countries all over the wold. We report one case right hip prosthetic infection treatment by using antibiotic impregnated cement spacer with custom mold.

Aim of study: Inform 01 case hip prosthetic infection treatment by using antibiotic impregnated cement spacer with custom mold.

Methods: Case report.

Keywords: Prosthetic infection, Antibiotic cement spacer.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp háng đã được tiến hành trên thế giới từ những năm 1925 bởi Smith Petersen ở Boston – Massachusetts. Đến năm 1936, các nhà khoa học đã nghiên cứu thành công hợp kim Cobalt – Chrome với độ bền và tính chống bào mòn cao, từ đó đưa vào sản xuất các loại khớp háng nhân tạo đã mở ra một bước tiến mới trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình để điều trị những bệnh nhân tổn thương khớp háng bằng thay khớp háng nhân tạo. Thập niên 1950 là sự phát triển mạnh của loại khớp bán phần Moore – Thomson, tuy nhiên tình trạng thoái hoá xương vùng ổ cối vẫn tiếp diễn và việc cố định cán của khớp nhân tạo vào xương đùi một cách vững chắc vẫn còn là thách thức. Vì vậy, từ năm 1961, John Charnley bắt đầu phát triển nhiều loại khớp nhân tạo toàn phần có xi măng để giữ vững khớp nhân tạo đồng thời giảm thiểu sự huỷ xương vùng ổ cối. Từ đó đến nay, có rất nhiều loại khớp háng nhân tạo ra đời với nhiều chất liệu khác nhau như: ceramic-on-ceramic, hoặc metal-on-metal...

Nhiễm trùng sau thay khớp là một biến chứng rất nặng nề. Những đổi mới về kỹ thuật mổ, kết hợp với tiến bộ về vi trùng học và công nghệ sinh học đã làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm trùng này.

Về chẩn đoán, không có xét nghiệm nào chuyên biệt 100% hoặc nhạy cảm 100%. Tuy nhiên kỹ thuật mới về miễn dịch cho phép phân biệt được lỏng khớp do nhiễm trùng hay lỏng khớp vô trùng (aseptic or aseptic loosening).

Tần suất nhiễm trùng sau thay khớp ở BV Mayo Clinic trong khoảng thời gian 1969-1996. Trong 30.000 ca khớp háng, nhiễm trùng 1.7 % ở kỳ thay khớp lần đầu và 3.2 % của thay khớp lần hai

1. NGUYÊN NHÂN

Có 4 yếu tố được xem là nguyên nhân của nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo:

1.1. Yếu tố thuộc bệnh nhân: Bao gồm các suy giảm miễn dịch như tiểu đường, viêm thấp khớp; nhiễm trùng tiểu; dùng corticosteroids kéo dài; tình trạng suy dinh dưỡng trước mổ; tình trạng béo phì.

1.2. Yếu tố về vật liệu: Như dùng khớp gối loại bảng lè (hinged total knee arthroplasty), nhiễm trùng tăng 11-16%, dùng xương ghép đồng loại tăng 3%.

1.3. Yếu tố môi trường: Liên quan số người hiện diện và tình trạng lưu thông khí trong phòng mổ. Vai trò của mũ trùm đầu và hút khí quần áo của nhân viên phòng mổ và phẫu thuật viên, dùng miếng dán da có tẩm Iodine cũng có lợi ích nhất định.

1.4. Yếu tố về kỹ thuật mổ: Giảm mất máu trong lúc mổ và sau mổ, mức độ ô nhiễm giữa phẫu thuật viên, người phụ mổ và kỹ thuật viên dụng cụ. Ngoài ra, giảm tối thiểu thời gian phẫu thuật cũng góp phần đáng kể.

2. VI TRÙNG HỌC

Các vi trùng thông thường có thể là nguyên nhân gây nhiễm như: Staph epidermidis, Staph aureus, Group D Streptococci, Pseudomonas và Ecoli. Gần đây có hiện tượng nhiễm nhiều vi trùng kháng thuốc làm việc xử lý phức tạp hơn.

Vi trùng còn sản xuất ra màng nhầy gọi là Biofilm hay Glycocalyx bảo vệ chúng chống lại sức miễn nhiễm của cơ thể và tác dụng của kháng sinh. Sự kết dính của màng nhầy này phát triển mạnh ở các mặt gồ ghề của vật liệu như xi măng, cũng như mặt ái nước của polyethylen hơn là mặt của ceramic hay titanium. Sự hiện diện của màng nhầy này giải thích tại sao nhiễm trùng phản ứng kém với kháng sinh và nhiễm trùng mãn tính khi vật liệu còn nằm trong cơ thể.

3. CHẨN ĐOÁN

Bệnh sử, dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm như ESR, C-reactive protein, X-quang, radionuclide scans và hút dịch, tất

cả góp phần để có chẩn đoán. Tuy nhiên chẩn đoán dương tính chỉ có khi nuôi cấy vi khuẩn có được từ mặt khớp nhân tạo khi mổ lại. Sinh thiết tức thì khi mổ của mô mềm quanh khớp cũng đáng tin cậy trước khi có kết quả nuôi cấy. Nhuộm gram không có giá trị.

Chẩn đoán giai đoạn nhiễm trùng khớp nhân tạo theo Fitzgerald:

Giai đoạn 1: (nhiễm trùng cấp tính, thời gian trước 03 tháng, tác nhân vi khuẩn có độc lực cao)

Sau mổ trong vòng một tháng, vết thương bị chảy dịch hay chảy mủ. Có các dấu hiệu toàn thân như sốt, lạnh run, hoặc ra mồ hôi. Nhiễm trùng giai đoạn này do nguyên nhân đường máu, nhiễm trùng nông và lan đến quanh khớp nhân tạo. Khó khăn của giai đoạn này là phân biệt giữa nhiễm trùng nông với nhiễm trùng sâu ở bệnh nhân bị chảy dịch liên tục sau mổ. Không có xét nghiệm chẩn đoán chuyên biệt trong giai đoạn này.

Giai đoạn 2: (Nhiễm trùng sâu muộn, thời gian từ 03 – 24 tháng, độc lực vi khuẩn thấp)

Bệnh nhân được phát hiện nhiễm từ khoảng 3 tháng đến 2 năm sau mổ, vết mổ liền tốt nhưng còn đau nơi mổ khớp. Đau có thể do lỏng lỏng khớp vô trùng hay nhiễm khuẩn độc tính thấp, nhiễm trùng tiềm tàng. Nhiễm trùng nhóm 2 này được cho là có nguồn gốc từ lúc mổ, nhưng số lượng vi khuẩn ít và độc tính thấp, do đó xuất hiện các dấu hiệu muộn. Dấu hiệu lâm sàng toàn thân không có. Đặc thù của giai đoạn này cơ năng khớp kém dần và đau ngày càng tăng. Chẩn đoán nhiễm trùng giai đoạn này tương đối khó.

Giai đoạn 3: (nhiễm trùng đường máu muộn, sau 24 tháng)

Nhiều năm sau phẫu thuật, xuất hiện dấu hiệu nhiễm trùng cấp tính như sốt cao, lạnh run. Thường bệnh sử là bệnh nhân vừa có nhiễm trùng từ xa như ở răng hay tiết niệu sinh dục. Tốc độ máu lắng và C-reactive protein tăng. Có thể rút được dịch mủ từ khớp nhân tạo.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN

- X-quang qui ước: Đường viền không thấu quang quanh vật liệu hay xi măng, dấu hiệu phản ứng màng xương có thể có.
- Tốc độ máu lắng và C-reactive protein: là dấu hiệu cận lâm sàng hữu ích trong chẩn đoán. ESR>30 và CRP>10 có thể xem như có nhiễm trùng.
- Sanzen và Carlsson cho rằng cả ESR và CRP không thường xuyên tăng trong nhiễm trùng khớp. Ngoài ra có khoảng 20% các trường hợp thay khớp có kết hợp với bệnh lý mô liên kết làm ESR tiếp tục gia tăng.
- Cấy dịch khớp: Hút dịch khớp rồi nuôi cấy trong môi trường hiếu khí và yếm khí có thể phát hiện vi khuẩn nguyên nhân trong 2/3 các trường hợp. Tuy nhiên phương pháp này có giá trị trong chẩn đoán dương tính hơn là chẩn đoán loại trừ.
- Hình ảnh đồng vị phóng xạ: Việc sử dụng Indium111 để kiểm tra các bạch cầu được đánh dấu đã thay thế Te99m và Gallium bone scan trong chẩn đoán nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Nó không những chuyên biệt mà còn chính xác khi phân biệt lỏng khớp nhân tạo do nhiễm trùng hay vô trùng. Merkel cho rằng với Indium độ chính xác là 88% so với 62% đối với Te99m và Gallium.
- Phương pháp xạ hình mới: Có hai chất được FDA của Mỹ duyệt để đánh giá nhiễm trùng là:
 - *Indium111 labelled IgG*: dùng chẩn đoán nhiễm trùng mức độ thấp. Theo các chuyên gia Châu Âu cho rằng xét nghiệm chẩn đoán được các trường hợp không có phản ứng nhiễm trùng nơi các mẫu debris
 - *Tc-99 monoclonal antibody*

Cả hai test trên hiện tại còn quá đắt.

- Nhuộm Gram trong lúc mổ: Hiện nay không còn sử dụng vì không chính xác.
- Kết quả giải phẫu bệnh tức thì các mẫu mô quanh khớp:

Nhiều nghiên cứu cho thấy Giải phẫu bệnh tức thì là đáng tin cậy trong khi chờ kết quả nuôi cấy. Nó cho phép phẫu thuật viên chọn quyết định có nên thay lại khớp một thì không. Các mẫu bệnh phẩm có thể là màng giả bao khớp, màng nối liền giữa các bộ phận của khớp nhân tạo. Kết quả nhiễm trùng, 0-5 polymorphs trên một powerd field loại trừ nhiễm trùng, từ 5-10 lập lờ chưa thể xác định, và >10 là có nhiễm trùng.

5. PHÒNG NGỪA NHIỄM TRÙNG:

Sir John Charnley có tỷ lệ nhiễm trùng là 6,8%, năm 1960, là giai đoạn mới phát triển kỹ thuật thay khớp. Việc sử dụng các phương pháp phòng ngừa khác nhau đã làm giảm tần xuất nhiễm trùng rất nhiều từ 0,06-1,2%.

Mọi nguồn nhiễm trùng nào trên cơ thể đều phải được loại bỏ trước cuộc mổ thay khớp. Các vị trí hay thấy là loét da, viêm da nhất là chân cùng bên, nhiễm trùng răng, nhiễm trùng tiểu và tuyến tiền liệt.

1.1. Lọc khí sạch:

John Charnley đã tiên phong dùng phương pháp lọc khí cho phòng mổ và làm giảm tần xuất nhiễm trùng từ 6,8% xuống 0,06%. Lọc dòng khí trong phòng mổ dẫn đến khái niệm “ultraclean air”, được xác định số lượng vi khuẩn không quá 10 trong mỗi m³ khí. Làm sạch khí trong phòng mổ (ultraclean air) được xác định là 50% do lọc dòng khí (laminar flow) và 50% do quần áo lọc khí thải (body exhaust suits). Một nghiên cứu mới đây tại Thụy Điển cho rằng làm sạch khí trong phòng mổ nên được thực hiện trong các phòng mổ hiện đại, trong đó quần áo xử lý khí kín (occlusive garments) nên sử dụng cho tất cả mọi người trong phòng mổ.

1.2. Kháng sinh phòng ngừa:

Kháng sinh phòng ngừa là cần thiết. Vấn đề còn bàn cãi là thời gian dùng kháng sinh sau mổ. Hầu hết tác giả đều cho rằng kháng sinh nên cho từ 15’ đến 1 giờ trước khi rạch da. Sau mổ cho thêm kháng sinh 12-24 giờ là đủ. Kháng sinh Cefazolin nên chọn vì nó có tác dụng trên hầu hết vi khuẩn, không độc và giá rẻ. Trường hợp dị ứng Penicillin thì xem xét chọn Vacomycin, hoặc Linezolid.

1.3. Tưới rửa vết mổ

Tưới rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý, nếu có điều kiện phun rửa thì tốt (pulsative lavage), giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và giữ cho mô mềm được ẩm. Trường hợp tưới rửa với dung dịch có kháng sinh thì nên chọn hai loại kháng sinh là Polymycin và Bacitracin, thời gian tưới rửa 1 phút làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn 60%.

1.4. Dùng tia cực tím:

Dùng tia cực tím để làm sạch không khí phòng mổ tương đương với lọc dòng khí (laminar flow), mà giá rẻ hơn 34 lần. Tuy nhiên có bất tiện là phải bảo vệ bệnh nhân và nhân viên gây mê bằng cách trải drap che chắn.

1.5. Dẫn lưu và thời gian rút dẫn lưu:

Có nên dẫn lưu không? vẫn còn một ít bàn cãi. Một số chứng cứ cho rằng dẫn lưu ít có lợi trong phẫu thuật khớp háng, nhưng đối với khớp gối thì nên sử dụng. Thời gian rút dẫn lưu nên là 24 giờ, quá thời gian này nguy cơ nhiễm trùng cao hơn và dẫn lưu chỉ ra thêm rất ít.

6. ĐIỀU TRỊ:

Khi nhiễm trùng quanh khớp được chẩn đoán hay nghi ngờ một số chọn lựa điều trị như sau:

6.1. Kháng sinh đơn thuần:

Điều trị kháng sinh đơn thuần hiếm khi sử dụng. Như trường hợp nguy cơ tử vong cao nếu mổ cắt lọc hoặc chức năng khớp sẽ tồi tệ

nếu lấy dụng cụ. Kháng sinh dùng để ức chế nhiễm trùng trong thời gian dài. Nguy cơ tái phát cao

6.2. Cắt lọc và giữ lại khớp nhân tạo: phương pháp này được áp dụng khi nhiễm trùng mới xảy ra sau mổ hoặc nhiễm trùng đường máu giai đoạn sớm. Kỹ thuật là làm trật khớp và lau chùi mặt ngoài của khớp nhân tạo, thay mới liner và head. Kháng sinh cho phù hợp với kháng sinh đồ.

6.3. Revision một thì:

Revision một thì được khởi xướng bởi Buchholtz và Gartman năm 1972. Kỹ thuật là lấy khớp nhân tạo, cắt lọc và thay khớp mới có dùng kháng sinh tẩm trong xi măng khi cố định khớp nhân tạo mới. Tỷ lệ thành công là 77% cho 583 bệnh nhân.

Amstutz, 1998, báo cáo 20 trường hợp thay khớp một thì, không áp dụng cho các trường hợp vi khuẩn đề kháng nhiều loại kháng sinh và các trường hợp suy giảm miễn dịch, kháng sinh dùng kéo dài 4,7 tháng sau mổ và không có trường hợp nào tái nhiễm.

6.4. Revision hai thì:

Một thì là lấy ra tất cả khớp nhân tạo, bao gồm cả xi măng và cắt lọc sạch mô mềm và bao khớp. Khoảng trống trong khớp được lấp đầy bằng chuỗi hạt xi măng tẩm kháng sinh hay khớp nhân tạo có bọc xi măng tẩm kháng sinh xung quanh. Thì hai là thay lại khớp nhân tạo, loại khớp không xi măng hoặc có xi măng được sử dụng tùy trường hợp và tùy chọn lựa của phẫu thuật viên. Tỷ lệ thành công theo nhiều báo cáo là 90%.

Trong thời gian chờ đợi với xi măng tẩm kháng sinh hoặc xi măng giữ khoảng cách trong khớp (Spacer), bệnh nhân được theo dõi các dấu hiệu về diễn tiến nhiễm trùng ổn định và diễn biến các chỗ đục xương để lấy dụng cụ đã lành, toàn trạng bệnh nhân ổn định, khi ấy hội đủ điều kiện để thay khớp lần hai.

Spacer và chuỗi kháng sinh sẽ giữ cho mô mềm quanh khớp có độ căng nhất định,

nhờ đó việc mổ thay khớp lần hai sẽ thuận lợi là thời gian mổ nhanh, lượng máu mất không nhiều và thời gian phục hồi sau mổ nhanh.

Tóm lại, xử trí nhiễm trùng sau mổ thay khớp nên chọn phương pháp thay lại khớp hai thì, thời gian chờ đợi là 6 tuần, khi ấy kháng sinh được duy trì để chống vi khuẩn đã được định danh qua nuôi cấy. Tỷ lệ thành công là 90%. Cũng cần lưu ý rằng xử trí nhiễm trùng sau thay khớp là không dễ dàng, phải trả giá bằng thời gian, tiền bạc và cả những nguy cơ khác.

Tình trạng miễn dịch của bệnh nhân cũng góp phần trong việc ra quyết định điều trị. Tình trạng miễn dịch có thể phân ra:

A- Bình thường.

B- Các ảnh hưởng tại chỗ hay toàn thân làm chậm lành vết mổ.

C- Nhiều vấn đề về nội khoa có ảnh hưởng giảm miễn dịch đối với nhiễm trùng.

Về điều trị có thể có các lựa chọn như sau:

1. Kháng sinh ức chế nhiễm trùng.
2. Cắt lọc để lại dụng cụ.
3. Thay lại khớp nhân tạo kỳ 1 hoặc kỳ 2.
4. Cắt khớp (excision arthroplasty).
5. Làm cứng khớp.

ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN 1:

Bệnh nhân phải được đưa đến phòng mổ để cắt lọc lấy máu tụ, lấy mẫu thử vi trùng, kháng sinh được liều cao kéo dài từ 4-6 tuần. Liner bằng polyethylene nên thay mới. Các phần khác của khớp nhân tạo được duy trì. Cần cân nhắc đặt VAC để dẫn lưu tốt hơn. Tần xuất thành công là 90%.

ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN 2:

Nhiễm trùng giai đoạn muộn, khớp nhân tạo nên được lấy ra để điều trị triệt để nhiễm trùng. Trường hợp miễn dịch thuộc nhóm C, bệnh nhân không thể chịu đựng được nhiều lần phẫu thuật. Điều trị kháng sinh để ức chế

nhễm trùng là lựa chọn hợp lý. Với điều kiện khớp không đau và bệnh nhân chịu đựng được kháng sinh uống lâu dài. Ở nhóm miễn dịch A và B, phẫu thuật thay lại khớp là hợp lý. Công việc bao gồm: lấy dụng cụ và xi măng, cắt lọc tổ chức hoại tử, làm sạch khớp, kháng sinh tĩnh mạch liều cao trong 4-6 tuần.

Các số liệu chứng minh rằng bệnh nhân nhiễm khuẩn độc hại (more virulent) thì khả năng tái nhiễm thấp với việc thay lại khớp hai thì, nếu kháng sinh phù hợp được cho IV ít nhất 4 tuần.

Tiêu chuẩn để thay lại khớp gồm có:

- Phân lập được vi khuẩn gây bệnh
- Chủ thể miễn dịch thuộc nhóm A
- Vết mổ liền kỳ đầu
- Cơ thể đáp ứng tốt với kháng sinh
- ESR và C-reactive protein trở về bình thường

Tần xuất thành công với thay khớp hai thì là 85%.

ĐIỀU TRỊ GIAI ĐOẠN 3:

Nhiễm trùng khớp giai đoạn 3 được điều trị tùy thuộc khớp nhân tạo có bị lỏng hay không. Nếu khớp không lỏng và cơ năng khớp trước đó tốt thì việc điều trị giống như giai đoạn 1.

Nếu khớp bị lỏng, bị mòn hoặc phần cơ học không tốt thì xử trí như giai đoạn 2

7. CÁC LOẠI XI MĂNG GIỮ KHOẢNG CÁCH (SPACER XI MĂNG):

Gồm rất nhiều loại khác nhau, cả về hình dáng, chức năng, loại kháng sinh sử dụng...

7.1 Loại xi măng giữ khoảng cách được làm sẵn:

- Thường có kháng sinh kèm hoặc không. Loại kháng sinh thường được sử dụng là: Gentamycin, Tobramycin, Vancomycin...Loại kháng sinh được chọn lựa phải dạng bột và chịu nhiệt. Tuy nhiên loại này giá thành khá cao, và ít phù hợp với điều kiện thực tế của các bệnh nhân điều trị tại Việt Nam.



7.2 Loại xi măng giữ khoảng cách được đúc cho từng bệnh nhân:

- Loại này đang chiếm ưu thế trong ứng dụng điều trị vì chủ động được kích thước và chủng loại kháng sinh.



Các loại khuôn tự chế:



BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 59 tuổi, nông dân, sống tại huyện Mỏ Cày, Bến Tre. Bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường típ 2 đã 10 năm, đang điều trị hiện tại mức đường huyết ổn. Năm 2011, bệnh nhân được phát hiện hoại tử chỏm xương đùi 2 bên và được mổ thay khớp háng toàn phần bên trái tại bệnh viện X. Đến năm 2013, bệnh nhân quay lại để mổ thay khớp háng toàn phần bên còn lại. Sau 01 năm, bệnh nhân có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau mông đùi trái, được nhập viện mổ cắt lọc với thời gian điều trị 03 tháng, sau đó được xuất viện và tiếp tục dùng kháng sinh đường uống. Đến tháng 07/2016, bệnh nhân đau nhiều, vùng mông đùi trái có khối áp xe kích thước 03-05cm, bệnh nhân được mổ cắt lọc, dẫn lưu ổ mủ tại bệnh viện X, bệnh nhân được chuyển bệnh viện Chợ Rẫy sau 1 tháng với tình trạng nhiễm trùng không cải thiện.

Kết quả cận lâm sàng RBC: 4.27 T/L, WBC: 8.57 G/L (Neu: 54.4%), Glycemic 123 mg%, BUN: 9 mg/dL, Creatinin 1.5 mg/dL. SGOT: 12 U/L, SGPT: 25 U/L.

Bệnh nhân được mổ cắt lọc, cấy mủ, kháng sinh đồ và đặt VAC hút. Kết quả cấy mủ: Enterococcus Faecium, đề kháng gần như toàn bộ các kháng sinh.



Sau 2 lần cắt lọc, thay VAC, bệnh nhân được đặt xi măng kháng sinh giữ khoảng cách với khuôn tự chế:



Loại kháng sinh chọn lựa: Teicoplanin 1,2 g, và Vancomycin 2g
Sau 2 tuần bệnh nhân được xuất viện khi tình trạng nhiễm trùng ổn, vết thương khô. Bệnh nhân được tiếp tục kháng sinh đường uống trong 6 tuần.

Hình ảnh trong khi mổ:



Sau 01 tháng, bệnh nhân tái khám tại bệnh viện Chợ Rẫy, vết mổ lành, cơ năng chân trái vận động tốt, tình trạng nhiễm trùng đã cải thiện. Kết quả cận lâm sàng: RBC 4.58 T/L, WBC: 6.66 T/L (Neu: 58.9%), CRP: 56 mg/L, Vs: 1h 39, 2h 58, Procalcitonin: 0.134 ng/ml.



Sau 03 tháng, bệnh nhân tái khám tại bệnh viện Chợ Rẫy, vết mổ lành, vận động háng trái tốt, đi lại với 2 nạng không chịu lực chân trái, không thấy tình trạng nhiễm trùng. Kết quả cận lâm sàng: RBC 5.48 T/L, WBC: 6.89 T/L (Neu: 53.9%), CRP: 17 mg/L, Vs: 1h 16, 2h 27

BÀN LUẬN

Nhiễm trùng sau thay khớp háng là 1 biến chứng nặng, việc điều trị kéo dài và không hề dễ dàng. Trước 1 bệnh nhân nhiễm trùng sau thay khớp háng, người thầy thuốc phải đặt ra giải pháp nào hiệu quả, nhanh chóng và an toàn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, chỉ định đưa ra thường phải cân nhắc các chọn lựa sau:

- Tháo dụng cụ có bắt buộc khi có nhiễm trùng khớp háng nhân tạo: cần đánh giá mức độ nhiễm trùng để đưa ra quyết định có hay không tháo dụng cụ. Điều này dựa vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tình trạng tổng thể của bệnh nhân.
- Chỉ cắt lọc đơn thuần: chỉ định hạn chế, chỉ đối với các nhiễm trùng nông ngoài vết mổ, cần căn cứ vào lâm sàng, và cận lâm sàng để chọn lựa.
- Revision 1 thì: chọn lựa ca kỹ. Đối với chỉ định này, thường mức độ nhiễm trùng thấp, việc cắt lọc sẽ giải quyết được tình trạng nhiễm trùng. Đây là chọn lựa được các phẫu thuật viên châu Âu chọn. Tuy nhiên tỷ lệ thất bại vẫn còn cao. Với chọn lựa này bệnh nhân vẫn chịu chi phí điều trị cao, với bệnh nhân Việt Nam thì không phải ai cũng có đủ điều kiện để theo dõi điều trị.
- Revision 2 thì: chỉ định rộng rãi hơn, hiệu quả hơn. Đây là giải pháp đang được rất nhiều phẫu thuật viên chọn lựa, với tỷ lệ thành công rất cao.
- Sử dụng xi măng kháng sinh giữ khoảng cách: chọn lựa đơn giản, hiệu quả, đa năng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng khuôn đúc tự chế để giảm thiểu chi phí điều trị cho bệnh nhân. Loại khuôn này có thể tái sử dụng cho nhiều bệnh nhân và với việc đúc xi măng thành khối tại lúc mổ, chúng tôi sẽ chủ động hơn trong việc lựa chọn liều kháng sinh và loại kháng sinh cho bệnh nhân.

Để mổ thành công cho bệnh nhân, cần có quy trình cụ thể. Phải cân nhắc kỹ 4 điểm sau:

“Lấy hay không lấy dụng cụ; Lúc nào lấy dụng cụ; Loại kháng sinh dùng; Liều kháng sinh”.

- Lấy hay không lấy dụng cụ: đây là quyết định quan trọng, không những quyết định thành công của việc điều trị nhiễm trùng mà còn quyết định thời gian điều trị và giá thành điều trị. Nếu quyết định lấy dụng cụ, phẫu thuật viên sẽ phải tính tới phương án thay khớp lại cho bệnh nhân, việc chọn thời điểm thay lại sẽ ảnh hưởng tới chức năng chi, thời gian nằm viện và tổng trạng của bệnh nhân.
- Lúc nào lấy dụng cụ: việc quyết định lấy dụng cụ và thời điểm tháo dụng cụ là thời điểm mà kinh nghiệm của phẫu thuật viên đóng vai trò rất lớn. Với bệnh nhân nhiễm trùng, việc cắt lọc nhiều lần mà không đem lại hiệu quả chống nhiễm trùng thì cần cân nhắc tháo dụng cụ. Tuy nhiên, việc quyết định thời điểm tháo dụng cụ nào là an toàn và cần thiết, tránh kéo dài thời gian điều trị là vấn đề không dễ, cần kết hợp các yếu tố: lâm sàng, cận lâm sàng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Loại kháng sinh dùng: khi quyết định dùng loại kháng sinh nào để đúc xi măng lấp khoảng trống, cần dựa vào các điểm sau:
 - Kháng sinh dạng bột.
 - Kháng sinh chịu nhiệt, không bất hoạt khi nhiệt độ xi măng có thể lên cao (72° – 86°).

- Kháng sinh phù hợp với kháng sinh đồ.
- Kháng sinh không làm dị ứng khi vào cơ thể bệnh nhân.
- Liều kháng sinh: việc chọn lựa liều kháng sinh cần cân nhắc kỹ, nếu pha một số lượng lớn bột kháng sinh vào để đổ xi măng sẽ làm cho chất lượng của xi măng giảm sút. Nếu pha kháng sinh quá ít thì sẽ giảm tính kháng khuẩn của spacer. Theo một số tác giả, trọng lượng kháng sinh và xi măng thường theo tỷ lệ: 1:5 là an toàn.

Việc xây dựng quy trình để điều trị cho bệnh nhân nhiễm trùng sau thay khớp háng hiện nay chưa được tiến hành tại Việt Nam, chúng tôi mạnh dạn đưa ra một số quan điểm điều trị góp phần xây dựng một quy trình hoàn thiện trong tương lai để hiệu quả được nâng cao, như sau:

- Chuẩn bị bệnh tốt.
- Cắt lọc kỹ, đặt VAC tối thiểu 3 lần.
- Có kết quả cấy dịch, kháng sinh đồ để quyết định chọn loại kháng sinh và liều lượng.
- Sử dụng kháng sinh đúng: đường tĩnh mạch 02 tuần, duy trì bằng đường uống 06 tuần.
- Theo dõi các biến chứng của việc sử dụng kháng sinh kéo dài.
- Theo dõi, tập vận động khớp háng và khớp gối bên tổn thương. Theo một số nghiên cứu trên thế giới, với loại spacer được ứng dụng trong bệnh nhân này, chúng ta hoàn toàn có thể cho bệnh nhân chịu lực lên chân tổn thương. Tuy nhiên, việc này cần có những nghiên cứu lớn hơn, nhiều bệnh nhân hơn để đi đến kết luận.

KẾT LUẬN

Nhiễm trùng sau thay khớp háng là một biến chứng nặng, phức tạp và việc điều trị là khó khăn. Xu hướng hiện nay trên thế giới là chọn lựa giải pháp thay lại khớp 2 thì với thời gian chờ đặt xi măng kháng sinh lấp khoảng trống. Việc phẫu thuật cho bệnh nhân cần có quy trình chuẩn để đạt hiệu quả cao, tránh tái phát nhiễm trùng.

Ứng dụng xi măng kháng sinh lấp khoảng trống đã được tiến hành ở nhiều nước, tuy nhiên hiện nay việc sử dụng khuôn để đúc xi măng pha kháng sinh đang được ứng dụng rộng rãi. Với thực trạng ở nước ta, việc sử dụng khuôn tự chế để đúc xi măng kháng sinh và có thể tái sử dụng lại cho bệnh nhân khác là cần thiết và hiệu quả.

Đối với nhiễm trùng sau thay khớp háng, cần phối hợp nhiều phương án điều trị, kết hợp nội khoa và ngoại khoa, chúng ta không thể chống nhiễm trùng khớp nhân tạo bằng xi măng kháng sinh lấp khoảng trống đơn thuần.

Với bệnh nhân nhiễm trùng sau thay khớp háng cần cân nhắc 4 điểm sau:

- Lấy hay không lấy dụng cụ.
- Lúc nào nên lấy dụng cụ.
- Loại kháng sinh.
- Liều kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vĩnh Thông (2011) “ Nhiễm trùng sau thay khớp”. nhà xuất bản Y học Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Matthews C Philippa et al (2009) “Diagnosis and management of prosthetic joint infection”. *BMJ*. Vol. 338; 1378-1383.
3. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE (2004) “Prosthetic-joint infections”. *New England Journal of Medicine* 2004;351:1645-54.
4. Giuliери S G, Graber P, Ochsner P E (2004) “Management of Infection Associated with Total Hip Arthroplasty according to a Treatment Algorithm” . *Infection* 2004; Vol. 32; No.4; 222-228.
5. Saima Aslam, Rabih O. Darouiche (2012) “ Prosthetic Joint Infections”. *Current Infectious Disease Report* 2012; Vol. 14; No.5; 551-557.
6. Minassian M Angela , Osmon R Douglas, Berendt R Anthony (2014) “ Clinical guidelines in the management of prosthetic joint infection”. *J Antimicrob Chemother* 2014; Vol.69; 29-35.
7. Simon Coffey (2009), “ Management of the infected hip and knee arthroplasty”, Delta course compendium. 2nd Edition, p. 476-481.
8. Bozic KJ, Ries MD (2005) “The impact of infection after total hip arthroplasty on hospital and surgeon resource utilization”. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2005; Vol. 87-A(8); 1746-1751.
9. Michael Neil (2009), “ Strategies for management of infected joint”, Delta course compendium. 2nd Edition, p. 482-488.

RELIABLE MECHANICAL ALIGNMENT IN ARTICULAR SURFACE MOUNTED NAVIGATED TOTAL KNEE ARTHROPLASTY

Bùi Hồng Thiên Khanh (*), Nguyễn Phúc Thịnh (**)

Abstract

Background: The advance in computer assisted in total knee arthroplasty has recently played increasingly important role to ensure accuracy mechanical alignment.

Methods: Over a 9 month period (from 08/2016 to 04/2017), the articular surface mounted navigation system (Orthomap express knee – Stryker) was applied in total knee arthroplasty with the ultimate aim of controlling mechanical component alignment in 26 knees.

Results: The deviated mechanical axes of preoperative and postoperative knees improved dramatically from 11.12 ± 7.8^0 to 1.35 ± 2.0^0 . 84.6% patients achieved reliable mechanical alignment (0 ± 3^0). The components of 2 patients who suffered extraarticular deformities of femur and tibia especially witnessed good alignment at valgus 1^0 and varus 3^0 , respectively. Only 1 severe preoperative 22^0 varus knee of 71-year-old patient who underwent total knee arthroplasty with bone graft appeared acceptable 7^0 varus postoperative axis (accounting for 3.8%).

Conclusions: The articular surface mounted navigated total knee arthroplasty facilitated good mechanical alignment, particularly important in extraarticular deformity knee.

(*) Associate Professor of Faculty of Trauma & Orthopedics of University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City

(**) Department of Trauma & Orthopedics of Ho Chi Minh City University Medical Center

KIỂM SOÁT TRỰC CƠ HỌC TRONG THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN
CÓ HỖ TRỢ MÁY TÍNH VỚI HỆ THỐNG CHÂN ĐỊNH VỊ GẮN VÀO MẶT KHỚP

Bùi Hồng Thiên Khanh (*), Nguyễn Phúc Thịnh (**)¹

Tóm tắt

Tổng quan: sự tiến bộ của hỗ trợ vị tính trong phẫu thuật thay khớp gối toàn phần ngày càng đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát chính xác trực cơ học chi dưới.

Phương pháp nghiên cứu: trong khoảng thời gian 9 tháng (08/2016-04/2017), hệ thống định vị vị tính gắn vào mặt khớp (sử dụng phần mềm Orthomap express knee – Stryker) trợ giúp trong thay khớp gối toàn phần nhằm kiểm soát trực cơ học của khớp nhân tạo ở 26 khớp gối.

Kết quả: góc lệch trục cơ học chi dưới giảm đáng kể từ 11.12 ± 7.8^0 trước mổ về 1.35 ± 2.0^0 sau mổ. 84.6% bệnh nhân đạt được trục cơ học tốt (0 ± 3^0). Đặc biệt trong số này có 2 bệnh nhân biến dạng xương ngoài khớp gối ở đùi và mâm chày, sau mổ lệch với trục cơ học vẹo ngoài 1^0 và vẹo trong 3^0 . Chỉ 1 bệnh nhân 71 tuổi, trước mổ gối vẹo trong nặng 22^0 , trong mổ cần ghép xương, sau mổ đạt được trục chỉ tương đối chấp nhận là vẹo trong 7^0

Kết luận: phẫu thuật thay khớp gối toàn phần có hỗ trợ máy tính với chân định vị gắn vùng mặt khớp giúp kiểm soát trục cơ học tốt, đặc biệt có vai trò quan trọng trong các trường hợp xương biến dạng ngoài khớp.

*: Bộ môn CTCH ĐHYD TP HCM

**: Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP HCM

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ
THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG
BẰNG KỸ THUẬT NỘI SOI

BS. Lê Tường Viễn, TS. BS. Nguyễn Thế Luyến và cộng sự

Tóm tắt

Giới thiệu: phẫu thuật nội soi cột sống đã được áp dụng rộng rãi nhiều nước trên thế giới và đã bắt đầu triển khai ở một số bệnh viện tại Việt Nam. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài này là đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kỹ thuật phẫu thuật nội soi lõi sau qua gian bản sống tại BV Đại Học Y Dược TPHCM.

Phương pháp và đối tượng: nghiên cứu tiên cứu mô tả hàng loạt ca. 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị bằng kỹ thuật nội soi tại BV Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 10/2010 đến 11/2011. Theo dõi ít nhất 6 tháng. Các công cụ đánh giá kết quả: đánh giá đau chân, đau lưng và đau vết mổ theo thang điểm đau VAS (visual analogue scale); đánh giá chức năng theo bảng đánh giá OWESTRY, và tiêu chuẩn đánh giá MACNAB cải biên.

Kết quả: Kết quả lâm sàng: 90,2 % bệnh nhân không còn đau lưng; 95,1% bệnh nhân hết đau chân; có 2 bệnh nhân còn đau lưng mức độ trung bình và thỉnh thoảng đau lan chân; đánh giá theo tiêu chuẩn Mac Nab: tốt và rất tốt: 95,12%, khá 4,87%; thang điểm ODI: trước mổ: $51 \pm 11,16$ sau mổ: $10,56 \pm 5,34$

Kết luận: Kết quả bước đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ thành công cao, nhưng để đánh giá chính xác hơn thì cần số lượng bệnh nhiều hơn và thời gian theo dõi lâu hơn. Nghiên cứu này mở đầu cho các nghiên cứu về sau như mở rộng chỉ định cho kỹ thuật nội soi cột sống, so sánh với các kỹ thuật phẫu thuật khác. Nghiên cứu này cũng góp phần vào việc phát triển kỹ thuật nội soi.

ABSTRACT

Introduction: the spinal endoscopic surgery has been applied in many countries in the world and in a few hospital in Vietnam. The purpose of this study was to report outcome of lumbar discectomies with full endoscopic interlaminar technique.

Methods: this was a prospective study. 41 patients were operated with full endoscopic discectomy. The time of follow-up was 6 months. In addition to general and specific parameter, the following measuring instruments were used: VAS, ODI, and the modified MacNab criteria.

Results: according to the modified MacNab criteria, the excellent and good result were 95,12% of patients, the fair result was 4,87%. The mean core of ODI of preoperation was $51 \pm 11,16$. At 6 months after operation was $10,56 \pm 5,34$.

Conlusions: the result of our study had hight rate of success. However, in order to access the outcome more precise, we need to have more patients and longtime follow-up. This study is just the start for a further investigation. We hope may to contribute to the development of spinal endoscopic technique in the management of lumbar herniated disc.

Giới thiệu:

Trong những thập niên gần đây, phẫu thuật nội soi đã có bước phát triển vượt bậc trong các chuyên ngành như phẫu thuật ổ bụng, tiết niệu, xương khớp, lồng ngực,... Phẫu thuật nội soi cũng đã phát triển để điều trị các bệnh lý của cột sống. Hiện nay, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đã được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới, cũng như tại một số bệnh viện lớn tại Việt Nam.

Phần lớn thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị thành công bằng phương pháp bảo tồn (dùng thuốc giảm đau, nghỉ ngơi, và tập vật lý trị liệu). Tuy nhiên khi điều trị bảo tồn thất bại hay không đáp ứng với điều trị thì chỉ định phẫu thuật được xem xét. Các phương pháp can thiệp phẫu thuật bao gồm: dùng laser hay sóng cao tần làm co nhân đệm với kỹ thuật xuyên kim qua da; lấy nhân đệm qua nội soi; phẫu thuật mở cắt bán phần bản sừng lấy nhân đệm có hay không có sự hỗ trợ của kính hiển vi.

Hiện nay phương pháp phẫu thuật mở lấy nhân đệm cho kết quả tốt nhưng vẫn có tỷ lệ khoảng 10% bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng của sẹo xơ ngoài màng cứng và tiềm ẩn nguy cơ mất vững cột sống sau này. Phương pháp lấy nhân đệm vi phẫu đã làm giảm tổn thương mô và các di chứng về sau này. Các phương pháp phẫu thuật can thiệp tối thiểu đã ra đời nhằm cố gắng giảm tối đa tổn thương mô và các di chứng về sau. Vào những năm 1980, Kampin đã nghiên cứu đưa vào ứng dụng phương pháp lấy nhân đệm qua nội soi. Những năm về sau với sự phát triển về kỹ thuật trong cải tiến ống soi, các dụng cụ phẫu thuật nội soi đã đưa phương pháp phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm phát triển về đường vào và mở rộng chỉ định. Những năm gần đây có một số nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi và được thể hiện ở những bản báo cáo. Đa số các tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi có kết quả tương đương phương pháp mổ mở nhưng có những ưu điểm sau:

- Đường mổ nhỏ, ít tổn thương mô mềm
- Lượng máu mất ít hơn
- Nhìn rõ hơn trong lúc mổ với nguồn sáng nội soi
- Bệnh nhân trở lại hoạt động và làm việc sớm hơn
- Phẫu thuật dễ dàng hơn ở những bệnh nhân mập, béo phì
- Phẫu thuật lần sau dễ dàng hơn vì để lại ít mô xơ sẹo
- Tỷ lệ biến chứng thấp hơn

Để đánh giá kết quả giải ép rễ thần kinh và những ưu điểm trên của kỹ thuật nội soi, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kỹ thuật nội soi”

Phương pháp và đối tượng

Nghiên cứu cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca được thực hiện tại BV đại học Y Dược TP HCM. 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được điều trị bằng kỹ thuật nội soi từ tháng 10/2010 đến 11/2011

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân đau cột sống thắt lưng lan xuống một chân

- Có hình ảnh thoát vị và chèn ép rễ thần kinh rõ trên MRI: thoát vị một tầng, một bên của L4-L5 hoặc L5-S1
- Thất bại với điều trị nội khoa ít nhất 6 tuần

Tiêu chuẩn loại trừ :

- Thoát vị trung tâm to gây hẹp ống sống nặng
- Thoát vị kèm thoái hóa cột sống gây hẹp ống sống
- Thoát vị kèm trượt đốt sống bệnh lý

Tiến hành:

- Chuẩn bị bệnh tiền phẫu: bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật được giải thích và tư vấn phương pháp mổ; khám đánh giá chức năng trước mổ (theo bảng đánh giá chức năng ODI); thang điểm đau lưng, đau chân theo VAS; khám tiền mê; hẹn và lên chương trình mổ.

- Phương pháp phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm qua đường gian bản sừng:

Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân được nằm sấp trên 2 gối đôi, bàn mổ không cản quang, C-Arm được sử dụng trong lúc mổ.

Xác định đường vào: đường vào được xác định dựa trên mốc giải phẫu dưới hướng dẫn của C-Arm. Rạch da sau khi xác định đúng điểm vào.



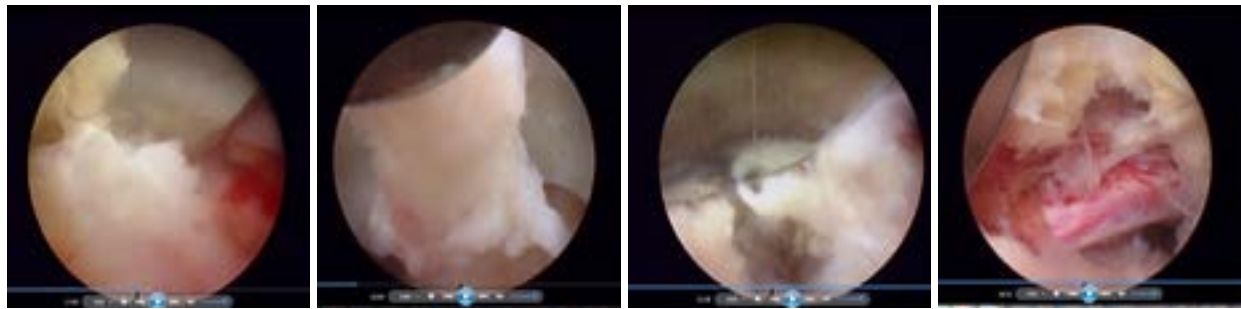
Hình 1: Tạo đường vào và kiểm tra dưới C-arm

Tạo đường vào: qua đường rạch da đưa cây định hướng của sổ gian bản sừng cần xác định (kiểm tra dưới C-arm), tiếp theo đặt các nong mô mềm, đặt trocar vào và rút các ống nong ra.

Thực hiện phẫu thuật: đặt ống soi vào trocar với hệ thống bơm rửa liên tục, áp lực nước

khoảng 50-60mmHg; làm sạch mô mềm, bộc lộ dây chằng vàng và bờ dưới của bản sừng trên, cắt một phần xương của bản sừng trên, cắt bỏ dây chằng vàng vào khoang ngoài màng cứng, lấy bỏ dây chằng vàng đến bờ ngoài của rễ thần kinh.

Trong quá trình phẫu thuật đốt mô mềm và cầm máu bằng sóng cao tần. Sau khi xác định rõ rễ thần kinh dùng que thăm dò vén rễ tách dính, sau đó đặt trocar sâu vào và xoay vén rễ thần kinh vào phía trong; đĩa đệm thoát vị được bộc lộ; dùng forceps lấy nhân đệm thoát vị, trocar có thể linh động hướng lên, hướng xuống, hướng vào trong, ra ngoài để lấy hết nhân đệm. Sau khi lấy hết nhân đệm thoái hóa dùng đốt sóng cao tần cầm máu. Sau đó xoay trocar trả rễ thần kinh về vị trí bình thường, kiểm tra rễ thần kinh còn bị chèn ép hay không. Cuối cùng rút trocar và ống soi, khâu da, băng ép.



Hình 2: các hình ảnh vén rễ, lấy đĩa đệm thoát vị.

Theo dõi và đánh giá kết quả:

Bệnh nhân được theo dõi mỗi 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Các công cụ đánh giá kết quả: đánh giá đau chân, đau lưng và đau vết mổ theo thang điểm đau VAS (visual analogue scale); đánh giá chức năng theo bảng đánh giá OWESTRY, và tiêu chuẩn đánh giá MACNAB cải biên.

Thu thập số liệu:

Dựa vào bệnh án mẫu và tường trình phẫu thuật thu thập các số liệu sau:

- . Tuổi giới, nghề nghiệp
- . Thời gian bệnh
- . Điểm đau thắt lưng, đau chân theo VAS
- . Rễ thần kinh bị ảnh hưởng: tê, yếu vận động, teo cơ.

MRI: tầng thoát vị, vị trí thoát vị, mức độ thoát vị

. Các ghi nhận trong cuộc mổ: mức độ thoát vị, tổn thương rách dây chằng dọc sau, biến chứng chảy máu, rách màng cứng, tổn thương rễ, thời gian phẫu thuật

- . Điểm đau vết mổ theo VAS một ngày sau mổ.
- . Thời gian nằm viện
- . Biến chứng sớm: nhiễm trùng, chảy máu

. Biến chứng muộn: viêm thân sống đĩa đệm, teo cơ, liệt chân.

. Đánh giá chức năng trước mổ, sau mổ và cải thiện lâm sàng sau mỗi lần tái khám theo bảng đánh giá OWESTRY (chi tiết phần phụ lục) và tiêu chuẩn đánh giá MACNAB cải biên.

Kết quả:

Tuổi trung bình: 36,7 ±12,15. Tuổi từ 14 đến 67

Thời gian bệnh từ 2 tháng đến 48 tháng, trung bình: 13 tháng

Tầng thoát vị L4-L5: 16 trường hợp; L5-S1: 25 trường hợp

Vị trí thoát vị: tất cả các trường hợp đều là thoát vị cạnh trung tâm và thoát vị độ II, III.

Các ghi nhận trong cuộc mổ

- Tổn thương dây chằng dọc sau: 18 trường hợp
- Trình trạng chảy máu: không đáng kể, được kiểm soát và đốt cầm máu bằng sóng cao tần.
- Biến chứng: không biến chứng rách màng cứng hay tổn thương mạch máu, rễ thần kinh
- Thời gian mổ: thời gian trung bình của một cuộc mổ là 73,7 phút (ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 90 phút).
- Chiều dài vết mổ: một vết rạch da từ 0,8cm đến 1cm.

Thời gian nằm viện trung bình là 1,75 ngày (từ 1 đến 3 ngày)

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng vết mổ hay viêm thân sống đĩa đệm

Kết quả điểm đau lưng theo thời gian

Điểm VAS	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10
Trước mổ	0	10	26	2	3	0
Sau mổ 1 tháng	32	6	3	0	0	0
Sau mổ 3 tháng	36	3	2	0	0	0
Sau mổ 6 tháng	37	2	2	0	0	0

- Điểm đau VAS trung bình trước mổ: 4,41 ± 1,53 (min: 2; max: 9)
- Điểm đau VAS trung bình sau mổ một tháng: 1,12 ± 1,28 (min:0; max: 5)
- Điểm đau VAS trung bình ba tháng: 0,78 ± 1,15 (min: 0; max: 5)
- Điểm đau VAS trung bình sáu tháng: 0,68 ± 1,05 (min:0; max: 5)

Nhận xét: Sự khác biệt về điểm đau lưng theo VAS trước mổ và sau mổ rất có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Điểm trung bình trước mổ là 4,41 ± 1,53, tối thiểu là 2, tối đa là 9. Điểm trung bình sau mổ 6 tháng là 0,68 ± 1,05, tối thiểu là 0, tối đa là 5. 90,2 % bệnh nhân không còn đau lưng.

Kết quả điểm đau chân theo thời gian.

VAS	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9	10
Trước mổ	0	13	26	2	0	0
Sau mổ 1 tháng	38	2	1	0	0	0
Sau mổ 3 tháng	39	1	1	0	0	0
Sau mổ 6 tháng	39	1	1	0	0	0

- Điểm đau VAS trung bình trước mổ: $4,07 \pm 1,14$ (min: 2; max:7)
 - Điểm đau VAS trung bình sau mổ một tháng: $0,58 \pm 0,8$ (min:0; max:4)
 - Điểm đau VAS trung bình ba tháng: $0,56 \pm 0,77$ (min: 0; max: 4)
 - Điểm đau VAS trung bình sau tháng: $0,56 \pm 0,77$ (min:0; max: 4)
- Nhận xét:
- Sự khác biệt về điểm đau chân theo VAS trước mổ và sau mổ rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Điểm trung bình trước mổ là $4,07 \pm 1,14$, tối thiểu là 2, tối đa là 7.

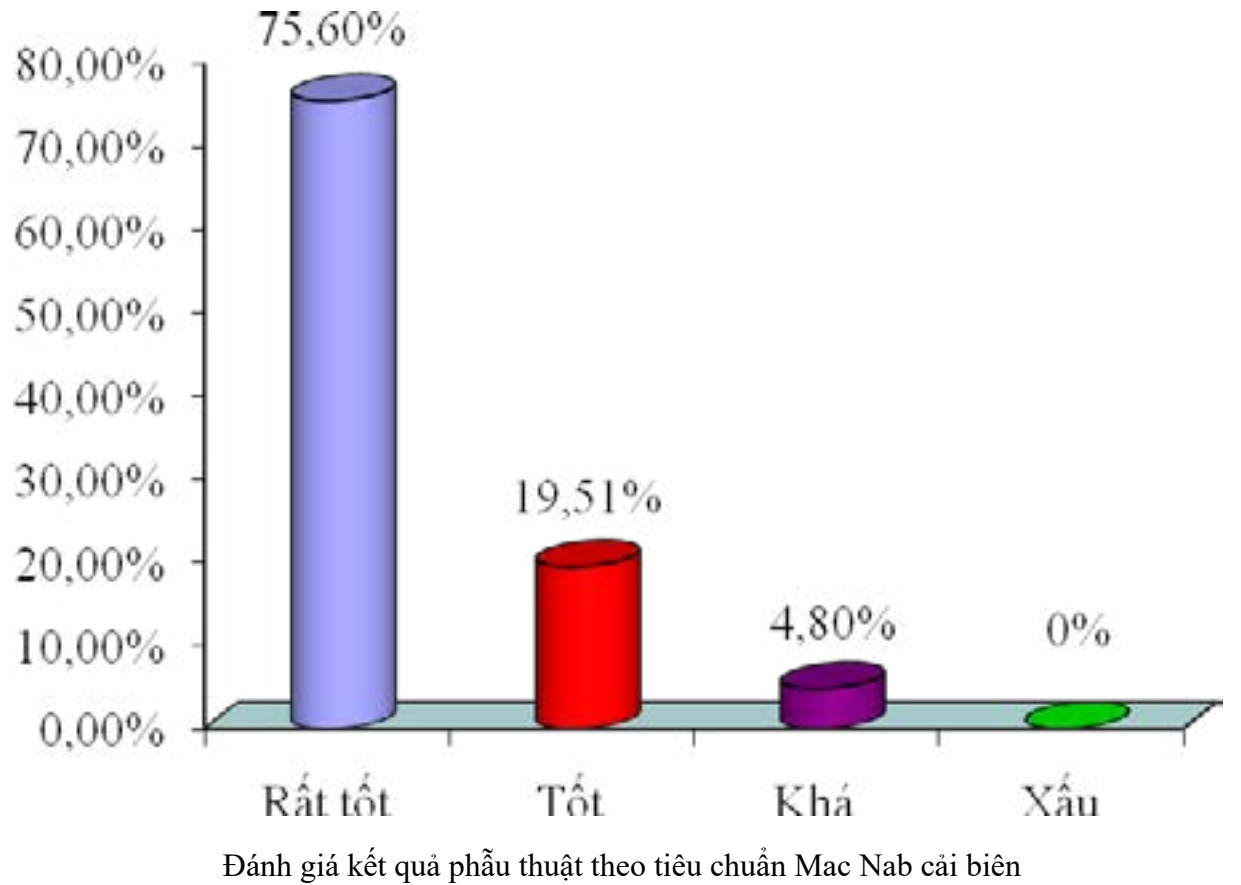
Điểm trung bình sau mổ 6 tháng là $0,56 \pm 0,77$, tối thiểu là 0, tối đa là 4.

95,1% bệnh nhân hết đau chân; có 2 bệnh nhân còn đau lưng mức độ trung bình và thỉnh thoảng đau lan chân

Đau vết mổ hậu phẫu: Đa số các trường hợp (85%) đau rất ít hoặc không đau.

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Mac Nab cải biên

	Rất tốt	Tốt	Khá	Xấu
Số lượng	31 (75,6%)	8 (19,51%)	2 (4,8%)	0 (0%)



Nhận xét: Kết quả lâm sàng đánh giá sau 6 tháng theo tiêu chuẩn Mac Nab cải biên: tốt và rất tốt là 39 trường hợp chiếm 95,12%, khá có 2 trường hợp chiếm 4,87%, không có trường hợp nào xấu phải mổ lại.

Đánh giá kết quả theo thang điểm ODI

Bảng 3.14. Đánh giá kết quả theo thang điểm ODI

ODI	Trước mổ	Sau mổ
X	51,75	10,56
SD	11,16	5,34

Nhận xét: Chỉ số đánh giá chức năng theo ODI sau mổ giảm rõ so với trước mổ, từ $51,75 \pm 11,16$ giảm xuống còn $10,16 \pm 5,34$.

Bàn luận

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 90,2% bệnh nhân không còn đau lưng, 95,1% bệnh nhân hết đau chân, có 2 bệnh nhân còn đau lưng mức độ vừa, và thỉnh thoảng đau lan chân khi đứng lâu và đi bộ nhiều. trong quá trình mổ không xảy ra biến chứng chảy máu, tổn thương rễ

thần kinh hay rách màng cứng. trong quá trình theo dõi không có ca nào bị nhiễm trùng, viêm thần kinh, cũng như thoát vị tái phát.

Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn Mac Nab cải biên, kết quả tốt và rất tốt: 95,12%, khá : 4,87%, không có ca nào xấu phải mổ lại. Thang điểm đánh giá chức năng theo ODI có sự khác biệt có nghĩa thống kê giữa trước mổ và sau mổ, trước mổ là: $51,75 \pm 11,16$, sau mổ giảm xuống còn $10,56 \pm 5,34$.

Kỹ thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới cũng như một số bệnh viện lớn tại Việt Nam. Có nhiều bài báo cáo đánh giá kết quả của kỹ thuật này từ nhiều loại nghiên cứu và nhiều mức độ chứng cứ khác nhau. Các báo cáo đều cho thấy kỹ thuật nội soi cho kết quả thành công cao (tỷ lệ kết quả tốt từ 82% đến 92%).

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng của tác giả Ruetten và cộng sự trên 175 bệnh nhân (theo dõi trong 2 năm), so sánh lấy nhân đệm nội soi qua lỗ liên hợp hay qua gian bản sống với kỹ thuật vi phẫu trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về kết quả và tỷ lệ thoát vị tái phát, nhưng cho thấy ít đau hơn, phục hồi nhanh hơn và tỷ lệ biến chứng thấp hơn ở nhóm nội soi.

Kết quả bước đầu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ thành công cao, nhưng để đánh giá chính xác hơn thì cần số lượng bệnh nhân nhiều hơn và thời gian theo dõi lâu hơn. Và chúng tôi cần có các thiết kế nghiên cứu so sánh với các kỹ thuật phẫu thuật khác để có mức chứng cứ cao hơn.

Kết luận

Qua nghiên cứu kết quả điều trị 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng với kỹ thuật nội soi, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- 1. Kết quả lâm sàng: 90,2 % bệnh nhân không còn đau lưng; 95,1 5 bệnh nhân hết đau chân; có 2 bệnh nhân còn đau lưng mức độ trung bình và thỉnh thoảng đau lan chân; đánh giá theo tiêu chuẩn Mac Nab: tốt và rất tốt: 95,12%, khá 4,87%; thang điểm ODI: trước mổ: $51 \pm 11,16$ sau mổ: $10,56 \pm 5,34$
- 2. Kỹ thuật nội soi cột sống điều trị thoát vị đĩa đệm đem lại sẹo mổ nhỏ có giá trị thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, giảm thiểu tổn thương mô mềm.

Nghiên cứu này mở đầu cho các nghiên cứu về sau như mở rộng chỉ định cho kỹ thuật nội soi cột sống, so sánh với các kỹ thuật phẫu thuật khác. Nghiên cứu này cũng góp phần vào việc phát triển kỹ thuật nội soi.

Tài liệu tham khảo

TIẾNG VIỆT

- 1. Đinh Ngọc Sơn và cộng sự (2011). “ Kết quả phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm thoát vị qua lỗ liên hợp trong thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”. *Y học thực hành, Hội nghị phẫu thuật thần kinh Việt nam lần thứ XII*, 462-470
- 2. Nguyễn Trọng Thiện và cộng sự (2011). “ Phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”. *Y học thực hành, Hội nghị phẫu thuật thần kinh Việt nam lần thứ XII*, 450-455.
- 3. Võ Xuân Sơn (2011). “ Hồi cứu 100 trường hợp mổ thoát vị đĩa đệm thắt lưng bằng nội soi qua đường liên bản sống”. *Y học thực hành, Hội nghị phẫu thuật thần kinh Việt Nam lần thứ XII*, 391-398.

TIẾNG ANH

- 4. Birkenmaier.C(2010). “Guideline for percutaneous endoscopic spinal surgery”. *ISMISS* .
- 5. Choll W Kim, MD, PhD (2011). “ Rationale of minimally invasive spine surgery” *The spine Rothman*, 6th edition, Elsevier. 998-1004.
- 6. Choy J, Ascher PW (1989). “Percutaneous laser decompression of intervertebral discs”. *Lasers Med Surg News*.
- 7. Christopher M. Bono, MD, Andrew Schoenfeld, MD, Steven R. Garfin, MD (2011). “Lumbar disc herniations”. *The spine Rothman*, 6th edition, Elsevier.887-914.
- 8. Hoogland T, Brekel-Dijkstra K, Schubert M, et al(2008). “Endoscopic transforaminal discectomy for recurrent lumbar disc herniation: a prospective, cohort evaluation of 262 consecutive cases”. *Spine*.;33:973–978.
- 9. Kim MJ, Lee SH, Jung ES, et al(2007) “Targeted percutaneous transforaminal endoscopic discectomy in 295 patients: comparison with results of microscopic discectomy”. *Surg Neurol*.;68:623–631.
- 10. Macnab I (1977) “Backache”, *Baltimore: Williams & Wilkins*.
- 11. Massimo Leonardi, Norbert Boos(2008). “Disc herniation and Radiculopathy”. *In: Spinal Disorders*, Springer; 481-507.
- 12. Parviz Kampin (2005). “Herniation lumbar disc and lumbar radiculopathy”. *In: Arthroscopic and endoscopy spinal surgery*. Humana Press, second edition; 61-118.
- 13. Ruetten S, Komp M, Godolias G (2005). “An extreme lateral access for the surgery of lumbar disc herniation inside the spinal canal using the full-endoscopic uniportal transforaminal. Approach- technique and prospective results of 463 patients”. *Spine*; vol 30: 2570-2578
- 14. Ruetten S, Komp M, Godolias G (2006). “a new full-endoscopic technique for the interlaminar

- operation of lumbar disc herniations using 6-mm endoscopes: prospective 2-year results of 331 patients”. *Minim Invas Neurosur*; 49: 80-87.
15. Ruetten S, Komp M, Merk H, et al (2007). “ use of new developed instruments and endoscopes: ful-endoscopic resection of lumbar disc herniations via the interlaminar and lateral transforaminal approach”. *J Neurosurg Spine* 6: 521-530.
 16. Ruetten S, Komp M, Merk H, et al (2008). “Full-endoscopic interlaminar and transforaminal lumbar discectomy versus conventional microsurgical technique: a prospective, randomized, controlled study”. *Spine*;33:931–939.
 17. Rutten S, Meyer O, Gololias G. (2002). Epiduralscopic diagnosis and treatment of epidural adhesions in chronic back pain syndrome of patients with previous surgical treatment: first results of 31 interventions. *Z orthop*; 171-175.
 18. Schoeggl A, Maier H, Saringer W et al.(2002) Outcome after chronic sciatica as the only reason for lumbar microdiscectomy. *J Spine Disord Tech* 2002; 15: 415-419
 19. Tzaan WC.(2007) “Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy”. *Chang Gung Med J*;30:226–234.
 20. Yeung AT, Tsou PM (2002). “Posterolateral endoscopic excision for lumbar disc herniation: Surgical technique, outcome, and complications in 307 consecutive cases”. *Spine (Phila Pa 1976)*. Apr 1;27(7):722-31.

Nhân vại trường hợp phẫu thuật lấy xương mọc lạc chỗ giải phóng khớp

Cao Thi*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xương mọc lạc chỗ (XMLC) là tình trạng tạo xương ở ngoài khung xương, có thể xảy ra quanh các khớp sau khi bị chấn thương sọ não hoặc xảy ra nơi chấn thương hay phẫu thuật sau một thời gian. Khi XMLC quanh khớp gây mất vận động khớp thì cần phải phẫu thuật lấy bỏ để phục hồi vận động.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả 3 trường hợp XMLC sau chấn thương sọ não được mổ lấy bỏ xương lạc chỗ giải phóng khớp.

Kết quả và bàn luận: Cả 3 bệnh nhân đều bị XMLC sau chấn thương sọ não. Một ca bị XMLC 5 khớp gồm 2 khớp háng, 2 khớp gối và 1 khớp khuỷu, 2 ca khác XMLC 2 khớp háng. Trong mổ không có ca nào cần truyền máu. Sau mổ tất cả các trường hợp đều cải thiện vận động khớp đáng kể.

Kết luận: Xương mọc lạc chỗ quanh khớp có thể phẫu thuật lấy bỏ để phục hồi vận động của khớp.

Từ khóa: xương mọc lạc chỗ

Abstract

Surgical excision of heterotopic bone to regain joint movement: 3 cases report.

Cao Thi

Background. Heterotopic ossification (HO) is the presence of bone in soft tissue where bone normally does not exist. It most frequently is seen with either musculoskeletal trauma or central nervous system injury. Patients who develop clinically significant HO may suffer severe limitation of mobility owing to joint stiffness. In those cases, surgical excision of heterotopic bone is necessary.

Objectives. Describe 3 cases of heterotopic ossification surgically treated to regain joint movement: one case with 5 joints and two cases with bilateral hip joint affected

Method: Clinical series

Results and discussion: The cause of all is brain injury. No blood transfusion is required in operations. After operation, ROMs of affected joints significantly improve.

Conclusion: HO can be excised to regain the ROM of joints.

Key words: heterotopic ossification

NHỮNG CẬP NHẬT MỚI TRONG CHÍNH HÌNH NHI 2016

Phan Quang Trí ⁽¹⁾

Martus, Jeffrey E. MD, MS; Otsuka, Norman Y. MD; Kelly, Derek M. MD “What’s New in Pediatric Orthopaedics” *Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume: 17 February 2016 - Volume 98 - Issue 4 – pp:317–324.*

Hiệp hội phẫu thuật chỉnh hình nhi Hoa Kỳ (AAOS) đã cập nhật và phát hành lại “Hướng dẫn thăm khám lâm sàng năm 2009 trong việc điều trị gãy thân xương đùi ở nhi”. AAOS gần đây cũng thông qua “Tiêu chuẩn đánh giá thích hợp đối với gãy trên lồi cầu có tổn thương mạch máu ở trẻ em” [2]. Trong bài cáo này chúng tôi sẽ tổng quan các vấn đề được cập nhật trong chính hình Nhi.

CHẤN THƯƠNG

Có nhiều tài liệu đề cập đến **gãy trên lồi cầu trẻ em**.

Kao và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu tiền cứu 61 bệnh nhi gãy trên lồi cầu kết hợp xương (KHX) bằng kim so sánh có chăm sóc chân kim mỗi ngày và không chăm sóc chân kim [14]. Trong nhóm chăm sóc thay băng kim mỗi ngày, tỉ lệ nhiễm trùng và số lần tư vấn hậu phẫu qua điện thoại cao hơn rõ rệt, do đó đề nghị không có lợi đối với chăm sóc thay băng vị trí xuyên kim mỗi ngày.

Muchow và cộng sự đã nhận thấy rằng **gãy trên lồi cầu với gãy xương cẳng tay cùng bên có tỉ lệ tổn thương thần kinh gấp 2 lần** (14,7%) so với chỉ gãy trên lồi cầu (7,8%) và tăng tỉ lệ tổn thương mạch máu kèm theo [15]. Trong nhóm bệnh khuỷu, một tỉ lệ tổn thương thần kinh cao hơn có liên quan đến những tổn thương có chỉ định nắn gãy xương cẳng tay (18,9%) so với những tổn thương loại này không cần nắn chỉnh (7,3%). Hội chứng chèn ép khoang không ghi nhận trong nhóm.

Barrett và cộng sự đã tổng kết 4.409 ca gãy trên lồi cầu xương cánh tay có kèm liệt thần kinh gian cốt trước đơn thuần từ những trung tâm đa khoa, không kèm tổn thương thần kinh cảm giác, tổn thương mạch máu, hoặc gãy xương cẳng tay cùng bên, và nhận thấy rằng không có bằng chứng cần điều trị khẩn cấp [16]. Trì hoãn can thiệp đến 24 giờ không làm chậm sự phục hồi thần kinh và tất cả những tổn thương đều được giải quyết.

Pennock và cộng sự đã điều tra những yếu tố nguy cơ mất nắn chỉnh của gãy trên lồi cầu xương cánh tay sau khi KHX bằng kim [17]. Tác giả đã khuyến cáo rằng khoảng cách giữa 2 kim tại vị trí ổ gãy ít nhất phải dài 13mm hoặc 1/3 độ rộng của xương cánh tay tại vị trí gãy.

(1) TS. BSCK2. Giám đốc BV. Chấn thương Chính hình, TP. HCM,
Chủ tịch Hội Chính hình Nhi, TP. HCM,
Trưởng bộ môn CTCH. Trường ĐHYK. Phạm Ngọc Thạch, TP. HCM,
Phó trưởng bộ môn CTCH, Đại học Y Dược, TP. HCM.

Bear và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu tiền cứu so sánh gây tê chích vào khối máu tụ và gây mê nắn chỉnh gãy đầu dưới xương quay ở trẻ em [18]. Kết quả tốt đối với cả 2 nhóm và chỉ số đau là như nhau; tuy nhiên, thời gian nằm tại khoa cấp cứu thì ngắn hơn đáng kể đối với nhóm gây tê vào máu tụ trung bình khoảng 2,2 giờ. Sau khi nắn chỉnh, 38% trong số nhóm gây mê có biến chứng nôn ói cần điều trị chống nôn so với 4% nhóm gây tê vào khối máu tụ.

Trong điều trị chấn thương chi có tổn thương mạch máu, sự hiện diện của phẫu thuật viên mạch máu là cần thiết để tránh chậm tái tưới máu, hoại tử cơ, và cắt cụt. **Gans và cộng sự** đã mô tả phác đồ điều trị chấn thương mạch máu và cơ xương chi dưới với sự hợp tác của đội ngũ phẫu thuật viên vi phẫu [19]. Bước ban đầu của phác đồ đã cải thiện thời gian từ lúc nhập viện đến tái tưới máu và giảm được sự trì hoãn lên tới 8 giờ. Thêm vào đó, phác đồ đã làm giảm việc sử dụng những phương pháp khảo sát mạch máu đồ trước mổ.

Heffernan và cộng sự đã thực hiện một tổng kết tiền cứu trung tâm đa khoa đối với 215 bệnh nhân từ 2 tới 6 tuổi được điều trị gãy thân xương đùi được nẹp bột ngay lập tức (n=141) hoặc đóng đinh (n=74) [20]. **Nhóm đóng đinh có thời gian tự đi lại và trở lại hoạt động hoàn toàn ngắn hơn**, mặc dù cũng có chút ảnh hưởng bởi thời gian bó bột. Có một tỉ lệ cao hơn đáng kể của khác biệt chiều dài chân < 2cm trong nhóm bó bột; tuy nhiên, không có sự khác biệt trong tần suất chonggngắn > 2cm.

Riley và cộng sự đã tổng kết 44 ca gãy cổ xương đùi nhi và nhận thấy rằng tổng tỉ lệ hoại tử xương là 20%; tỉ lệ loại Delbet thì tương tự trong những nghiên cứu trước [21]. **Di lệch, thời gian đến lúc nắn chỉnh, và giải phóng bao khớp không ảnh hưởng đến tỉ lệ hoại tử xương**; tuy nhiên, tuổi là một yếu tố hoại tử xương không được ghi nhận ở 14 bệnh nhân dưới 11 tuổi.

Kết hợp xương bên trong tạm thời được sử dụng phổ biến trong điều trị chỉnh hình nhi. **Tosti và cộng sự** đã tổng kết tất cả những ca sử dụng KHX bằng đinh tron trong giai đoạn 17 năm và nhận thấy nhiễm trùng nặng chiếm 1,4% [22]. Không lành hoặc băng thấm dịch được ghi nhận trong 60% trường hợp và 42% cần điều trị phẫu thuật áp xe, viêm khớp nhiễm trùng, hoặc viêm cơ xương. Các tác giả đã trình bày một cơ chế bệnh học cho việc điều trị nhiễm trùng do đinh và đã nhấn mạnh rằng giáo dục bệnh nhân là rất quan trọng cho việc theo dõi, chăm sóc vết thương, và chăm sóc bột có thể làm giảm tỉ lệ biến chứng này.

BÀN TAY VÀ CHI TRÊN

Nhiều nghiên cứu đã mô tả những kết quả thời gian dài sau điều trị bất thường bàn tay bẩm sinh. **Eklblom và cộng sự** đã đánh giá 20 bệnh nhân bị thiếu sản xương quay Bayne type II tới type V từ độ tuổi 18 đến 60 [25]. Sức nắm, sức kẹp ngón tay, chiều dài cẳng tay, và vận động ngón tay và khuỷu tay dường như quan trọng hơn là góc quay cổ tay.

Vuillermín và cộng sự đã báo cáo những kết quả tách mô mềm và vật da 2 thùy cho trường hợp thiếu sản xương quay nặng với thời gian theo dõi trung bình 9,2 năm [26]. Bệnh nhân và người chăm sóc đều hài lòng về chức năng và thẩm mỹ. Các thao tác chủ động có lợi được bảo tồn; tuy nhiên, bệnh nhân lại bị một phần lệch quay.

Stutz và cộng sự đã đánh giá những kết quả thời gian dài đối với 43 ngón cái được tái tạo của 41 bệnh nhân với tật đa ngón bên quay với thời gian theo dõi trung bình 17 năm [27]. So sánh với tay bình thường đối bên, sức mạnh kẹp là 96%, sức mạnh kẹp 3 ngón là 86%, và sức mạnh kẹp đầu ngón là 92%. Những kết quả chức năng được đánh giá bởi Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) đo lường kết quả và chỉ số Pediatric Quality of Life (PedsQL) đều tốt; tuy nhiên, 20% bệnh nhân cần phải mổ lại khoảng thời gian trung bình 8 năm sau mổ ngón tay, với 5 bệnh nhân phải hàn khớp bàn ngón.

Y HỌC THỂ THAO

Thi đấu thể thao ở thiếu niên và chơi thể thao sớm cũng có liên quan đến tỉ lệ hiện mắc ngày càng tăng của chấn thương do quá tải [9].

Jayanthi và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu bệnh chứng so sánh giữa 822 vận động viên bị chấn thương được phát hiện tại các phòng khám y học thể thao với 368 vận động viên không chấn thương khi chơi thể thao. Chấn thương do quá tải thường gặp, chiếm 67,4% trong tổng số ca chấn thương. Chấn thương do quá tải nặng như trượt đốt sống, viêm sụn khớp, chấn thương dây chằng hoặc sử dụng khuỷu quá mức, và gãy xương do stress chiếm 15,8% tổng số ca chấn thương. Những vận động viên bị chấn thương đã được ghi nhận thời gian thi đấu thể thao mỗi tuần càng tăng, thì nguy cơ chấn thương do quá tải tăng gấp 2 lần so với những vận động viên cùng độ tuổi. Tập luyện thể thao chuyên nghiệp là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với chấn thương và chấn thương quá tải nghiêm trọng. Một phân tích dịch tễ học của Hệ thống theo dõi chấn thương do thể thao của trường trung học từ năm 2006 đến 2012 đã ghi nhận chấn thương do quá tải chiếm tỉ lệ 1,5/10.000 trường hợp có thi đấu hoặc tập luyện [10].

Tenforde và cộng sự đã điều tra những yếu tố có liên quan đến chất lượng xương thấp ở 136 vận động viên điền kinh thiếu niên [11]. Trong số những vận động viên nam, quan điểm *“ôm thì nhanh hơn”* và *chỉ số BMI ≤ 17,5 kg/m2* có liên quan đến khối lượng xương thấp (chất lượng xương Z-score ≤ -1). Khối lượng xương thấp ở vận động viên điền kinh nữ có liên quan đến chỉ số BMI ≤ 17,5 kg/m2 hoặc cả bất thường kinh nguyệt lẫn tiền căn chấn thương.

Có nhiều bằng chứng liên quan đến sự việc chậm tái tạo dây chằng chéo trước bị rách (ACL) ở trẻ em và thiếu niên sẽ làm gia tăng nguy cơ bị tổn thương sụn khớp và sụn chêm.

Newman và cộng sự đã nghiên cứu 66 bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 14 tuổi; thời điểm chấn thương đến lúc thực hiện phẫu thuật rách dây chằng chéo trước có liên quan đến tổn thương sụn

ng nghiêm trọng hơn, và phẫu thuật chậm hơn sau 3 tháng có nguy cơ tổn thương thêm gấp 5 lần so với những chấn thương đòi hỏi cần phẫu thuật [12].

Ramski và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp điều trị bảo tồn ban đầu so sánh với điều trị phẫu thuật rách dây chằng chéo trước ở trẻ em và thiếu niên [13]. Có 11 nghiên cứu nhận thấy rằng: 5 nghiên cứu so sánh tái tạo sớm so với trì hoãn (353 bệnh nhân), và 6 nghiên cứu so sánh điều trị phẫu thuật với điều trị bảo tồn (217 bệnh nhân). Không vững và lỏng lẻo được ghi nhận trong 75% bệnh nhân điều trị bảo tồn so với 13,6% bệnh nhân được mổ. Rách sụn chêm trong tăng gấp 12 lần trong trường hợp điều trị bảo tồn. Khả năng trở lại hoạt động ban đầu được ghi nhận trong 85,7% bệnh nhân sau tái tạo, nhưng không có bệnh nhân điều trị bảo tồn trở lại hoạt động hoàn toàn.

KHỚP HÁNG

Phương pháp đục xương sửa trục Dunn cải biên là một phẫu thuật hiệu quả trong việc điều chỉnh trượt đầu trên xương đùi; tuy nhiên, có những biến chứng đáng kể. **Upasani và cộng sự** đã tổng kết những kết quả của phẫu thuật Dunn cải biên đối với 26 trượt đầu trên xương đùi không vững và 17 trường hợp trượt vững [3]. Có 22 biến chứng ở 16 bệnh nhân, bao gồm hoại tử xương (23%), không lành cổ xương đùi (9%), và trật khớp háng sau phẫu thuật (5%). Vì tỉ lệ biến chứng cao và mối tương quan ngược giữa kinh nghiệm của phẫu thuật viên và kết quả của bệnh nhân, phương pháp của tác giả đã được cải biên chỉ áp dụng đối với trên các bệnh nhân trượt đầu trên xương đùi cấp tính với di lệch nhiều (>50 độ) và khi điều trị có thể thực hiện trong vòng 24 giờ với sự hiện diện phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

Novais và cộng sự đã so sánh kết quả bệnh nhân có trượt đầu trên xương đùi vững được điều trị bằng kết hợp xương (n=15) hoặc tái tạo bằng phương pháp Dunn đục xương sửa trục cải biên (n=15) trong khoảng thời gian theo dõi trung bình là 2,5 năm [4]. Những kết quả tốt và rất tốt đạt được cao hơn trong nhóm sử dụng phương pháp Dunn cải biên. Tỉ lệ biến chứng như nhau giữa các nhóm là đều có 1 ca hoại tử xương. Tuy nhiên, tỉ lệ phẫu thuật lại thì nhiều hơn ở nhóm kết hợp xương tại chỗ bởi vì những phẫu thuật tạo hình sau đó, bao gồm đục xương sửa trục liên mấu chuyển và hoặc trật khớp háng sau phẫu thuật với phương pháp tạo hình sụn xương.

Những nghiên cứu nhiều trường hợp đã đánh giá yếu tố nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật quanh ổ cối đối với loạn sản ổ cối.

Trong một nghiên cứu đa trung tâm tiền cứu, **Zaltz và cộng sự** đã phân tích những biến chứng được phân loại theo thang điểm phân loại Clavien-Dindo cải biên [5]. Những biến chứng nặng (loại III hoặc IV) được ghi nhận chiếm 5,9% trong 205 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 25,4. Có một xu hướng không rõ liên quan đến các biến chứng giữa giới tính nam và béo phì.

Novais và cộng sự đã thực hiện một tổng kết đa trung tâm đối với 84 thiếu niên (tuổi trung bình 16,5) sau phẫu thuật quanh ổ cối và nhận thấy rằng biến chứng cao hơn 10 lần ở bệnh nhân béo phì (BMI > phân vị 95) so với bệnh nhân không béo phì [6]. Một nghiên cứu tương tự đối với 280 bệnh nhân trưởng thành bị béo phì (BMI > 30kg/m2) có yếu tố nguy cơ độc lập đối với những biến chứng có mức độ nghiêm trọng cao hơn sau phẫu thuật đục xương sửa trục quanh ổ cối [7].

BÀN CHÂN

Biến dạng bàn chân khèo tái hồi sau điều trị Ponseti có đặc tính chấp nhận kém với nếp chỉnh hình tư thế dạng bàn chân. **Gelfer và cộng sự** đã tổng kết 67 bệnh nhân bàn chân khèo được theo dõi ít nhất 2 năm [23]. Sự chấp nhận sử dụng nếp chỉnh hình tư thế dạng bàn chân đã được báo cáo trong 90% trường hợp. Theo dõi trung bình 31 tháng, tái phát được ghi nhận trong 15,8% biến dạng vô căn và 48,3% biến dạng mắc phải. Tái hồi không có liên quan đến mức độ nghiêm trọng ban đầu, độ tuổi lúc điều trị ban đầu, số lần bó bột, hoặc việc chấp nhận mang nếp chỉnh hình bàn chân tư thế dạng. Tuy nhiên, một sự tương quan được ghi nhận giữa hoạt động gân mào yếu và tái phát trong cả 2 nhóm. Việc nhận thức được yếu tố nguy cơ này sẽ cho phép phẫu thuật viên đánh giá chức năng vận động bệnh nhân chặt chẽ hơn và xem xét điều trị hỗ trợ để ngăn ngừa tình trạng tái phát.

Sau khi thất bại điều trị bảo tồn, phương pháp đục xương sửa trục kéo dài xương gót có thể được xem xét cho biến dạng bàn chân vẹo ngoài gây đau; tuy nhiên, có biến chứng bán trật khớp gót hộp do thầy thuốc gây ra khi thực hiện thủ thuật này. **Ahn và cộng sự** đã tổng kết 44 bàn chân của 24 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 9,7, áp dụng phương pháp đục xương kéo dài xương gót [24]. Thủ thuật này được kết hợp với kéo dài gân Achilles hoặc thủ thuật Strayer, kéo dài cơ mào ngắn và KHX bằng kim xuyên qua khớp gót-hộp trước khi kéo dẫn của phẫu thuật đục xương sửa trục. Tất cả bán trật khớp gót hộp ra mặt lưng bàn chân xuất hiện ngay lập tức sau phẫu thuật (trung bình 26% [khoảng, 10% đến 67%]), điều được cải thiện tại thời điểm cuối cùng của quá trình theo dõi (trung bình, 11% [khoảng, 2% đến 30%]). Không có bằng chứng viêm khớp gót hộp được quan sát tại thời điểm theo dõi trung bình 25 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martus, Jeffrey E. MD, MS; Otsuka, Norman Y. MD; Kelly, Derek M. MD “Whats New in Pediatric Orthopaedics” Journal of Bone & Joint Surgery - American Volume: 17 February 2016 - Volume 98 - Issue 4 - p 317–324.
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Guideline on the treatment of pediatric diaphyseal femur fractures. 2015. <http://www.aaos.org/Research/guidelines/PDFguideline.asp>. Accessed 2015 Oct 1.
3. Upasani VV, Matheney TH, Spencer SA, Kim YJ, Millis MB, Kasser JR. Complications after modified Dunn osteotomy for the treatment of adolescent slipped capital femoral epiphysis. J Pediatr Orthop. 2014 Oct-Nov;34(7):661-7.
4. Novais EN, Hill MK, Carry PM, Heare TC, Sink EL. Modified Dunn procedure is superior to in situ pinning for short-term clinical and radiographic improvement in severe stable SCFE. Clin Orthop Relat Res. 2015 Jun;473(6):2108-17. Epub 2014 Dec 12.
5. Zaltz I, Baca G, Kim YJ, Schoenecker P, Trousdale R, Sierra R, Sucato D, Sink E, Beaulieu P, Millis MB, Podeszwa D, Clohisy JC. Complications associated with the periacetabular osteotomy: a prospective multicenter study. J Bone Joint Surg Am. 2014 Dec 3;96(23):1967-74.

6. Novais EN, Potter GD, Sierra RJ, Kim YJ, Clohisy JC, Schoenecker PL, Trousdale RT, Carry PM, Millis MB. Surgical treatment of adolescent acetabular dysplasia with a periacetabular osteotomy: does obesity increase the risk of complications? J Pediatr Orthop. 2015 Sep;35(6):561-4.
7. Novais EN, Potter GD, Clohisy JC, Millis MB, Kim YJ, Trousdale RT, Carry PM, Sierra RJ. Obesity is a major risk factor for the development of complications after peri-acetabular osteotomy. Bone Joint J. 2015 Jan;97-B(1):29-34.
8. Koch A, Jozwiak M, Idzior M, Molinska-Glura M, Szulc A. Avascular necrosis as a complication of the treatment of dislocation of the hip in children with cerebral palsy. Bone Joint J. 2015 Feb;97-B(2):270-6.
9. Jayanthi NA, LaBella CR, Fischer D, Pasulka J, Dugas LR. Sports-specialized intensive training and the risk of injury in young athletes: a clinical case-control study. Am J Sports Med. 2015 Apr;43(4):794-801. Epub 2015 Feb 2.
10. Schroeder AN, Comstock RD, Collins CL, Everhart J, Flanigan D, Best TM. Epidemiology of overuse injuries among high-school athletes in the United States. J Pediatr. 2015 Mar;166(3):600-6. Epub 2014 Oct 25.
11. Tenforde AS, Fredericson M, Sayres LC, Cutti P, Sainani KL. Identifying sex-specific risk factors for low bone mineral density in adolescent runners. Am J Sports Med. 2015 Jun;43(6):1494-504. Epub 2015 Mar 6.
12. Newman JT, Carry PM, Terhune EB, Spruiell MD, Heare A, Mayo M, Vidal AF. Factors predictive of concomitant injuries among children and adolescents undergoing anterior cruciate ligament surgery. Am J Sports Med. 2015 Feb;43(2):282-8. Epub 2014 Dec 23.
13. Ramski DE, Kanj WW, Franklin CC, Baldwin KD, Ganley TJ. Anterior cruciate ligament tears in children and adolescents: a meta-analysis of nonoperative versus operative treatment. Am J Sports Med. 2014 Nov;42(11):2769-76. Epub 2013 Dec 4.
14. Kao HK, Chen MC, Lee WC, Yang WE, Chang CH. A prospective comparative study of pin site infection in pediatric supracondylar humeral fractures: daily pin care vs. no pin care. Arch Orthop Trauma Surg. 2014 Jul;134(7):919-23. Epub 2014 May 7.
15. Muchow RD, Riccio AI, Garg S, Ho CA, Wimberly RL. Neurological and vascular injury associated with supracondylar humerus fractures and ipsilateral forearm fractures in children. J Pediatr Orthop. 2015 Mar;35(2):121-5.
16. Barrett KK, Skaggs DL, Sawyer JR, Andras L, Moisan A, Goodbody C, Flynn JM. Supracondylar humeral fractures with isolated anterior interosseous nerve injuries: is urgent treatment necessary? J Bone Joint Surg Am. 2014 Nov 5;96(21):1793-7.
17. Pennock AT, Charles M, Moor M, Bastrom TP, Newton PO. Potential causes of loss of reduction in supracondylar humerus fractures. J Pediatr Orthop. 2014 Oct-Nov;34(7):691-7.
18. Bear DM, Friel NA, Lupo CL, Pitetti R, Ward WT. Hematoma block versus sedation for the reduction of distal radius fractures in children. J Hand Surg Am. 2015 Jan;40(1):57-61. Epub 2014 Oct 11.

SO SÁNH KẾT QUẢ TRUNG HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP PONSETI GIỮA BÀN CHÂN KHOÈO VÔ CĂN VÀ BỆNH LÝ

Võ Quang Đình Nam, Dương Công Quỳnh
BV Chấn thương Chính hình, TPHCM

Mục tiêu

Mặc dù phương pháp Ponseti được dùng ngày càng nhiều trong điều trị bàn chân khoèo, tỉ lệ tái phát và di chứng sau nắn chỉnh ban đầu vẫn còn cao. Nghiên cứu này so sánh kết quả nắn chỉnh ban đầu, tái phát, kết quả theo dõi sau cùng giữa bàn chân khoèo vô căn và bệnh lý.

Phương pháp

Nghiên cứu bao gồm 118 bàn chân khoèo bẩm sinh vô căn ở 82 bệnh nhi (nhóm 1) và 32 bàn chân khoèo bẩm sinh bệnh lý ở 21 bệnh nhi (nhóm 2), từ sơ sinh đến 12 tháng, được điều trị bằng phương pháp Ponseti và theo dõi tối thiểu 2 năm. Các bàn chân khoèo được phân loại, đánh giá khi bó bột, nắn chỉnh ban đầu và tái phát theo thang điểm. Kết quả theo dõi sau cùng được đánh giá theo phân loại Richards.

Kết quả

Số lần bột trung bình 4,6 (nhóm 1), và 5,3 (nhóm 2) với $p = 0,056$. Cắt gân gót qua da chiếm 82,2% (nhóm 1), and 90,6% (nhóm 2) với $p = 0,249$. Nắn chỉnh ban đầu thành công 96,6% (nhóm 1), và 81,3% (nhóm 2) với $p = 0,019$. Tái phát chiếm 7,0% (nhóm 1), và 26,9% (nhóm 2) với $p = 0,003$. Kết quả sau cùng tốt 76,3%, trung bình 22,0%, xấu 1,7% (nhóm 1), và tốt 21,9%, trung bình 46,9%, xấu 31,3% (nhóm 2) với $p < 0,001$.

Kết luận

Phương pháp Ponseti đạt kết quả thành công với cả bàn chân khoèo bẩm sinh vô căn và bệnh lý. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát ở bàn chân khoèo bệnh lý cao và phần lớn các bàn chân này được phẫu thuật giải phóng phần mềm sau trong hoặc phẫu thuật bổ sung.

Ý nghĩa

Các bàn chân khoèo bệnh lý điều trị theo phương pháp Ponseti cần được theo dõi lâu dài để xử lý các di chứng nhằm có được kết quả như mong đợi.

Từ khóa:

Bàn chân khoèo vô căn, bàn chân khoèo bệnh lý, phương pháp Ponseti, cắt gân gót qua da, nẹp đang.

19. Gans I, Baldwin KD, Levin LS, Nance ML, Chang B, Kovach SJ 3rd, Serletti JM, Flynn JM. A lower extremity musculoskeletal and vascular trauma protocol in a children's hospital may improve treatment response times and appropriate micro-vascular coverage. J Orthop Trauma. 2015 May;29(5):239-44.
20. Heffernan MJ, Gordon JE, Sabatini CS, Keeler KA, Lehmann CL, O'Donnell JC, Seehausen DA, Luhmann SJ, Arkader A. Treatment of femur fractures in young children: a multicenter comparison of flexible intramedullary nails to spica casting in young children aged 2 to 6 years. J Pediatr Orthop. 2015 Mar;35(2):126-9.
21. Riley PM Jr, Morscher MA, Gothard MD, Riley PM Sr. Earlier time to reduction did not reduce rates of femoral head osteonecrosis in pediatric hip fractures. J Orthop Trauma. 2015 May;29(5):231-8.
22. Tosti R, Foroohar A, Pizzutillo PD, Herman MJ. Kirschner wire infections in pediatric orthopaedic surgery. J Pediatr Orthop. 2015 Jan;35(1):69-73.
23. Gelfer Y, Dunkley M, Jackson D, Armstrong J, Rafter C, Parnell E, Eastwood DM. Evertor muscle activity as a predictor of the mid-term outcome following treatment of the idiopathic and non-idiopathic clubfoot. Bone Joint J. 2014 Sep;96-B(9):1264-8.
24. Ahn JY, Lee HS, Kim CH, Yang JP, Park SS. Calcaneocuboid joint subluxation after the calcaneal lengthening procedure in children. Foot Ankle Int. 2014 Jul;35 (7):677-82. Epub 2014 Mar 27.
25. Ekblom AG, Dahlin LB, Rosberg HE, Wiig M, Werner M, Arner M. Hand function in adults with radial longitudinal deficiency. J Bone Joint Surg Am. 2014 Jul 16;96 (14):1178-84. [Epub ahead of print].
26. Vuillermin C, Wall L, Mills J, Wheeler L, Rose R, Ezaki M, Oishi S. Soft tissue release and bilobed flap for severe radial longitudinal deficiency. J Hand Surg Am. 2015 May;40(5):894-9. Epub 2015 Mar 6.
27. Stutz C, Mills J, Wheeler L, Ezaki M, Oishi S. Long-term outcomes following radial polydactyly reconstruction. J Hand Surg Am. 2014 Aug;39(8):1549-52. Epub 2014 Jul 2.

COMPARISON OF MID-TERM RESULTS OF PONSETI MANAGEMENT FOR IDIOPATHIC AND NONIDIOPATHIC CONGENITAL CLUBFEET

Võ Quang Đình Nam, Dương Công Quỳnh
Hospital for Traumatology & Orthopaedics, HCMC

Purpose

Despite the increasing popularity of the Ponseti method to treat congenital clubfeet, the relapse rate and sequela after the initial correction of manipulating and casting remain high. This study compares initial correction, relapses, latest follow-up mid-term results between idiopathic and nonidiopathic congenital clubfeet.

Methods

118 idiopathic congenital clubfeet (group 1) in 82 children and 32 nonidiopathic congenital clubfeet (group 2) in 21 children (newborn to 12months) are recruited for this study, following treatment with Ponseti method with a follow-up period of a minimum of two years. The clubfeet are then classified and evaluated during casting, of initial correction, and for relapse according to Diméglio's score. Next, the latest follow-up results are evaluated according to Richards' classification.

Results

The average numbers of casts are 4.6 in group 1, and 5.3 in group 2 ($p = 0.056$). The percutaneous tendoachilles tenotomy is 82.2% in group 1, and 90.6% in group 2 ($p = 0.249$). The initial correction is successfully 96.6% in group 1, and 81.3% in group 2 ($p = 0.019$). The relapses are 7.0% in group 1, and 26.9% in group 2 ($p = 0.003$). The latest follow-up results are good 76.3%, fair 22.0%, poor 1.7% in group 1, and good 21.9%, fair 46.9%, poor 31.3% in group 2 ($p < 0.001$).

Conclusion

Ponseti method is successfully applied to both idiopathic congenital clubfeet and nonidiopathic congenital clubfeet. However, the relapse rate of nonidiopathic congenital clubfeet is high and most nonidiopathic congenital clubfeet need to be operated by medioposterior release or additional procedures.

Significance

The continuous long-term follow-up to appropriately manage the sequelae is essential to obtain the latest follow-up results as expected for nonidiopathic congenital clubfeet treated by Ponseti method.

Key words:

Idiopathic congenital clubfoot, Nonidiopathic congenital clubfoot, Ponseti method, Percutaneous tendoachilles tenotomy, Foot-abduction brace.

VÀI ĐIỂM ĐÁNG LƯU Ý QUA HAI TRƯỜNG HỢP GỠ BONG LỖI CỦ CHÀY LỬA TUỔI THANH THIẾU NIÊN Ở BỆNH VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH TP HCM

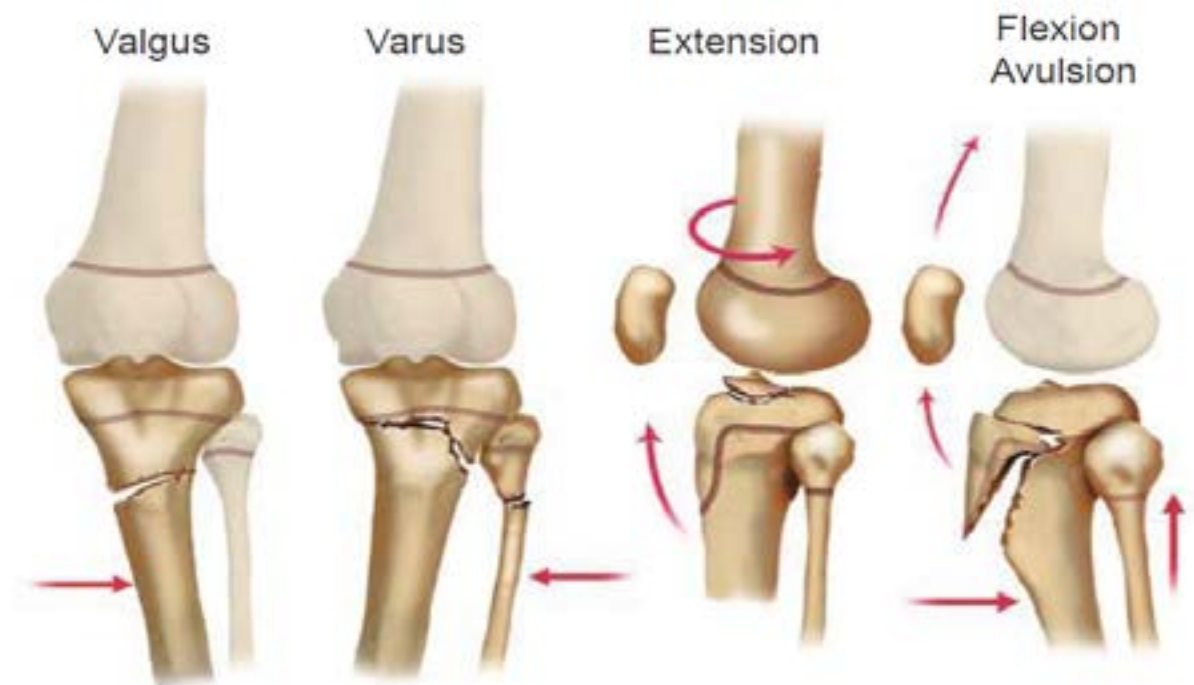
BS NGUYỄN DƯƠNG PHI
Học viên CK1 CTCH 2016-2018 - BV Nhi đồng Thành Phố
Email: nguyenduongphi1311@gmail.com
TS BS VÕ QUANG ĐÌNH NAM
Khoa Nhi, BV CTCH TP.HCM
TS BS PHAN ĐỨC MINH Mẫn
Khoa Nhi, BV CTCH TP.HCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Thời gian gần đây, khoa Nhi Bệnh viện Chấn thương Chính hình Thành phố Hồ Chí Minh tiếp nhận một số bệnh nhân gãy bong lồi củ xương chày. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn thể thao và sinh hoạt. Trong số đó, có hai trường hợp ít gặp: gãy bong lồi củ xương chày biến chứng chèn ép khoang và tổn thương mạch máu, gãy bong lồi củ chày cả 2 chân.
- Bài viết này ghi nhận vài điều đáng lưu ý của hai trường hợp này và điểm lại y văn để rút ra một số kinh nghiệm xử trí các trường hợp tương tự.

II. GIỚI THIỆU

- Tất cả các loại gãy đầu trên xương chày có thể được phân loại dựa trên các cơ chế chấn thương:



- Gãy bong lồi củ chày ít gặp, chiếm ít hơn 1% các tổn thương vùng đầu xương và xấp xỉ 3% các loại gãy đầu trên xương chày. Gãy thường gặp ở lứa tuổi thiếu niên do sức mạnh của cơ tứ đầu đùi phát triển.
- Sự đóng của sụn tăng trưởng đầu trên xương chày diễn ra theo trình tự từ sau ra trước và từ trong ra ngoài:



- Trong khuôn khổ bài báo cáo này, chúng tôi phân loại gãy bong lồi củ chày theo San Diego (phân loại được đề cập trong sách Rockwood and Wilkins Fractures in Children 2015). [10]

+ San Diego type A: gặp ở lứa tuổi trung bình là 12.7 lúc này apophysis và epiphysis còn là 2 khối riêng biệt, chỉ ghi nhận trên X-quang 1 khối xương nhỏ bong lên (chủ yếu là sụn), loại gãy này ít nguy cơ chèn ép khoang và tổn thương mạch máu nhưng dễ gây ảnh hưởng tới sự tăng trưởng về sau.



+ San Diego type B: Gặp ở lứa tuổi trung bình hơi lớn hơn type A, lúc này apophysis và epiphysis là 1 khối duy nhất là Bong lên cùng 1 khối tương tự Harris Salter I, II; Nguy cơ cao gây chèn ép khoang và tổn thương thần kinh mạch máu.



+ San Diego type C: Gặp ở lứa tuổi trung bình cao hơn type B, lúc này sụn tiếp hợp đang đóng theo thứ tự từ sau ra trước → gây phạm khớp.



+ San Diego type D: Gặp ở lứa tuổi lớn hơn type C, lúc này sụn tiếp hợp đã đóng gần hết chỉ chừa 1 phần nhỏ nơi bám của dây chằng bánh chè, nhìn giống như type A nhưng gặp ở những khung xương đã trưởng thành hơn, ít nguy cơ biến chứng nhất.



Sau 5 ngày điều trị, bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện CTCH TPHCM với chẩn đoán: Hậu phẫu giải ép tắc động mạch chày trước gối (P) không thành công.

Hình ảnh khi đến BV CTCH:



Vết mổ mặt trong cẳng chân (P) khoảng 30 cm.

Mạch mu chân và mạch chày sau (P) không bắt được, các ngón chân (P) không

III. BỆNH ÁN

a. Bệnh án 1:

Bệnh nhân nữ, 13 tuổi, đi xe gắn máy, ngã đập mặt trước phần trên cẳng chân phải vào tường. Sau tai nạn, bệnh nhân không đứng được kèm đau nhiều gối phải. Nhập bệnh viện gần nơi tai nạn trong tình trạng cẳng chân phải sưng, còn mạch mu chân và mạch chày sau. Chẩn đoán ban đầu: gãy bong sụn tiếp hợp đầu trên xương chày phải HS II (Cũng có thể chẩn đoán ở đây là gãy bong lồi củ chày San Diego loại B), biến chứng chèn ép khoang. Xử trí: mổ kết hợp xương và rạch giải ép khoang.

cử động, chỉ còn cảm giác đau và tê từ cổ chân xuống bàn chân(P).

Siêu âm Doppler: Theo dõi đập, chèn ép động mạch chày trước (P)

Doppler động mạch chày sau rõ

MSCT: Đập tắc động mạch khoeo chân (P).



Bệnh nhân được theo dõi và lên chương trình mổ, dự kiến nối ghép động mạch khoeo ngày thứ 10 sau tai nạn. Thăm sát khi mổ: động mạch khoeo bị chèn vào ổ gãy phía sau ngoài. Tiến hành tháo dụng cụ kết hợp xương để giải ép động mạch và kết hợp xương lại.



Sau giải ép động mạch 2 ngày, bệnh nhân đau và tê chân, kết quả siêu âm cho thấy giảm dòng chảy động mạch mu chân phải, không có dòng chảy ở động mạch chày sau. Mổ lại. Kết quả thăm sát: tắc động mạch khoeo, hoại tử các cơ ở khoang sau sâu. Tiến hành: cắt lọc, ghép nối động mạch.

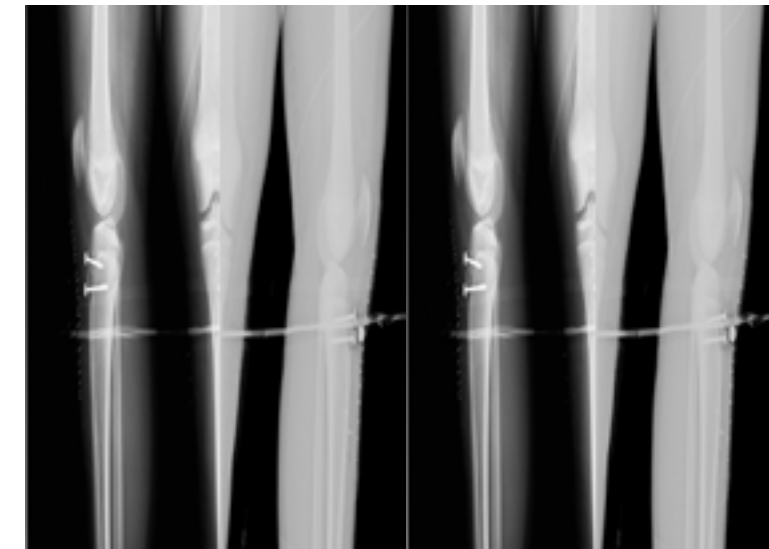
b. Bệnh án 2:

Bệnh nhân nam, 15 tuổi, đá banh té cơ chế gián tiếp 2 gối duỗi. Sau té, bệnh nhân đau sưng hai gối và vào Bệnh viện Chấn Thương Chính Hình TPHCM.

Phim XQ trước mổ:



Phim XQ sau mổ, ghi nhận mũi vít xóp không qua vỏ xương phía sau.



Sau mổ bệnh nhân đeo nẹp Zimmer 6 tuần rồi tái khám, phim XQ tái khám sau 6 tuần



IV. BÀN LUẬN

- Gãy bong sụn tiếp hợp đầu trên xương chày có tổn thương mạch máu đầu tiên được báo cáo vào năm 1984 [1], sau đó có 10 trường hợp tổn thương mạch máu được báo cáo [2] [3] [4] [5] [6].

- Trong 10 trường hợp tổn thương mạch máu, có 5 trường hợp di lệch ra phía sau và có 3 trường hợp diễn tiến đến hoại tử chi. Nguyên nhân: lúc nhập viện bệnh nhân có mạch rõ nhưng sau đó mất mạch và thiếu sự đánh giá lại [2]. Có 2 trường hợp biến chứng chèn ép khoang. Trường hợp 1 trong bài này: đã có hoại tử cơ, tắc động mạch khoeo.

- Về phương pháp cố định xương gãy, các báo cáo ghi nhận bó bột không đủ vững, nhất là các trường hợp di lệch ra sau. Nhiều trường hợp gãy Salter-Harris (HS) I và II được điều trị bảo tồn. Các trường hợp còn lại được phẫu thuật kết hợp xương. Tuy nhiên, nhiều trường hợp HS I và II thất bại với điều trị bảo tồn [8]. Chúng tôi dùng kim K ở trường hợp 1.

- Về thời gian thăm sát mạch máu, có tác giả khuyên thăm sát trong 11,5 giờ sau tổn thương nếu có bằng chứng [7]

- Có 1 báo cáo 90 trường hợp gãy bong lồi củ chày (82 trường hợp gãy 1 bên, 8 trường hợp gãy 2 bên), 51 bệnh nhân được bắt vis 1 vỏ, 13 bệnh nhân bắt vis hỗn hợp, 23 bệnh nhân bắt vis qua 2 vỏ

và 3 bệnh nhân được xuyên kim qua da. Các bệnh nhân được theo dõi sau mổ trung bình 8 tháng. Kết quả lành xương và phục hồi vận động sau mổ không có sự khác biệt trong các nhóm [9].

- Trường hợp 2 của chúng tôi, vẫn lành xương 2 chân và phục hồi vận động tốt. Bệnh nhân không cố định bằng bột sau mổ mà mang nẹp Zimmer 6 tuần và hợp tác điều trị tốt.

V. KẾT LUẬN

Gãy bong lồi củ xương chày ít gặp nhưng có thể đi kèm các biến chứng ít gặp nhưng nặng nề là chèn ép khoang, tổn thương mạch máu và thần kinh đặc biệt với San Diego loại B. Cần đánh giá, phát hiện kịp thời các biến chứng này và xử trí phù hợp. Có thể kết hợp xương với kim K xuyên chéo. Thời gian thám sát mạch máu được khuyến là trong 11,5 giờ đầu có thể là không phù hợp khi tắc mạch khoeo nặng.

Gãy bong lồi củ chày 2 chân ít gặp. Nếu di lệch nhiều có thể giải quyết bằng mổ kết hợp xương bằng vis xóp và washer bắt qua 1 vỏ cả 2 chân trong 1 cuộc mổ. Đối với bệnh nhân hợp tác và hiểu biết, có thể mang nẹp Zimmer 6 tuần mà không cần bó bột ống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hutchinson J. Lectures on Injuries to the Epiphyses and their Results. BMJ. 1894;1:669–73. doi: 10.1136/bmj.1.1735.669.
2. Burkhart SS, Peterson HA. Fractures of the proximal tibial epiphysis. J Bone Joint Surg Am. 1979;61:996–1002.
3. Wozasek GE, Moser KD, Haller H, Capousek M. Trauma involving the proximal tibial epiphysis. Arch Orthop Trauma Surg. 1991;110:301–6. doi: 10.1007/BF00443463.
4. Bertin KC, Goble EM. Ligament injuries associated with physeal fractures about the knee. Clin Orthop Relat Res. 1983;177:188–95.
5. Gill JG, Chakrabarti HP, Becker SJ. Fractures of the proximal tibial epiphysis. Injury. 1983;14:324–31. doi: 10.1016/0020-1383(83)90249-8.
6. Gautier E, Ziran BH, Egger B, Slongo T, Jakob RP. Growth disturbances after injuries of the proximal tibial epiphysis. Arch Orthop Trauma Surg. 1998;118:37–41. doi: 10.1007/s004020050307.
7. Nirmal Raj Gopinathan, Vijay G. Goni, Arjun Rhh, Rakesh John, Prateek Behera. Proximal tibial and fibular physeal fracture causing popliteal artery injury and peroneal nerve injury: A case report and review of literature.
8. Rhemrev SJ, Sleeboom C, Ekkelkamp S. Epiphyseal fractures of the proximal tibia. Injury. 2000;31:131–4. doi: 10.1016/S0020-1383(99)00229-6.
9. Christian Andre Refakis, Mathew Douglas Schur, Anthony Capraro, Regina Woon3, Paul D Choi1, Alexandre Arkader, Unicortical Fixation Appears Sufficient for Open Reduction and Internal Fixation of Tibial Tubercle Avulsion Fractures in Children: A Multicenter Outcomes Study.
10. Rockwood and Wilkins Fractures in Children 2015.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ BÀN CHÂN KHOÈO 2017

Hội nghị Chính Hình Nhi Việt Nam, Đà Nẵng, 24.6.2017

Ths Bs Huỳnh Mạnh Nhi, Bệnh viện CTCH TPHCM

Email: huynhmanhni@gmail.com

I. CƠ SỞ CẬP NHẬT:

Trao đổi thông tin 1 năm qua, khi tác giả thăm các nơi hoặc được các khách đến thăm:

- Các bệnh viện Từ Dũ, Nhi Đồng 2, Nhi đồng Cần Thơ, Tỉnh Vĩnh Long.
- Khách từ Philippines, Úc.
- Webinar JBJS.

II. NỘI DUNG CẬP NHẬT:

1. Nắn bó bột:

- Cần người chuyên nghiệp nắn, giữ chân: đồng nghiệp đã qua huấn luyện, không thể là gia đình
- Ngâm bột vào nước nóng khi bó: bột sẽ mau khô
- Tháo bột: bé ngồi trong thau tắm, bột sẽ ẩm, khi cắt sẽ nhanh và không bụi

2. Gòn ngoại, giá tốt: 3 inch: 12 000, 4 inch: 15 000, 6 inch: 22 000 (VND)

Liên hệ THANH TRUNG MATERIALS MEDICAL EQUIPMENT CO.,LTD

Tel: 08-39485659, M: 0908163393, Mail: cuong.nguyen@thanhtrungmedical.com

3. Giày nẹp:

- Nội: Orbe, Đà Nẵng...
- Ngoại: link đặt giày <https://mdorthopaedics.easyordershop.com/link/en/afos/c/>

4. Điều trị nửa chừng:

- Bỏ cuộc mang giày: Định nghĩa “bỏ cuộc”: 6 tháng không tái khám
- Lý do bỏ cuộc:
 - Thiếu tiền mua giày nẹp, mua vé xe đi khám
 - Nghèo? Định nghĩa “nghèo”: thu nhập chỉ đủ ăn mỗi ngày.
- Chân khoèo không diễn hình: cần phẫu thuật giải phóng phần mềm kịp thời

5. Cắt gân gót qua da:

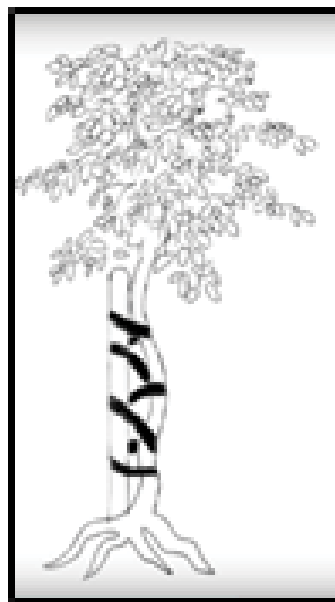
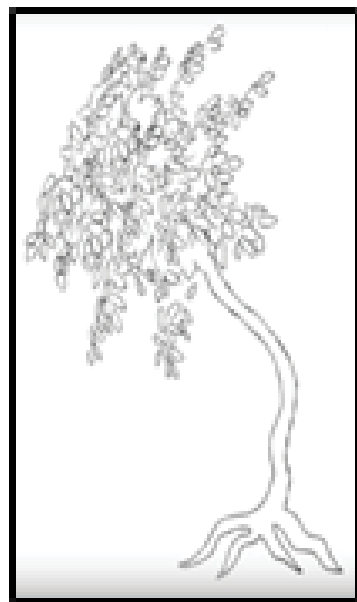
- Sẹo nhỏ như hạt lúa. Vô cảm: mê, tê, hoặc không tê mê.
- A mini-open technique for Achilles tenotomy in infants with clubfoot

Xem chi tiết tại: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4763148/

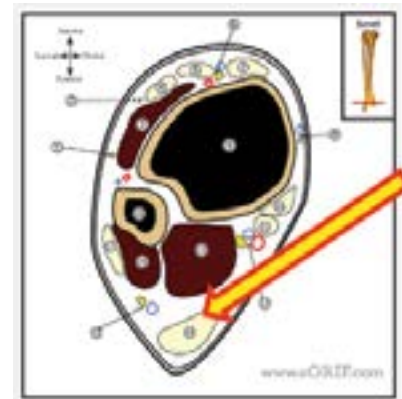
6. Tiên lượng tái phát: trẻ có khớp dẻo (joint laxity) sẽ ít tái phát.

7. Dân trí nâng cao: web, email, FB

- Gia đình tải sách đồ Ponseti **để đọc** trước từ https://global-help.org/publications/books/help_cfponsetivietnamese.pdf
- Email: gia đình ở huyện Trần Đề, Tỉnh Sóc Trăng có email: HoikhuyenhochuyenTranDeSoc Trang@....
- FB của MOI: hội các cháu bị bàn chân khoèo
- Xem video: sản phẩm mới của MOI: lồng tiếng Việt:
www.youtube.com/watch?v=S5QFg2UyfQ4&feature=youtu.be&t=40



Nẹp giày là khung chống và sợi dây giữ cho bàn chân thẳng, đẹp, không tái phát



8. Bs Paul Wade:

- Tiêu chuẩn cắt gân gót:
 - Sờ gót valgus: vẹo ngoài
 - Sờ thấy xương gót ra khỏi đầu sên rõ
 - Đo độ gấp lưng bàn chân với bàn chân giạng và đo theo bờ ngoài bàn chân**
- Hướng mũi dao cắt gân: xa bó mạch
- Tenotomy cast: bột cuối, bó sau khi cắt gân. Bột này rất quan trọng, cần bó tốt.

9. Incomplete tenotomy: cắt gân không hết

Xem chi tiết tại: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25438103>

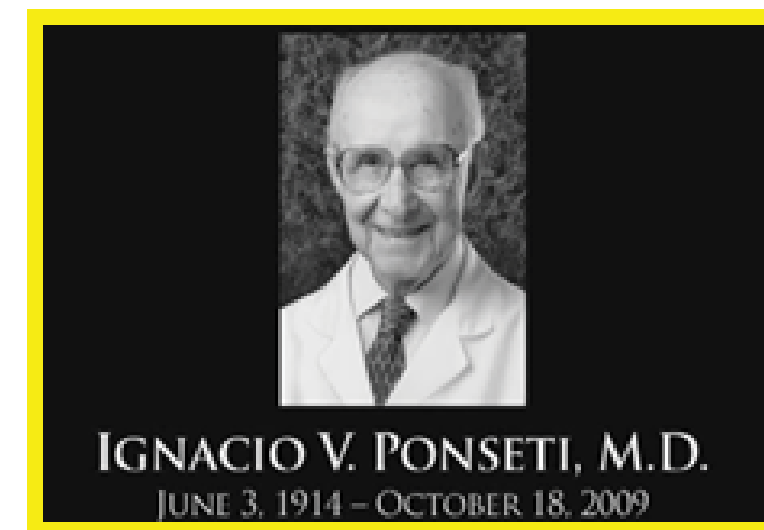
Effect of unintentional partial Achilles tenotomy on Ponseti clubfoot management outcomes.

10. Phát triển và duy trì bền vững phương pháp Ponseti tại các địa phương:

Bé QUẾ NGHI, 2012, bàn chân khoèo, điều trị phương pháp Ponseti, Trường An, Tỉnh Vĩnh Long, tự tin độ đáng cùng anh chị (hình ảnh của Ys Lý Nhân cung cấp).



11. The World Clubfoot Day=
Ngày Chân Khoèo Thế Giới=
Ngày sinh Bs Ponseti: 3/6



Kết quả ngắn hạn điều trị một số bệnh lý khớp cổ chân bằng phẫu thuật nội soi

Nguyễn Đức Thành **, Bùi Hồng Thiên Khanh *,
Nguyễn Phúc Thịnh *, Đinh Thanh Long *

Tóm tắt

Đặt vấn đề:

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá nguy cơ và lợi ích của phẫu thuật nội soi trong việc điều trị một số bệnh lý của khớp cổ chân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

14 trường hợp phẫu thuật nội soi khớp cổ chân được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM trong khoảng thời gian từ năm 2011 đến năm 2016. Tất cả các trường hợp này đều được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên (tác giả chính), sử dụng kỹ thuật kéo cổ chân qua xương gót. Các bệnh nhân được đánh giá trước mổ và tại lần thăm khám cuối cùng, với thời gian theo dõi trung bình là 30 tháng, dựa vào thang điểm American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) và thang điểm VAS.

Kết quả và bàn luận:

Tại lần thăm khám cuối cùng, thang điểm AOFAS trung bình cải thiện đáng kể từ 46 (thay đổi từ 28-68) lên 81 (thay đổi từ 61-92) ($P < 0.0001$), với 11 (78 %) bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt. Thang điểm VAS trung bình cũng cải thiện từ 7.3 xuống còn 2.8. Các trường hợp có kết quả kém là những bệnh nhân bị thoái hoá khớp hoặc viêm khớp do gút, các trường hợp có kết quả tốt là những bệnh nhân có các tổn thương khu trú như tổn thương sụn khớp xương sên, chèn ép xương hoặc mô mềm. Không có trường hợp bệnh nhân nào bị biến chứng trong lô nghiên cứu này.

Kết luận:

Phẫu thuật nội soi khớp cổ chân, nếu được chỉ định đúng, là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong việc chẩn đoán và điều trị nhiều loại bệnh lý của khớp cổ chân.

* Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

** Tác giả chính, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, email: thanh.nd@umc.edu.vn

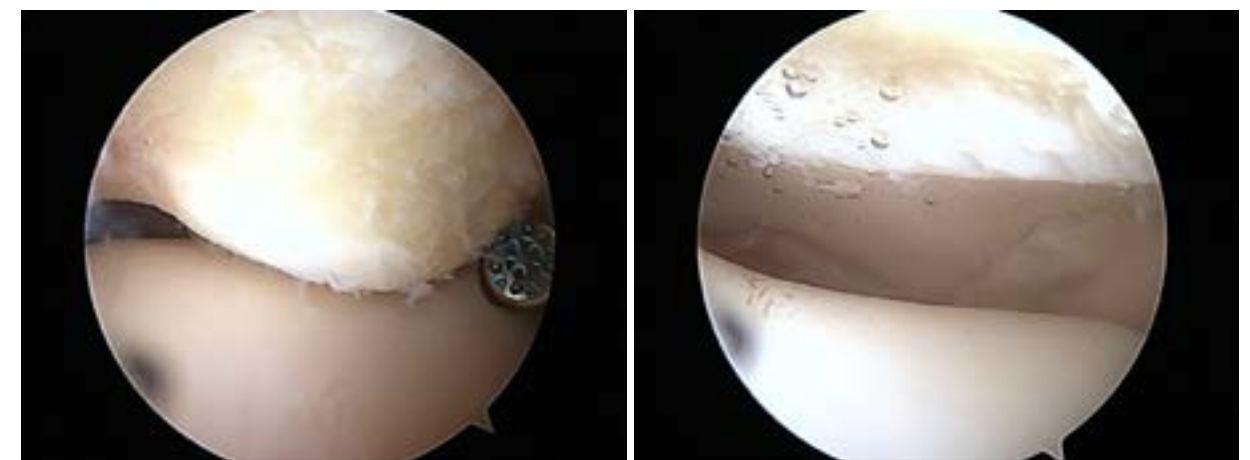
1. Đặt vấn đề

Sự ra đời và phát triển của phẫu thuật nội soi khớp ở thập niên 1970, cùng với sự phát triển của kỹ thuật video và các dụng cụ phẫu thuật nội soi khớp ở thập niên sau đó đã dẫn đến sự phổ biến và chuẩn hoá của phẫu thuật nội soi khớp cổ chân. Các báo cáo về việc áp dụng và kết quả của phẫu thuật nội soi khớp cổ chân gần đây ngày càng nhiều hơn. [3]. Trong nghiên cứu tiền cứu này, chúng tôi đánh giá lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật nội soi khớp cổ chân dựa vào thang điểm American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) [5], thang điểm VAS, thăm khám lâm sàng và hình ảnh học khớp cổ chân.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Từ năm 2011 đến năm 2016, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi khớp cổ chân trên 16 bệnh nhân (16 cổ chân) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tất cả các bệnh nhân này đều đã được điều trị bảo tồn trước mổ, bao gồm thay đổi các hoạt động hàng ngày, dùng thuốc giảm đau chống viêm và vật lý trị liệu. Trước mổ, các bệnh nhân được đánh giá dựa vào thăm khám lâm sàng, chụp X quang, MRI khớp cổ chân, các thang điểm AOFAS và VAS. Tại lần thăm khám sau cùng, các bệnh nhân sẽ được đánh giá lại dựa vào thăm khám lâm sàng và các thang điểm.

Về mặt kỹ thuật mổ, tất cả các trường hợp phẫu thuật nội soi khớp cổ chân đều được thực hiện với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, gây tê tuỷ sống, ga-rô đùi và xuyên đinh Kirschner 2.0mm qua xương gót kéo tạ 3-4kg. Chân mổ được kê trên giá đỡ chân sao cho gối bên mổ gấp 90 độ và mặt trước của khớp cổ chân hướng về phía phẫu thuật viên, đồng thời cho phép mở lối vào sau ngoài khi cần thiết. Lối vào trước ngoài và trước trong được sử dụng cho tất cả các bệnh nhân, lối vào sau ngoài chỉ được sử dụng cho một trường hợp lấy bỏ mảnh sụn rời. Bơm nước nội soi được sử dụng để đảm bảo duy trì sự giãn nở của khoang khớp trong mổ. Do không có dụng cụ chuyên biệt cho khớp cổ chân, chúng tôi sử dụng ống kính nội soi tiêu chuẩn 4.0 mm, mặt vát 30° và các dụng cụ phẫu thuật nội soi dành cho khớp gối. Sau mổ, các bệnh nhân được chườm lạnh quanh khớp cổ chân, nắn kê chân cao và sử dụng thuốc giảm đau chống viêm. Tập vận động khớp thụ động và chủ động được bắt đầu ngay ngày đầu sau mổ. Hầu hết các bệnh nhân đều được phép đi có chịu sức nặng hoàn toàn 2 tuần sau mổ, trừ 3 trường hợp bị tổn thương sụn khớp xương sên cần phải đi hai nạng chịu một phần sức nặng trong 6 tuần.



Hình 1: Gai xương trước trần chày quan sát qua nội soi (trái), và sau khi lấy bỏ (phải)

3. Kết quả

Trong số 16 bệnh nhân được phẫu thuật, chúng tôi theo dõi được 14 trường hợp, với thời gian theo dõi trung bình là 29.78 tháng (thay đổi từ 4-72 tháng); trong đó có 11 bệnh nhân nam và 3 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 37 tuổi (thay đổi từ 21-66 tuổi). Thời gian bị bệnh trước khi mổ của các bệnh nhân trung bình là 32 tháng (thay đổi từ 6-96 tháng). Trong số 14 cổ chân mổ, có 13 cổ chân phải và 1 cổ chân trái. Các chẩn đoán phát hiện được qua nội soi bao gồm: 3 trường hợp có tổn thương sụn khớp xương sên, 8 trường hợp có chèn ép xương phía trước, 3 trường hợp có chèn ép mô mềm, 3 trường hợp thoái hoá khớp cổ chân, 2 trường hợp viêm khớp do gút và 6 trường hợp có viêm bao hoạt dịch khớp. Tại lần thăm khám cuối cùng, thang điểm AOFAS trung bình cải thiện đáng kể từ 46 (thay đổi từ 28-68) lên 81 (thay đổi từ 61-92) ($P < 0.0001$), với 11 (78 %) bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt. Thang điểm VAS trung bình cũng cải thiện từ 7.3 xuống còn 2.8. Không có trường hợp bệnh nhân nào bị biến chứng trong lô nghiên cứu này.

4. Bàn luận

Đối với các bệnh nhân bị các bệnh lý khớp cổ chân mạn tính, phẫu thuật nội soi sẽ giúp chẩn đoán chính xác nhất nhờ có thể quan sát trực tiếp bên trong khớp. Đồng thời, phẫu thuật nội soi cũng giúp điều trị các bệnh lý phát hiện được qua nội soi. [3]. Phẫu thuật nội soi khớp cổ chân, khi được chỉ định cho các bệnh nhân có tình trạng thoái hoá khớp cổ chân mức độ từ nhẹ đến vừa sẽ đem lại tỉ lệ hài lòng cao và kết quả chức năng tốt, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. [6].

Ở khớp cổ chân, đặc điểm và sự tiến triển của các tổn thương sụn khớp là khác biệt so với khớp gối. Do đó, phẫu thuật nội soi khớp cổ chân có thể mang lại nhiều lợi ích hơn về mặt giảm đau và cải thiện chức năng. [6].

Có các bằng chứng cấp độ cao cho thấy phẫu thuật nội soi khớp cổ chân có hiệu quả đối với các bệnh lý như viêm hoạt mạc, viêm khớp cổ chân, gãy xương và tổn thương sụn khớp cổ chân. Đặc biệt, đối với tổn thương sụn khớp cổ chân, cắt lọc khớp nội soi và kỹ thuật “tạo gãy xương vi thể” mang lại kết quả rất tốt trong trung hạn, dựa vào thang điểm AOFAS và thang điểm VAS [7]. Đối với các bệnh nhân có chèn ép xương phía trước, sau thời gian theo dõi trung bình là 9 năm, thang điểm AOFAS vẫn cải thiện đáng kể [8]. Một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy, đối với bệnh nhân có tổn thương sụn khớp xương sên, cắt lọc khớp nội soi và kỹ thuật “tạo gãy xương vi thể” mang lại kết quả tốt và rất tốt đến 80 % [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi khớp cổ chân có kết quả tốt ở những bệnh nhân có các tổn thương khu trú như tổn thương sụn khớp xương sên, chèn ép xương hoặc mô mềm, kết quả kém ở những bệnh nhân có các tổn thương lan toả như thoái hoá khớp hoặc viêm khớp do gút.

Về mức độ an toàn của phẫu thuật nội soi khớp cổ chân, một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tỉ lệ biến chứng vào khoảng 4%. Các biến chứng này được chia thành hai nhóm là biến chứng lớn và biến chứng nhỏ, với tỉ lệ biến chứng lớn rất thấp (0.8%) và tỉ lệ biến chứng nhỏ thấp ở mức chấp nhận được (3.3%). Dựa theo các kết quả của nghiên cứu này, phẫu thuật nội soi khớp cổ chân là một phẫu thuật rất an toàn [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, do không có một thiết bị kéo cổ chân không xâm lấn phù hợp nên chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật kéo khớp cổ chân có xâm lấn, với việc sử dụng đinh Kirschner 2.0mm xuyên qua xương gót và kéo tạ 3-4 kg, giúp tạo ra lực kéo ổn định liên tục và không gây ra

biến chứng gì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy việc sử dụng các dụng cụ nội soi khớp gối để thực hiện phẫu thuật nội soi khớp cổ chân là khả thi, hiệu quả và an toàn.

5. Kết luận

Phẫu thuật nội soi khớp cổ chân, nếu được chỉ định đúng, là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong việc chẩn đoán và điều trị nhiều loại bệnh lý của khớp cổ chân.

Tài liệu tham khảo

1. Devin C. Simonson, D.P.M., and Thomas S. Roukis, D.P.M., Ph.D. Safety of Ankle Arthroscopy for the Treatment of Anterolateral Soft-Tissue Impingement. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, Vol 30, No 2 (February), 2014: pp 256-259
2. Donnenwerth MP, Roukis TS. Outcome of arthroscopic debridement and microfracture as the primary treatment for osteochondral lesions of the talar dome. Arthroscopy. 2012;28:1902–7
3. Eyüp Çağatay Zengin*, Ali Birol Gülman, Ahmet Pişkin. Ankle arthroscopy: Short-term outcome in ten consecutive patients. J. Exp. Clin. Med., 2013; 30:15-17
4. Hsu AR, Gross CE, Lee S, Carreira DS. Extended indications for foot and ankle arthroscopy. J Am Acad Orthop Surg. 2014;22:10–9
5. Kitaoka HB, Alexander IJ, Adelaar RS, Nunley JA, Myerson MS, Sanders M. Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes. Foot Ankle Int. 1994;15:349–53
6. Leonardo Osti, Angelo Del Buono and Nicola Maffulli. Arthroscopic debridement of the ankle for mild to moderate osteoarthritis: a midterm follow-up study in former professional soccer players. Journal of Orthopaedic Surgery and Research (2016) 11:37
7. Morales J, García E, Asunción J, Poggio D. Medium-term results of arthroscopic debridement in osteochondral talar lesions. Acta Ortop Mex. 2013;27:319–23.
8. Parma A, Buda R, Vannini F, Ruffilli A, Cavallo M, Ferruzzi A, et al. Arthroscopic treatment of ankle anterior bony impingement: the long-term clinical outcome. Foot Ankle Int. 2014;35:148–55

CẬP NHẬT ỨNG DỤNG NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ CỔ TAY

BS. Trần Nguyễn Phương

Tóm tắt:

Nội soi khớp cổ tay là một kỹ thuật được ứng dụng từ năm 1979. Từ đó đến nay kỹ thuật này được hoàn thiện dần và là phương pháp hữu hiệu trong điều trị các bệnh lý khớp cổ tay. Mục đích của bài này nhằm cập nhật những ứng dụng của nội soi khớp cổ tay cũng như hướng phát triển của kỹ thuật chuyên sâu này. Ban đầu, chỉ định chỉ giới hạn ở mức độ nội soi chẩn đoán hay cắt lọc, dần dần nội soi khớp cổ tay trở thành phương pháp điều trị thường quy những bệnh lý dây chằng gian cổ tay, phức hợp sụn sụn tam giác hay viêm khớp, tổn thương gãy xương có chọn lọc. Trong tương lai, khi kinh nghiệm nội soi các khớp nhỏ ngày càng phát triển, các chỉ định mới và các phương pháp phẫu thuật tiến bộ sẽ giúp giải quyết sớm các bệnh lý của khớp cổ tay, qua đó giảm thiểu những thương tổn nặng nề của các kỹ thuật cũ trong phẫu thuật cổ bàn tay.

CURRENT AND EVOLVING CONCEPT IN WRIST ARTHROSCOPY

Abstract:

Arthroscopy of the wrist is an established surgical technique in 1979. Until now, this technique is become a gold standar for diagnosis and treatment of wrist pathology. The purpose of this review is to highlight recent advances as well as future directions of its use in hand surgery. Current indications include carpal interosseous ligament and triangular fibrocartilage complex lessions, arthritis and selected fractures. As experience with small joint arthroscopy grows, new indications and refined surgical techniques are introduced that address wrist pathology at earlier stages, thus minimizing the need for salvage procedures in hand surgery.

Báo cáo lâm sàng tổn thương SLAP tạo nang sụn viền sau chèn ép thần kinh trên bả vai tại khuyết gai vai ổ chảo

Tăng Hà Nam Anh

ABSTRACT

We present a case of right suprascapular nerve palsy in a 30-year-old male secondary to compression from a large posterior paralabral ganglion cyst causing by SLAP lesion. He presented with four month history of right posterior shoulder pain which affected his work and causing infraspinatus muscle atrophy. Clinical exammination revealed a positive O'Brien's test, infraspinatus muscle atrophy, its strength was weakened. A magnetic resonance imaging (MRI) scan of the right shoulder revealed a superior labral anterior to posterior (SLAP) lesion with a large supraglenoid labral cyst extending posteriorly to spinoglenoid notch, resulting in compression of the suprascapular nerve. Arthroscopic SLAP repair combine with opened decompression of the cyst surgery was performed. At 1 month postoperative follow-up, the symptom became much better with full range of motion and EMG revealed that the supraclavicular nerve conduction was normal.

TÓM TẮT

Chúng tôi giới thiệu một ca lâm sàng bệnh nhân nam 30 tuổi với tổn thương SLAP vai P tạo nang sụn viền sau trên ổ chảo chèn ép thần kinh trên bả vai. Bệnh diễn biến trong 4 tháng với biểu hiện đau khớp vai P, ảnh hưởng đến công việc, teo cơ dưới gai. Khám lâm sàng O'Brien's test dương tính, teo cơ dưới gai, động tác xoay ngoài yếu. Chụp cộng hưởng từ vai P phát hiện tổn thương SLAP với nang lớn xuất phát từ sụn viền sau trên tương ứng vị trí khuyết gai vai ổ chảo, dẫn đến chèn ép thần kinh trên bả vai. Nội soi khâu đính lại sụn viền trên từ trước ra sau, kết hợp mổ mở cắt bỏ nang giải phóng chèn ép thần kinh trên bả vai tại khuyết gai vai ổ chảo. Sau mổ 1 tháng, bệnh nhân đỡ đau vai P, điện thần kinh cơ khẳng định dẫn truyền thần kinh trên bả vai được khôi phục.

GIỚI THIỆU

Thần kinh trên bả vai là một nhánh của thân trên đám rối thần kinh cánh tay, nó bắt nguồn từ C4-6. Thần kinh đi dọc phía trong nền móm quạ qua dây chằng ngang bả vai và khuyết trên xương bả vai để chi phối cho cơ trên gai và dưới gai. Chèn ép của thần kinh trên bả vai dẫn đến đau, giới hạn động tác xoay ngoài khớp vai, yếu cơ, teo cơ trên gai và dưới gai và những triệu chứng thần kinh khác [1,2]. Tổn thương thần kinh trên bả vai thường do chèn ép tại dây chằng ngang bả vai hoặc nang tại khuyết gai vai ổ chảo [3,4]. Nang gai vai ổ chảo xuất phát từ khuyết gai vai ổ chảo [5,6]. Vì nó thường đi kèm với rách sụn viền như tổn thương SLAP, có thể nang hình thành do cơ chế van một chiều khi dịch khớp rò qua vị trí sụn viền rách và tích tụ hình thành nang [7,8]. Nang gai vai ổ

chảo có thể được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật. Điều trị bảo tồn bao gồm điều trị giảm các triệu chứng thần kinh và theo dõi tiến triển bệnh. Một số trường hợp nang có thể tự mất đi, triệu chứng được cải thiện, những trường hợp khác không đáp ứng với điều trị bảo tồn do nang tái phát hoặc triệu chứng nặng lên do tăng kích thước nang [9]. Điều trị phẫu thuật được lựa chọn để cải thiện triệu chứng sớm hoặc ngăn chặn tái phát bằng mổ mở hoặc mổ nội soi [10-13].

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

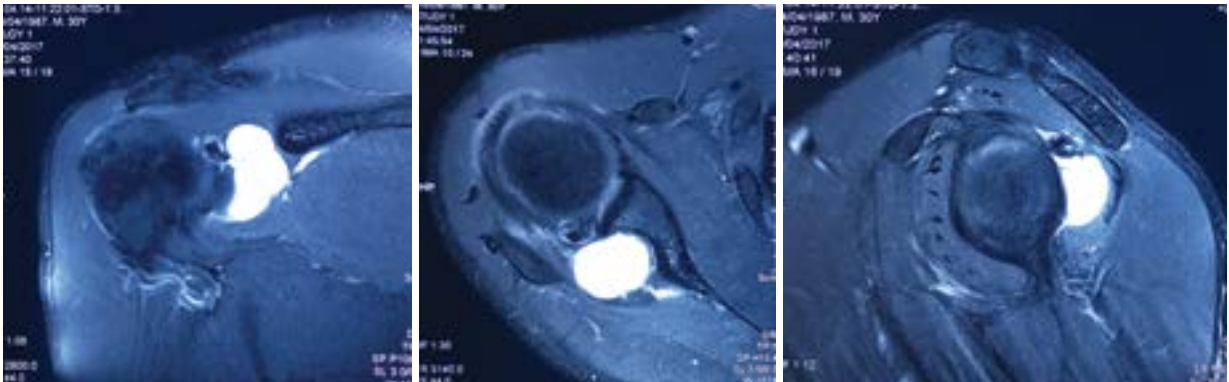
Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nam 30 tuổi, nghề nghiệp thợ cơ khí, bệnh nhân xuất hiện đau khớp vai P sau động tác đẩy tạ. Bệnh nhân than phiền đau âm ỉ sâu phía sau khớp vai, đau cả khi nghỉ. Triệu chứng đau ngày càng tăng ảnh hưởng đến khả năng lao động. Đau tăng ở tư thế tay đưa qua đầu và xoay trong, đồng thời yếu động tác xoay ngoài và teo cơ dưới gai.

Khám lâm sàng biên độ vận động khớp vai bình thường, đau khi xoay trong. Yếu và teo cơ dưới gai, O’Brien’s test dương tính.



Hình 1. Teo cơ dưới gai P

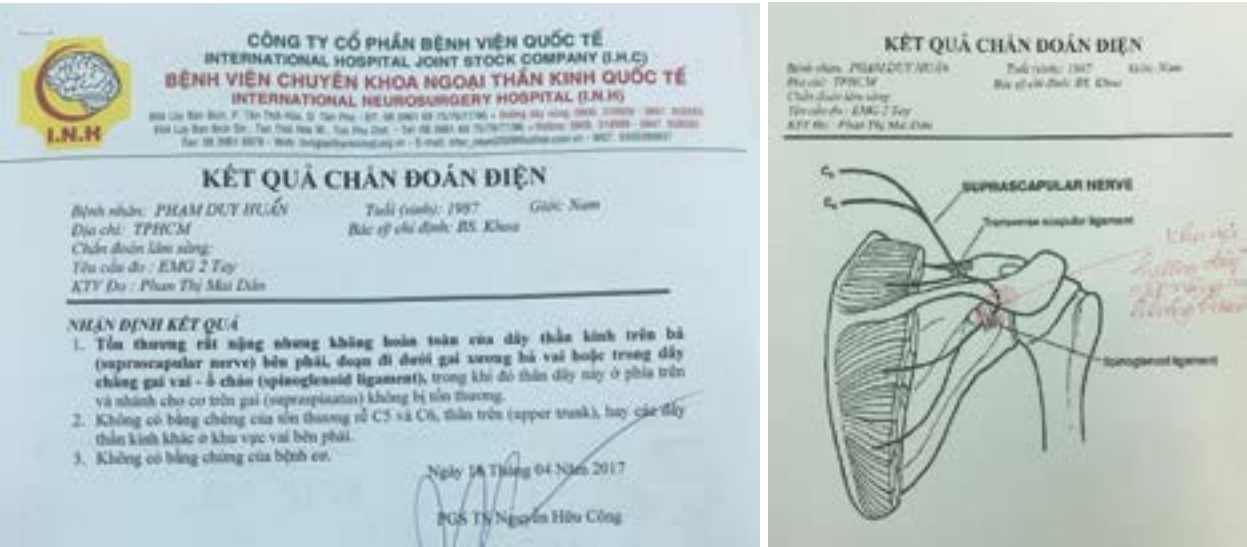
Không có bất thường trên phim X quang. MRI phát hiện nang với tín hiệu thấp trên T1 và và cao trên T2, nang xuất phát từ sụn viền sau trên đến ngách gai vai ổ chảo, trên phim T2 thấy phù nề và teo cơ dưới gai. Tổn thương SLAP thông với nang.



Hình 2. Hình ảnh MRI khớp vai P

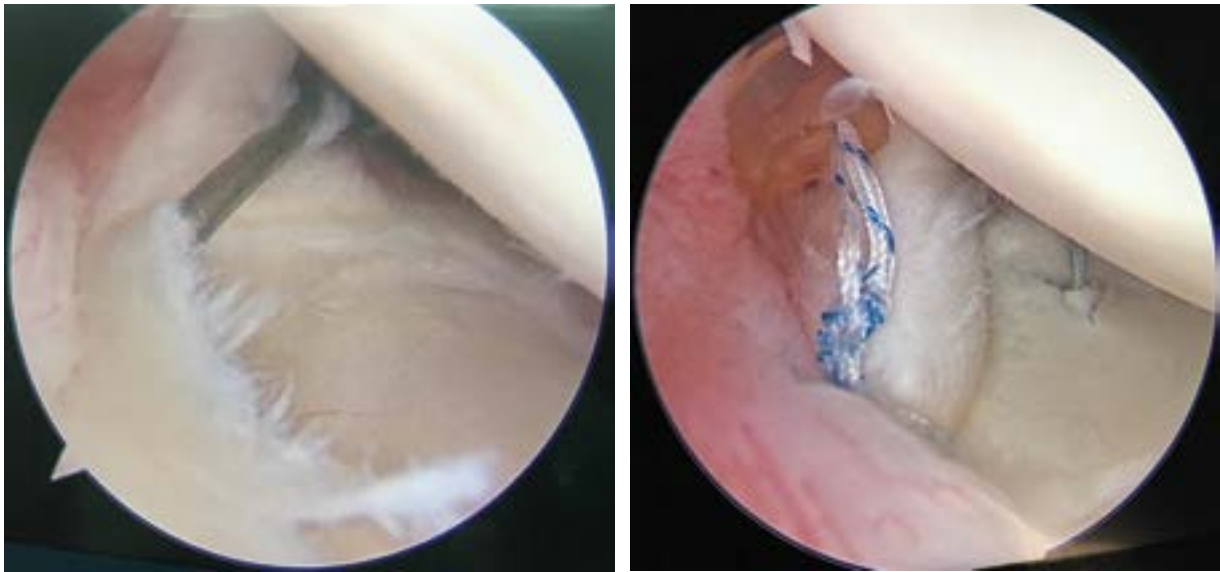
Nang xuất phát từ tổn thương sụn viền sau lan rộng đến khuyết gai vai - ổ chảo, nang tăng tín hiệu trên T2, teo và phù nề cơ dưới gai.

EMG phát hiện mất chi phối thần kinh của cơ dưới gai, vị trí chèn ép thần kinh tại khuyết gai vai - ổ chảo.



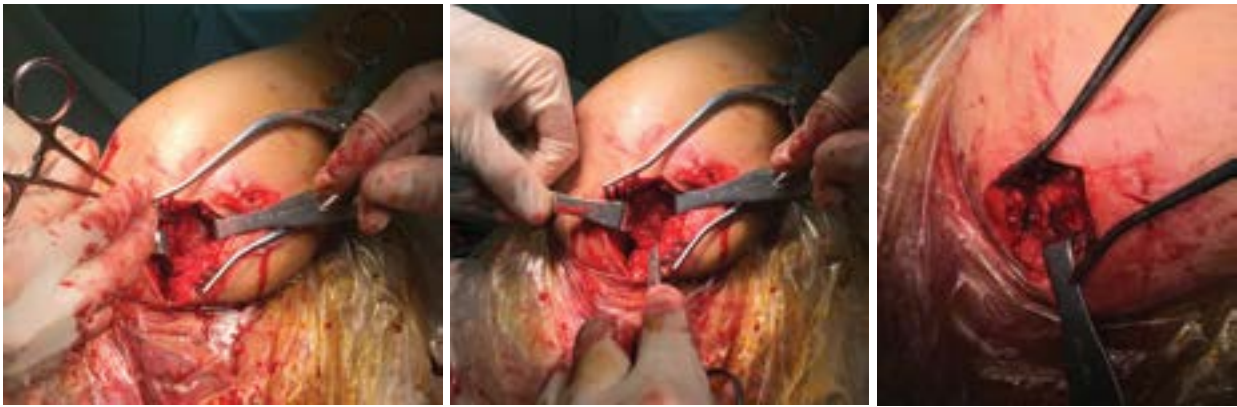
Hình 3. EMG phát hiện tổn thương thần kinh trên bả vai tại vị trí khuyết gai vai - ổ chảo.

Phẫu thuật nội soi khớp vai P, vào khớp vai thấy tổn thương SLAP độ II, tiến hành khâu dính lại sụn viền trên từ trước ra sau.



Hình 4. Nội soi khớp vai chẩn đoán xác định tổn thương SLAP độ II, khâu sụn viền trên từ trước ra sau

Mổ mở cắt bỏ nang giải phóng thần kinh trên bả vai tại khuyết gai vai - ổ chảo



Hình 5. Mổ cắt bỏ nang, giải phóng thần kinh trên bả vai

Nang hoạt dịch phía sau khớp vai, sau khi cắt bỏ nang bộc lộ thần kinh trên bả vai đi qua khuyết gai vai - ổ chảo.

Sau mổ, bệnh nhân đỡ đau khớp vai P, cơ dưới gai tăng về kích thước, lực động tác xoay ngoài tăng, EMG khẳng định phục hồi dẫn truyền thần kinh trên bả vai, bệnh nhân trở lại lao động bình thường.

BÀN LUẬN

Những báo cáo trước đây khẳng định mối liên quan giữa nang gai vai ổ chảo với rách sụn viền trên, mặc dù không có chứng cứ trên MRI. Tirman và cộng sự [8] chỉ ra bất thường của sụn viền ổ chảo liên quan với nang được thấy ở tất cả các bệnh nhân. Kim và cộng sự [14] thông báo MRI trước mổ phát hiện SLAP liên quan tới nang gai vai ổ chảo ở 24 trên 28 bệnh nhân. Piatt và cộng sự [15] báo cáo tỉ lệ nang hoạt dịch và tổn thương SLAP là 89%. Trong nghiên cứu của Hashiguchi và cộng sự MRI trước mổ thấy tổn thương sụn viền 5 trên 6 bệnh nhân, mặc dù tổn thương SLAP được quan sát thấy trên tất cả bệnh nhân trong nội soi.

EMG hữu ích trong chẩn đoán tổn thương thần kinh trên bả vai ở những bệnh nhân có nang gai vai - ổ chảo. EMG bất thường của cơ trên gai và dưới gai gợi ý chèn ép thần kinh trên bả vai tại khuyết trên bả vai. Nếu chỉ bất thường tại cơ dưới gai gợi ý chèn ép thần kinh tại khuyết gai vai - ổ chảo. Tuy nhiên EMG có thể âm tính giả thậm chí ở bệnh nhân có tổn thương thần kinh trên bả vai. Do đó, chẩn đoán xác định tổn thương thần kinh trên bả vai đạt được qua các triệu chứng, khám lâm sàng, đánh giá EMG, và MRI thấy dấu hiệu phù nề và teo cơ.

Nang gai vai ổ chảo có thể được điều trị bằng bảo tồn hoặc phẫu thuật. Điều trị bảo tồn bao gồm theo dõi và điều trị triệu chứng, chọc hút nang dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CT, nhưng kết quả hạn chế do giải ép không hoàn toàn và tái phát [15], do đó độ tin cậy của kỹ thuật thấp.

Phẫu thuật khâu sụn viền và cắt bỏ nang giải phóng chèn ép thần kinh mang lại tỉ lệ thành công cao. Chỉ khâu sụn viền đơn thuần thường có kết quả hạn chế [14, 17-19]. Nguyên nhân do phải mất thời gian dài để kích thích nang thu nhỏ, dẫn đến thần kinh tiếp tục bị chèn ép và gây đau. Cắt nang giải phóng chèn ép có thể được thực hiện qua sụn viền rách hoặc giải phóng bao khớp [20-23]. Giải phóng chèn ép qua sụn viền rách cho phép dẫn lưu dịch khớp mà không tổn thương phần mềm xung quanh, nhưng nguy cơ dẫn lưu không triệt để. Ngược lại, giải phóng chèn ép của nang qua giải phóng bao khớp có thể dẫn lưu triệt để dịch nang và giải phóng thần kinh tức thời.

Kết luận, tổn thương SLAP với nang gai vai - ổ chảo hiếm gặp, nhưng thường dẫn đến đau và ảnh hưởng chức năng khớp vai. Bệnh nhân với các triệu chứng chèn ép thần kinh trên gai dẫn đến teo và yếu cơ nên được chụp MRI càng sớm càng tốt để chẩn đoán xác định. Giải ép thần kinh và khâu sụn viền rách mang lại kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Callahan JD, Scully TB, Shapiro SA, Worth RM (1991) Suprascapular nerve entrapment. A series of 27 cases. *J Neurosurg* 74, 893–896.
2. Ide J, Maeda S, Takagi K (2003) Does the inferior transverse scapular ligament cause distal suprascapular nerve entrapment? An anatomic and morphologic study. *J Shoulder Elbow Surg* 12, 253–255.
3. Drez D (1976) Suprascapular neuropathy in the differential diagnosis of rotator cuff injuries. *Am J Sports Med* 4, 43–45.
4. Zehetgruber H, Noske H, Lang T, Wurnig C (2002) Suprascapular nerve entrapment. A meta-analysis. *Int Orthop* 26, 339–343.
5. Semmler A, von Falkenhausen M, Schroder R (2008) Suprascapular nerve entrapment by a spinoglenoid cyst. *Neurology* 70, 890.
6. Ticker JB, Djurasovic M, Strauch RJ (1998) The incidence of the ganglion cysts and other variations in anatomy along the course of the suprascapular nerve. *J Shoulder Elbow Surg* 7, 472–478.
7. Moore TP, Fritts HM, Quick DC, Buss DD (1997) Suprascapular nerve entrapment caused by supraglenoid cyst compression. *J Shoulder Elbow Surg* 6, 455–462.
8. Tirman PF, Feller JF, Janzen DL, Peterfy CG, Bergman AG (1994) Association of ganglion labral cyst with labral tears and glenohumeral instability: radiologic findings and clinical significance. *Radiology* 190, 653–658.
9. Antoniadis G, Richter HP, Rath S, Braun V, Moese G (1996), Suprascapular nerve entrapment: experience with 28 cases. *J Neurosurg* 85, 1020–1025.
10. Antoniou J, Tae SK, Williams GR, Bird S, Ramsey ML, Iannotti JP (2001) Suprascapular neuropathy. Variability in the diagnosis, treatment, and outcome. *Clin Orthop Relat Res* 386, 131–138.
11. Fabre T, Piton C, Leclouerec G, Gervais-Delion F, Durandeau A (1999) Entrapment of the suprascapular nerve. *J Bone Joint Surg Br* 81, 414–419.
12. Fehrman DA, Orwin JF, Jennings RM (1995) Suprascapular nerve entrapment by ganglion cysts: a report of six cases with arthroscopic findings and review of the literature. *Arthroscopy* 11, 727–736.

13. Post M (1999) Diagnosis and treatment of suprascapular nerve entrapment. *Clin Orthop Relat Res* 368, 92–100.
14. Kim DS, Park HK, Park JH, Yoon WS (2012) Ganglion cyst of the spinoglenoid notch: comparison between SLAP repair alone and SLAP repair with cyst decompression. *J Shoulder Elbow Surg* 21, 1456–63.
15. Piatt BE, Hawkins RJ, Fritz RC, Ho CP, Wolf E, Schickendantz M (2002) Clinical evaluation and treatment of spinoglenoid notch ganglion cysts. *J Shoulder Elbow Surg* 11, 600–604.
16. Iannotti JP, Ramsey ML (1996) Arthroscopic decompression of a ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Arthroscopy* 12, 739–745.
17. Pillai G, Baynes JR, Gladstone J, Flatow EL (2011) Greatest strength increase with cyst decompression and SLAP repair than SLAP repair alone. *Clin Orthop Relat Res* 469.
18. Schroder CP, Skare O, Stiris M, Gjengedal E, Uppheim G, Brox JI (2008) Treatment of labral tears with associated spinoglenoid cyst without cyst decompression. *J Bone Joint Surg Am* 90, 523–530.
19. Youm T, Mtthews PV, Attrache EI (2006) Treatment of patients with spinoglenoid cysts associated with superior labral tears without cyst aspiration, debridement, or excision. *Arthroscopy* 22, 548–552.
20. Ghodadra N, Nho SJ, Verma NN, Reiff S, Piasecki DP, Provencher MT, Romeo AA (2009) Arthroscopic decompression of the suprascapular nerve at the spinoglenoid notch and suprascapular notch through the subacromial space. *Arthroscopy* 25, 439–445.
21. Hosseini H, Agneskirchner JD, Troger M, Lobenhoffer P (2007) Arthroscopic release of the superior transverse ligament and SLAP refixation in a case of suprascapular nerve entrapment. *Arthroscopy* 23(1134), e1–4.
22. Lichtenberg S, Magosch P, Habermeyer P (2004) Compression of the suprascapular nerve by a ganglion cyst of the spinoglenoid notch: the arthroscopic solution. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 12, 72–79.
23. Romeo AA, Ghodadra NS, Salata MJ, Provencher MT (2010) Arthroscopic suprascapular nerve decompression: indications and surgical technique. *J Shoulder Elbow Surg* 19, 118–123.

CƠ SINH HỌC KHỚP CÙNG ĐÒN VÀ CHỌN LỰA ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

*Bs Dương Đình Triết, Bs Nguyễn Phúc Thịnh.*¹
PGS-TS Bùi Hồng Thiên Khanh***

Tóm tắt:

Dây chằng quạ đòn gồm 2 dây chằng: dây chằng nón và dây chằng thang, do có nguyên ủy và bám tận khác nhau nên mỗi bó có chức năng riêng trên khớp vai. Dây chằng nón giúp đầu ngoài xương đòn không di chuyển lên trên và ra trước trong khi dây chằng thang giữ vững không cho di chuyển ra phía sau. Phẫu thuật tái tạo lại dây chằng quạ đòn là cần thiết để cần phục hồi sự vững chắc của khớp cùng đòn.

Qua nội soi hỗ trợ, chúng tôi thực hiện tái tạo lại dây chằng quạ đòn qua 2 đường hầm xương đòn và một đường hầm ở mỏm quạ gần giống với giải phẫu tự nhiên. Khâu phục hồi cân thang- delta và không cần phải rút dụng cụ về sau.

*: Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP HCM

** : Bộ môn CTCH ĐHYD TP HCM

BIOMECHANICAL ANALYSIS OF ACROMIALCLAVICULAR JOINT DISLOCATION & TREATMENT OPTIONS

*Dương Đình Triết (**),
Bùi Hồng Thiên Khanh (*), Nguyễn Phúc Thịnh (**)*

Abstract:

Although the two coracoclavicular ligaments (the conoid and trapezoid) have similar structural properties, each ligament has its own unique anatomic orientation as well as its own unique function in stability of the acromioclavicular (AC) joint. The conoid ligament primarily provide vertical (superior-inferior) stability to the joint, whereas the trapezoid ligament primarily controls posterior displacement. The ideal surgical treatment for complete acromioclavicular dislocation is considered to restore separately each ligament. We have conducted an assisted arthroscopy AC reconstruction technique that uses a tendon graft to provide an anatomical reconstruction of the coracoid and trapezoid ligaments, meticulously repair deltoid and trapezius and do not require hardware removal.

(*) Associate Professor of Faculty of Trauma & Orthopedics of University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City

(**) Department of Trauma & Orthopedics of Ho Chi Minh City University Medical Center

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC THEO PHƯƠNG PHÁP HAI BÓ BA ĐƯỜNG HẦM CẢI BIÊN TẠI BỆNH VIỆN 175

*BS. Nguyễn Hà Ngọc, BS. Thái Ngọc Bình, BS. Trần Lê Đồng
BS. Trịnh Đức Thọ, BS. Phạm Thái Hữu, BS. Ngô Quốc Hoàn*

Tóm tắt:

Từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2017, tại khoa Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện 175 đã tiến hành phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước theo phương pháp 3 đường hầm cải biên, gồm một đường hầm chày, hai đường hầm xương đùi, sử dụng mảnh ghép là gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân, cố định bằng vít chèn sinh học phía chày và 2 dây treo phía đùi (Loop + Pullup) cho 32 bệnh nhân. Theo dõi sau mổ dài nhất 9 tháng được 6 bệnh nhân, ngắn nhất 4 tuần được 32 bệnh nhân. Kết quả theo dõi sau mổ: rất tốt và tốt đạt 83,33%, trung bình 16,67%, không có kết quả xấu.

Chúng tôi nhận thấy rằng, nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước khớp gối với hai đường hầm đùi và một đường hầm chày cải biên, ứng dụng cố định phía đùi bó trước trong bằng Pullup (hoặc Tight-rope) với cơ bán gân, bó sau ngoài bằng Loop với cơ thon, và cố định chày với 1 vít sinh học. Đây là kỹ thuật không quá khó, phục hồi lại giải phẫu và chức năng dây chằng, kết quả bước đầu khả quan và cần theo dõi xa hơn.

Từ khóa : Dây chằng chéo trước, hai bó, đường hầm chày...

EVALUATION RESULTS OF THE ARTHROSCOPY SURGERY OF DOUBLE BUNDLES ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION WITH THREE TUNNEL MODIFY TECHNIQUE AT 175 HOSPITAL

Abstract:

From June 2016 to March 2017, at the department of trauma and orthopaedic in 175 hospital, arthroscopy surgery of double bundle anterior cruciate ligament reconstruction modify technique, with single tibial tunnel, two femoral tunnel, using semi tendinosus and gracilis tendon autograft, interference screw fixation at tibia, Loop and Pullup at femur, for 32 patients. Post.op, the longest follow is 09 months with 6 patients and the shortest follow is 04 weeks with 32 patients. The follow up of results 9 months after surgery were 32 patients: very good and good results were 83.34%, the average results was 16.67%, not bad results.

We find that, arthroscopy surgery of double bundle anterior cruciate ligament reconstruction with single tibial tunnel, two femoral tunnel modify technique, application fixation bundle AM by semitendinosus with Pullup (or Tight-rope) instrument, and bundle PL by gracilis with Loop instrument, and fixation at tibia by 1 Bio screw. The technique is not too difficult had recovery anatomy and function of ACL, results post.op is good, and the follow up is need to longer.

Key words : anterior cruciate ligament, double bundle, tibial tunnel...

Phần 1: Đặt vấn đề

Tổn thương dây chằng chéo trước (ACL) thường gặp trong chấn thương khớp gối. Mặc dù phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước dạng 1 bó đã được sử dụng rộng rãi, kết quả tốt. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã kết luận, việc tái tạo phương pháp 1 bó hay 2 bó dây chằng chéo trước, về độ vững chắc khớp gối theo chiều trước sau không có sự khác biệt, nhưng phương pháp tái tạo ACL 2 bó, sẽ chống xoay ngoài mâm chày tốt hơn phương pháp 1 bó rõ rệt.

Những hiểu biết mới về giải phẫu, cơ sinh học của ACL là cơ sở cho việc hình thành các kỹ thuật tái tạo ACL dạng 2 bó, bó trước trong (AM) và bó sau ngoài (PL). Tuy nhiên một khó khăn đặt ra, nếu tái tạo ACL 2 bó 3 đường hầm như kỹ thuật kinh điển, thì không đảm bảo căng đều được cả 2 bó ACL ở tư thế gấp và duỗi gối, còn tái tạo ACL 2 bó 4 đường hầm thì giải quyết được yếu điểm trên, nhưng khoan nhiều, khả năng tai biến vỡ đường hầm khi cố định cao, nguy cơ lỏng gối thứ phát hay thoái hóa khớp về sau lớn.

Sau khi tiếp cận được kỹ thuật all-inside, chúng tôi nhận thấy, nếu ứng dụng khả năng có thể chủ động căng - kéo 2 bó ACL từ phía đùi ở các tư thế khác nhau (sau khi đã cố định vít chày) bằng dụng cụ như Pullup (hãng SBM) hay Tight-rope (hãng Arthrex), thì sẽ giải quyết được yếu điểm của phương pháp 2 bó 3 đường hầm như trước đây.

Vì vậy, chúng tôi mạnh dạng ứng dụng kỹ thuật cải biên tái tạo ACL 2 bó 3 đường hầm tại khoa chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện 175. Sau hơn 9 tháng triển khai, chúng tôi xin báo cáo đề tài: “Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước theo phương pháp 2 bó với 3 đường hầm với kỹ thuật cải biên tại Bệnh viện 175” nhằm mục đích:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước dạng 2 bó với 3 đường hầm (2 đường hầm đùi, 1 đường hầm chày) theo phương pháp cải biên.
2. Rút ra một số nhận xét trong quá trình theo dõi và phẫu thuật.

Phần 2. Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu không đối chứng, mô tả cắt ngang. Được thực hiện từ 6/2016 - 03/2017 tại khoa Chấn thương Chỉnh hình – Bệnh viện 175 trên 32 bệnh nhân bị đứt ACL từ 19 đến 40 tuổi, có nhu cầu vận động thể lực cao.

Loại trừ những bệnh nhân: gãy xương chi dưới kèm theo, đứt dây chằng chéo sau, dây chằng bên kết hợp, thoái hóa khớp gối, loãng xương không kiểm tra đánh giá được kết quả sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp phẫu thuật

* **Vô cảm:** Tê tủy sống .

* **Tư thế :** Bệnh nhân nằm ngửa, chân bị đứt ACL gấp gối 90° trên giá đỡ. Ga rô 1/3 trên đùi với áp lực 350mmHg.

* **Nội soi đánh giá tổn thương:** kiểm tra, xác định vị trí, hình thái tổn thương dây chằng ACL và các thành phần khác trong khớp. Xử trí tổn thương kết hợp nếu có.

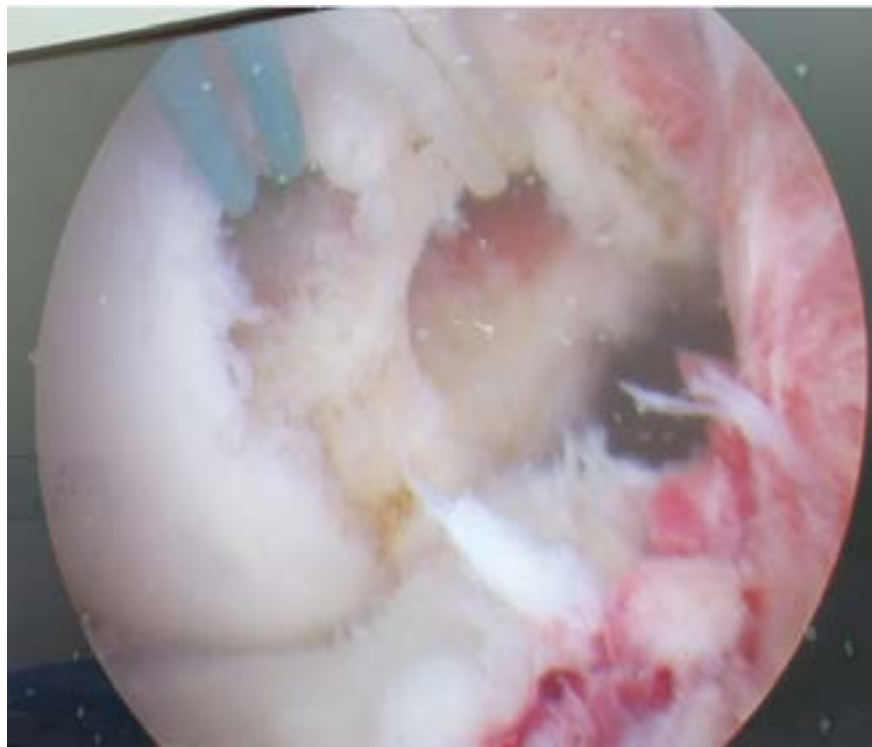
* **Chuẩn bị mảnh ghép dây chằng:** Rạch da, bóc lộ và lấy gân cơ bán gân và gân cơ thon cùng chân

bị đứt ACL. Chập 3 gân cơ bán gân, chọn làm mảnh ghép bó AM. Tiếp tục lấy gân cơ thon cùng bên chập 3 làm mảnh ghép bó PL. Đường kính đường hầm đùi bằng kích thước từng bó gân đã chuẩn bị, đường hầm chày bằng kích thước tổng của hai bó gân.

* *Tạo đường hầm đùi:* Bộc lộ dấu vết vị trí bám giải phẫu của bó trước trong và bó sau ngoài ở mặt trong lõi cầu ngoài.

Tạo đường hầm đùi cho bó AM: Dùng định vị đùi 5mm khoan mặt trong lõi cầu ngoài ở tư thế gối gấp 110°. Khoan đường hầm chột với kích thước bằng đường kính mảnh ghép bó sau ngoài, sâu 25mm theo đỉnh dẫn đường, luôn chỉ chờ.

Tạo đường hầm đùi cho bó PL: Dùng định vị đùi 4mm, tỳ vào thành đường hầm bó AM, xác định vị trí bám dựa trên tâm giải phẫu bó PL. Khoan đường hầm chột với kích thước bằng đường kính mảnh ghép bó PL, độ sâu đường hầm theo tính toán như phương pháp Endo-Button (thường chúng tôi tính toán, để kích thước chôn gân trong đường hầm 20mm), luôn chỉ chờ.

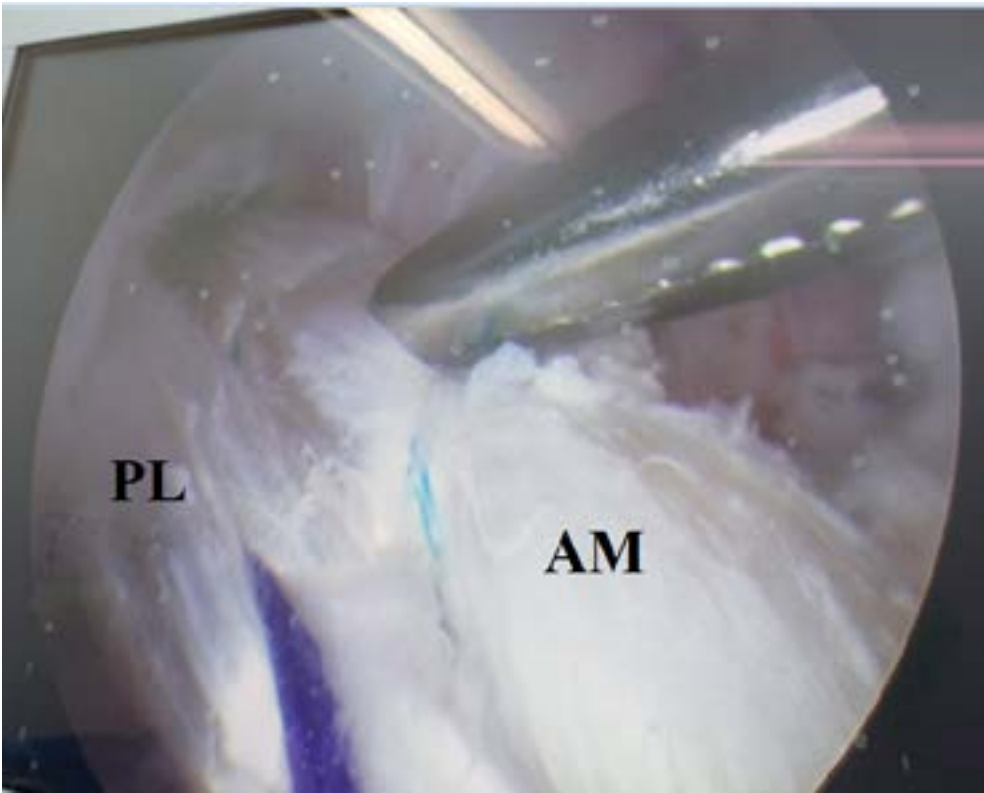


Hình: hình ảnh 2 đường hầm bó AM và PL sau khi khoan phía đùi

* *Tạo đường hầm chày:* Khoan đỉnh dẫn đường theo dụng cụ định vị chày. Khoan đường hầm chày có đường kính bằng đường kính của cả 2 bó.

* *Luồn mảnh ghép dây chằng và cố định mảnh ghép:*

Luồn kéo gân lần lượt từ đường hầm chày lên đùi: bó PL trước, sau đó đến bó AM. Dụng cụ cố định Loop (dây treo) với bó PL, và Pullup (hoặc Tight-rope) với bó AM. Căng bó PL bằng cách căng tư thế gối gấp 100° (tất nhiên cũng căng kéo đồng thời cả bó AM), bắt cố định vít chèn phía mâm chày. Sau đó duỗi gối gấp 30°, đưa mâm chày ra sau và đùi ra trước tối đa, tăng kéo Pullup (hoặc Tight-rope) phía đùi, mục đích làm căng bó AM.



Hình: Hai bó ACL sau khi được tái tạo

* Kiểm tra độ vững gối ngay trên bàn mổ bằng test Lachman và thăm sát độ căng các bó dây chằng tái tạo qua nội soi. Tháo ga rô, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ, cố định gối duỗi bằng nẹp gối Zimmer.

2.3. Hướng dẫn tập vận động, theo dõi, đánh giá kết quả.

Sau mổ hướng dẫn tập vận động theo chương trình phục hồi chức năng khớp gối sau tái tạo ACL tại Bệnh viện 175, tái khám định kỳ các thời điểm 1,3,6,9 tháng, đánh giá kết quả phẫu thuật ở các thời điểm trên 6 tháng.

* *Đánh giá tầm vận động khớp gối.*

* *Đánh giá độ vững khớp gối:* Test ngăn kéo trước, Lachman.

* *Đánh giá điểm chức năng khớp gối :* Theo thang điểm Lysholm:

Rất tốt: > 90đ Tốt: 84 – 90đ Trung bình: 65 – 83đ Kém: < 64đ

Phần 3: Kết quả

* *Tuổi và giới (n=32):* Tuổi trung bình là 27,4tuổi (nhóm BN của chúng tôi trẻ nhất 19 tuổi và lớn nhất là 40 tuổi).

* *Nguyên nhân đứt dây chằng chéo trước:* Chủ yếu là do tai nạn thể thao chiếm 71,87% (23/32 BN).

* *Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật (n=32):* Trung bình 4,5 tháng, sớm nhất là sau 3 tuần, lâu nhất 1 năm.

* Đặc điểm tổn thương kết hợp ($n=32$): có 40,62% (13/32) bệnh nhân có tổn thương sụn chêm kết hợp.

* Đặc điểm mảnh ghép dây chằng ($n=32$).

Mảnh ghép bó AM (cơ bán gân chập 3) có kích thước đường kính gân từ 6.5-8.0mm, nhiều nhất là 7.5mm. Mảnh ghép bó PL (cơ thon chập 3) từ 5.0-7.0mm, nhiều nhất là 6mm. Đường kính hai bó ở đường hầm chày từ 7.5-10mm, nhiều nhất là 8.5mm.

Bảng 3.2. Điểm chức năng khớp gối theo điểm Lysholm.

Thời điểm đánh giá Điểm Lysholm	3 tháng (n=24)	6 tháng (n=17)	9 tháng (n=6)
Rất tốt	19 (79,2%)	14 (82,35%)	4 (66,66%)
Tốt	3(12,5%)	2 (11,76%)	1 (16,67%)
Trung bình	2 (8,3%)	1 (5,89%)	1 (16,67%)
Xấu	0(0%)	0(0%)	0(0%)

Phần 4 : Bàn luận

4.1. Lối vào:

Chúng tôi sử dụng 3 đường vào là đường vào trước trong, đường vào trước ngoài, và đường vào bổ sung phía trước trong. Vị trí của đường vào bổ sung phía trước trong này ở phía trong của đường vào trước trong nằm ngang khe khớp cách đường vào trước trong khoảng 2cm, đường vào bổ sung này thường ở trên sụn chêm trong và trước 1 chút lồi cầu trong. Đường vào phía trong bổ sung được tạo nên dưới sự kiểm soát của tầm nhìn nội soi. Đường hầm bổ sung phía trong thường được sử dụng để tạo đường hầm đùi cho bó PL. Ngoài lợi ích của lối vào bổ sung phía trước trong cho phép nhìn rõ dấu vết ACL, các mốc xương cũng như gờ gian lồi cầu ngoài và gờ phân chia, dễ dàng xác định vị trí giải phẫu của mảnh ghép, thì mục đích chính của việc mở lối vào phụ, theo chúng tôi là tạo hường đường hầm đùi của bó AM và PL theo 2 hướng khác nhau, nhờ đó làm giảm nguy cơ vỡ đường hầm và làm giảm các nguy cơ khác ... Tuy nhiên cần thận trọng để không làm tổn thương sụn của lồi cầu trong khi đưa mũi khoan vào trong khớp vì lối vào này gần với lồi cầu trong.

4.2. Lựa chọn chất liệu làm mảnh ghép dây chằng

Chúng tôi sử dụng mảnh ghép tự thân là gân cơ bán gân và gân cơ thon. Các gân chúng tôi đều chập 3. Nếu mảnh ghép chập lại với chiều dài gân ngắn hơn 7.5cm, đường kính bó AM < 6.5mm và bó PL <5mm, chúng tôi sẽ chuyển phương án tái tạo ACL sang kỹ thuật 1 bó all-inside hay Endo-Button, không cố gắng tái tạo 2 bó 3 đường hầm. Tuy nhiên, theo nhiều tài liệu và tác giả, mảnh ghép bó AM có đường kính nhỏ nhất là 6mm, bó PL là 4.5mm thì vẫn đủ đảm bảo độ vững khớp gối sau tái tạo. Nhưng chúng tôi cảm nhận (tuy không có cơ sở khoa học), nếu bó AM < 6.5mm, sẽ có gì đó hơi không yên tâm (về mặt tâm lý phẫu thuật viên) đến độ vững khớp gối sau tái tạo, nên chúng tôi chủ động chuyển phương án tái tạo ACL (không làm 2 bó 3 đường hầm).

4.3. Cố định mảnh ghép dây chằng

Sau khi chúng tôi luôn kéo gân với bó PL luôn trước và bó AM luôn sau (bó AM nằm trên – trước bó PL trong đường hầm chày), dụng cụ treo gân phía đùi với bó PL là Loop (như trong phương pháp Endo-Button), còn bó AM là Pullup (hay Tight-rope). Chúng tôi căng bó PL ở tư thế gối gấp 100°, sau đó cố định vít chèn phía chày. Tiếp theo, duỗi gối tư thế 30°, tư thế chùn nhất của bó AM, tăng kéo làm căng bó AM từ phía đùi bằng Pullup (hay Tight-rope).

4.4. Kết quả

Sau mổ có 01 bệnh nhân bị viêm dò chỉ Vicryl nơi lấy gân, chúng tôi phải tiến hành cắt bỏ chỉ viêm dò, sau 7 tuần bệnh nhân ổn định tập luyện theo hướng dẫn và kiểm tra sau đó cho kết quả tốt, có 1 bệnh nhân bị hạn chế vận động gấp gối và 2 hạn chế duỗi ở thời điểm 12 tuần, chúng tôi đã tiến hành hướng dẫn và tăng cường tập PHCN, kiểm tra sau 6 tuần tập PHCN, có 2 bệnh nhân phục hồi tầm vận động gối tốt, 1 bệnh nhân vẫn bị hạn chế vận động duỗi hoàn toàn. Ở thời điểm kiểm tra trên 6 tháng chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp dấu hiệu Lachman (+) , trong đó có một bệnh nhân bị TNSH trong cuộc sống (trượt chân ngã) vào tháng 03, và 1 bệnh nhân bị TNGT vào tháng 04. Cả 2 bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành tăng cường lại nẹp gối 3 tuần, kết hợp ngừng tập PHCN. Sau kiểm tra lại đánh giá vào thời điểm 6 tháng, còn 1 BN vẫn lỏng gối, chúng tôi có giải thích tình trạng bệnh lý với bệnh nhân và cho tập tích cực các bài tập làm tăng sức mạnh cơ đùi, hiện tại vẫn đang theo dõi.

Phần 5: Kết luận.

Phẫu thuật nội soi tái tạo 2 bó dây chằng chéo trước với 3 đường hầm trên 32 bệnh nhân với kỹ thuật cải biên không quá phức tạp, kết quả sau phẫu thuật ban đầu với tỷ lệ tốt và rất tốt tại thời điểm sau mổ 9 tháng là 83,33% ,bước đầu cho kết quả tuy không cao như nhiều tác giả khác vì số liệu bệnh nhân đánh giá của chúng tôi còn thấp, nhưng chúng tôi nhận thấy sự cải thiện vận động gối sau mổ từ thời điểm tháng thứ 6 trở đi của bệnh nhân 2 bó rất nhanh. Tuy nhiên cần theo dõi và đánh giá xa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Anh, Trần Đình Chiến, Phạm Đăng Ninh, Vũ Nhất Định, Nguyễn Bá Ngọc, Đỗ Đức Bình (2010). Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại bệnh viện 103. Y học Việt Nam 10 (2): 17 – 21.
2. **Thái Ngọc Bình** (2012), Đánh giá kết quả điều trị tái tạo dây chằng chéo trước theo phương pháp 2 bó 3 đường hầm, *Luận văn thạc sĩ y học*.
3. **Duthon V. B., Barea C., Abrassart S.** (2006). Anatomy of the anterior cruciate ligament. Knee Surg Sport Traumatol Arthrosc 14: 204-213.
4. **France sco Giron, Paolo Aglietti, Pierl uigi Cuomo** (2005), Anterior cruciate ligament reconstruction with double-looped semitendinos usand gracilis tendon graft directly fixed to cortical bone: 5-year results. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 13: 81-91.
5. **Ips O., Vivek J., Kuldeep S.N.** (2010). Anatomical double bundle ACL reconstruction using hamstring tendon graft clinical evaluation. JCOT Vol 1 No 1: 26 – 31.
6. **Karlsson et all** (2013), Anatomical double bundle anterior cruciate ligament reconstruction, Campbell's Operative Orthopaedics, Copyright 2013 by Mosby, an imprint of Elsevier Inc., part XIV Arthroscopy: 2434.
7. **Kopf S., Pombo M.W., Shen W., Irrgang J.J., Fu F.H.** (2011). The ability of 3 different approaches to restore the anatomic anteromedial bundle femoral insertion site during anatomic anterior cruciate ligament reconstruction. Arthroscopy. 27: 200 – 206.
8. **Kwang A.J, Su C.L., Moon B.S, Choon K.L.** (2009). Arthroscopic double bundle ACL reconstruction using a bone patellar tendon bone gracilis tendon composite autograft: a technical note. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 16: 382 – 385.
9. **Loh J.C., Fukuda Y., Tsuda E., et al** (2003). Knee stability and graft function following anterior cruciate ligament reconstruction: Comparison between 11 o'clock and 10 o'clock femoral tunnel placement. Arthroscopy 19: 297 – 304anatomical study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 20: 62 – 68.
10. **Van Eck C.F., Schreiber V.M., Mejia H.A., Samuelsson K., van Dijk C.N., Karlsson J., Fu F.H.** (2010). Anatomic anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review of surgical techniques and reporting of surgical data. Arthroscopy. 26: 2 – 12.

NGHIÊN CỨU KÍCH THƯỚC GÂN MÁC DÀI VÀ GÂN CHÂN NGỔNG LÀM MẢNH GHÉP

Đỗ Phước Hùng, Hoàng Nguyễn Anh Tuấn (BCV)*

TÓM TẮT

Mở đầu – mục tiêu nghiên cứu

Kích thước mảnh ghép gân góp phần quan trọng ảnh hưởng đến kết quả tái tạo dây chằng. Y văn cho thấy có thể dự đoán được kích thước các mảnh ghép trước mổ dựa vào các chỉ số nhân trắc. Nghiên cứu nhằm xác định kích thước các mảnh ghép chập 2 và chập 3 gân mạc dài; 4 dải và 5 dải gân chân ngỗng; chập bốn gân bán gân. Đồng thời, xác định sự tương quan giữa các chỉ số nhân trắc với các kích thước này.

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca. 157 bệnh nhân sử dụng gân mạc dài và/hoặc gân chân ngỗng làm mảnh ghép tái tạo dây chằng vùng gối. Chúng tôi ghi nhận các chỉ số trước mổ: tuổi, giới, cân nặng (CN), chiều cao (CC), BMI, chiều dài xương đùi (CDXD), chu vi vòng đùi (CVVD), chiều dài (CDCC) và chu vi cẳng chân (CVCC). Sau đó đo chiều dài và đường kính các mảnh ghép trong mổ. Dùng phép tương quan hồi quy tìm mối liên hệ giữa các kích thước này với các chỉ số nhân trắc.

Kết quả

Đường kính và chiều dài trung bình của các mảnh ghép 4 dải, 5 dải gân chân ngỗng, chập 4 gân bán gân, chập đôi và chập 3 gân mạc dài lần lượt là: 6,9mm và 10,8cm; 7,4mm và 8,45cm; 7,3mm và 6,32cm; 7,2mm và 12cm; 8,3mm và 7,93cm. Giới tính, cân nặng, BMI, chiều dài xương đùi, chu vi cẳng chân có tương quan với kích thước các mảnh ghép.

Kết luận

Kích thước mảnh ghép 5 dải gân chân ngỗng và chập 3 gân mạc dài phù hợp để làm mảnh ghép tái tạo dây chằng chéo trước. Các yếu tố nhân trắc có tương quan và có thể góp phần dự đoán kích thước mảnh ghép.

Từ khóa: kích thước mảnh ghép, chỉ số nhân trắc, tương quan hồi quy

A STUDY OF SIZE OF PERONEUS LONGUS AND HAMSTRING TENDON AS AUTOGRAFT

Do Phuoc Hung*, Hoang Nguyen Anh Tuan¹

ABSTRACT

Background

Graft size is an important factor affected outcome of ligament reconstruction surgery. Further studies have shown anthropometric measurements correlate and can be used as predictors for the graft sizes. The aim of this study was to determine doubled and tripled peroneus longus (PL) tendon, four-strand and five-strand Hamstring (HS) tendon graft, quadrupled semitendinosus tendon, and whether simple anthropometric measurements can be used to predict their sizes.

Method

The study sample consisted of 157 consecutive patients who underwent knee ligaments reconstruction using Hamstring and/or peroneus tendon graft. Preoperatively we recorded age, gender, height, weight, body mass index, thigh length, thigh circumference, leg length and leg circumference. Intraoperative measurements are length and diameter graft sizes. Correlation coefficients, and stepwise multiple linear regression analysis was used to determine the relationship between tendon graft sizes and anthropometric measurements.

Result

Diameter and length of doubled and tripled PL, four-strand and five-strand HS, quadrupled semitendinosus tendon graft: 6.9mm and 10.8cm, 7.4mm and 8.45cm, 7.3mm and 6.32cm, 7.2mm and 12cm, 8.3mm and 7.93cm. Gender, weight, thigh length and leg circumference showed correlation with graft sizes.

Conclusion

5-strand HS and tripled PL tendon grafts are suitable for ACL reconstruction. Several preoperative anthropometric measurements showed correlation with and can be used as predictors for graft sizes.

Keywords: graft size, anthropometric measurement, correlation coefficients.

* PGS.TS Trưởng bộ môn CTCH&PHCN Đại Học Y Dược TPHCM
Báo cáo viên : BS. Hoàng Nguyễn Anh Tuấn,
SĐT 0903947087, email: hoangnguyenantuan@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích thước mảnh ghép là một vấn đề rất quan trọng trong phẫu thuật tái tạo dây chằng bằng mảnh ghép tự thân. Đường kính (ĐK) nhỏ khó đáp ứng yêu cầu cơ học của mảnh ghép (9). Chiều dài (CD) ngắn thì không đáp ứng về mặt cố định vào đường hầm xương, đặc biệt ở mâm chày khi sử dụng ốc chèn là phương pháp phổ biến hiện nay. Để tăng đường kính, các tác giả đã chập nhiều lần mảnh ghép (8,9). Tuy nhiên, điều này sẽ làm ngắn mảnh ghép, có thể dẫn đến việc phải thay đổi dụng cụ cố định. Hiện trong nước chưa có báo cáo về kích thước các mảnh ghép được chập nhiều lần này.

Bên cạnh đó, y văn đã ghi nhận có sự liên quan giữa các yếu tố nhân trắc như cân nặng, chiều cao, chiều dài chi dưới hay chu vi vòng đùi với kích thước 4 dải gân chân ngỗng (2,4,15,16,17,18). Các yếu tố này có thể giúp phẫu thuật viên chủ động lựa chọn mảnh ghép và phương pháp cố định phù hợp trước mổ. Tuy nhiên, công thức ước lượng khác nhau qua các nghiên cứu cho thấy có thể có sự tương quan khác nhau giữa các chủng tộc dân số trên thế giới (6). Tại Việt Nam, chưa có báo cáo về đề tài này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1.Xác định kích thước các mảnh ghép: bốn dải và năm dải gân chân ngỗng, bốn dải gân cơ bán gân, chập hai và chập ba gân mào dài trên lô nghiên cứu.
- 2.Xác định sự tương quan giữa các yếu tố nhân trắc: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI), chiều dài xương đùi, chu vi vòng đùi, chiều dài cẳng chân, chu vi cẳng chân với các kích thước trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, 157 bệnh nhân.

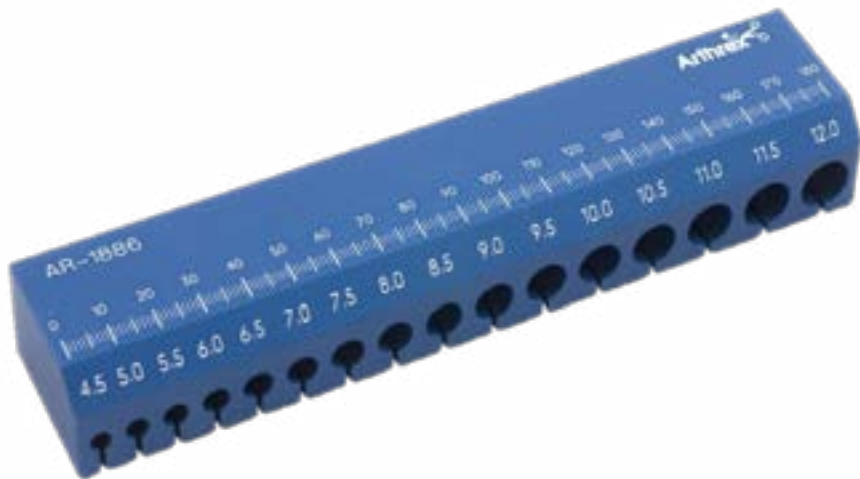
Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Những bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo dây chằng khớp gối bằng gân cơ chân ngỗng và/hoặc gân cơ mào dài

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bị đứt hay lấy không hết gân.
- Những trường hợp gân bị dị dạng, bất thường khi bộc lộ.
- Những trường hợp có chấn thương, bệnh lý, bẩm sinh làm ngắn chi, nhỏ chi trên chân lấy gân.

Chúng tôi ghi nhận các chỉ số trước mổ: tuổi, giới, cân nặng (CN), chiều cao (CC), BMI, chiều dài xương đùi (CDXD), chu vi vòng đùi (CVVD), chiều dài (CDCC) và chu vi cẳng chân (CVCC). Sau đó, đo chiều dài và đường kính các mảnh ghép trong mổ. Dùng phép tương quan hồi quy tìm mối liên hệ giữa các kích thước này với các chỉ số nhân trắc, thiết lập các công thức hồi quy nếu sự tương quan có ý nghĩa thống kê.



Hình 1: Thước đo đường kính mảnh ghép



Hình 2: Mảnh ghép 5 dài gân chân ngỗng

KẾT QUẢ

Từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 6 năm 2016 chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 157 bn được mổ tái tạo dây chằng vùng gối sử dụng gân ghép tự thân. Trong số đó, có 76 gân móc dài (43 nam và 33 nữ) và 86 gân chân ngỗng (63 nam và 23 nữ) được nghiên cứu. Có 3 trường hợp lấy cả gân chân ngỗng và móc dài cùng bên.

Yếu tố	Gân móc dài (n = 76)	Gân chân ngỗng (n = 86)
Tuổi	32,5 ± 9,9	32,4 ± 8,8
CC (cm)	163,8 ± 6,8	164,9 ± 6,7
CN (kg)	60,9 ± 9,8	61,9 ± 8,9
BMI	22,6 ± 2,6	22,7 ± 2,5
CDXD (cm)	38,4 ± 2,2	38,6 ± 2,3
CDCC (cm)	34,1 ± 2,1	34,2 ± 2,0
CVVD (cm)	42,0 ± 4,2	42,3 ± 3,8
CVCC (cm)	33,2 ± 3,4	33,02 ± 2,8

Bảng 1: Đặc điểm các chỉ số nhân trắc của bệnh nhân

Mảnh ghép		ĐK (mm)	CD (cm)
Gân chân ngỗng	4 dài	6,9 ± 0,64	10,8 ± 0,9
	5 dài	7,4 ± 0,67	8,45 ± 0,5
	Chập 4 bán gân	7,3 ± 0,7	6,32 ± 0,5
Gân móc dài	Chập đôi	7,2 ± 0,6	12,0 ± 0,81
	Chập ba	8,3 ± 0,8	7,93 ± 0,51

Bảng 2: Kích thước trung bình các mảnh ghép

Sự tương quan giữa các yếu tố nhân trắc với kích thước mảnh ghép

○ Gân chân ngỗng

Yếu tố	CHIỀU DÀI			ĐƯỜNG KÍNH		
	4 dài	5 dài	Chập 4	4 dài	5 dài	Chập 4
CN	0,3923	0,3853	0,4306	0,3831	0,3691	0,3333
CC	0,4908	0,5291	0,5501	-	0,2418	0,2337
BMI	-	-	-	0,3395	0,3048	0,2668
CDXD	0,6169	0,5875	0,6064	-	-	-
CDCC	0,6018	0,5471	0,5708	-	-	-
CVVD	-	0,2251	0,2887	0,2771	0,2654	0,2165
CVCC	-	-	-	0,2444	0,2302	-

Bảng 3: Hệ số tương quan (có ý nghĩa thống kê) giữa kích thước gân chân ngỗng và các yếu tố nhân trắc

Từ kết quả đó, chúng tôi tính toán các công thức tương quan hồi quy 1 và 2 yếu tố để tính các kích thước. Trong đó, chỉ tìm được 1 công thức có tương quan 2 yếu tố tính chiều dài chập 4 gân bán gân:

- ❖ **CD chập 4** (cm) = 0,9419 + 0,012 x CN(kg) + 0,1202 x CDXD(cm); với CN (P = 0,0394), CDXD (P < 0,0001), R² = 0.3849
 - **Gân mác dài**

Yếu tố	CHIỀU DÀI		ĐƯỜNG KÍNH	
	Chập đôi	Chập ba	Chập đôi	Chập ba
CN	0,3037	-	0,3717	0,4198
CC	0,4307	0,349	0,4914	0,5239
BMI	-	-	-	-
CDXD	0,5005	0,3883	0,4651	0,4296
CDCC	0,3653	0,2984	0,4327	0,4275
CVVD	0,2271	-	-	-
CVCC	-	-	-	-

Bảng 4: Hệ số tương quan (có ý nghĩa thống kê) giữa kích thước gân mác dài và các yếu tố nhân trắc

- ❖ Với gân mác dài, kết quả chỉ có chiều dài chập đôi và đường kính chập 3 có mối tương quan hai yếu tố có ý nghĩa thống kê:

CD chập 2(cm) = 3,6852 + 0,1028 x CVCC(cm) + 0,1242 x CDXD(cm);
Với CVCC (P = 0,038) và CDXD (P = 0,049); R² = 0,2523; n = 33 (nữ)

ĐK chập ba gân mác dài	R ²
ĐK(mm) = 2,7579 + 0,02282 x CN(kg) + 0,1074 x CDXD(cm) Với CN (P=0,0156); CDXD (P=0,0103)	0,2478
ĐK(mm) = 3,0411 + 0,02296 x CN(kg) + 0,1123 x CDCC(cm) Với CN (P=0,0149); CDCC (P=0,0108)	0,2415

Bảng 5: Công thức tương quan hai yếu tố tính ĐK chập 3 gân mác dài

BÀN LUẬN

Theo y văn, một mảnh ghép đáp ứng yêu cầu tối thiểu về kích thước để tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT) phải có ĐK ≥ 7mm (5,10) để đủ chịu lực ngay sau khi tái tạo và chiều dài tối thiểu 8cm để có thể cố định vào đường hầm xương (5). Một số tác giả khác đề nghị, mảnh ghép lý tưởng phải có ĐK ≥ 8mm (11). Theo kết quả nghiên cứu, ĐK 4 dải gân chân ngỗng là 6,9mm, nhỏ hơn yêu cầu tối thiểu để tái tạo DCCT, và cũng nhỏ hơn so với các báo cáo từ Âu Mỹ, thậm chí là một số nước châu Á (13,14,15,16). Do thể trạng khác nhau giữa các dân số nghiên cứu và kích thước gân có tương quan với thể trạng nên cũng khác nhau. Như vậy, 4 dải gân chân ngỗng thiếu ĐK và dư chiều dài so với yêu cầu tối thiểu để tái tạo DCCT. Trong khi 5 dải gân chân ngỗng có ĐK (7,1mm) và CD (8,45cm) phù hợp với yêu cầu đó.

Một số báo cáo đã cho thấy nếu lấy cả hai gân cơ thon và bán gân, khớp gối sẽ bị yếu đi trong chức năng gấp sâu và chống xoay trong (7). Chính vì vậy, một số kỹ thuật tái tạo DCCT hiện nay cho phép sử dụng mảnh ghép gân bán gân chập bốn (3). ĐK mảnh ghép này lớn hơn 7mm (7,3mm) và lớn hơn cả 4 dải gân chân ngỗng. Chập 4 bán gân có ĐK tốt, bảo tồn được gân cơ thon nhưng lại cần phương tiện cố định phức tạp và đắt tiền (3).

Gần đây, gân mác dài được đưa vào nghiên cứu sử dụng như là một mảnh ghép thay thế với những ưu điểm nhất định (1) Chập đôi gân mác dài có ĐK (7,2mm) lớn hơn 4 dải gân chân ngỗng (6,9mm). Mảnh ghép này lại có chiều dài (12cm) dư khá nhiều so với yêu cầu kinh điển (8cm). Do đó, chập 3 gân mác dài tận dụng được chiều dài dư và tăng đường kính. Kích thước mảnh ghép này thỏa điều kiện lý tưởng (CD xấp xỉ 8cm và ĐK > 8mm) để tái tạo DCCT. Tuy nhiên, có hai trường hợp chập 3 lại ĐK tăng lên đến 10,5mm, cũng không hoàn toàn lý tưởng để tái tạo vì nguy cơ vỡ đường hầm xương, đồng thời ĐK này cũng không phù hợp với giải phẫu DCCT.

Rất nhiều báo cáo từ khắp nơi trên thế giới cho thấy có sự tương quan giữa các yếu tố nhân trắc và kích thước mảnh ghép 4 dải gân chân ngỗng (). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và kích thước mảnh ghép. Đa số nữ giới có ĐK mảnh ghép nhỏ hơn so với nam giới và so với dự đoán theo công thức. Đối với ĐK 4 dải gân chân ngỗng, các yếu tố cân nặng, BMI có sự tương quan cao nhất. Các hệ số tương quan này khác nhau qua từng nghiên cứu cho thấy có sự tương quan khác nhau giữa các dân số chủng tộc. Chiều dài mảnh ghép này tương quan với cả chiều cao, cân nặng, CDXD và CDCC.

	Schwartzberg (2008)	Treme (2008)	Chúng tôi (2016)	P
Cân nặng	0,5118	0,64	0,3831	0,026
Chiều cao	0,3903	0,46	-	
BMI	-	0,16	0,3395	
Chiều dài chân	0,4177	0,67	-	
CVVD	0,3447	0,56	0,2771	
CVCC	-	-	0,2444	

Bảng 6: So sánh hệ số tương quan giữa ĐK 4 dải gân chân ngỗng và các yếu tố giữa các nghiên cứu

	Schwartzberg (2008)	Chúng tôi (2016)	P
Cân nặng	0,4376	0,3923	0,7
Chiều cao	0,5750	0,4908	0,41
Chiều dài chân	0,7343		
Chiều dài xương đùi		0,6169	
Chiều dài cẳng chân		0,6018	

Bảng 7: So sánh hệ số tương quan giữa **CD 4 dải gân chân ngỗng** và các yếu tố giữa các nghiên cứu

Riêng với gân mác dài, chúng tôi tìm thấy sự tương quan tốt giữa chiều cao, CDXD và CDCC với đường kính (hệ số tương quan $R > 0,4$) hơn là với chiều dài các mảnh ghép. Trong các công thức tương quan hồi quy tìm được, chỉ có chiều dài chập 4 gân bán gân, chiều dài chập 2 gân mác dài và đường kính chập 3 gân mác dài tính được bằng hai yếu tố. Những công thức này sẽ cho phép ước lượng tốt hơn so với một yếu tố. Khi thay kích thước tối thiểu ĐK = 7mm, CD = 8cm của mảnh ghép phải đạt được để tái tạo DCCT, áp dụng các công thức tìm được với 4 dải gân chân ngỗng là mảnh ghép có ĐK nhỏ nhất, chúng tôi tính ra được BMI=18,5; CN=48kg; CDXD=30cm. Với những bệnh nhân có các chỉ số nhỏ hơn giá trị trên sẽ có nguy cơ có mảnh ghép 4 dải gân chân ngỗng nhỏ hơn yêu cầu tối thiểu để tái tạo DCCT. Vì vậy chúng tôi khuyến cáo không sử dụng mảnh ghép này đối với những bệnh nhân trên.

Nghiên cứu của chúng tôi còn những hạn chế nhất định như mẫu nghiên cứu được lựa chọn không ngẫu nhiên, tỉ lệ nam và nữ chưa cân đối. Chúng tôi không khảo sát được yếu tố tập luyện thể thao. Gân được lấy bởi các phẫu thuật viên khác nhau cũng có thể dẫn đến sai số khi đo chiều dài các mảnh ghép.

KẾT LUẬN

Mảnh ghép 5 dải gân chân ngỗng và chập 3 gân mác dài đáp ứng tốt hơn về kích thước để tái tạo DCCT hơn là 4 dải gân chân ngỗng và chập đôi gân mác dài là những mảnh ghép thường dùng trên lâm sàng hiện nay.

Có sự tương quan giữa các yếu tố nhân trắc với kích thước mảnh ghép. Các công thức hồi quy có thể góp phần ước lượng kích thước mảnh ghép, giúp chủ động lựa chọn mảnh ghép trước mổ. Những bệnh nhân có nguy cơ có mảnh ghép nhỏ (nữ, BMI<18,5; CN<48kg; CDXD<30cm) không nên dùng 4 dải gân chân ngỗng để tái tạo DCCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Phước Hùng, Trang Mạnh Khôi, Cao Bá Hường, Nguyễn Trung Hiếu (2008), “Gân cơ mác dài, một lựa chọn thay thế mảnh ghép trong tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối”. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tr. 1 – 4.

2. Boisvert C. B., Aubin M. E., DeAngelis N. (2011), “Relationship between anthropometric measurements and hamstring autograft diameter in anterior cruciate ligament reconstruction”. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*, 40 (6), pp. 293-5.

3. Calas P., Dorval N., Bloch A., Argenson J. N., Parratte S. (2012), “A new anterior cruciate ligament reconstruction fixation technique (quadrupled semitendinosus anterior cruciate ligament reconstruction with polyetheretherketone cage fixation)”. *Arthrosc Tech*, 1 (1), pp. e47-52.

4. Celiktaş M., Golpinar A., Kose O., Sutuluk Z., Celebi K., et al. (2013), “Prediction of the quadruple hamstring autograft thickness in ACL reconstruction using anthropometric measures”. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 47 (1), pp. 14-8.

5. Challa S., Satyaprasad J. (2013), “Hamstring graft size and anthropometry in south Indian population”. *J Clin Orthop Trauma*, 4 (3), pp. 135-8.

6. Chiang En-Rung, Ma Hsiao-Li, Wang Shih-Tien, Hung Shih-Chieh, Liu Chien-Lin, et al. (2011), “Hamstring graft sizes differ between Chinese and Caucasians”. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 20 (5), pp. 916-921.

7. Gobbi A., Domzalski M., Pascual J., Zanazzo M. (2005), “Hamstring anterior cruciate ligament reconstruction: is it necessary to sacrifice the gracilis?”. *Arthroscopy*, 21 (3), pp. 275-80.

8. Lavery K. P., Rasmussen J. F., Dhawan A. (2014), “Five-strand hamstring autograft for anterior cruciate ligament reconstruction”. *Arthrosc Tech*, 3 (4), pp. e423-6.

9. Lee R. J., Ganley T. J. (2014), “The 5-strand hamstring graft in anterior cruciate ligament reconstruction”. *Arthrosc Tech*, 3 (5), pp. e627-31.

10. Maeda A., Shino K., Horibe S., Nakata K., Buccafusca G. (1996), “Anterior cruciate ligament reconstruction with multistranded autogenous semitendinosus tendon”. *Am J Sports Med*, 24 (4), pp. 504-9.

11. Magnussen R. A., Lawrence J. T., West R. L., Toth A. P., Taylor D. C., et al. (2012), “Graft size and patient age are predictors of early revision after anterior cruciate ligament reconstruction with hamstring autograft”. *Arthroscopy*, 28 (4), pp. 526-31.

12. Mariscalco M. W., Flanigan D. C., Mitchell J., Pedroza A. D., Jones M. H., et al. (2013), “The influence of hamstring autograft size on patient-reported outcomes and risk of revision after anterior cruciate ligament reconstruction: a Multicenter Orthopaedic Outcomes Network (MOON) Cohort Study”. *Arthroscopy*, 29 (12), pp. 1948-53.

13. Pinheiro L. F., Jr., de Andrade M. A., Teixeira L. E., Bicalho L. A., Lemos W. G., et al. (2011), “Intra-operative four-stranded hamstring tendon graft diameter evaluation”. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 19 (5), pp. 811-5.

14. Reboonlap N., Nakornchai C., Charakorn K. (2012), “Correlation between the length of gracilis and semitendinosus tendon and physical parameters in Thai males”. *J Med Assoc Thai*, 95 Suppl 10, pp. S142-6.

15. Schwartzberg R., Burkhart B., Lariviere C. (2008), “Prediction of hamstring tendon autograft diameter and length for anterior cruciate ligament reconstruction”. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*, 37 (3), pp. 157-9.

16. Tuman J. M., Diduch D. R., Rubino L. J., Baumfeld J. A., Nguyen H. S., et al. (2007), “Predictors for hamstring graft diameter in anterior cruciate ligament reconstruction”. *Am J Sports Med*, 35 (11), pp. 1945-9.

17. Thomas S., Bhattacharya R., Saltikov J. B., Kramer D. J. (2013), “Influence of anthropometric features on graft diameter in ACL reconstruction”. *Arch Orthop Trauma Surg*, 133 (2), pp. 215-8.

18. Treme G., Diduch D. R., Billante M. J., Miller M. D., Hart J. M. (2008), “Hamstring graft size prediction: a prospective clinical evaluation”. *Am J Sports Med*, 36 (11), pp. 2204-9.

115

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Phương Biên Thùy

Đặt vấn đề:

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, cứ 2 phụ nữ trên 85 tuổi sẽ có 1 người bị gãy xương và tương tự cứ 3 nam giới ở cùng độ tuổi có 1 người bị gãy xương có kèm yếu tố loãng xương [1].

Hậu quả của bệnh loãng xương ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, chất lượng sống, kinh tế - xã hội của toàn cộng đồng [6]. Ở Việt Nam, con số loãng xương ước tính là 2,8 triệu người[3], khoảng 20% phụ nữ Việt Nam trên 60 tuổi có triệu chứng loãng xương, ước tính hàng năm có 17.000 ca GCXD ở nữ và 6.300 ca GCXD ở nam, con số này sẽ tăng lên gấp 2 lần trong vòng 20 năm tới [2]. Theo dự báo dân số của tổng cục thống kê năm 2010: dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn “già hóa” từ năm 2017 (chiếm 10% tổng dân số).

Hậu quả của bệnh loãng xương ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, chất lượng sống, kinh tế - xã hội của toàn cộng đồng [6]. Ở Việt Nam, con số loãng xương ước tính là 2,8 triệu người[3], khoảng 20% phụ nữ Việt Nam trên 60 tuổi có triệu chứng loãng xương, ước tính hàng năm có 17.000 ca GCXD ở nữ và 6.300 ca GCXD ở nam, con số này sẽ tăng lên gấp 2 lần trong vòng 20 năm tới [2]. Theo dự báo dân số của tổng cục thống kê năm 2010: dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn “già hóa” từ năm 2017 (chiếm 10% tổng dân số).

Có một số bằng chứng Quốc tế cho thấy việc phát hiện sớm và điều trị loãng xương kịp thời là có hiệu quả về chi phí y tế [7]. Tuy nhiên dữ liệu hồi cứu cho thấy ít hơn 20% số NB được kiểm tra hoặc điều trị loãng xương [4], do bệnh thường tiến triển âm thầm, không có triệu chứng, không gây đau, chính vì vậy hầu hết người bệnh không phát hiện để phòng tránh và điều trị kịp thời [5].

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát mật độ xương
- Xác định các yếu tố liên quan đến mật độ xương

Phương pháp:

Hồi cứu: từ tháng 12.2015 đến tháng 12.2016, 124 người bệnh chẩn đoán là loãng xương được điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình BV ĐHYD TP.HCM

Kết quả:

Với 124 hồ sơ người bệnh được điều trị loãng xương tại Khoa CTCH BV ĐHYD, có 116 nữ và 8 nam; tuổi trung bình 72 (từ 41-95 tuổi); có 71,8% NB được chẩn đoán là loãng xương, và 26,6% NB thuộc nhóm thiếu xương, trong đó, nhóm thiếu xương có độ tuổi trung bình là 65; Nghiên cứu cũng nhận thấy có mối liên quan thuận giữa độ tuổi, BMI với mật độ xương.

Kết luận:

NB có độ tuổi càng cao nguy cơ loãng xương càng cao. Ngoài ra, NB có BMI càng thấp, mật độ xương càng thấp, cũng có nghĩa nguy cơ loãng xương cao hơn.

Từ khóa: loãng xương, mật độ xương.

A SURVEY OF BONE MINERAL DENSITY AND ASSOCIATED FACTORS IN OSTEOPOROSIS PATIENTS.

Nguyen Phuong Bien Thuy

Introduction:

According to the World Health Organization, 1 in 2 women over age 85 will experience osteoporotic fractures, as will 1 in 3 men aged over 85. [1]

The consequences of osteoporosis have a serious impact on a person's health, quality of life and socio-economic of the whole community [6]. In Vietnam, Osteoporosis is estimated to affect 2.8 million people [3], about 20% of Vietnamese women over age 60 have osteoporotic symptoms. It is estimated annually that there are 17,000 cases of femoral neck fracture in women and 6,300 cases of femoral neck fracture in men, this number will double within the next 20 years.[2] According to the population forecast of General Statistics Office of Vietnam in 2010: Vietnam's population will officially enter the “aging phase” from 2017 (making up 10% of the total population).

There is some international evidence that early detection and timely treatment of osteoporosis in both men and women is cost-effectiveness [7]. However, retrospective data indicated that fewer than 20% of the patients are investigated or treated for osteoporosis [4]. As the disease often progresses silently without any symptoms or pain, so most patients do not detect for prevention and treatment in time. [5]

Objectives:

- To survey Bone Mineral Density (BMD).
- To identify factors associated with Bone Mineral Density (BMD).

Methods: This was a retrospective study.

From 12/2015 to 12/2016, the 124 patients were diagnosed as having Osteoporosis and were treated at the Department of Orthopaedic Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City.

Results:

With the 124 medical records of osteoporosis patients at the Department of Orthopaedic Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City, there were 116 women and 8 men; the patients averaged 72 years of age (range, 41- 59 years); 71.8% of the patients were diagnosed with osteoporosis, and 26.6% of the osteopenia, of these, the average age of the osteopenia group was 65 years old. Research has also been found a positive association between age, body mass index (BMI) and bone mineral density (BMD).

Conclusion:

The older the patient gets, the higher the risk of osteoporosis is. In addition, the lower the patient has BMI, the lower the patient has the bone mineral density, it also means that the risk of osteoporosis is higher.

Key word: Osteoporosis, Bone Mineral Density

Reference:

1. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên (2007)- Loãng xương- Nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa, NXB Y Học)
2. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis, JAMA 285: 785-95; 2001
3. Y khoa.net
4. Viện Y tế và Phúc lợi Úc. Estimating the prevalence of osteoporosis. Ước tính tỷ lệ loãng xương. Canberra: AIHW; Canberra: AIHW; 2014. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129548484> [cited 2016 Mar 1] 2014. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129548484> [trích dẫn năm 2016 1 tháng 3], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917632/2016>
5. *suckhoe.vnexpress.net*
6. *WHO*
7. Watts JJ, Abimanyi-Ochom J, Saunders KM. Osteoporosis costing all Australians: a new burden of disease analysis – 2012 to 2022. Sydney: Osteoporosis Australia; Bệnh loãng xương gây tổn phí cho tất cả người Úc: gánh nặng bệnh tật mới - 2012-2022 Sydney: Loãng xương Úc; 2013. www.osteoporosis.org.au/sites/default/files/files/Burden%20of%20Disease%20Analysis%202012-2022.pdf [cited 2016 Mar 1] 2013. www.osteoporosis.org.au/sites/default/files/files/Burden%20of%20Disease%20Analysis%202012-2022.pdf [trích dẫn 2016 ngày 1 tháng 3]

BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG SÓNG XUNG KÍCH TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM MỎM TRÊN LỖI CẦU NGOÀI CỦA KHUYỂU (TENNIS ELBOW)

*BS. Trịnh Minh Tú¹, BS. Nguyễn Việt Thương
BS. Đoàn Thị Phương Lam, BS. Hoàng Phan Minh Khang*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Cuối những năm 1960, ý tưởng tạo ra sóng xung kích phá vỡ các cấu trúc bên trong cơ thể từ bên ngoài mà không xâm lấn.

Qui trình được phát triển bởi Dornier tại Đức năm 1970.

Sóng xung kích được ứng dụng đầu tiên trong điều trị tán sỏi thận 2/1980.

Việc ứng dụng sóng xung kích trong điều trị các rối loạn cơ xương được nghiên cứu hơn một thập niên, khởi đầu để điều trị các bệnh lý gân cơ do sử dụng quá mức trong các môn thể thao như viêm cân gan chân, viêm lồi cầu ngoài của khuỷu, viêm gân canxi hoá và không canxi hoá vùng vai, bệnh lý gân bánh chè... Tỷ lệ thành công 65-91%, biến chứng rất thấp, không đáng kể.

FDA đầu tiên công nhận trị liệu sóng xung kích ngoài cơ thể điều trị viêm cân gan chân vào năm 2000, viêm móm trên lồi cầu ngoài vào năm 2002.

Trị liệu sóng xung kích ngoài cơ thể là một phương thức điều trị mới lạ, không xâm lấn, không phẫu thuật, ứng dụng lâm sàng ngày càng nhiều, được nghiên cứu qua nhiều năm.

II. TỔNG QUAN:

1. Sóng xung kích:

a. Khái niệm:

Là sóng âm với biên độ áp suất cao và độ dốc tăng áp suất cao hơn so với áp suất xung quanh.

Tạo ra sóng xung kích sử dụng nhiều nguyên lý khác nhau (thủy điện lực, điện từ trường và điện áp).

Đặc biệt của dạng năng lượng mới này là tạo ra năng lượng bên ngoài cơ thể và đưa tác dụng của nó đến mô đích nằm sâu bên trong cơ thể mà không gây tổn thương mô xung quanh.

b. Tác dụng:

*** Cơ chế lành thương:**

- Tác động lực cơ học, lực ép lên vùng mô bị đau làm gia tăng tính thấm màng tế bào, tăng cường vi tuần hoàn đến các mô, tăng sự trao đổi chất ở các mô.

Bệnh viện Chính hình và phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ: BS Trịnh Minh Tú mail: minhthu2000@gmail.com

BV Chính hình và phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh số 1A Lý Thường Kiệt Phường 7, Quận Tân Bình TP HCM.

- Thứ hai, dưới tác dụng của sóng xung kích, các bong bóng hơi được hình thành, chúng lớn dần đến kích cỡ tối đa sẽ nổ. Khi các bong bóng hơi nổ tạo ra một hợp lực, trong cơ thể người, lực này đủ mạnh để phá huỷ các vôi hoá lắng đọng ở mô mềm.

- Thứ ba, khi bong bóng hơi nổ sẽ tạo ra sóng năng lượng thứ cấp gọi là “vi dòng phụt”, từ đó tạo ra lực phá huỷ các vôi hoá lắng đọng ở mô mềm bằng cơ chế cơ học.

* Kích thích tế bào tạo xương làm cải thiện quá trình lành xương.

* Kích thích nguyên bào sợi giúp lành các mô liên kết như gân, dây chằng, cân...

* Tác dụng giảm đau:

- Gây tê do quá kích thích, thần kinh truyền tín hiệu đau đến não bị quá kích thích làm hoạt động của chúng giảm nên sẽ giảm hoặc hết đau (cơ chế cổng).

* Tác dụng sinh học:

- Kích thích vi tuần hoàn, kích thích dẫn truyền bằng cơ chế hoá học qua trung gian tế bào.

- Tăng tính thấm màng tế bào.

- Giải phóng chất P.

- Tác dụng kháng khuẩn, kháng viêm.

- Kích thích các yếu tố phát triển (tân sinh mạch máu, xương, collagen).

- Kích thích tế bào gốc (tăng nhanh số lượng tế bào, trẻ hoá da).

- Giảm đau (ức chế dẫn truyền, sản sinh endorphin, serotonin,...).

c. Chỉ định:

- Viêm gân gót.

- Viêm cân mạc lòng bàn chân.

- Bệnh lý gân cơ vùng mắt chuyển.

- Viêm gân vôi hoá.

- Hội chứng đau xương chày.

- Viêm lồi cầu ngoài xương cánh tay.

- Điểm đau chói.

d. Chống chỉ định:

- Dùng ở vùng mắt, vùng xung quanh mắt, cơ tim, tuyến sống, sinh dục, gan, thận.

- Rối loạn đông máu, cầm máu, dùng thuốc kháng đông.

- Viêm mủ vùng điều trị.

- Có thai.

- Huyết khối.

- Bệnh u bướu.

- Bệnh đa dây thần kinh.

- Viêm cấp tính.

- Điều trị ở vùng xương tăng trưởng ở trẻ em.

- Vùng điều trị corticoid tiêm tại chỗ.

- Không điều trị vùng cơ thể, cơ quan chứa khí.

- Không điều trị ở vùng gần với bó mạch, thần kinh lớn, tuyến sống và đầu.

2. Viêm mủ trên lồi cầu ngoài của khuỷu (Tennis elbow):

a. Định nghĩa:

- Là tình trạng đau của khuỷu do sử dụng quá mức.

- Gặp ở người chơi tennis, các môn thể thao và hoạt động khác.

- Không phải là tình trạng viêm của phần ngoài khuỷu tay, mà là sự thoái hóa của gân cơ duỗi bám vào lồi cầu ngoài xương cánh tay. Gân và cơ duỗi vùng cẳng tay bị tổn thương do việc sử dụng quá mức, các cử động lặp đi lặp lại tạo ra các vi chấn thương.

- Có nhiều ý kiến điều trị. Hầu hết trường hợp tiến đến điều trị đội, nhóm (Bác sĩ, chuyên gia vật lý trị liệu, phẫu thuật).

b. Giải phẫu:

- Khớp khuỷu được hình thành bởi ba xương: xương cánh tay (lồi cầu ngoài, lồi cầu trong),

xương trụ, xương quay.

- Cơ, dây chằng, gân giữ các xương vùng khuỷu.

- Lồi cầu ngoài liên quan đến các cơ duỗi vùng cẳng tay, thường nhất là cơ duỗi cổ tay quay.



c. Nguyên nhân:

- Sử dụng quá mức làm rách vi thể gân bám vào lồi cầu ngoài gây viêm và đau.

- Hoạt động lặp đi, lặp lại, nâng vật nặng dẫn đến tổn thương.

- Tuổi: 30-50.

d. Triệu chứng:

- Đau nhẹ, tiến triển chậm, tăng dần từ vài tuần đến vài tháng.

- Đau hoặc cảm giác bỏng vùng mặt ngoài khuỷu.

- Sức cầm nắm yếu.

- Triệu chứng xấu đi khi các cơ cẳng tay hoạt động.

e. Khám:

- Bệnh sử (viêm khớp dạng thấp, bệnh thần

kinh...).

- Nghề nghiệp.

- Test xác định chính xác chẩn đoán: căng giãn cổ tay với khuỷu duỗi.

- XQ: mật độ, cấu trúc xương.

- EMG: chèn ép thần kinh quanh vùng khuỷu.

f. Điều trị:

*Không phẫu thuật:

- Nghỉ ngơi.

- Thuốc kháng viêm non-steroid.

- Vật lý trị liệu.

- Nẹp.

- Tiêm steroid tại chỗ.

- Shock wave.

* Phẫu thuật: lấy đi các mô tổn thương, đính lại phần cơ và xương.

- Phẫu thuật mở.

- Phẫu thuật nội soi.

- Nguy cơ phẫu thuật:

Nhiễm trùng.

Tổn thương mạch máu, thần kinh.

Phục hồi chức năng kéo dài.

Mất sức mạnh cơ.

Mất đi sự linh hoạt, mềm dẻo của cơ.

- Phục hồi chức năng sau phẫu thuật: đặt nẹp 1 tuần, sau đó dùng các bài tập kéo giãn nhẹ nhàng vùng khuỷu, tăng dần trong 2 tháng. Phục hồi hoạt động ban đầu sau 4-6 tháng.

Việc chọn shock wave điều trị viêm lồi cầu ngoài đã chứng tỏ hiệu quả điều trị, tác dụng phụ không đáng kể, được FDA công nhận vào năm 2002.

III. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá hiệu quả điều trị của shock wave đối với bệnh viêm lồi cầu ngoài.

IV. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:
- Thời gian: tháng 1/2016 đến tháng 11/2016.
 - 35 bệnh nhân, tuổi: 34-64.
 - 17 nữ (48,6%), 18 nam (51,4%).
 - Chưa điều trị shock wave trước đó.
 - Chưa điều trị corticoid tiêm tại chỗ.
 - Không giảm đau sau điều trị thuốc kháng viêm non-steroid, siêu âm, sóng ngắn từ 2-3 tháng.
 - Sử dụng shock wave sau khi ngưng dùng các phương pháp khác 1 tuần.
2. Phương pháp nghiên cứu:
- Tiền cứu.
 - Kỹ thuật:
- Máy: BTL-5000 SWT.
- Năng lượng: 0,4mJ/mm².
- Áp lực: 2,5 bar.
- Tần số: 15 Hz.
- Số shock: 2000.
- Đường kính đầu bắn shock: 15 mm.
- Thời gian điều trị 1 lần: 3-5 phút.
- Các bước thực hiện:
- Giải thích cho bệnh nhân biết cảm giác khi điều trị shock wave.
- Bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi sao cho các cơ cánh, cẳng tay thư giãn hoàn toàn.
- Bôi gel lồi cầu ngoài.
- Điểm bắn shock: điểm đau nhất ở lồi cầu ngoài.
- Bệnh nhân không uống thuốc trong suốt thời gian điều trị.

V. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

1. Kết quả:
- *Đánh giá theo thang điểm VAS (Visual analogue scale) khi:
- Lượng giá sức nắm bàn tay.
 - Chạm vào lồi cầu ngoài.
 - Test Thomson: duỗi cổ tay chống lại lực đè kháng, vai gập 60°, khuỷu duỗi, cẳng tay sấp, cổ tay duỗi 30°, áp lực đặt mặt lưng khớp bàn đốt ngón II, III theo hướng gập, lệch với xương trụ để làm căng cơ duỗi cổ tay quay dài và ngắn.
 - Chair test: vai gập 60°, khuỷu duỗi, nâng ghế nặng 3,5 kg.
 - Đau lúc nghỉ.
- Các điểm số được ghi nhận, so sánh trước điều trị và ngay sau điều trị.
- *Kết quả đạt được:
- Xuất sắc: VAS giảm > 70%, không đau, hoạt động hết giới hạn.
 - Tốt: VAS giảm 50-70%, đôi khi còn đau, hoạt động hết giới hạn.
 - Có thể chấp nhận được: VAS giảm 30-50%, đau khi hoạt động kéo dài.
 - Kém: VAS giảm < 30%, đau hạn chế hoạt động.
- | | n | % |
|------------------|----|------|
| Xuất sắc | 14 | 40 |
| Tốt | 16 | 45,7 |
| Có thể chấp nhận | 5 | 14,3 |
| Kém | | |
- *Tác dụng phụ:
- Đau tại chỗ ngay lúc trị liệu lần thứ nhất, giảm đau ở những lần trị liệu sau: 20 trường hợp.
 - Bầm tím nhẹ tại chỗ: 4 trường hợp, hết sau 4 ngày.

2. Bàn luận:

- Đa số các trường hợp đạt kết quả tốt, bệnh nhân nhận biết hiệu quả rõ rệt hơn các phương pháp khác (uống thuốc kháng viêm non-steroid, siêu âm điều trị, sóng ngắn,...).
- Một số trường hợp kết quả tạm chấp nhận, chưa tốt do nghề nghiệp bệnh nhân phải làm hàng ngày, không thể ngưng công việc được.
- Tác dụng phụ không đáng kể.

VI. KẾT LUẬN:

Mặc dù việc chẩn đoán Tennis elbow khá dễ dàng, nhưng quản lý nó thường khó khăn. Vì vậy rất nhiều phương pháp điều trị được đưa ra. Trong số đó, phương pháp dùng shock wave tỏ ra hiệu quả hơn cả, lại ít tác dụng phụ.

Cần có những nghiên cứu ứng dụng shock wave cho nhiều bệnh lý cơ xương khác để đem lại những lợi ích tốt nhất cho người bệnh.

LỜI CẢM ƠN:

Chân thành cảm ơn ban giám đốc và các đồng nghiệp ở bệnh viện đã tạo điều kiện cho nhóm hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

BTL- 5000 SWT
Tennis elbow (Lateral epicondylitis)-
OrthoInfo- AAOS

SUMMARY

The idea of creating shock wave was formed in the late 1960s, which was first used in the treatment of kidney stones in the 1960s. Shock wave applications in the treatment of musculoskeletal disorders have been studied for more than a decade. The FDA first recognized shock wave therapy outside of the body for the treatment of Tennis Elbow in 2002.

Shock wave is sound wave with high amplitude of pressure and the pressure rise is higher than the surrounding pressure. Shock wave was formed by different principles (electrohydraulic, electromagnetic and piezoelectric). Shock wave promotes the healing process, healing the bones, destroying the calcification, reducing pain ... Thus, the shock wave treatment Tennis Elbow more effective than other methods.

A study of 35 patients with Tennis Elbow failure with other treatments, at the Ho Chi Minh City Orthopedic and Rehabilitation Hospital, from 1/2016 to 11/2016, was found a significant reduction in the pain intensity of shock waves, safe, less side effects.

The shock wave opens up a novel, non-invasive, effective treatment for musculoskeletal diseases.

Chiến lược giảm đau toàn diện cho phẫu thuật thay khớp ở người cao tuổi

Phan Tôn Ngọc Vũ, Bùi Hồng Thiên Khanh

Đặt vấn đề

Giảm đau để đạt được hiệu quả tối ưu cho bệnh nhân thay khớp hãY còn là thách thức. Nhiều phương thức đã và đang được sử dụng, bao gồm: gây tê thần kinh ngoại biên, tê vùng quanh khớp, và tê ngoài màng cứng. Tuy vậy, hiệu quả phối hợp của các phương pháp vẫn chưa được biết rõ. Tại bệnh viện đại học y được thành phố Hồ Chí Minh, mỗi năm có hơn 300 trường hợp thay khớp, chúng tôi sử dụng phương pháp giảm đau là đa mô thức, chủ yếu là gây tê ngoài màng cứng phối hợp với các thuốc giảm đau khác: paracetamol, NSAIDs, nefopam, nhóm morphine...Dựa vào y học chứng cứ và các khuyến cáo gần đây, chúng tôi đã thay đổi phác đồ cho phù hợp với nhu cầu giảm đau hiệu quả cho nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau.

Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi thu thập dữ liệu dựa vào thông tin phẫu thuật, phương pháp gây mê, giảm đau, đánh giá đau khi vận động và khi nghỉ, lượng morphine tiêu thụ, các tác dụng phụ, biến chứng, sự hài lòng... của bệnh nhân thay khớp từ tháng 4/2016 đến tháng 4/2017. Chúng tôi so sánh với các tác giả trong và ngoài nước, phân tích và chọn lựa phác đồ thích hợp.

Kết quả

Chúng tôi sử dụng phác đồ giảm đau sau phẫu thuật chính là: Tê ngoài màng cứng phối hợp với paracetamol+NAIDs+tramadol (hoặc morphine) chiếm 90% bệnh nhân, nhóm này cho thấy điểm VAS, lượng morphine tiêu thụ giảm 24, 48,72 giờ đầu sau phẫu thuật, bệnh nhân hài lòng về chất lượng giảm đau hơn các phương pháp khác (gây tê thần kinh đùi, morphine...). Mặc dù những nghiên cứu trên thế giới, gần đây cho thấy giảm đau sau mổ cho thay khớp thường ưu tiên cho thực hiện gây tê thần kinh phối hợp hay đơn thuần các sợi: như thần kinh đùi, thần kinh hông, dây thần kinh bịt. Tuy nhiên, ở Việt Nam việc huấn luyện về gây tê thần kinh dưới siêu âm là chưa đầy đủ, chúng tôi sẽ thực hiện dần những khuyến cáo khi mà đã chuẩn bị sẵn sàng.

Kết luận

Giảm đau cho thay khớp là rất cần thiết, giúp bệnh nhân vận động sớm tránh các biến chứng sau phẫu thuật, phác đồ chính ở Việt Nam hiện nay vẫn là: giảm đau đa mô thức, gây tê ngoài màng cứng vẫn còn là chủ lực song song với sử dụng các thuốc: paracetamol, NSAIDs, nhóm morphine...Hướng đến là tổ chức đơn vị giảm đau, đào tạo về gây tê vùng thần kinh để giảm đau toàn diện cho bệnh nhân với giảm thiểu nhất các biến chứng.

Abstract

Background

Optimal analgesia for total knee arthroplasty and hip replacement remains challenging. Many modalities have been used, including peripheral nerve block, periarticular infiltration, and epidural analgesia. However, the relative efficacy of various modalities

remains unknown. The authors aimed to quantify and rank order the efficacy of available analgesic modalities for various clinically important outcomes.

Methods

We searched multiple databases, from 4-2016 until 4- 2017. Outcomes considered included pain scores, opioid consumption, rehabilitation profile, quality of recovery, and complications. The authors defined the optimal modality as the one that best balanced pain scores, opioid consumption, and range of motion in the initial 72 postoperative hours.

Conclusions

Epidural analgesia was preferable to blocking multiple nerves, blocking any single nerve, or periarticular infiltration in pain management after total knee arthroplasty and hip replacement in multimodal analgesia in Viet Nam.

Tài liệu tham khảo

The American Society of Anesthesiologists (2017) “Pain Management Modalities after Total Knee Arthroplasty”; 126:923-37

Surgical Treatment in Vertically Unstable Sacral Fractures

Le Dinh Hai, Le Van Tuan*

ABSTRACT

AIM: Sacral fractures are generally seen together with pelvic ring fractures. They can also develop in isolated form rarely. Instability is observed in these fractures in rates reaching 30%.

MATERIAL AND METHODS: Description, collecting all of vertically unstable sacral fractures were managed at the Orthopedics and Trauma surgery department - Cho Ray hospital, between 4/2015- 4/2017. That related to the causes and mechanisms of trauma. According to the Denis classification, with (or without) trauma shock at admission, treatment methods. Patients’ demographics, Majeed functional questionnaire surveys, and radiographic outcomes were collected.

RESULTS: There were 16 patients with a mean age of 33.5 years. The mean follow-up was 14.5 months. The most frequent mechanism of injury was a traffic accident. Which were classified as 4 Denis I, 13 Denis II, and 2 Denis III, including 3 bilateral sacral fractures. Neurological deficit at the initial examination was recorded in 8 patients. The mean timing of the internal fixation was 13 days. Anterior fixation of pelvic ring was added in four patients. Reductions were graded as seven excellent, five good, and four fair according to the method of Lindahl. There were two postoperative surgical wound infections. A total of 13 patients completed the functional assessment with a mean score of 78.5 points.

CONCLUSION: Serious posterior of pelvic instability can be talked of in sacral fractures accompanied by pelvic fractures, particularly when the anterior and posterior integrity of the pelvic ring is interrupted together. An aggressive stabilization and fixation must be performed without delay.

KEYWORDS: Sacral fracture, Pelvic fracture, Iliac plates

* *The Orthopedics and Trauma surgery department - Cho Ray hospital*

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ MẮT VỮNG XƯƠNG CÙNG

Lê Đình Hải, Lê Văn Tuấn*

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Gãy xương cùng thường gặp ở trong các gãy xương chậu. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ chưa được biết đến, nhưng nó được ước tính là khoảng 30%.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Bệnh nhân gãy dọc mắt vững xương cùng được điều trị tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình, bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2015- 4/2017. Sử dụng phân loại gãy xương cùng theo Denis, phân tích các yếu tố liên quan, cơ chế chấn thương, choáng chấn thương, phương pháp điều trị. Tổng hợp, đánh giá kết quả nắn chỉnh trên Xquang và phục hồi chức năng theo phương pháp Majeed.

KẾT QUẢ: Chúng tôi có 16 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 33.5, thời gian theo dõi 14.5 tháng. Phần lớn nguyên nhân chấn thương là do tai nạn giao thông. Phân loại theo Denis: 04 loại I, 13 loại II, 2 loại III và 3 gãy cả 2 bên xương cùng. Tổn thương thần kinh kèm theo ghi nhận có 8 bệnh nhân. Thời điểm phẫu thuật kết hợp xương bên trong trung bình 13 ngày sau chấn thương. Cố định tăng cường vòng chậu trước cho 4 bệnh nhân. Theo tiêu chuẩn của Lindahl thì kết quả nắn chỉnh: 7 trường hợp rất tốt, 5 tốt và 4 khá. Chúng tôi có 2 trường hợp nhiễm trùng sau phẫu thuật. Tuy nhiên chúng tôi chỉ mới có 13 bệnh nhân đủ thời gian đánh giá phục hồi chức năng, với số điểm trung bình 78.5.

KẾT LUẬN: Gãy mắt vững xương cùng có vai trò rất quan trọng trong mắt vững phía sau của chấn thương khung chậu, đặc biệt khi sự toàn vẹn phía trước và sau của vòng chậu bị bể gãy. Gãy mắt vững xương cùng cần được bất động và cố định sớm.

TỪ KHOÁ: Gãy xương cùng, gãy xương chậu, nẹp xương chậu

**Khoa Chấn Thương Chỉnh Hình Bệnh viện Chợ Rẫy*

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ MẮT VỮNG XƯƠNG CÙNG

Lê Đình Hải, Lê Văn Tuấn

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương cùng thường gặp ở trong các gãy xương chậu. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ chưa được biết đến, nhưng nó được ước tính là khoảng 30%. Trong những trường hợp không được điều trị hoặc không điều trị thích hợp, có thể gây ra đau đớn, giảm vận động và với các vấn đề về đi lại cũng như các rối loạn thần kinh vùng chi phối của đám rối cùng cụt.[6]

Các chấn thương gây gãy xương cùng là chấn thương năng lượng cao, nên thường kèm các tổn thương khác. Vì vậy cần thăm khám kỹ, toàn thể và phối hợp nhiều chuyên khoa (tiết niệu, tiêu hoá, ngoại thần kinh...) và cũng cần nhiều phương tiện chẩn đoán: Xquang, CT, MRI, DSA...Đặc

biệt các tổn thương thần kinh cần được phát hiện nhằm xác định phương pháp điều trị. Phẫu thuật kết hợp xương, làm vững chắc lại cùng chậu và giải áp thần kinh cần được chỉ định để chống mất máu, cứu sống người bệnh và hạn chế các di chứng. [6].

Gãy xương cùng thương đi kèm với 45% các gãy xương vùng chậu, rất ít gãy xương cùng đơn thuần. Chấn thương trực tiếp hoặc té cao là nguyên nhân chủ yếu gây nên gãy xương cùng, [7] khoảng 25% có tổn thương thần kinh và khoảng 30% các gãy xương cùng được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Sự toàn vẹn về giải phẫu xương cùng góp phần cho tính liên tục của vòng chậu, tạo nên sự toàn vẹn và vững chắc của khung chậu. Do đó trong các trường hợp chấn thương khung chậu cần phải xem xét đến khả năng có tổn thương xương cùng [1]. Theo Y văn gãy xương cùng thường bị bỏ quên trong các lần chẩn đoán ban đầu vì vậy mang lại những kết quả không tốt và nhiều di chứng. [6].

Denis và cộng sự đã mô tả và phân loại các gãy xương cùng thành 3 vùng: Vùng I ngoài lỗ liên hợp, vùng II xuyên qua lỗ liên hợp và vùng III trong lỗ liên hợp bao gồm ống sống [1]. Các gãy xương cùng vùng I thường tổn thương thần kinh L5 (khoảng 6% các trường hợp). Các gãy xương vùng II có thể gây nên tổn thương thần kinh L5, S1 và S2 với tỷ lệ 28%. Các gãy xương vùng III là loại gãy gây nên nhiều tổn thương thần kinh nhất: 60% bệnh nhân có rối loạn thần kinh trong đó 76% bệnh nhân có liệt bàng quang, rối loạn chức năng sinh dục

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân gãy mất vững xương cùng được điều trị tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình, bệnh viện Chợ Rẫy. Các trường hợp gãy mới, không phân biệt có hay không có các thương tổn khác kèm theo. Số lượng bệnh nhân được chọn 16 trường hợp trong thời gian 4/2015-4/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy thân sống, trượt thân sống, gãy xương cùng vững.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Chẩn đoán hình ảnh dựa vào Xquang 3 tư thế AP, inlet, outlet và MSCT

Sử dụng phân loại theo Denis (1988)[1].

Đánh giá dựa vào bảng tiêu chuẩn đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu của Lindahl [3] và bảng phục hồi chức năng của Majeed [4].

Cuối cùng chúng tôi tổng kết các gãy mất vững xương cùng, các yếu tố liên quan, chỉ định điều trị, phương pháp điều trị và kết quả



Hình 1: Dụng cụ phẫu thuật cơ bản trong gãy xương cùng (Nguồn: tác giả)

KẾT QUẢ

Từ 4/2015- 4/2017, Chúng tôi đã điều trị phẫu thuật 16 trường hợp gãy mất vững xương cùng, với kết quả sau:

Tuổi và giới: Trong tổng số 16 bệnh nhân gồm 13 nam và 3 nữ. Tuổi lao động từ 18-40 có 15/16 trường hợp

Nguyên nhân chấn thương: Tai nạn giao thông: 11, tai nạn lao động: 4, tai nạn sinh hoạt: 1

Phân loại gãy xương cùng: Theo phân loại của Denis, phần lớn các trường hợp gãy mất vững cùng là kiểu gãy Denis II (13), Denis I (4), Denis III (2) trong đó tổn thương cả 2 bên (3 trường hợp)

Tình trạng choáng chấn thương: Phần lớn các trường hợp gãy cùng mất vững đều có choáng với số lượng máu được truyền trước phẫu thuật 700-3200ml. Trong và sau phẫu thuật 0-2500ml.

Các tổn thương kèm theo: Trong 16 trường hợp gãy mất vững thì phần lớn có gãy xương vùng chậu 15 trường hợp, chấn thương cơ quan tiết niệu và sinh dục có 5 trường hợp, chấn thương bụng 3 trường hợp, gãy xương khớp khác 5 trường hợp

Tổn thương mô mềm: Theo phân loại Faringer (1994)[2]: Vùng I: 04 trường hợp, vùng II: 5 trường hợp, vùng III: 6 trường hợp

Tổn thương thần kinh: 02 trường hợp tổn thương thần kinh toạ, 02 trường hợp tổn thương thần kinh đùi và thần kinh toạ. Rối loạn bàng quang, cơ vòng hậu môn 04 trường hợp.

Phương pháp điều trị: Phương pháp kết hợp xương bên trong bằng nẹp néo ép phía sau 09 trường hợp, 02 trường hợp kết hợp nẹp néo ép phía sau và cố định ngoài phía trước, 02 trường hợp vis nén ép kết hợp nẹp néo ép, 01 trường hợp kết hợp nẹp khớp mu và vis nén ép, 01 trường hợp kết hợp nẹp cố định khớp cùng chậu trước và vis nén ép, 01 trường hợp kết hợp nẹp néo ép và vis cột sống cố định L5- gai chậu sau trên.

Thời, điểm phẫu thuật: Phần lớn các trường hợp được phẫu thuật vào tuần lễ thứ 2 sau chấn thương: 10 trường hợp. Tuần lễ thứ 3: 04 trường hợp. Tuần lễ thứ 1: 01 trường hợp. Đặc biệt có 01 trường hợp phẫu thuật vào tuần lễ thứ 4

Các biến chứng sau phẫu thuật:

02 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, sau mổ cắt lọc 02 lần ổn định

02 trường hợp ngắn chi 0.5-1cm và 02 trường hợp 2-2.5cm

Kết quả phục hồi cơ năng: Qua nghiên cứu 16 trường hợp gãy mất vững xương cùng, chỉ theo dõi đánh giá được 13 trường hợp, còn 03 trường hợp chưa đủ thời gian đánh giá. Thời gian theo dõi 06-24 tháng. Kết quả rất tốt: 07, tốt: 02, khá 02 và xấu: 02 trường hợp

BÀN LUẬN

- Đặc điểm dịch tễ học

Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn gãy xương cùng mất vững xảy ra ở nam giới (13 trường hợp), độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 18-40 tuổi và nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác

- Phân loại gãy xương cùng

Bảng 11: So sánh phân loại gãy xương cùng với các nghiên cứu khác, [6][7]

Tác giả	Denis I	Denis II	Denis III	Cả hai bên	Tổng số
Onur Yaman (2013)	4	3	2		10
Takasi Suzuki (2008)	2	20	2	5	19
Chúng tôi	4	13	2	3	16

- **Vai trò của phẫu thuật cố định khớp mu:** Làm vững vòng chậu trước, gia tăng mức độ vững chắc cho khung chậu [2]

Takasi Suzuki (2008)[7]: 8/19 trường hợp. Michael D, Joel Matta (2012)[5]: 69/236 trường hợp. Chúng tôi: 4/16 trường hợp

- **Tổn thương thần kinh:** Takasi Suzuki (2008)[7]: 10/19 trường hợp, 03 trường hợp hồi phục hoàn toàn, 03 trường hợp hồi phục, còn dị cảm ít và 04 trường hợp không hồi phục.

Chúng tôi: 08/16 trường hợp, 05 trường hợp hồi phục hoàn toàn, 02 trường hợp còn dị cảm, 01 trường hợp không hồi phục

- **Nhiễm trùng vết mổ:** Chúng tôi có 02/16 trường hợp sau mổ cắt lọc, ổn định và không phải tháo dụng cụ hay cần phần mềm che phủ. Takasi Suzuki (2008)[7]: 02/19 trường hợp. Michael D, Joel Matta (2012)[5]: 18/236 trường hợp, 10 trường hợp cắt lọc ổn định, 08 trường hợp nhiễm trùng sau, tháo dụng cụ và làm vạt che phủ. Templeman 01/17 trường hợp, Sagi 8/58 trường hợp [5].
- **Kết quả chung:** Dựa trên bảng đánh giá kết quả phục hồi hình thể giải phẫu của Lindahl (1999) [3], và phục hồi chức năng của Mejeed (1989)[4].

Tác giả	Rất tốt	Tốt	Khá	Xấu	Thời gian theo dõi
Takasi Suzuki (2008)	5	8	4	1	26.3 tháng
Chúng tôi	7	2	2	2	14.5 tháng

KẾT LUẬN

Gãy mất vững xương cùng là loại gãy thường gặp trong gãy khung chậu, được chẩn đoán muộn, với nhiều tổn thương kèm theo. Bất động và cố định gãy xương cùng tạo nên sự vững chắc của khung chậu và hạn chế các biến chứng, đặc biệt là tổn thương thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Denis F, Davis S, Comfort T: Sacral fractures: An important problem. Retrospective analysis of 236 cases. Clin Orthop Relat Res 227:67-81, 1988
2. Guyton J.L. and Perez E.A. (2013), “Fracture of acetabulum and pelvis”, *Campell’s Operative orthopaedics*, Mosby, 12 (3), 2777-2826.
3. Lindahl J., Hirvensalo E., et al (1999),“ Failure of reduction with an external fixator in the management of injuries of the pelvic ring: longterm evaluation of 110 patients”, *J Bone Joint Surg.*, 81 B, 955-962
4. Majeed S.A (1989), “Grading the outcome of pelvic fractures”, *J Bone Joint Surg.*, 71B, 304-306
5. Michael D. Stover MD, Stephen Sims MD, Joel Matta MD. (2012), “What is the infection rate of the posterior approach to type c pelvic injuries?”, Clin Orthop Relat Res (2012) 470:2142–2147
6. Onur Yaman. (2013), “Surgical treatment in sacral fractures and traumatic spinopelvic instabilities”, Turk Neurosurg 2014, Vol: 24, No: 4, 498-505
7. Suzuki T, Hak DJ, Ziran BH, et al. Outcome and complications of posterior transiliac plating for vertically unstable sacral fractures. *Injury*. 2009 Apr;40(4):405–409.
8. Tile M et al (2015). *Fractures of Pelvis and Acetabulum Principles and Methods of Management AO*, 4, Thieme, Davos.
9. Tile M. (1996), “Acute pelvic fractures: I. Causation and classification”, Journal of the American Academy of the Orthopaedic Surgeons, 4 (3), 143-151.

PHẪU THUẬT TÁI TẠO GÂN BÁNH CHÈ (NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP)

Nguyễn Đức Viên

TÓM TẮC:

Gân bánh chè là một thớ sợi có hình tam giác, dẹt và rất chắc chắn. nó nằm trong hệ thống duỗi của khớp gối.

Gân bánh chè đóng vai trò rất quan trọng trong việc duỗi và gấp gối.

Tổn thương mất toàn bộ gân bánh chè rất hiếm gặp. Và mọi việc đều khó khăn hơn nhiều lần khi nhiễm trùng là nguyên nhân gây ra tổn thương này.

Việc chọn lựa mảnh ghép, sự sống của mảnh gân sau ghép cũng như cơ năng của khớp gối sau phẫu thuật là những vấn đề mà thầy thuốc và bệnh nhân đều lo lắng.

Trong thời gian qua, chúng tôi có một ca phẫu thuật tái tạo gân bánh chè. Bệnh nhân đã được theo dõi hơn hai năm với kết quả tốt.

SUMMARY:

Total loss of the patellar tendon is a rare and complicated injury.

Infection makes everything harder.

The references are very rare and academic.

My patient had a wound at the right knee after a traffic accident. Because of serious infection, total patellar had been resected.

After 3 months, the patient had total patellar reconstruction.

Over 2 years follow up, the result is good.

The 2 purposes of this report are:

- To warn the risk of tendon necrosis and infection if we just think about the good fixation without any respect to the soft tissue.
- To show the new technique for total patellar reconstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Gân bánh chè là một thớ sợi có hình tam giác, dẹt và rất chắc chắn. nó nằm trong hệ thống duỗi của khớp gối. Ở phía trên, gân bám vào cực dưới xương bánh chè, các thớ sợi của gân hòa vào lớp màng xương bánh chè và các mạc giữ hai bên xương bánh chè. Đi xuống dưới, gân nhỏ dần và bám vào lồi củ trước xương chày.

Gân bánh chè đóng vai trò rất quan trọng trong việc duỗi và gấp gối.

Tổn thương mất toàn bộ gân bánh chè rất hiếm gặp. Và mọi việc đều khó khăn hơn nhiều lần khi

nhiễm trùng là nguyên nhân gây ra tổn thương này.

Việc chọn lựa mảnh ghép, sự sống của mảnh gân sau ghép cũng như cơ năng của khớp gối sau phẫu thuật là những vấn đề mà thầy thuốc và bệnh nhân đều lo lắng.

Trong thời gian qua, chúng tôi có một ca phẫu thuật tái tạo gân bánh chè. Bệnh nhân đã được theo dõi hơn hai năm với kết quả tốt.

Cho đến nay, y văn trong nước và thế giới đều chưa có những bài viết cụ thể về một trường hợp tái tạo toàn bộ gân bánh chè như kỹ thuật chúng tôi đã làm.

Chúng tôi trình bày báo cáo này nhằm cảnh báo nguy cơ hoại tử gân bánh chè khi có vết thương mặt trước gối và đề xuất một kỹ thuật mới để phẫu thuật tái tạo gân bánh chè.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1 Đối tượng:

Bệnh nhân bị nhiễm trùng, hoại tử gân bánh chè sau phẫu thuật khâu nối gân.

2 Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp mô tả, trình bày ca lâm sàng.

III. KẾT QUẢ:

1. Bệnh án tóm tắt:

Bệnh nhân nam, sinh năm 1983,

Vào viện lần đầu ngày 23-12-2014.

Xuất viện ngày 24-12-2014.

Bệnh sử: cách nhập viện hơn 3 tuần, bệnh nhân bị vết thương vùng gối (P) sau một tai nạn giao thông. Ngay sau tai nạn, bệnh nhân được đưa đến khám và phẫu thuật tại một bệnh viện ở TPHCM. Mỗi lần tái khám bệnh nhân đều được khám vết thương, cấp đơn thuốc và động viên tập đi lại. Bệnh nhân đến khám và nhập vào bệnh viện chúng tôi sau hơn 3 tuần kể từ lần đầu tiên phẫu thuật.

Chẩn đoán: nhiễm trùng vết mổ vùng gối (P)

Điều trị: bệnh nhân được phẫu thuật trong ngày.

Phương pháp phẫu thuật: cắt lọc tổ chức hoại tử (cắt bỏ toàn bộ gân bánh chè).



Trong thời gian sau đó, bệnh nhân được điều trị ngoại trú.

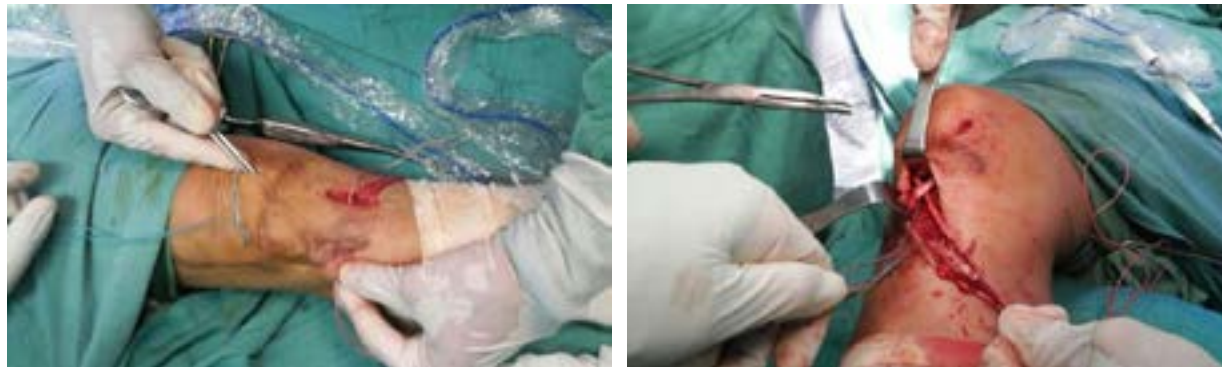
Vào viện lần thứ hai ngày 14-04-2015.

Xuất viện ngày 15-04-2015.

Chẩn đoán: mất gân bánh chè (P)

Điều trị: bệnh nhân được phẫu thuật trong ngày.

Phương pháp phẫu thuật: tái tạo gân bánh chè.



Bệnh nhân được điều trị ngoại trú tiếp tục sau một ngày nằm viện.

2. Kết quả sau hơn 2 năm:

- Nhiễm trùng tái phát: không.
- Đau mặt trước gối: không.
- Đau khi đi lại, chạy nhảy: không.
- Teo cơ đùi: có teo cơ.
- Chức năng gối: còn giới hạn một phần khi gấp, duỗi.



- X quang: xương bánh chè ở vị trí bình thường.
- MRI: có hình ảnh của gân bánh chè tái tạo.

IV. BÀN LUẬN:

- Nguyên nhân gây nên tổn thương hoại tử gân.

Nhiễm trùng sau phẫu thuật không chỉ đơn thuần là do tình trạng tổn thương ban đầu. Khi xử lý một chấn thương hở, phẫu thuật viên cần nên cân nhắc liệu có nên phục hồi tất cả mọi tổn thương một lần hay không. Khi có tổn thương gân bánh chè, việc bóc tách, can thiệp mạnh mẽ để đạt được sự cố định gân vững chắc có thể làm mất đi nguồn máu nuôi dưỡng gân, góp phần làm tăng nguy cơ hoại tử gân. Khi phát hiện có tình trạng nhiễm trùng cần can thiệp sớm để mong có thể bảo tồn một phần nào của gân bánh chè.

- Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ gân bánh chè.

Chúng tôi đã hết sức cân nhắc và lo lắng cho những dự hậu lâu dài khi đưa ra quyết định phải cắt bỏ toàn bộ gân bánh chè. Nhưng trong bối cảnh nhiễm trùng nặng nề như vậy, để giải quyết được tình trạng nhiễm trùng, không cho lây lan vào xương hoặc khớp, việc lấy bỏ tất cả các mô viêm nhiễm, các dụng cụ kim loại sử dụng để cố định gân và cắt bỏ toàn bộ gân bánh chè hoại tử là việc làm đúng. Bằng chứng là bệnh nhân chỉ nằm viện một ngày và sau đó điều trị ngoại trú, vết thương đã lành tốt. Không có hiện tượng nhiễm trùng tái phát tại vị trí này.

- Phẫu thuật tái tạo gân bánh chè.

Thời điểm phẫu thuật:

Sau khi vết thương đã lành hoàn toàn, da mặt trước gối có thể co giãn được, gối có thể gấp được hơn 90 độ.

Chọn mảnh ghép và kỹ thuật mổ:

Chúng tôi có rất ít kinh nghiệm khi chọn vật liệu thay thế gân bánh chè. Việc sử dụng gân mạc dài cùng bên cũng chỉ là một sự ngẫu nhiên. Cần có thêm nhiều điều phải làm nữa để chứng minh rằng gân mạc dài là một chọn lựa tốt thay thế được cho gân bánh chè.

Trong ca mổ này, gân ghép được cố định bằng một sợi chỉ khâu gân thông thường.

Việc chọn lựa đường mổ, kỹ thuật mổ cũng đã được cân nhắc nhiều lần vì vùng da trước gối bệnh nhân không như bình thường sau 2 lần phẫu thuật và nhiễm trùng tái phát vẫn có nguy cơ cao. Nhờ có tư duy “xâm lấn tối thiểu” trong phẫu thuật, chỉ bằng các đường mổ nhỏ để có đường hầm trong xương và đường đi cho gân ghép ở dưới da, chúng tôi đã có được một kết quả tốt như mong muốn.

- Bàn luận về các kết quả khác:

Sau 2 năm theo dõi, bệnh nhân vẫn còn một vài vấn đề chưa tốt như: teo cơ đùi, hạn chế duỗi và gấp gối.

Nhưng với các kết quả rất tốt như: bệnh nhân không đau gối khi nghỉ ngơi cũng như khi chạy nhảy, xương bánh chè ở vị trí bình thường.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BV ĐK Long An Từ 3/2013 đến 10/2016

BSCKI Hà Tấn Quốc *
PGS TS. Bùi Hồng Thiên Khanh **

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Phẫu thuật thay khớp gối là phương pháp điều trị có hiệu quả hầu như tuyệt đối của thoái hóa khớp gối giai đoạn nặng, giúp cho bệnh nhân hết đau gần 100%, phục hồi chức năng đi lại và cải thiện cuộc sống có hiệu quả

Mục tiêu:

Chúng tôi đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần nhằm mục đích cho thấy thành công bước đầu của phẫu thuật lớn thực hiện tại Tỉnh nhà

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

32 bệnh nhân thoái hóa khớp gối được phẫu thuật tại khoa Ngoại Chấn Thương Bệnh viện Đa Khoa Long An từ tháng 3/2013 đến tháng 10/2016. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

Kết quả:

Tất cả bệnh nhân hết đau sau mổ, không biến chứng sớm, phục hồi chức năng hầu hết chỉ có một bệnh nhân không đi được do tổn thương rễ L5, một bệnh nhân sau mổ đứt dây chằng chéo ngoài do đi quá nhiều mà không nẹp nâng đỡ.

Kết luận: Thay khớp gối toàn phần cho kết quả khá tốt trong điều trị thoái hóa khớp gối nặng

Phẫu thuật này thực hiện tốt tại Bệnh viện Đa khoa Long An

*BS Phẫu thuật viên BV.ĐK Long An

** PGS.TS. Phẫu thuật viên BV ĐHYD TP,HCM, ĐHYD TP.HCM

Từ Khóa: Thay khớp gối toàn phần, Thoái hóa khớp gối.



MRI cho thấy vẫn còn sự tồn tại của gân ghép.

Việc tiếp tục luyện tập để khớp gối bình phục trở lại như trước khi chấn thương là điều hoàn toàn có thể đạt được.

V. KẾT LUẬN:

Khi phẫu thuật các tổn thương gân bánh chè, điều quan trọng là bảo toàn sự sống của gân.

Gân cơ mạc dài có thể sử dụng để thay thế gân bánh chè.

Với kết quả tốt mà chúng tôi đạt được, hy vọng rằng bài báo cáo và kỹ thuật mới này sẽ là một tài liệu tham khảo tốt và là một phương pháp có thể chọn lựa cho các phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình trước một trường hợp tổn thương mất hoàn toàn gân bánh chè.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Phước Hùng và cs. (2008) “Gân cơ mạc dài: một chọn lựa thay thế mảnh ghép trong tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối”. Y Học TP. Hồ Chí Minh; 12, tr 1-3.
2. Phạm Quang Vinh.(2017) “Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu, cơ học gân mạc dài - ứng dụng làm mảnh ghép tái tạo dây chằng chéo trước”, Luận án tiến sĩ y học.
3. Phillips. C. L. et al. (2010) “The measurement of patellar height”, J Bone Joint Surg (Br), Vol 92-B. pp 1045-1051.
4. Ecker ML, et al (1979) “Late reconstruction of the patellar tendon”. J Bone Joint Surg (Am) 61; pp 884-886.
5. Siwek CW et al (1981) “Ruptures of the extensor mechanism of the knee joint”. J Bone Joint Surg (Am) 63; pp 932-937.

Intial outcome of total knee replacement in Hospital of Long An Province

*Ha Tan Quoc**
*Bui Hong Thien Khanh***

Summary

Background

Total knee replacement is a treatment method has absolute effective on severe knee osteoarthritis, help the patient relieve pain up to 100%, reabilitation of walking and improving life effectively

Objective

We evaluated the results of total knee replacement for the purpose of showing the initial success of large operation performed in the province

Materials and method;

Thirty-two patients with knee osteoarthritis were operated at the department from 3/2013 to 10/2016. Method case-series study

Results

All patients with postoperative pain free, no early complications, good rehabilitation. Only one patient who was unable to walk due to lesions of L5 root, one patient after surgery has ligament rupture due to excessive walking without brace.

Conclusion

Total knee replacement results are quite good in the treatment of severe knee osteoarthritis

Keywords

Total knee replacement, knee osteoarthritis.

*Orthopedic Surgeon of Hospital of Long an Province

** Associate Professor, MD, Orthopedic Surgeon of University Medical Center, University of Medicine and Pharmacy in HCM city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ngày nay sự tiến bộ của khoa học công nghệ, cũng như sự tiến bộ vượt bậc của y học, thoái hóa khớp gối giai đoạn nặng không còn là mối quan tâm hàng đầu. Thay khớp gối mở ra kỷ nguyên mới trong điều trị thoái hóa khớp gối nặng

Thực chất của thay khớp gối là thay mặt khớp bị hư bằng mặt khớp nhân tạo, vật liệu là hợp kim Cobaltchrome + nhựa polyethylene siêu bền

Thay khớp gối toàn phần là một phẫu thuật tái tạo lớn. Mục đích là giảm đau, cải thiện khả năng đi và lấy lại phạm vi cử động, trong đó giảm đau là lý do chính bệnh nhân muốn thay khớp gối. Theo các báo cáo trên thế giới phẫu thuật thay khớp gối là phẫu thuật thành công nhất dùng để giảm đau, trên 90% bệnh nhân hết đau mà các phương pháp điều trị khác thất bại.

Tại BVĐK Long An thực hiện được phẫu thuật này là nhờ sự quan tâm sâu sắc của Lãnh đạo BV, nhờ Đề án 1816-BYT đặc biệt BV Đại Học Y Dược TPHCM, cùng với sự nỗ lực của đội ngũ phẫu thuật viên, BS gây mê, ĐD chăm sóc, KTV vật lý trị liệu.

II . MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU :

1. Đánh giá tình hình chung thay khớp gối (tuổi, giới, chỉ định phẫu thuật, thời gian phẫu thuật...)
2. Đánh giá kết quả và biến chứng
3. Từ đó có những kết luận và đề xuất cho tương lai

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

Tất cả 32 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp gối tại BVĐK Long An được theo dõi từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 10 năm 2016

2. Phương pháp nghiên cứu :

Hồi cứu mô tả cắt ngang

Thu thập số liệu ngẫu nhiên, các thông tin cá nhân, bệnh sử và quá trình điều trị trong hồ sơ lưu trữ.

IV TỔNG QUAN :

1. GIẢI PHẪU HỌC :

Khớp gối là nơi tiếp giáp giữa 3 xương: xương đùi xương chày, xương đùi và xương bánh chè. Được bao bọc xung quanh bởi bao khớp và hệ thống dây chằng cánh trong và ngoài, giữ vững trước sau bởi dây chằng chéo trước và chéo sau, Hệ thống mạch máu và thần kinh đi phía sau. Ngoài ra còn có sụn chêm trong và ngoài làm giảm độ sốc của khớp gối, hệ thống cơ và phần mềm xung quanh

2 .SINH LÝ BỆNH HỌC:

Các bệnh hư khớp gối thường gặp nhất là thoái hóa khớp gối.

XQ thoái hóa khớp gối : Theo Kellgren-Lawrene



Giai đoạn III trở lên có khe khớp hẹp vừa đến nhiều,có gai xương và đặt xương dưới sụn.

3 . CHỈ ĐỊNH THAY KHỚP GỐI : Chủ yếu dựa vào 4 yếu tố

A. Bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật chung

B. Lâm sàng:

- + Đau ở gối, đau nhiều hơn khi đi trên đất phẳng và khi leo cầu thang
- +Đau khớp bị viêm quấy rầy giấc ngủ
- + Con đau ngăn đi bộ ngay cả khoảng cách ngắn
- + Đau kháng trị với thuốc
- + Khớp bị dị dạng (vẹo trong , vẹo ngoài)
- + Cứng khớp
- + Lỏng khớp

C. X quang :

- + Thoái hóa giai đoạn III trở lên theo phân loại Kellgren-Lawrene

D. Tuổi : Trung bình từ 60 tuổi. lý do: Tuổi thọ của khớp trung bình từ 10 đến 15 năm, nếu thay quá sớm nguy cơ thay lần 2 rất cao do hư mặt khớp và lỏng ciment

4 .CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- + Thay khớp gối dự phòng
- +Khớp thoái hóa chưa nặng
- + Bệnh nhân tâm thần; không khả năng vận động độc lập

5. BIẾN CHỨNG CÓ THỂ XẢY RA KHI THAY KHỚP GỐI

+ Biến chứng sớm:

Máu tụ trong gối_Tổn thương thần kinh, mạch máu_Tắc mạch_Nhiễm trùng_Cứng gối_Hội chứng thiếu dưỡng thần kinh

+Biến chứng muộn:

Nhiễm trùng muộn_Cứng khớp,Không vững,lỏng xi măng,gãy xương,_Đứt dây chằng bên, hư mặt khớp...

Những việc nên làm và không nên làm sau khi thay khớp gối

Nên làm	Không nên làm
Luôn luôn dùng bàn cầu ngồi	Ngồi xổm
Đi bộ khoảng xa như bạn muốn	Ngồi tréo chân
Có thể bơi, đi cầu thang	Chạy bộ

V .KẾT QUẢ

A. Kết quả chung:

Tổng số ca phẫu thuật :32 (có 2 bệnh thay cả 2 bên). Trong đó 17 ca PGS Khanh phẫu thuật và chỉ dẫn chúng tôi, 15 ca chúng tôi tự thực hiện . Thời gian theo dõi 24tháng

1.Độ tuổi: Nhỏ nhất là 55 tuổi , lớn nhất là 85 tuổi

Tuổi	Dưới 60	60 đến 70	Trên70 đến80	Trên80
Số ca	5	15	10	2
Tuổi TB	68,4 tuổi			

2.Giới tính:

Nam :7 ca Nữ : 25 ca

Tỉ lệ Nữ/Nam= 25/7 = 3.57 lần

3.Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phút	65	70	75	80	85	90	95	105	110	120	135
Số ca	2	1	3	4	3	2	4	7	1	4	1
Tỷ lệ%	6.25	3.125	9.375	12.5	9.375	6.25	12.5	21.875	3.125	12.5	3.125

4.Thời gian nằm viện:

Số ngày	4	12	14	15	16	19	20	21	22	23	24	32	36	55	81
Số ca	1	3	5	5	3	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1

B. Kết quả điều trị:

1/ Lâm sàng:

-Đau: Đa số bệnh nhân hết đau sau mổ 5 ngày, có 02 trường hợp phải dùng thuốc trên 30 ngày bệnh nhân mới hết đau chiếm 6.25%

-Co duỗi gối: Tiêu chuẩn co gối 90⁰ duỗi gối 0⁰ Trong 32 ca chúng tôi có một ca cứng khớp. Cứng khớp ở đây khi khớp gối co không được 90⁰ Và duỗi không được 0⁰ . Nguyên nhân sau mổ bệnh nhân sợ đau không dám tập co duỗi gối, khi xuất viện không tái khám theo lịch hẹn và không duy trì tập thường xuyên.

-Thời điểm tập đi khùng 5-7 ngày . Đa số bệnh nhân đều đi được , chỉ có 01 ca sau mổ bệnh nhân không đi được do bệnh nhân đã mổ hẹp ống sống thắt lưng, mổ thay khớp háng cùng bên. Sau mổ khớp gối vững nhưng do bàn chân rù (đo điện cơ tổn thương rễ L5).

2 Xq : kết quả đạt rất tốt 15 ca chiếm 47% ;tốt 15 ca chiếm 47%; khá 2 ca chiếm 6% theo thang điểm Knee Score

C.Biến chứng:

Biến chứng sớm: Không có ca nào

Biến chứng muộn:

Biến chứng	Nhiễm trùng muộn	Cứng khớp	Không vững	Gãy xương	Đứt dây chằng	Hư mắt khớp
Số ca	0	1	0	0	1	0
Tỷ lệ		3.125%			3.125%	

Cứng khớp một ca. , đứt dây chằng một ca

VI .BÀN LUẬN:

Tuổi trung bình 68,4 tuổi (Nghiên cứu BS Khanh BVĐHYD 68.25 ±8.17) [4]

Nữ do ảnh hưởng thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh nên thoái hóa khớp gối nữ cao hơn nam Nữ/Nam =25/7 tương đương 3.5 lần (BS Khanh Nữ/Nam #5 lần) [4]

Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 65 phút, dài nhất là 135 phút, thời gian phẫu thuật trung bình là 86,4 phút. Thời gian này trong khoảng thời gian cho phép ga rô chi dưới.

Thời gian nằm viện ngắn nhất là 04 ngày, dài nhất là 81 ngày. Bệnh nhân ngắn nhất 04 ngày do sau phẫu thuật 02 ngày bệnh có triệu chứng viêm phổi chưa loại trừ thuyên tắc phổi nên chuyển

tuyển trên. Bệnh nằm dài nhất bị viêm phổi bệnh viện.

Không biến chứng sớm :Chúng tôi ghi nhận sau mổ có 15 ca sốt , trong 15 ca sốt có 14 ca xuất hiện ngày đầu sau mổ, sốt dao động từ 38- 38,5 ⁰c ngày thứ 2 hết sốt. Một ca sốt xuất hiện ngày thứ 3 sau mổ do viêm phổi .Vây sốt không phải là biến chứng nhiễm trùng vết mổ .

Biến chứng muộn : Đứt dây chằng một ca do sau mổ BN xuất viện về hết đau phần khởi đi quá nhiều và không mang thêm nẹp trợ lực. Ca này BS Khanh lấy gân mạc dài tái tạo lại dây chằng cánh ngoài sau đó bệnh nhân đi lại bình thường [4] Cứng khớp một ca do bệnh nhân không tuân thủ chế độ tập và không tái khám theo hẹn

Qua 2 biến chứng cứng khớp và đứt dây chằng chúng tôi rút kinh nghiệm: Cho bệnh nhân tập co duỗi gối sớm khi còn thuốc tê ngoài màng cứng và luôn kèm theo nẹp nâng đỡ khi đi.Tư vấn tái khám đúng lịch hẹn.

VII. KẾT LUẬN:

- ❖ Chỉ định thay khớp :
 - + Ls thoái hóa khớp gối nặng
 - + Xq :Giai đoạn III theo Kellgren-Lawrene
- ❖ Độ tuổi khoảng 60 t
- ❖ Hết đau sau mổ gần như 100%
- ❖ Biến chứng cứng khớp 1 ca (3.125%).
- ❖ Đứt dây chằng cánh ngoài 1 ca(3.125%)
- ❖ Qua 32 ca số lượng chưa đủ cỡ mẫu, thời gian theo dõi còn ngắn chưa đánh giá hết những biến chứng, cũng như so sánh với các đề tài khác . Chúng tôi sẽ cố gắng hoàn thiện kỹ năng để phẫu thuật được tốt hơn và tiếp tục nghiên cứu đề tài này.Đồng thời tiếp tục nhờ sự hỗ trợ của PGS Khanh trong những ca khó.

Một số hình ảnh



Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Quang Quyền 1983 *Bài giảng giải phẫu học* tập 2 Nhà xuất bản y học
2. Lê Phúc 2006 *Chấn thương học vùng gối* NXB Y Học TPHCM
3. Nguyễn Đức Phúc 2013 *Chấn thương chỉnh hình* Nhà xuất bản y học Hà Nội (P418-436)
4. Bùi Hồng Thiên Khanh Kết quả bước đầu thay khớp gối toàn phần BV ĐHYD TP HCM Y học thực hành (838)-số 8/2012
5. Bùi Hồng Thiên Khanh Hội nghị khoa học thường niên lần thứ XXII Thành Phố Hồ Chí Minh 20/6/2015 (p 108-114)
6. Jay R.Liebeman MD Editor *Comprehensive Orthopaedic Review* - (pp 1079-4)
7. Campbell's operative orthopaedics 12th edition, chapter 7 p 376 – p 439

Xin chân thành cảm ơn !

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TỔN THƯƠNG GÓC SAU NGOÀI KHỚP GỐI

Hồ Quang Hưng, Phạm Đình Ngân Thanh***

** Khoa PHCN, Bệnh viện Chợ Rẫy. Email: hungrehab@gmail.com*

*** Bộ môn CTCH-PHCN, Đại học Y Dược TP.HCM*

Chúng tôi giới thiệu hai trường hợp có tổn thương góc sau ngoài được điều trị bảo tồn thành công. Tổn thương này thường ít được quan tâm đúng mức khi đi kèm trong bối cảnh tổn thương dây chằng chéo khớp gối. Tổn thương này cần được phát hiện và đánh giá mức độ để thiết kế chương trình phục hồi chức năng phù hợp.

CASE SERIES: CONSERVATIVE TREATMENT FOR POSTERIOR LATERAL CORNER INJURY

Ho Quang Hung, Pham Dinh Ngan Thanh***

** Department of Rehabilitation, Cho Ray Hospital.*

*** Faculty of Orthopedics-Rehabilitation, Department of Medicine, UMP*

We present two cases with posterior lateral corner injury who have been successfully conservative treated. This lesion is usually not cared properly in the context of cruciate ligament injury. It is important to recognize and assess the severity to design an appropriate rehabilitation program.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ CỦA TOCILIZUMAB (ACTEMRA) TRONG BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM TỪ 05/2014 ĐẾN 05/2017

*Huỳnh Phương Nguyệt Anh,
Bùi Hồng Thiên Khanh, Nguyễn Ngọc Thôi.*

Tóm tắt

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh lý tự miễn cần được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sớm để tránh nguy cơ tàn phế. Các thuốc DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs) có 2 nhóm chính: cổ điển và sinh học, là những thuốc có thể thay đổi diễn tiến bệnh. Những tác nhân sinh học đã được chứng minh về hiệu quả, an toàn qua các nghiên cứu trên thế giới và được sử dụng hiện nay như: ức chế yếu tố hoại tử khối u (Etanercept - Enbrel, Adalimumab - Humira, Infliximab - Remicade); ức chế Interleukin 1 (Anakinra); ức chế Interleukin 6 (Tocilizumab - Actemra); ức chế tế bào B (Rituximab - Mabthera); ức chế tế bào T (Abatacept). Hiện nay, ở Việt Nam, Tocilizumab (Actemra) là thuốc sinh học được lựa chọn hàng đầu và dùng nhiều trong vài năm gần đây với ghi nhận có nhiều hiệu quả trên người lớn.

Mục tiêu: (1). Đánh giá kết quả bước đầu áp dụng Tocilizumab (Actemra) cho bệnh nhân VKDT tại khoa Chấn thương chỉnh hình, BV Đại học Y dược TP. HCM từ 5/2014 đến 5/2017; (2). So sánh hiệu quả giữa nhóm bệnh nhân dùng Tocilizumab (Actemra) sau khi thất bại với điều trị MTX và nhóm bệnh VKDT sớm (< 1 năm) có hay chưa dùng MTX.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả 28 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Đại học Y dược TP. HCM từ 5/2014 đến 5/2017, bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống thấp khớp Châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010) xếp vào 2 nhóm: (1) bệnh khởi phát trên 1 năm không đáp ứng với điều trị cơ bản MTX / SSZ sau ít nhất 3 tháng điều trị và (2) bệnh khởi phát dưới 1 năm chưa hoặc có sử dụng MTX dưới 3 tháng, bệnh nhân truyền TM Tocilizumab mỗi 4 tuần với liều 8 mg/kg trong ít nhất 3 tháng. Hiệu quả điều trị đánh giá theo thang điểm DAS 28 (CRP hoặc VS), thông qua PtGA, số khớp sưng, số khớp đau và ghi nhận các tác dụng phụ.

Kết quả:

Nhóm 1: (18 BN) có chỉ số DAS 28 giảm từ 5.97 (T0) xuống 3.84 (T2), 3.21 (T3) và đạt mức lui bệnh từ tháng thứ 6 trở đi. Ghi nhận 1 trường hợp giảm tiểu cầu nhẹ ($50.000 < 100.000$) và hồi phục sau tháng kế tiếp. Ngoài ra ghi nhận thêm tác dụng phụ tăng men gan nhẹ ở 13 trong 18 BN (72%) và tự hồi phục mà không cần điều trị hay giảm liều Actemra. 72% bệnh nhân trong nhóm này phụ thuộc corticoids, trong đó có 46% bệnh nhân có thể ngưng bù corticoids sau hơn trung bình 5 tháng điều trị, có 23% BN không thể ngưng corticoids (số BN này nằm trong những BN có tổn thương các khớp nặng và gây tàn phế) và số BN còn lại đang điều trị giảm liều. 50% bệnh nhân thuộc nhóm 1 có thể ngưng hoặc giảm NSAIDs từ tháng thứ 6 trở đi.

Nhóm 2: (10 BN) có chỉ số DAS 28 giảm từ 5.77 (T0) xuống 2.76 (T2) và đạt mức lui bệnh từ tháng thứ 4 trở đi. Ghi nhận 1 trường hợp tăng men gan đáng kể (> 200 U/L) phải trì hoãn truyền thuốc 1 tuần. Ngoài ra không ghi nhận thêm tác dụng phụ nào khác. 50% bệnh nhân trong nhóm này phụ thuộc corticoids, trong đó 30% bệnh nhân có thể ngưng bù corticoids sau 3 tháng điều trị. 100% bệnh nhân thuộc nhóm 2 có thể ngưng hoặc giảm NSAIDs từ tháng thứ 3 trở đi.

Kết luận: Bước đầu nhận thấy Actemra có hiệu quả và an toàn trong nhóm điều trị bệnh VKDT ở người lớn. Đặc biệt trong nhóm điều trị sớm giúp đạt mức lui bệnh sớm hơn 2 tháng và giảm số lượng BN bị lệ thuộc corticoids do điều trị cũng như có thể ngưng NSAIDs sớm. Tuy nhiên, do thời gian theo dõi còn ngắn, cần theo dõi tỉ lệ tái phát có khác biệt với nhóm điều trị sau thất bại với MTX hay không.

Từ khoá: Viêm khớp dạng thấp, Actemra, Tocilizumab.

Chữ viết tắt: viêm khớp dạng thấp (VKDT), bệnh nhân (BN), Methotrexate (MTX), Sulfasalazine (SSZ), thuốc kháng viêm không phụ thuộc corticoids (NSAIDs), Protein C phản ứng (CRP), Tốc độ lắng máu (VS), Đánh giá của bệnh nhân về mức độ ảnh hưởng của bệnh đến sức khoẻ (PtGA), Giới hạn trên bình thường (ULN).

ABSTRACT

EVALUATING INITIAL EFFECTS OF TOCILIZUMAB IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS AT UNIVERSITY MEDECINE CENTER HO CHI MINH CITY FROM MAY - 2014 TO MAY - 2017

Objective: Many recent researches demonstrated the efficacy and safety of conventional and biological DMARDs in the treatment of rheumatoid arthritis (RA). In Viet Nam, Interleukin 6 inhibitor - Tocilizumab (Actemra) is one of the first choices of biologic therapy in the treatment of patients with rheumatoid arthritis (RA).

Subjects and methods: This prospective, cross sectional study was carried out on 28 RA inpatients diagnosed according to the ACR/EULAR 2010 criteria. Eighteen RA inpatients at Orthopedic Department of UMC HCMC did not respond to MTX or SSZ after over 3 months of treatment. The group 2 include ten inpatients have the time developing RA under one year, did or did not receive MTX under 1 month. All patients were given Tocilizumab every 4 weeks (8 mg/kg/month). The core outcome variables are collected including PtGA, SJC, TJC, DAS 28 (CRP or ERS).

Results:

Group 1: DAS 28 scores decreased from 5.97 points at the beginning of treatment with TCZ (T0) to 3.84 points (T2), 3.21 points (T3) and to remission (< 2,6 points) from the sixth month. One case has condition of low platelet count without symptoms (50.000 – 100.000/mm³).

Group 2: DAS 28 score decreased from 5.77 points at the beginning of treatment with TCZ (T0) to 2.76 points (T2), and to remission (< 2,6 points) from the fourth month. One case had condition of increase in liver function test levels (>200 ULN) and was delayed given Tocilizumab by 1 week.

Conclusion: This study demonstrated the efficacy and safety of Tocilizumab (Actemra) in improving measures of disease activity in patients with RA. In group early RA, Tocilizumab indicate more initial effects than who failed to respond adequately to traditional DMARDs. However, this study must be needed to follow in long-term and compare the rate of recurring RA between 2 groups.

Key words: Rheumatoid arthritis (RA), Methotrexate (MTX), Sulfasalazine (SSZ), C-reactive protein (CRP), Erythrocyte sedimentation rate (ERS), Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), Patient global assessment of overall well-being (PtGA), Upper limit normal (ULN), Swollen joints count (SJC), Tender joints count (TJC).

NHÂN MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP BƯỚU ĐẠI BÀO XƯƠNG KHỐI LỚN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

Văn Đức Minh Lý (*), Cao Thị (**)& cs¹
Khoa – Bộ môn CTCH, Bv Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Đầu dưới xương đùi là một trong các vị trí hay xảy ra của bướu đại bào xương. Điều trị lần đầu thông dụng hiện nay là nạo bướu + đổ xi măng + ghép xương tự thân hay đồng loại. Tuy nhiên do đặc điểm mô học hay tái phát của bướu đại bào xương sau 2 năm đầu, bướu tiến triển hủy xương khối lớn vùng đầu dưới xương đùi và xâm lấn mô mềm, nguy cơ gãy xương bệnh lý.... Trong điều kiện chưa có thể thay khớp gối chuỗi dài chuyên dụng cho bướu xương vị trí này; trong nỗ lực bảo tồn chi cho bệnh nhân, chúng tôi đã phẫu thuật cắt bướu /cắt đoạn xương + đổ xi măng +ghép xương + KHX dự phòng cho 3 trường hợp. Sau 1,5 năm theo dõi, kết quả mang lại khả quan, giúp bệnh nhân có thể tránh được tàn tật khi cắt cụt chi và có thể đạt chức năng chi hữu dụng trong sinh hoạt hàng ngày. Chúng tôi xin báo cáo các trường hợp này.

Từ khóa: bướu đại bào xương, quanh khớp, tái phát, bảo tồn chi...

ABSTRACT

CASES REPORT: LIMB - SALVAGE SURGICAL TREATMENT OF MASSIVE GIANT CELL TUMOR AT DISTAL END FEMUR.

Van Duc Minh Ly, Cao Thi et al

Distal end femour is the most popular site on giant cell tumor. Primarily normal surgical treatment is curette tumor + cement and bone grafts. However, because of recurrent characteristic of giant cell tumor in first 2 years, the tumor has developing become massive osteolysis and invasive soft tissues, impending pathologic fracture. In condition not yet endoprosthetic knee replacement plus enthesiatic limb – salvage, we had operated bone tumor resection + cement + bone graft + Osteosynthesis for 3 cases. Follow 1,5 years, results are good, tumor is no significant recurrence, the patients can obtained useful functional limb in their daily activities.

Key words: giant cell tumor, juxta, recurrence, limb – salvage...

(*): Ths Bs, Giảng viên Khoa – Bộ môn CTCH & PHCN, ĐH Y Dược Tp. HCM.

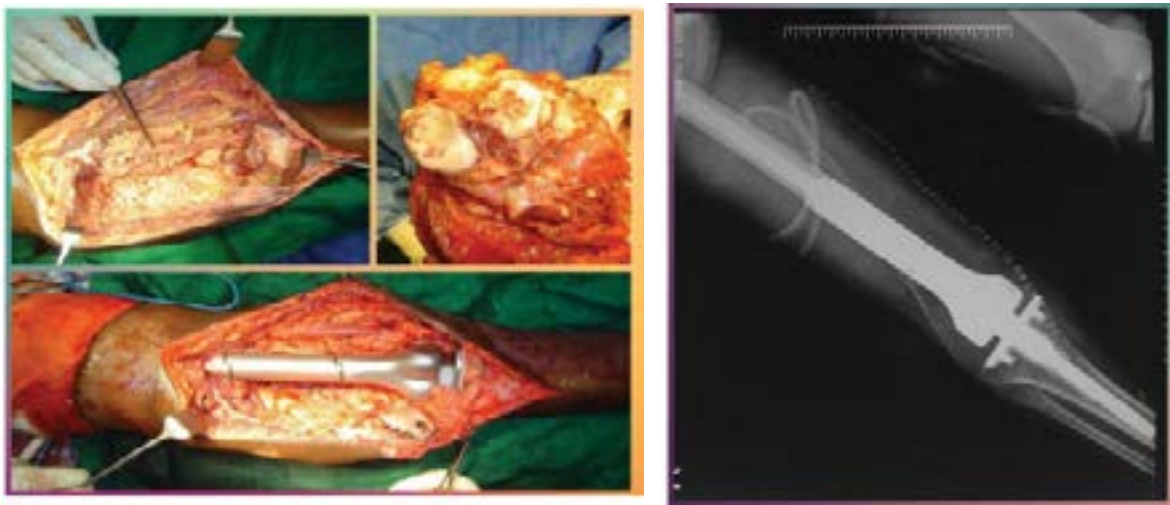
(**): PGS. TS. Bs, Phó CN Bộ môn CTCH & PHCN, ĐH Y Dược Tp. HCM.

Liên lạc tác giả: Ths BS Văn Đức Minh Lý ĐT: 0918109122. Email: Lyvandm@yahoo.com

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

- Bướu đại bào xương được xếp vào loại bướu giáp biên ác, là một trong 3 loại bướu xương hay gặp nhất⁽¹⁾. Bướu thường xảy ra ở lứa tuổi từ 20 – 40, vị trí vùng gối chiếm 54,5 % các trường hợp, trong đó riêng tại vị trí xương đùi bướu xảy ra ở đầu dưới gấp 5 lần đầu trên xương đùi. Tỷ lệ tái phát bướu sau nạo bướu BDBX vùng gối là 83,3 % theo Goldenberg. Nếu được nạo bướu phối hợp các phương pháp khác như ghép xương + sức nóng (xi măng xương) tỷ lệ tái phát giảm còn 5-20% ⁽¹⁾⁽²⁾.
- Tuy nhiên hầu hết BDBX đều tái phát sau 5 năm điều trị. Tỷ lệ tái phát trong năm đầu và năm sau lần lượt là 36 - 60% và 80 – 97 %⁽²⁾⁽³⁾.
- Đối với các trường hợp bướu hủy xương khối lớn vùng đầu dưới xương đùi mới phát hiện hay tái phát sau phẫu thuật nạo bướu trước đó, vấn đề đặt ra là đoạn chi hay cố gắng đáp ứng nhu cầu phẫu thuật giữ lại chi (bảo tồn chi) cho các bệnh nhân.

Phẫu thuật bảo tồn chi với cắt rộng khối u và tái tạo khuyết hổng với xương ghép đồng loại khối lớn hoặc thay khớp nhân tạo nhằm cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với các khối u ác tính vị trí quanh khớp ⁽⁴⁾. Ở các nước phát triển, thay khớp nhân tạo chuyên dụng sau khi cắt bỏ khối u đã được giới thiệu và đưa vào từ những năm 1980⁽⁴⁾. Tuy nhiên ở Việt Nam vì các điều kiện kinh tế và trang thiết bị chưa đáp ứng đủ, các khớp gối chuỗi dài nhân tạo chuyên biệt (megaprothesis) cho tái tạo khớp gối sau khi cắt rộng khối u vị trí này chưa được ứng dụng và triển khai rộng rãi.



Hình 1: Thay khớp gối nhân tạo chuyên dụng sau cắt khối u ⁽⁴⁾.

II. CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

1) BỆNH ÁN 1:

- Bn Đặng Văn B., 44 tuổi, Bến Tre, giáo viên tiểu học.
- Bướu tái phát sau mổ nạo bướu + xi măng + xuyên kim 16 tháng.
- Lâm sàng: ROM: 10° – 0° – 0°.
- CLS: Độ Xquang: Độ II (Campanacci), Thể hoạt động (Merle d’ Aubigne).
- Phẫu thuật lại (19/1/2016): nạo bướu + xi măng + KHX nẹp vis khóa.



Hình 2: X quang trước và sau mổ + kết quả GPBL lần 2.

Sau 1 tháng:



Hình 3: sau 1 tháng

Sau 4 tháng:



Hình 3: sau 4 tháng



Hình 4: Sau 9 và 18 tháng

Sau 1,5 năm theo dõi ngoại trừ dáng đi ít thẫm mỹ do cứng khớp gối từ đầu, BN không đau, tự đi lại sinh hoạt, tiếp tục công việc dạy học, không dấu hiệu tái phát bướu trên LS + hình ảnh học. *Xếp loại Enneking: loại khá – tốt.*

2) BỆNH ÁN 2:

- BN Tăng Văn L., 35 tuổi, nam, Đắk Lắk, nông dân.
- Bn được mổ nạo bướu + xi măng và ghép xương lần 1 tháng 6/2015.



Hình 5: Tổn thương trên X quang và MRI trước mổ



Hình 6: Kết quả GPBL và X- quang sau mổ.

Bướu có dấu hiệu tái phát theo thời gian theo dõi sau 6 và 9 tháng



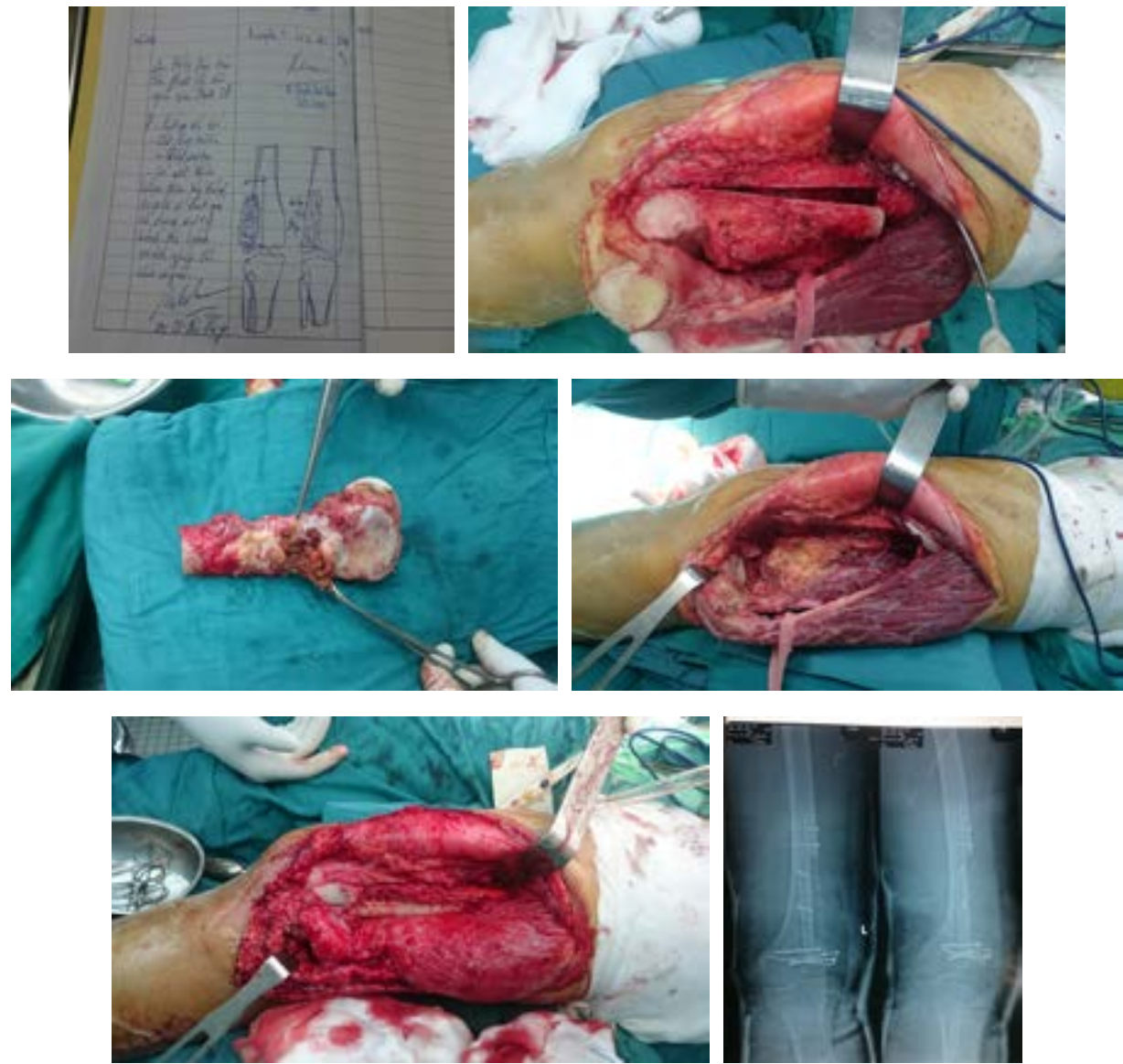
Hình 7: Dấu hiệu tái phát xuất hiện qua hình ảnh hủy xương nơi tiếp giáp xi măng – xương.

Sau 1 năm:



Hình 8: Bướu tái phát rõ trên X - quang và MRI.

Phẫu thuật lại (30/5/2016): theo phương pháp Merle de Augbine



Hình 9: Những hình ảnh dự kiến trước và trong phẫu thuật, kết quả X quang sau mổ

Sau 3 tháng:



Hình 9: Sau 3 tháng

Sau 6, 12 tháng:



Hình 10: Sau 6 và 12 tháng

Sau 1 năm theo dõi lành xương ghép, bướu không dấu hiệu tái phát. Khớp gối có thể gấp – duỗi được dù hạn chế, BN không đau, tự đi lại sinh hoạt, làm được các công việc nhẹ.

Xếp loại Enneking: loại khá – tốt.

3) BỆNH ÁN 3:

- Bn Lê Hoàng B., 53 tuổi, nông dân, Bến Tre.
- Bướu đại bào nguyên phát khối lớn đầu – đầu thân dưới xương đùi (T), thể tấn công, X - quang độ III. Bệnh nhân mong muốn giữ chi.
- PT cắt rộng (cắt đoạn xương mang bướu) + Ghép xương + KHX nẹp vis + hàn khớp gối (24/2/2016).





Hình 11: Hình ảnh trong và sau mổ



Hình 12: Sau 2 tháng

Sau 6 và 12 tháng:



Hình 12: Sau 6 và 12 tháng

Kết quả chung:

- Thời gian theo dõi TB: # 1,5 năm.
- Về mặt bệnh học: bướu tái phát (-)
- Về kết quả KHX + ghép xương: lành xương ghép, dụng cụ KHX còn vững chắc.
- Về chức năng: Các Bệnh nhân đạt được mong muốn giữ lại chân, có thể sử dụng chi trong công việc cuộc sống hàng ngày. Điểm Enneking TB đạt từ khá – tốt. (Đánh giá kết quả chức năng theo hệ thống đánh giá chức năng các PT tái tạo sau cắt bướu của Enneking (1987)⁽⁵⁾

III. BÀN LUẬN

- Việc điều trị các bướu đại bào khối lớn quanh khớp gối ở người trẻ vẫn tiếp tục là một trong những lãnh vực tranh luận nhất trong ngành Ung bướu học Chỉnh hình ^{(6),(8)}.
- Đối với các trường hợp bướu đại bào vùng gối tái phát hay các trường hợp bướu nguyên phát khối lớn, xâm lấn phần mềm, đòi hỏi phẫu thuật cắt rộng khối u, vấn đề bảo tồn chi bằng cách tái tạo khuyết xương hổng với xương ghép khối lớn đồng loại hay tự thân, hàn khớp gối thay khớp nhân tạo chuyên dụng vẫn còn là những kỹ thuật khó, với nhiều biến chứng sớm cũng như muộn. Mayil Vahanan báo cáo 143 trường hợp mổ cắt rộng và thay khớp gối treo dạng xoay lớn chuyên dụng (rotating hinge custom megaprosthetic) trong khoảng thời gian từ 1994 – 2005, thời gian theo dõi trung bình 65 tháng. Kết quả theo thang điểm Enneking đạt được 62% tuyệt vời, 27% tốt, còn lại là trung bình – xấu. Ưu điểm của thay khớp gối sau cắt rộng khối u là tính hiệu quả, sử dụng lại chức năng khớp gối với việc đi lại không cần trợ giúp và tỉ lệ tái phát thấp. Ngoài các biến chứng thuộc về khớp nhân tạo như lỏng, vỡ khớp, gãy quanh chuôi còn có hoại tử vạt da cơ lộ khớp nhân tạo^{(6),(7)}.
- Năm 2009, Suraj Bajracharya và cs báo cáo 1 một trường hợp bướu đại bào lớn đầu dưới xương đùi phải được mổ cắt rộng khối u đầu dưới xương đùi và đầu trên xương chày, sau đó hàn khớp gối bằng cách đóng đinh Kunscher dài từ đùi đến chày + nguyên khối và ghép xương xấp bổ sung. Sau 9 tháng, xương ghép lành, loại bỏ đinh Kunscher dài, tạo xương kéo dài theo kỹ thuật Ilizarov sau 18 tháng đạt chiều 2 chân bằng nhau và sau 21 tháng bệnh nhân có thể tự đi lại không cần nạng⁽⁸⁾.
- Đối với trường hợp ca thứ 3, với tổn thương và kỹ thuật tương tự như vậy, thay vì hàn khớp kỳ đầu với đinh Kunscher dài, chúng tôi sau cắt rộng khối u đầu dưới xương đùi, cắt thêm mặt sụn khớp mâm chày và hàn khớp gối 1 lần với xương mác + xương mào chày tự thân và KHX bằng nẹp khóa. Do không có được nẹp đủ chiều dài thích hợp, KHX này chỉ tương đối vững và Bn phải được bắt động tang cường bằng bột đùi bàn chân khoảng 5 tháng + 5 tháng mang nẹp hỗ trợ. Kết quả đạt được lành xương ghép, bướu không tái phát và chỉ mổ 1 thì so với kỹ thuật 2 thì của tác giả Suraj cần phải thêm thời gian kéo dài chi.
- So với lô nghiên cứu của tác giả Sudhir K. Kapoor⁽⁷⁾ khi tiến hành cắt các khối bướu đại bào quanh khớp sau đó hàn khớp với lame plate + ghép xương hay hàn khớp kỳ đầu rồi đục xương kéo dài theo kỹ thuật Ilizarov tương tự như của tác giả Suraj Bajracharya, liền xương cứng chắc đạt đạt sau khoảng 52-60 tuần. Tác giả cũng nhấn mạnh rằng kỹ thuật dung đinh Kunscher nội tủy kết hợp CĐN vòng đạt kết quả tốt hơn các kỹ thuật hàn khớp khác với tỉ lệ lành xương, PHCN và kiểm soát đồng đều chiều dài chi 2 bên.

IV. KẾT LUẬN

Trong khi việc điều trị triệt để các bướu đại bào khối lớn quanh khớp gối vẫn còn nhiều thách thức và tranh luận, phẫu thuật bảo tồn chi với cắt rộng khối u và tái tạo khuyết hồng bằng thay khớp gối nhân tạo chuyên dụng vẫn là phương thức tối ưu nhằm cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuy nhiên còn tùy vào tình hình thực tiễn của cơ sở điều trị và cá nhân hóa từng ca bệnh, khi chưa có điều kiện phẫu thuật thay khớp gối chuỗi dài chuyên biệt, trong tình hình hiện tại và trong nỗ lực bảo tồn chi; phẫu thuật cắt rộng khối u phối hợp với các phương tiện hiện có như ghép xương + xi măng + hàn khớp gối hoặc KHX dự phòng như chúng tôi đã thực hiện cho các trường hợp trên dù thời gian theo dõi còn ngắn nhưng bước đầu đạt được kết quả nhất định, đáp ứng được sự hài lòng và nhu cầu nguyện vọng toàn vẹn chi thể cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Chí Dũng (2003), “Bướu xương: Lâm sàng - Hình ảnh Y học - Giải phẫu bệnh và Điều trị”, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Văn Hiến (2008), “Đánh giá kết quả điều trị bướu đại bào xương tứ chi bằng phẫu thuật cắt – nạo bướu + ghép xương + xi măng”, Kỷ yếu hội nghị thường niên Hội CTCH Tp. HCM, trang 97 – 108.
3. Ajay Puri, Manish Agarwal (2007); “Treatment of giant cell tumor of bone: Current concepts”; *Indian J Orthop.*, Apr-Jun; 41(2): 101–108.
4. Dr.Eknath, D Pawar, Dr. Hitesh Mangukiya (2016), “A case report of resection arthroplasty for Giant cell tumor of distal femur with megaprosthesis”; *International Journal of Orthopedics Sciences*; 2(4): 463-467.
5. Enneking WF, Dunham W (1993), “A system for functional evaluation of reconstructive procedures after surgical treatment of tumors of the musculoskeletal system”; *Clinical Orthop Relat Res.*; (286): 241-6.
6. Mayil Vahanan, R Prabhakar (2007), “Management of juxta articular giant cell tumors around the knee by custom mega prosthetic arthroplasty”; *Indian J Orthop.*; 41 (2): 134 – 138.
7. Sudhir K Kapoor, Akshay Tiwari (2007), “Resection arthrodesis for giant cell tumors around the knee”; *Indian J Orthop.*, Apr-Jun; 41(2): 124–128.
8. Suraj Bajracharya, Guru Praso Khanal (2009), “Giant cell tumor of distal end femur: a challenge in treatment”; *Acta Ortop Bras.*; 17(2): 58 -61.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ DI TẬT NGÓN TAY CỔ NGŨNG

TS. BS Mai Trọng Tường ThS BS Nguyễn Ngọc Thạch

Abstract

A male patient had swan neck congenital deformity of four long fingers on left hand. There were no abnormal conditions of PIP joints and tendons on examination. Volar plate of PIP joints were shorten by surgery. His hand come back normal function after 2 months

Tóm tắt:

Bệnh nhân nam bị ngón tay cổ ngỗng bẩm sinh 4 ngón dài bàn tay trái. Khi kiểm tra không ghi nhận bất thường của khớp và gân cơ của khớp PIP. Phẫu thuật thu ngắn bản mặt lòng khớp liên đốt gần được thực hiện. Kết quả sau 2 tháng chức năng bàn tay trở lại bình thường.

I. Mở đầu:

1. Định nghĩa: Di tật ngón tay cổ ngỗng là biến dạng tư thế ở khớp liên đốt gần và khớp liên đốt xa của ngón tay. Trong đó khớp liên đốt gần ở tư thế quá duỗi trong khi đó khớp liên đốt xa ở tư thế gấp.



Hình 1: Di tật ngón tay cổ ngỗng

2. Nguyên nhân: Ngón tay cổ ngỗng có thể do:
 - Di truyền có tính chất gia đình (như hội chứng Ehlers-Danlos)
 - Chấn thương vùng khớp ngón tay
 - Tình trạng viêm, viêm khớp dạng thấp
 - Co cứng cơ nội tại bàn tay (các cơ giun và liên cốt)
 - Rối loạn thần kinh như bại não, Bệnh Parkinson, đột quỵ.
3. Giải phẫu và cơ sinh học tổn thương:

Ở khớp liên đốt gần ngón tay: Ngón tay giữ được tư thế cân bằng là nhờ

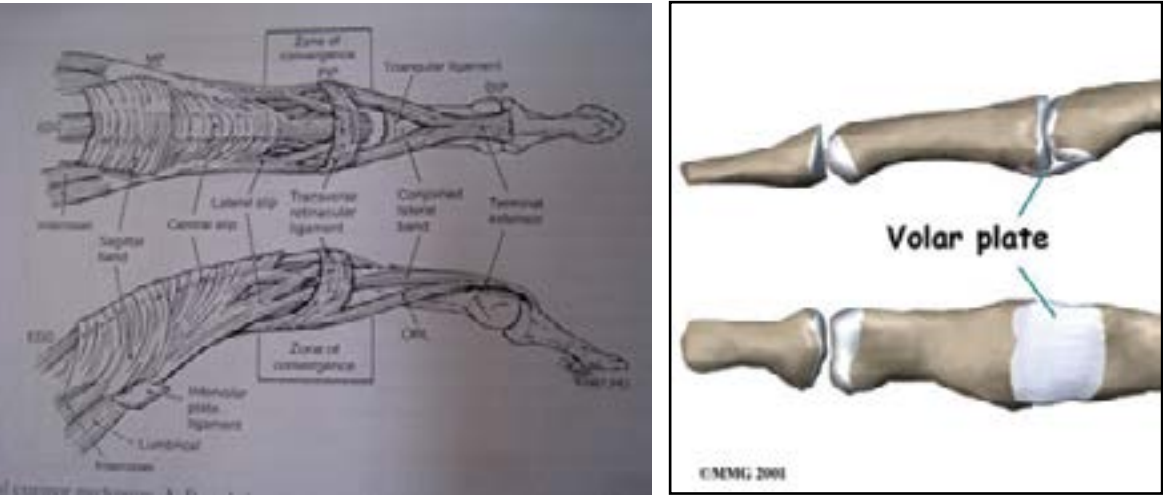
- Hệ thống gân gấp và duỗi của ngón tay
- Dây chằng bao khớp trong đó có 2 cấu trúc quan trọng để giữ cân bằng lực đó là dải trung tâm gân duỗi ở mặt lưng và bản mặt lòng

Nếu một trong các cấu trúc bị tổn thương sẽ dẫn đến mất cân bằng lực và đưa đến biến dạng

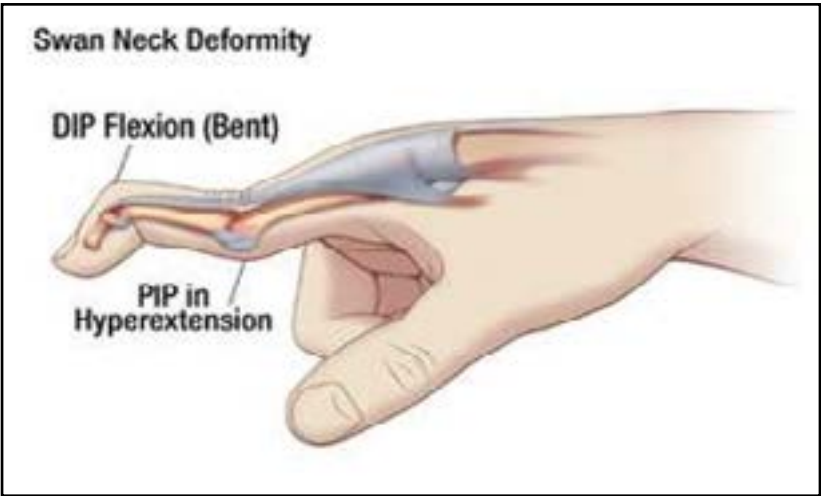
Trong dị tật ngón tay cổ ngỗng do bản mặt lòng bị tổn thương có thể do thiếu sản, chấn thương hay kéo dãn lâu ngày làm cho lực giữ cân bằng ở mặt lòng bị yếu. Trong khi đó lực duỗi mạnh hơn nên kéo khớp về phía lưng gây ra duỗi quá mức.

Khi khớp liên đốt gần duỗi quá mức làm căng cơ gấp sâu cho nên đốt xa bị kéo gấp, trong khi đó gân duỗi bị chùng lại. Cho nên tạo tư thế gấp đốt xa

Như vậy trong dị tật ngón tay cổ ngỗng biến dạng gấp ở khớp liên đốt xa là do hậu quả của biến dạng duỗi quá mức của khớp liên đốt gần. Do đó chúng ta chỉ cần chỉnh biến dạng của khớp liên đốt gần là đủ



Hình 2: Các cấu trúc giữ cân bằng ở khớp liên đốt gần



Hình 3: Biến dạng ngón tay cổ ngỗng

II. Ca lâm sàng:

Bệnh sử: Bệnh nhân nam 17 tuổi bị biến dạng bẩm sinh duỗi quá mức khớp liên đốt gần các ngón II, III, IV, V bàn tay T. Mức độ duỗi các ngón không đều. Dị tật gây khó khăn cho bệnh nhân trong sinh hoạt và làm việc cũng như vấn đề thẩm mỹ.

Khám: Khi đưa khớp liên đốt gần về tư thế trung tính thì bệnh nhân có thể gấp được và không có giới hạn về khớp.



Hình 4: Biến dạng ngón tay trước mổ

Phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây tê từng thần kinh cánh tay, garo ở cánh tay

Rạch da trên mỗi ngón ở mặt lòng theo đường zigzag, kéo các gân gấp sang bên. Bộc lộ các bản mặt lòng thấy các bản này mỏng và bị kéo giãn. Tiến hành cắt khâu chồng mép để thu hẹp bản và làm dày thêm bản mặt lòng giữ tư thế gấp nhẹ 30 độ.



Hình 5: Đường rạch da phẫu thuật

Sau mổ đặt nẹp cổ bàn tay giữ khớp trong 5 tuần

Theo dõi, tái khám:

Tái khám sau 2 tuần



Hình 6: Tái khám sau 2 tuần

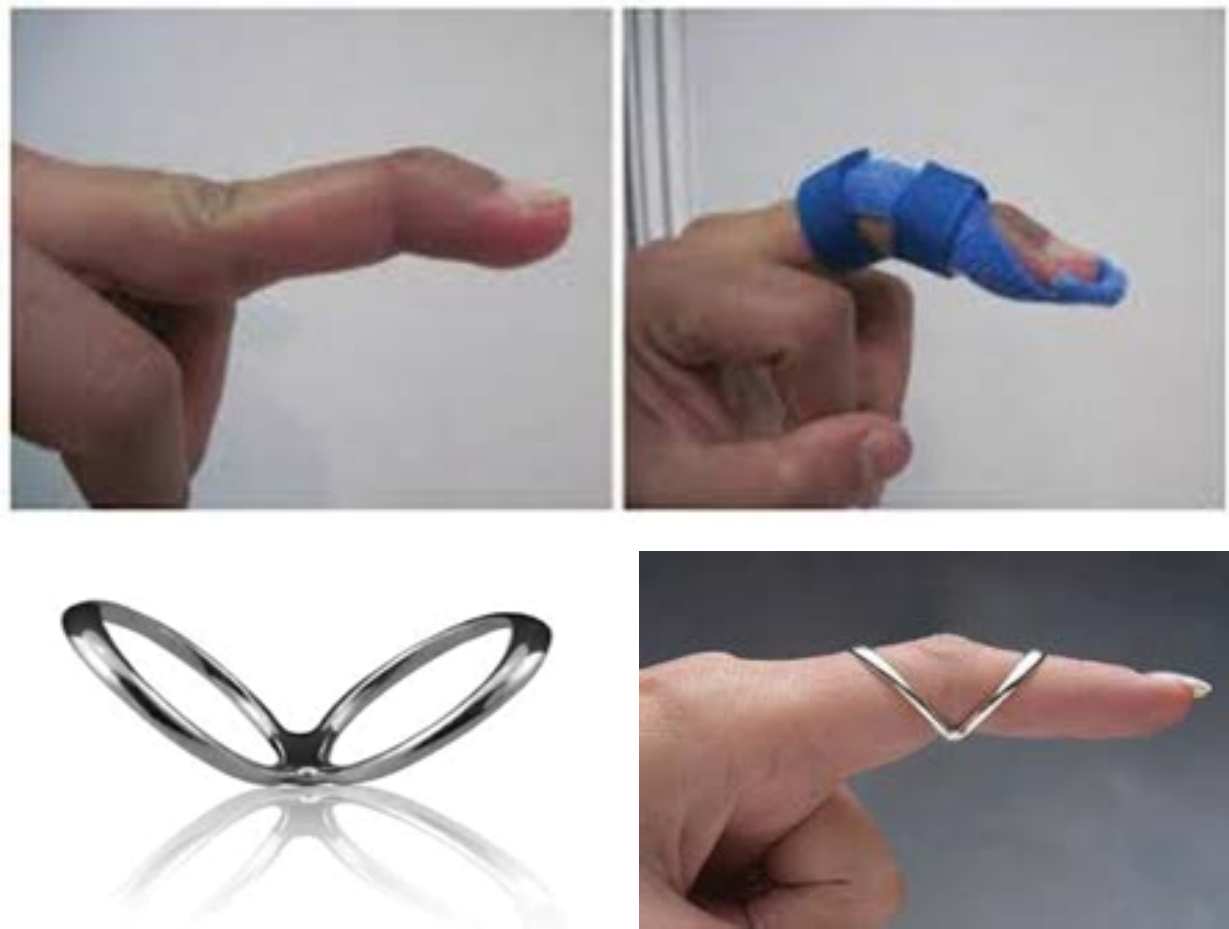
Tái khám sau 2 tháng:



Hình 7: Tái khám sau 2 tháng

III. Nhận xét:

1. Biến dạng ngón tay cổ ngỗng tổn thương ở mặt lòng khớp liên đốt gần nên chỉ cần điều chỉnh ở vùng khớp này là đủ. Tuy nhiên cần tìm hiểu nguyên nhân của dị tật để điều trị các yếu tố nguyên nhân như co cứng cơ nội tại, tổn thương thần kinh, tổn thương khớp.
2. Các phương pháp điều trị ngón tay cổ ngỗng:
 - a. Điều trị bảo tồn bằng nẹp ngón tay hay nắn đôi: Thường dùng cho các trường hợp chấn thương vùng khớp liên đốt gần hay viêm khớp thoái hóa giai đoạn đầu



Hình 8: Điều trị bảo tồn ngón tay cổ ngỗng

b. Phẫu thuật

b.1. Phẫu thuật chỉnh sửa mô mềm: tạo lại sự cân bằng của cấu trúc quanh khớp như giải phóng da và mô dưới da, kéo dài gân, cố định gân, thu ngắn dây chằng bao khớp, tái tạo bản mặt lòng. Phẫu thuật tái tạo mô mềm đòi hỏi phân tích kỹ cơ sinh học của biến dạng, nếu không rất dễ dẫn đến thất bại.

Trong trường hợp ca lâm sàng này các khớp không bị tổn thương, khi đưa ngón tay về tư thế trung tính thì bệnh nhân gấp duỗi được. Tổn thương chủ yếu ở bản mặt lòng của khớp liên đốt gần nên quyết định thu ngắn bản mặt lòng.

b.2 Phẫu thuật tái tạo khớp:

Trong một số trường hợp tổn thương ngón tay cổ ngỗng mà khớp liên đốt gần bị biến dạng, có thể dùng biện pháp thay khớp nhân tạo để tái tạo khớp.



b.3 Phẫu thuật hàn khớp:

Khi khớp liên đốt xa bị biến dạng như ngón tay búa và khớp liên đốt gần bị sưng nề tổn thương nặng, phẫu thuật hàn khớp tư thế chức năng có thể được xem xét. Phẫu thuật hàn khớp còn giúp giảm đau, vững chắc khớp, nhất là các trường hợp kèm theo viêm kéo dài



III Kết luận:

Biến dạng ngón tay cổ ngỗng là dị tật ít khi gặp. Biến dạng này đòi hỏi phải được phân tích về giải phẫu và cơ sinh học để việc điều trị tác động đúng vào cơ chế gây tổn thương để tránh các thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Fraser J. Leversedge, MD, and Felicity G.L. Fishman; TREATMENT OF BOUTONNIÈRE AND SWAN-NECK DEFORMITIES; <http://www.handtoelbow.com/pip-joint-deformity/>
2. David R. Steinberg, MD Swan-Neck Deformity, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine; <http://www.merckmanuals.com/home/bone,-joint,-and-muscle-disorders/hand-disorders/swan-neck-deformity>
3. Rajendran Srijithesh, An Unusual Cause of Swan Neck Deformity of the Fingers; *JAMA Neurol.* 2013;70(2):263-265. doi:10.1001/jamaneurol.2013.594

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG VẬT DA MẠCH XUYÊN RỂ QUẠT DÙNG CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG DA MÔ MỀM ĐẦU XÁ CẰNG CHÂN VÀ BÀN CHÂN

Bs Nguyễn Cao Viễn, Bs Trương Phạm Huỳnh Đăng Khoa,
Bs Trần Ngọc Diệu, Bs Trương Văn Tài, Đd Phan Minh Trường.

SUMMARY

Background: Perforating vessels patches represent an advancement in terms of skin failures treatment. On the distal third of the leg and the foot, the alternatives for skin covering are scarce, often requiring microsurgery. In this study, we aimed to make a prospective assessment of 15 patients submitted to treatment of defects areas of leg's distal third and the foot by means of pedicled patches in perforating arteries

Material and methods: A series of patients with soft tissue defects of various etiologies in the distal third of the leg and the foot were treated using perforator flap. Doppler ultrasound was used to identify recipient and donor vessels pre-operatively.

Results: In 4 cases perforating vessels had the fibular artery as source; in 7 case the posterior tibial artery, and; in 4 case the anterior tibial artery. The accuracy rate of the echodoppler was 85.2%. For young patients presenting injuries caused by trauma, procedure failures were found in 6.67%, fair in 26.66 %, good in 66.67% .

Conclusion: Based on our studies, we conclude that perforating vessels patches are a good alternative for skin failures on the distal segment of the leg and the foot. However, to be able to conclusively correct, it is necessary to have a large enough number of patients to be able to make accurate conclusions. Perforator flaps are a reliable option for closure of soft tissue defects of lower limb irrespective of size, location and depth. There is minimal donor site morbidity. It has the advantage of rapid dissection, flap elevation and reliable skin territory. As no special equipment is required it can be replicated in smaller centers also.

GIỚI THIỆU

Sử dụng vật da mạch xuyên cho điều trị khuyết hồng da mô mềm ở đầu xa cẳng chân là một bước tiến mới thay thế cho các điều trị khuyết hồng trước đây phải dùng các vật tự do có nối ghép mạch máu hoặc dùng các vật mạch trực có mạch máu hằng định.

Những tổn thương khuyết hồng da và tổ chức dưới da đầu xa cẳng chân như lộ gân cơ xương, mạch máu và thần kinh, lộ nẹp vít. Những tổn thương này không có khả năng ghép da. Việc sử dụng các khối ở cẳng chân như cơ sinh đôi, cơ dẻ rất hạn chế. Các khối cơ này có thể sử dụng thuận lợi cho các tổn thương đầu gần của cẳng chân. Vì vậy để che phủ các tổn thương ở đầu xa bắt buộc phải dùng các đảo da có cuống mạch hoặc các vật da tự do có nối ghép mạch máu để che phủ các khuyết hồng

Hiện nay, các vật da tự do thường được lấy phổ biến từ vật đùi trước ngoài, vật cơ lưng rộng, vật cơ răng trước vật cơ cẳng má đùi, vật cẳng tay trước... các vật này thường được dùng làm các vật tự do có nối ghép mạch máu che hồng đầu xa của cẳng chân

Mục tiêu của chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật vật da mạch xuyên cho các khuyết hồng đầu xa cẳng và bàn chân

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Các tiêu chí đưa vào nghiên cứu này bao gồm các trường hợp tổn thương khuyết hồng mô mềm đầu xa của cẳng chân lộ gân cơ xương mạch máu thần kinh và lộ nếp vết. Những tổn thương này không thể ghép da.

Sử dụng phần mềm thống kê

Các nguyên nhân gây khuyết hồng mô mềm ở đầu xa cẳng chân chủ yếu do chấn thương, tiểu đường, loét mạn, lộ nếp vết (Bảng 1).

Lập kế hoạch phẫu thuật

Trước mổ xác định vị trí tổn thương khuyết hồng của vùng đầu xa cẳng chân.

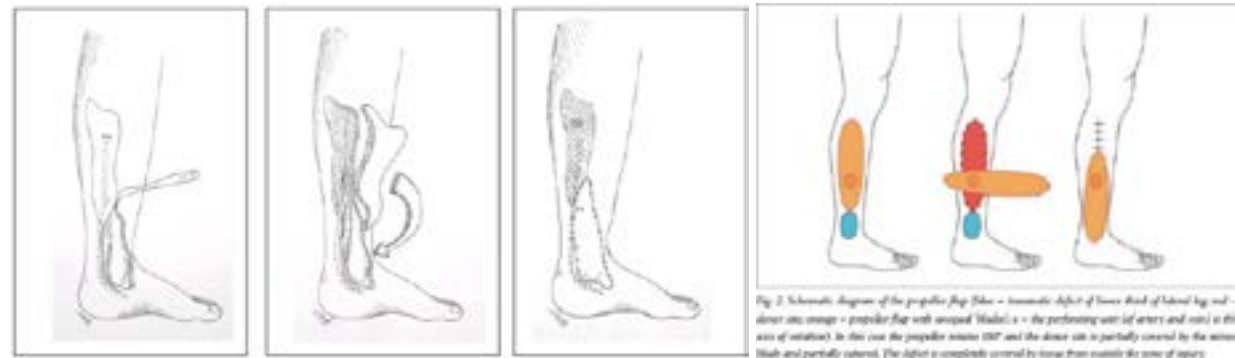
Siêu âm doppler mạch máu cầm tay tại vùng cần lấy vạt da xác định diện tích tổn thương và vạt mạch xuyên cần lấy vẽ vạt bằng viết không xóa

Kỹ thuật phẫu thuật

Xác định vị trí tổn thương tiến hành đặt Garrote vùng đùi.

Phác họa vạt da có mạch xuyên đã được xác định trước, cắt lọc vết thương vùng thương tổn, rạch da bộc lộ xác định chỗ ra của mạch xuyên cần lấy, sau đó bộc lộ toàn bộ vạt lấy lớp mỡ hoặc lấy kèm theo lớp cân và cơ khi cần để bảo vệ chỗ ra của mạch xuyên sau đó bộc lộ toàn bộ vạt và xoay che vùng tổn thương khuyết hồng.

Xả Garrote đánh giá sự tưới máu của vạt da, nhấp nháy vạt da xem da hồng trở lại



Hình 1

Sau đó khâu vạt da có dẫn lưu vạt. Băng vết thương lỏng lẻo chừa lại vạt da để theo dõi. Nếu ở những vùng có thể làm co giãn vạt da thì nên làm thêm nếp bột để cố định.

Khâu lại chỗ lấy vạt nếu được. Nếu không phải Ghép da vào nơi lấy vạt

Đánh giá vạt da chúng tôi theo dõi thời gian gần nhất để xem da sống và các da ghép ở thời điểm 3 tuần, sau đó đánh giá theo thời gian 2 tháng, 4 tháng,

II. KẾT QUẢ

Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu theo dõi 15 bệnh nhân có khuyết hồng mô mềm đầu xa cẳng chân và được sử dụng vạt mạch xuyên. Trong mẫu có 15 bệnh nhân: 11 nam và 4 nữ. (Bảng 1).

Vạt mạch xuyên được sử dụng có nguồn gốc: từ động mạch chày sau 7/15, từ động mạch mào 4/15, động mạch chày trước 4/15. Kích thước của vạt mạch xuyên được lấy: chiều rộng trung bình: 4,3 cm; chiều dài trung bình : 12,6 cm; diện tích trung bình : 72,6 cm2. Vạt da lớn nhất được lấy 6x 26 cm, các vạt da được lấy thường có diện tích lớn hơn so với vị trí tổn thương sau cắt lọc trung bình chiều rộng là 2.1cm, chiều dài 3.4 cm. . Tỷ lệ chính xác khi dùng siêu âm mạch máu so với mạch xuyên khi được phẫu thuật là 85,2%. Trong 10 bệnh nhân, vạt da mạch xuyên đã được xoay 180°, trong đó có 3 vạt 150 độ, 2 vạt xoay 110° (Bảng 2). Có 10 bệnh nhân phải ghép da lên nơi lấy vạt da mạch xuyên. 5 trường hợp có thể khâu trực tiếp. Nguyên nhân gây khuyết hồng mô mềm trong báo cáo chủ yếu do chấn thương (Bảng 2).

Vạt da sống hoàn toàn che phủ được vùng khuyết hồng 66.67%. vạt da có hoại tử đầu xa một phần nhưng vẫn che phủ được khuyết hồng không cần phải ghép da bổ sung 26.66 %. vạt da hoại tử chỉ che phủ được một phần là 6.67 % (Bảng 2). Trường hợp bệnh nhân thất bại chúng tôi chuyển qua phẫu thuật làm vạt tự do đùi trước ngoài hoặc các vạt có nhánh trực hăng định để che phủ kết quả vạt sống tốt.

Bệnh nhân	Tuổi	Giới	Nguyên nhân	Nơi tổn thương	Vị trí mạch xuyên
1	1991	Nam	Chấn thương	Gân gót	Đm chày sau
2	1986	Nam	Chấn thương	Mắt cá trong	Đm chày sau
3	1979	Nam	Chấn thương	Cổ bàn chân	Đm chày sau
4	1987	Nữ	Chấn thương	Mặt trước xương chày	Đm chày trước
5	1968	Nam	Tiểu đường	Hoại tử Lộ gân cơ chày	Đm chày trước
6	1972	Nữ	Chấn thương	Loét mắt cá ngoài	Đm mào
7	1987	Nam	Chấn thương	Lộ mặt ngoài xương chày	Đm mào
8	1972	Nam	Chấn thương	Lộ trước khớp cổ chân	Đm mào
9	1987	Nữ	Chấn thương	Lộ gân gót	Đm chày sau
10	1969	Nam	Tiểu đường	Lộ nếp vết xương chày	Đm chày sau
11	1780	Nam	Chấn thương	Lộ xương gót	Đm chày sau
12	1990	nam	Chấn thương	lộ nếp vết xương gót	Đm chày sau
13	1970	Nữ	Chấn thương	Lộ nếp xương chày	Đm chày trước
14	1991	nam	Chấn thương	V T lộ gân xương mu chân	Đm chày trước
15	1995	Nữ	Chấn thương	VT lộ gân xương mu chân	Đm mào

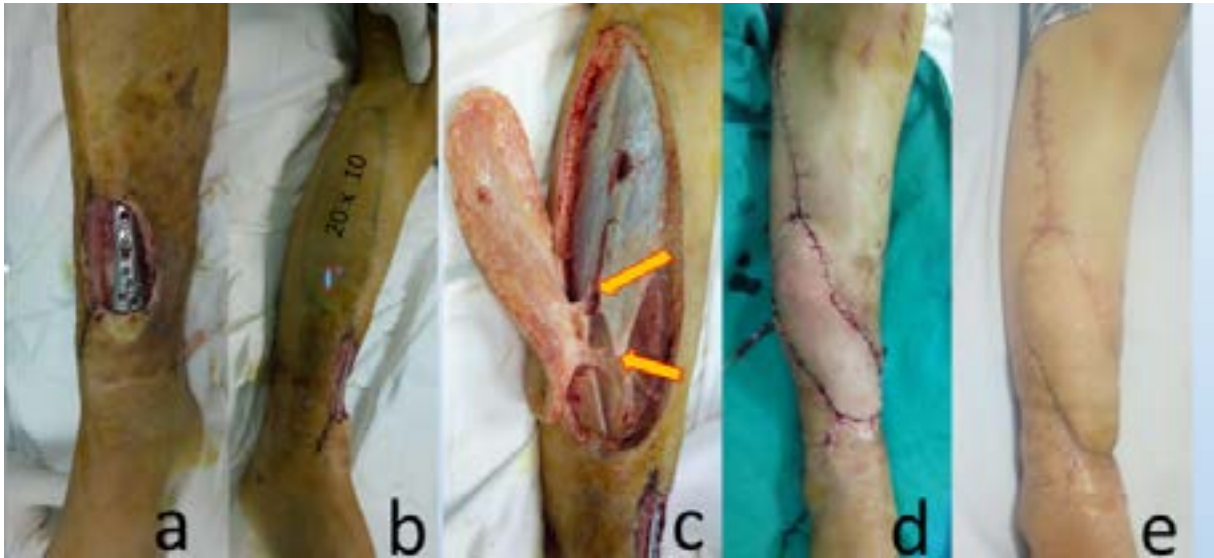
Bảng 1.

Bệnh nhân	Số mạch xuyên	Tỷ lệ chính xác	Số mạch dùng	Góc xoay	Diện tích vạt	Tỷ lệ sống vạt	Phục hồi
1	1	100	1	180	4x9	100	Hoàn toàn
2	2	95	1	180	6x14	98	Hoàn toàn
3	3	80	2	150	6x26	70	Một phần
4	3	100	1	180	2.5x15	100	Hoàn toàn
5	2	70	1	180	6x12	87	Một phần
6	1	95	1	180	4x8	100	Hoàn toàn
7	3	100	1	180	5x16	96	Một phần
8	2	80	1	110	4x20	100	Hoàn toàn
9	2	100	1	180	4x19	50	Hồng
10	1	95	1	180	5x12	95	Một phần
11	2	100	1	180	4x12	100	Hoàn toàn
12	3	100	2	150	4x8	100	Hoàn toàn
13	3	100	1	110	3x5	100	Hoàn toàn
14	2	90	1	150	3x7	90	Hoàn toàn
15	4	95	2	180	4x6	100	Hoàn toàn

Bảng 2.

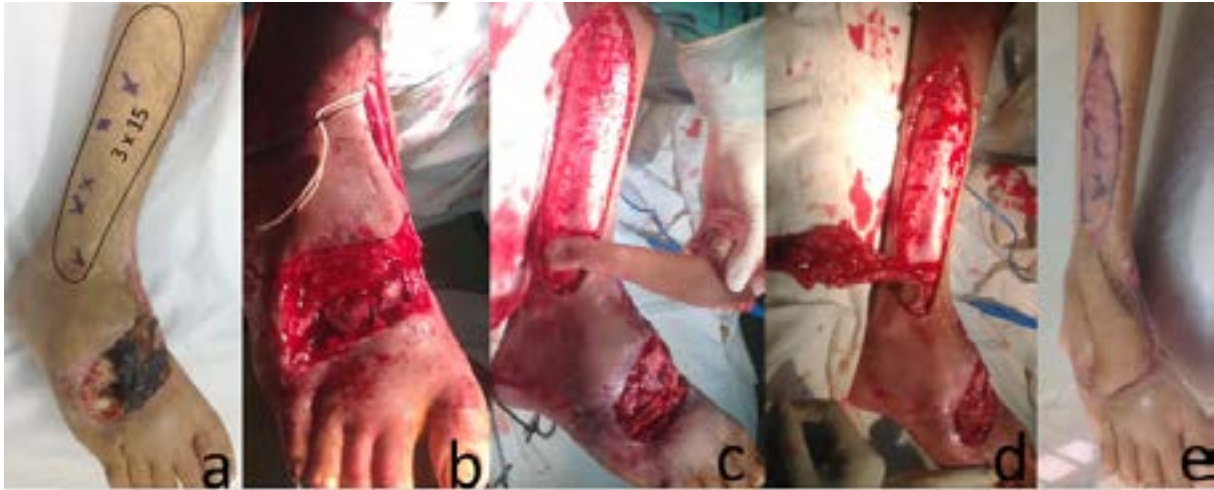
III. CA LÂM SÀNG

Trường hợp lâm sàng 1: Bệnh nhân nam 1987, bị tai nạn giao thông gãy 2 xương cẳng chân đã được kết hợp xương 1/3 dưới cẳng chân bằng nẹp vít sau 4 tuần da bị hoại tử lộ nẹp vít lộ xương, sau đó đã được cắt lọc đặt máy VAC 2 lần. và được xoay vạt da mạch xuyên của động mạch chày trước để che phủ khuyết hồng da. (hình 2)



Hình 2

Trường hợp lâm sàng 2: Bệnh nhân nam 1991, bị tai nạn giao thông gãy hở dập nát bàn chân đã được cắt lọc vết thương và xuyên đinh kishner giữ trục. Sau đó được cắt lọc da mặt mu chân bị hoại tử và được phẫu thuật xoay vạt da mạch xuyên của động mạch mào. (hình 3)



Hình 3

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương khuyết hồng mô mềm ở đầu xa cẳng chân đây là một trong những thách thức đối với bác sỹ vì phẫu tạo hình, do đặc điểm cấu trúc giải phẫu tại vùng này cơ ít, chủ yếu là gân và da che phủ xương vì vậy khi bị tổn thương da vùng này rất dễ bị lộ xương cũng như dễ hoại tử da khi bị kéo căng quá mức trong kết hợp xương. Tại đầu xa cẳng chân khi bị tổn thương rất dễ bị lộ xương vì vậy khả năng để dùng các vạt da ngẫu nhiên rất khó khăn[3], khả năng ghép da trên tổn thương khuyết hồng này gần như không được. Vì vậy để che phủ các tổn thương vùng này thường dùng các vạt da tự do có ghép nối mạch máu như vậy phải đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật kéo dài, thời gian điều trị dài hơn, chăm sóc hậu phẫu cũng nặng nề. Ngày nay với sự tiến bộ cũng như hỗ trợ của siêu âm mạch máu tìm ra vùng da do các mạch xuyên giúp cho các phẫu thuật viên tạo hình vi phẫu có thể dễ dàng che phủ các khuyết hồng ở đầu xa cẳng chân và bàn chân.

Trong những năm gần đây rất nhiều vạt da đã được mô tả dùng cho che phủ đầu xa của vùng cẳng chân như vạt cơ đầu xa[4,5], vạt da ngược dòng của động mạch chày trước, động mạch chày sau, động mạch mào[6], vạt trên mắt cá ngoài [1], vạt sural [2] và vạt có cuống của động mạch xuyên, vạt cơ che phủ khuyết hồng đầu xa thường dựa vào vạt cơ gấp ngón cái dài, vạt cơ chày trước, vạt cơ mào ngắn. Khi sử dụng các vạt cơ hoặc các vạt da đảo ngược dòng của động mạch chày trước, động mạch chày sau hoặc động mạch mào thì đánh đổi rất lớn về mặt chức năng. Cũng như mất đi một động mạch trục lớn [5.6]

Touam et al.[7] đã đưa ra nhận xét: vạt trên mắt cá ngoài, vạt sural, và vạt mạch xuyên có tính chất ứng dụng tương tự như nhau. Trong nghiên cứu so sánh giữa vạt trên mắt cá ngoài và vạt sural thì tỷ lệ hoại tử một phần và toàn bộ là 18,5% đối với vạt trên mắt cá ngoài. Gần đây hơn, Voche et al.[8] nghiên cứu đánh giá với 41 trường hợp và đưa ra báo cáo tỷ lệ hoại tử là 7,3%. Tuy nhiên, hai

tác giả này đều cho rằng kỹ thuật lấy và bóc tách vạt da trên mắt cá ngoài khó khăn hơn. Almeida et al.[9] đã đưa ra báo cáo kết quả hoàn toàn khác nhau với 25,3% vạt da sural bị hoại tử trong 71 trường hợp. Baumeister[10] công bố một phân tích về 70 trường hợp vạt da Sural ở bệnh nhân có bệnh lý tiểu đường đi kèm hoặc có các bệnh lý về nội khoa thì tỷ lệ hoại tử 36%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng vạt da mạch xuyên tỷ lệ hoại tử và hoại tử một phần 33.33 %. tỷ lệ này cũng phù hợp với tỷ lệ chung của các nghiên cứu gần đây, tuy nhiên để đánh giá tốt và chính xác thì cần phải có số lượng bệnh đủ lớn mới có thể đưa ra nhận định kết luận được.

Các nghiên cứu thực nghiệm về các nhánh mạch xuyên của cẳng chân dựa trên 3 động mạch chính được các tác giả nghiên cứu rất kỹ như; Koshima[12] nghiên cứu 25 Tử thi đã phát hiện trung bình 31 động mạch xuyên của động mạch chày sau và chày trước với hầu hết các nhánh được tìm thấy giữa đầu gần xương chày và mắt cá ngoài. Ferreira et al.[11] nghiên cứu trên 45 Tử thi tìm thấy trung bình 30 nhánh ra của động mạch xuyên xuất phát từ động mạch chày sau và động mạch mào

Góc xoay của vạt mạch xuyên khá lớn lên đến 180° nên vấn đề đặt ra ở nhiều phẫu thuật viên là cuống mạch có bị xoắn và làm hoại tử vạt hay không theo . Ahmet et al.[13] , trong nghiên cứu thực nghiệm với chuột, cho thấy góc xoay lên đến 180 độ không ảnh hưởng đến vạt da, tuy nhiên với góc xoay lớn có thể làm yếu hệ thống tĩnh mạch.

KẾT LUẬN

Sử dụng vạt da mạch xuyên để che phủ cho khuyết hồng đầu xa cẳng chân và bàn chân đây là một lựa chọn tốt cho các bác sỹ phẫu thuật viên tạo hình. Với các nghiên cứu đầy đủ và lập ra bản đồ mạch xuyên của nhiều tác giả trên thế giới đã giúp ích rất nhiều cho chúng ta có thể ứng dụng dễ dàng. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi với số lượng ca lâm sàng còn ít nên chưa có một kết luận nào. Còn việc ứng dụng vạt da mạch xuyên cho khuyết hồng đầu xa chi dưới da được nhiều tác giả trên thế giới đánh giá và cho kết quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masquelet AC, Beveridge J, Romana C, Gerber C. The lateral supramaleolar flap. Plast Reconstr Surg. 1988;84:74-81.
2. Donski PK, Fogdestam I. Distally based fasciocutaneous flap from the sural region: a preliminary report. Scand J Plast Reconstr Surg. 1983;17:191-6
3. Hallock GG. Distal lower leg local random fasciocutaneous flap. Plast Reconstr Surg. 1990;86:304-11.
4. Masquelet AC, Gilbert A. An atlas of flaps in limb reconstruction. London: Martin Dunitz; 1995. p.130-7.
5. Cortes M, Borges LC, Lima SCA. A new muscle flap to cover the lower third of the leg and foot. Rev Bras Ortop. 1993;28:687-93.
6. Chang SM, Zhang F, Yu GR, Hou CL, Gu YD. Modified distally based peroneal artery perforator flap for reconstruction of foot and ankle. Microsurgery. 2004;24:430-8.
7. Touam C, Rostoucher P, Bhatia A, Oberlin C. Comparative study of two series of distally based fasciocutaneous flaps for coverage of the lower one-fourth of the leg, the ankle, and the foot. Plast Reconstr Surg. 2001;107:383-92.
8. Voche P, Merle M, Stussi JD. The lateral supramalleolar flap: experience with 41 flaps. Ann Plast Surg. 2005;54:49-54.
9. Almeida MF, Costa PR, OkawaRY. Reverse-flow island sural flap. Plast Reconstr Surg. 2002;109:583-91.
10. Baumeister SP, Spierer R, Erdmann D, Sweis R, Levin LS, German GK. A realistic complication analysis of 70 sural artery flaps in a multimorbid patient group. Plast Reconstr Surg. 2003;112:129-40.
11. Ferreira LM, Andrews JM, Filho JL. Fasciocutaneous distal base: anatomical study and clinical application in the lower third of the leg and ankle. Rev Bras Ortop. 1987;22:127- 31.
12. Koshima I, Moriguchi T, Ohta S, Hamanaka T, Inoue T, Ikeda A. The vasculature and clinical application of the posterior tibial perforator-based flap. Plast Reconstr Surg. 1992;90:643-9.
13. Ahmet D, Murat A, Levent Y, Ahmet K. The effect of twisting on perforator flap viability an experimental study in rats. Ann Plast Surg. 2006;56:186-9.

KHẢO SÁT VẬT CƠ SINH ĐÔI CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG CẰNG CHÂN VÀ GỐI

VÕ HÒA KHÁNH

TÓM TẮT

Tổng quan: Che phủ khuyết hồng vùng cẳng chân và gối là một thách thức lớn vì đây là một tổn thương phức tạp bao gồm mất mô mềm, gãy xương, mất đoạn xương. Cơ sinh đôi là một lựa chọn tốt để che phủ khuyết hồng vùng 1/3 trên cẳng chân và vùng gối.

Mục tiêu: Khảo sát kết quả gần và kết quả xa của vật cơ sinh đôi để che phủ khuyết hồng vùng 1/3 trên cẳng chân và vùng gối

Phương pháp: 31 trường hợp trong đó có 19 trường hợp tiền cứu và 12 trường hợp hồi cứu được che phủ bằng vật cơ sinh đôi trong và sinh đôi ngoài

Kết quả: Chỉ có một trường hợp hoại tử vật cơ sinh đôi, tỉ lệ sống của vật cơ rất cao 96,77%, biến chứng tụ máu chỉ có một trường hợp

Kết luận: Che phủ khuyết hồng vùng 1/3 trên cẳng chân và vùng gối bằng vật cơ sinh đôi là một lựa chọn an toàn, hiệu quả

EVALUATE THE GASTROCNEMIUS MUSCLE FLAP USED AS COVER FOR EXPOSED UPPER TIBIA AND KNEE

VO HOA KHANH

ABSTRACT

Background: Management of exposed tibia and knee as a result of any injury is large challenging. The difficulties come from poor vascularity of the area with high incidence of infection rate especially in delayed management waiting for the granulation tissue. However the versatility of the gastrocnemius muscle flap for reconstruction of defects in the knee region and upper one-third of the calf is well known.

Objective: Evaluate the results of the gastrocnemius muscle flap used as cover for exposed upper tibia, knee and it is complications.

Methods: Among 31 cases with different type of injuries to the lower limb, the gastrocnemius muscle flap used to cover exposed tibia and knee.

Results: All 30/31 flaps survived (96,77%), however a minor complications such as wound hematoma were encountered in 1 case.

Conclusion: The study reports the safe and successful of gastrocnemius in cover upper one – third tibia and knee.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TRẬT KHỚP VAI RA SAU BỎ SÓT

Lê Văn Tuấn, Cao Thi, Phan Trung Trực, Trần Bình Dương

Tóm tắt:

Trật khớp vai ra sau hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 4% các trường hợp trật khớp vai. Chính vì vậy nhiều trường hợp trật khớp vai ra sau bị bỏ sót chẩn đoán. Việc bỏ sót chẩn đoán đưa đến các biến chứng như trật khớp vai tái hồi, tổn thương sụn khớp gây hoại tử chỏm xương cánh tay và đau mạn tính.

Từ khóa: trật khớp vai ra sau.

Abstract:

Posterior shoulder dislocations are considerably less common, accounting for no more than 4% of all shoulder dislocations. Perhaps for this reason, many posterior shoulder dislocations are initially missed by treating physicians, and diagnosis is delayed in nearly all cases. Failure to diagnose and treat posterior dislocations promptly can result in complications, including recurrent dislocations, avascular necrosis of the humeral head, degenerative disease, and chronic pain.

GIỚI THIỆU CA BỆNH

Hành chính : Huỳnh Phương Q

Bệnh nhân nam, sinh năm 1990. Địa chỉ: Long An

Lí do nhập viện: hạn chế vận động vai trái

Bệnh sử

Bệnh nhân bị tai nạn giao thông cách nhập viện khoảng 2 tháng. Sau tai nạn đau vai trái và đi khám bệnh viện X, được cho chụp X-quang vai và cho về với chẩn đoán chấn thương phần mềm vai và cho thuốc về uống. Bệnh nhân uống hết thuốc 1 tháng lên tái khám và tiếp tục cho thuốc uống thêm 1 tháng. BN thấy không giảm nên tự đi lên khám tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiền căn

Khỏe mạnh

Khám

Tổng quát:

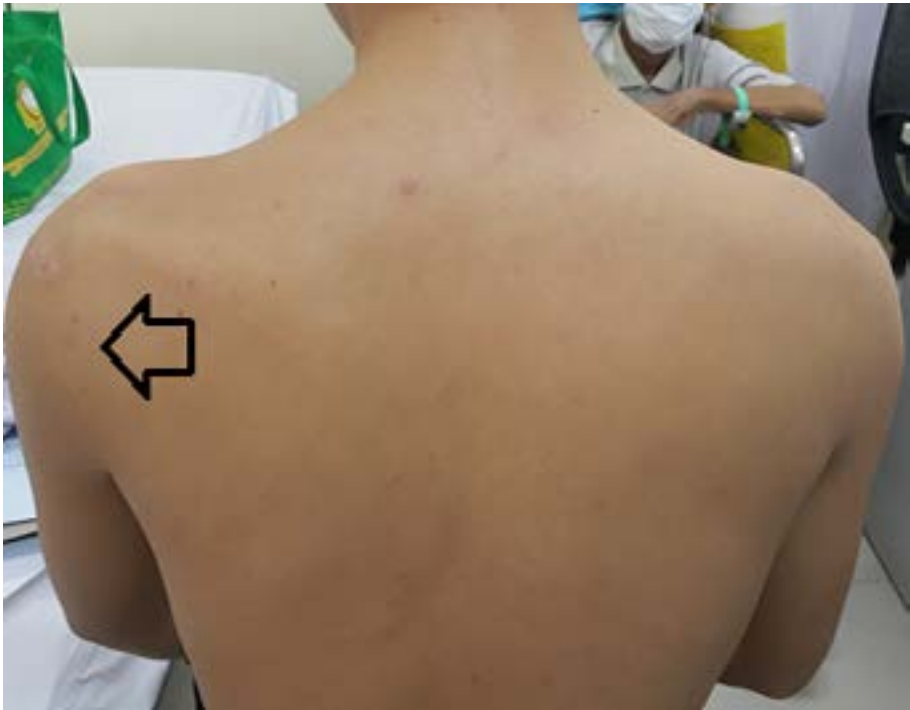
Thể trạng trung bình, BMI: 20

Cơ quan vận động:

Vai T có hơi teo cơ nhẹ cơ trên gai và dưới gai, đầu ổ khớp rộng

Sờ được chỏm xương cánh ở phía sau ổ chảo (mũi tên)

Hình ảnh lâm sàng:



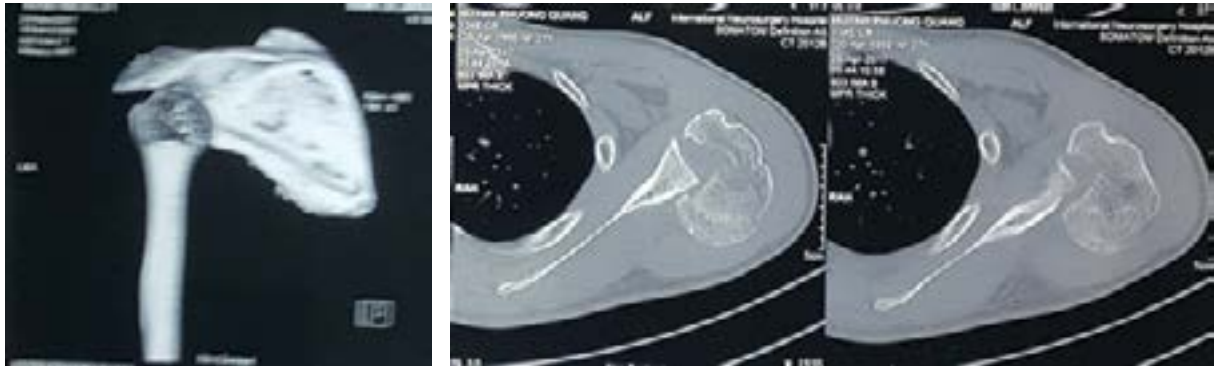
Dạng vai 70 độ, hạn chế xoay trong ngoài. Thang điểm Constant 31 điểm
Hình ảnh Xquang:



Hình ảnh xquang nếu nhìn không kỹ dễ bỏ qua chấn đoán vì còn sự tương quan nhất định giữa ổ chảo và chỏm xương cánh tay

Qua khám lâm sàng, hình ảnh Xquang. Bệnh nhân được chẩn đoán: trật khớp vai ra sau, bệnh nhân được chụp CT dựng hình khớp vai

Hình ảnh CT:



Hình ảnh CT cho thấy trật khớp vai ra sau với tổn thương Hill-Sach phía trước độ III (McLaughlin lesion) lớn.

Điều trị và diễn tiến

Bệnh nhân được nhập viện chuẩn bị tiền phẫu, được lên chương trình mổ đặt lại khớp vai.

Hình ảnh sau mổ:



Sau mổ 4 tuần

Thang điểm chức năng khớp vai trái cải thiện từ 26 → 48 điểm, (khác biệt 2 bên 25 điểm: khá)

Hiện tại bệnh nhân: gập vai ra trước 130°, duỗi 45°, dạng vai 90°, khép vai 30° xoay trong 45°, xoay ngoài 45°

BÀN LUẬN

Trật khớp vai ra sau. Là một nguyên nhân hiếm gặp chiếm khoảng 2% trong cá loại trật khớp vai, nhưng thường bị bỏ sót khi thăm khám, thường gây biến chứng hạn chế nhiều chức năng khớp vai do chấn thương ban đầu cùng với biến chứng đèn trể như đau mãn tính, trật khớp vai tái hồi. Lâm sàng thường bệnh nhân biến dạng xoay trong và tư thế khép vai. CT là phương tiện hữu dụng để đánh giá mức độ trật khớp vai cũng như đánh giá biến chứng tổn thương Hill-Sachs lesion để có hướng điều trị thích hợp, tránh biến chứng hạn chế chức năng sau này. Trong phân độ tổn thương trật khớp vai ra sau theo MC Laughlin lesion: độ 1: tổn thương Hill- Sachs < 25% , dưới bốn tuần : nắn kín và bất động khớp vai ở tư thế xoay ngoài 30° ; độ 2-3: tổn thương Hill-sachs 25-50%<, cần phải phẫu thuật mổ mở, ghép xương và cố định bằng vis; độ 4- 5: bệnh nhân thường tổn thương chỏm xương cánh tay lớn cần thay khớp bán phần hay toàn phần

Kết luận:

trật khớp vai ra sau là một chấn thương hiếm gặp, nhưng thường bị bỏ sót trong thăm khám bệnh nhân lần đầu, ngay cả ở những cơ sở có chuyên khoa chấn thương chỉnh hình, gây ra biến chứng hạn chế nhiều chức năng khớp vai về sau do chấn thương ban đầu cũng như những biến chứng do đến muộn. Cần thăm khám cận thận chi tiết một cách có hệ thống đối với bệnh nhân chấn thương vai đi kèm với những biến dạng đặc biệt: biến dạng xoay trong, khép vai.... Khi chẩn đoán trật khớp vai ra sau bệnh nhân cần được hỗ trợ thêm các phương tiện cận lâm sàng đặc biệt là CT scan vùng vai để có kết hoạch điều trị thích hợp.

Tài liệu tham khảo

- 1 Cicak, Nikola. “Posterior dislocation of the shoulder.” *JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY-BRITISH VOLUME*- 86.3 (2004): 324-332.
- 2 Levine, William N., and Guido Marra. *Fractures of the shoulder girdle*. CRC Press, 2016.

BIẾN DẠNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TẠO XƯƠNG BẤT TOÀN VÀ GIẢI PHÁP**LƯƠNG ĐÌNH LÂM VÀ CỘNG SỰ****I – ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh tạo xương bất toàn (BTXBT), theo cách gọi dân gian còn được gọi là bệnh xương thủy tinh , tên khoa học là Osteogenesis Imperfecta (OI). BTXBT nằm trong nhóm bệnh lí bao gồm nhiều thể lâm sàng và có tính di truyền. Đặc trưng của bệnh là thiếu hoặc kém chất lượng của collagen type I , thành phần chủ yếu tạo nên mô liên kết gây nên bệnh cảnh lâm sàng không những ở xương mà còn ở [da](#),[dây chằng](#), [củng mạc mắt](#) và [răng](#) .

- Biến dạng ở xương rất phức tạp bao gồm :

- 1- xương quá nhỏ so với trẻ cùng lứa tuổi (BN 20 tuổi mà đường kính xương đùi chỉ hơn 3mm)
- 2- xương ngắn hơn nhiều so với cùng lứa tuổi (BN 20 tuổi chỉ cao 70 cm)
- 3- xương thường cong vẹo (do xương quá mềm các khối cơ không đồng đều co kéo lâu ngày gây cong ; ở xương đùi cong ra sau vào trong, xương cẳng chân cong ra sau. V.V ...)
- 4- Xương đa số không có ống tủy
- 5- Xương không tròn mà đa số lại dẹt
- 6- Xương hai chi phát triển không đồng đều gây nên hiện tượng chân ngắn chân dài
- 7- Hai đầu xương thường rất mềm trong khi thân xương lại khô cứng.

Chính những biến dạng này đã giải thích cho chúng ta hiểu tại sao BN OI chỉ cần ho, hắt hơi hay giật mình cũng đủ cho BN phải gãy xương , làm cho cha mẹ chúng luôn sống trong tâm trạng lo sợ, mệt mỏi và rất tuyệt vọng.

- Muốn KHX cho những BN này không thể dùng những dụng cụ KHX hiện có mà phải chế tạo những dụng cụ riêng.
- Ngoài ra cũng cần phải có phương pháp KHX thích hợp mới có hiệu quả

II – ĐỐI TƯỢNG, VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1- Đối tượng nghiên cứu:****1.1. - bệnh nhi**

- Tất cả những bệnh nhi được gia đình khẩn thiết yêu cầu vì:
 - Gãy xương liên tục
 - Không đi lại được
 - Sợ gãy xương không dám cho con đi học
 - Lâm sàng và xét nghiệm đúng là bệnh tạo xương bất toàn
 - Bệnh nhi không đi được do:
 - Xương bị gãy nhiều lần với chấn thương nhẹ
 - Chân ngắn chân dài
 - Cong vẹo trên 20 độ
 - Bệnh nhi gãy xương ở chi cong vẹo trên 15 độ
 - Đối tượng bệnh nhi loại trừ
 - Chưa được gia đình bệnh nhi đưa đi phẫu thuật
 - Chưa uống cao cá sấu và tập luyện trên 6 tháng (trừ trường hợp có gãy xương)

- Không đủ tiêu chuẩn cho gây mê

1.2. Dụng cụ phẫu thuật

- Thước chia độ 1cm² để đo kích thước xương khi chụp XQ



- Cưa xương tự tạo (là cưa thép nhỏ gọn hình bán cung)



- Bộ định hướng để khoan xương



- Bộ định hướng khoan đinh đôi



- Nẹp khóa điểm tự chế



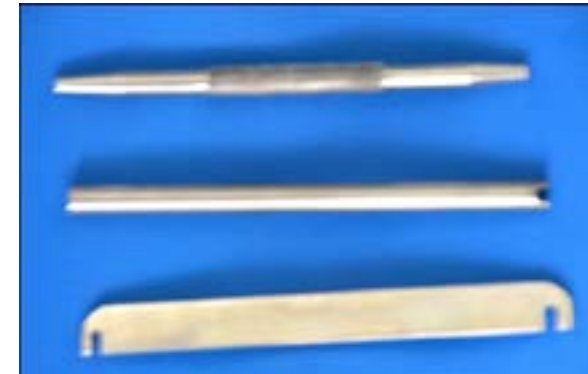
- Dụng cụ định hướng đóng đinh xương chày



- Thước đo chiều dài và đường kính của xương



- Bể định và đuôi định



- C-arm để kiểm tra khi phẫu thuật

2- Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang nhằm xác định những biến dạng của xương và xác định kết quả của phẫu thuật, những biến chứng nếu có, gồm :

- Lập hồ sơ từng bệnh nhi trước và sau mổ
- Theo dõi sát sau mổ, hàng tháng có chụp XQ kiểm tra
- Theo dõi tình trạng vết mổ, khả năng vận động sau mổ,
- Những biến chứng như ; nhiễm trùng vết mổ, di lệch thứ phát sau mổ, quá trình liền xương...
- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.
- Phương pháp phẫu thuật

1.1. Kỹ thuật đóng 2 đinh vào xương đùi không mở khớp gối

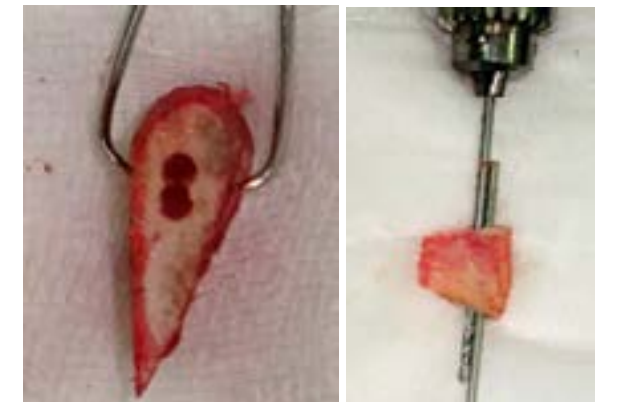
1.1.1. Xử lý xương cong vẹo bằng cắt từng đoạn ngắn



1.1.2. Sắp xếp thành đoạn thẳng



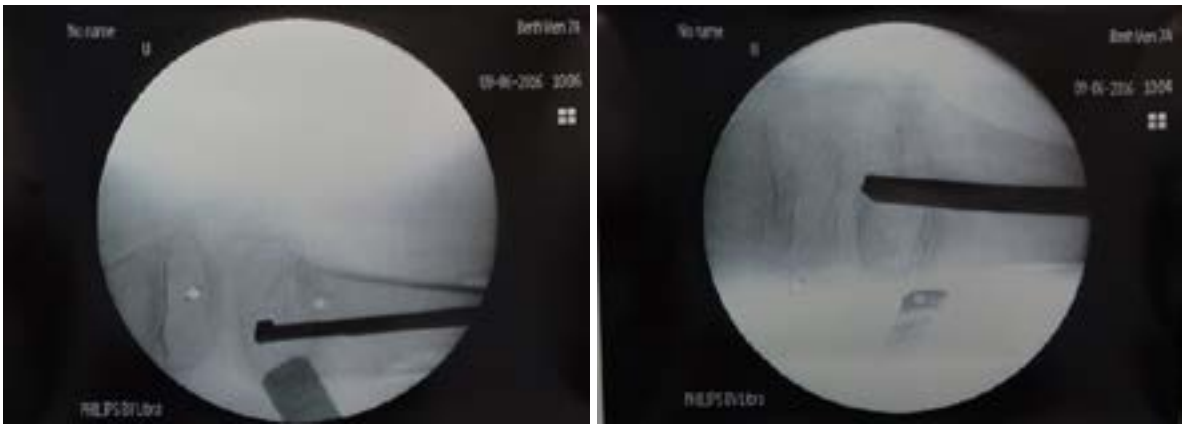
1.1.3. Khoan từng mẫu xương với 2 lỗ song song



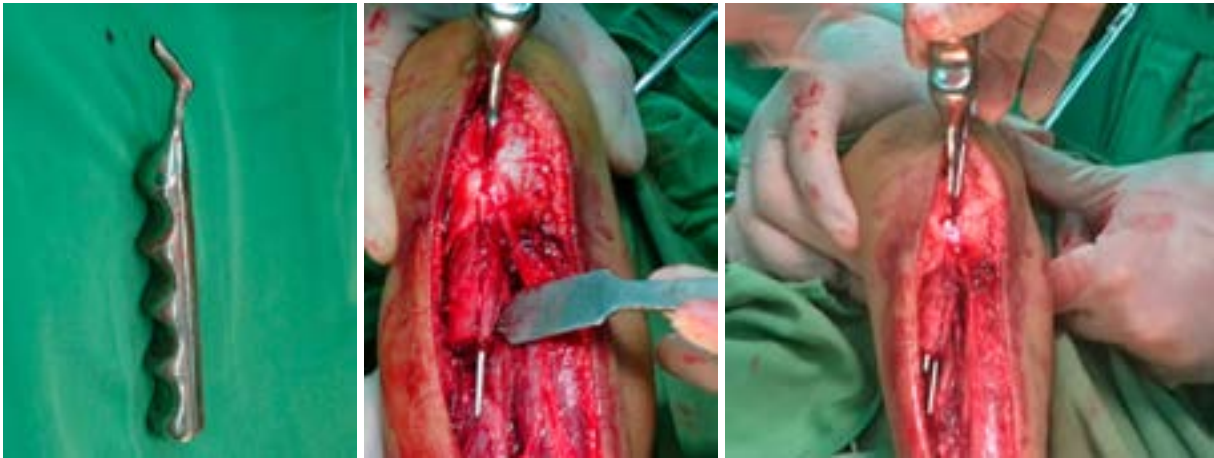
1.1.4. Xuyên 2 đinh vào các đoạn đã khoan,



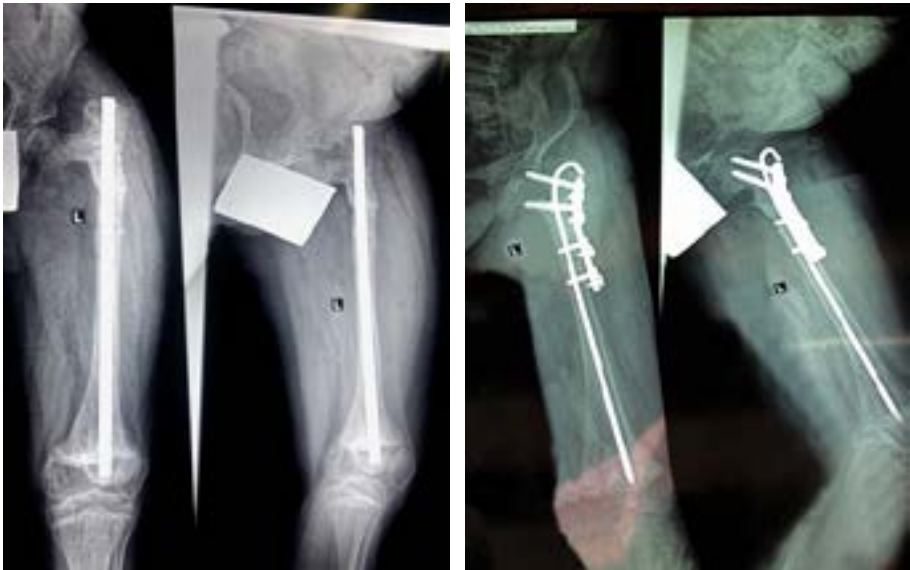
- 1.1.5. Đóng đinh có móc xuống đầu ngoại vi xuống trước
- 1.1.6. C-Arm kiểm tra



1.2. Kỹ thuật đóng đinh vào xương chày không mở khớp gối và trần chày



1.3. Kỹ thuật kết hợp xương vùng mấu chuyển và cổ xương đùi với nẹp khóa tự chế



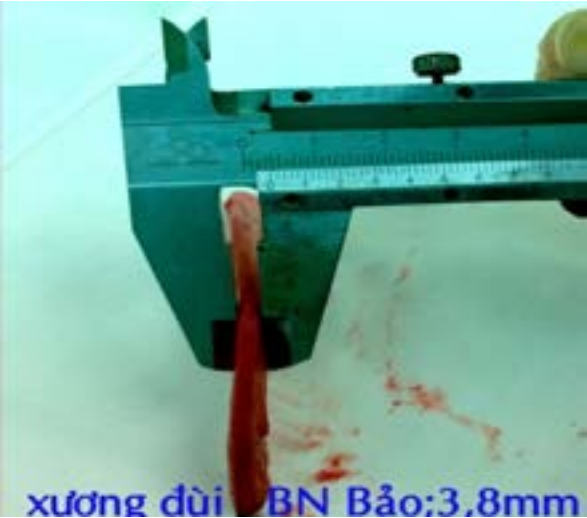
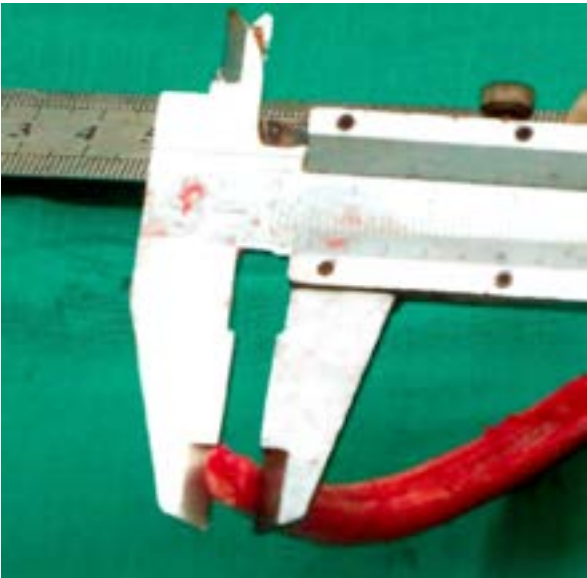
III – KẾT QUẢ

Từ 2/2010 đến nay, theo dõi điều trị với 114 chi (48 ở xương chày , 55 thân xương đùi, 7 cổ xương đùi và 4 bàn chân khèo) cho 48 bệnh nhân .

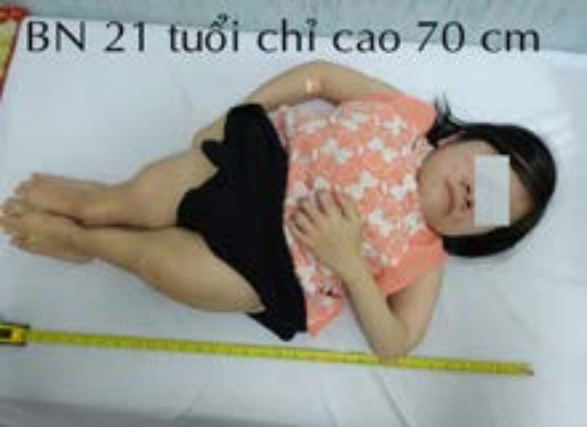
1 Những biến dạng xương

1.1. Xương nhỏ

Tuổi	Đùi trẻ bình thường	Đùi trẻ bị bệnh OI	Cẳng chân trẻ bình thường	Cẳng chân trẻ bị OI
2 - 5	12mm - 15mm	7mm - 10mm	12mm - 14mm	6mm - 9mm
6 - 9	16mm - 18mm	7mm - 12mm	15mm - 17mm	6mm - 10mm
10 - 12	18mm - 20mm	8mm - 12mm	17mm - 19mm	7mm - 10mm
13 - 16	20mm - 25mm	8mm - 14mm	20mm - 25mm	8mm - 12mm



1.2. Xương ngắn 98/110



1.3. Xương cong vẹo , gập góc 110/110



1.4. Xương không có ống tủy 72/110



1.5. Xương không tròn, dẹt 66/110



1.6. Xương chân ngắn, chân dài 28/55



1.7. Đầu xương mềm, thân cứng 110/110

(Đặc biệt đầu xương hình bắp rang rất mềm)



2 – Loại mổ kết hợp xương

- 2.1 - Phẫu thuật xương đùi = 55
- 2.2 - Phẫu thuật cẳng chân = 48
- 2.3 - Phẫu thuật cổ xương đùi = 7
- 2.4 - Phẫu thuật bàn chân = 4

Trong đó

- 2.5 - Đinh + nẹp khóa = 25 { 19 cho đùi và 6 cho cẳng chân}
- 2.6 - Đinh đôi tự chế = 71 (có thể dài ra theo sự phát triển của xương)
- 2.7- Đinh đơn thuần = 7
- 2.8 - Nẹp khóa đơn thuần = 4 (cho cổ xương đùi)

Phần lớn các trường hợp phải dùng đinh kết hợp với nẹp khóa, hoặc đinh đôi, điều này cho thấy ngoài khó khăn do xương nhỏ, khó khoan, khó cắt mà ngay cả khi cố định xương cũng rất khó khăn. Chúng tôi đã tự sáng chế các dụng cụ để có thể khoan vào chính giữa các xương bị biến dạng, cũng như cố định vững chắc các xương này.

3 – Kết quả phẫu thuật

3.1 - Phục hồi trục chi dưới 96/110

3.2 - Liên xương nhanh: từ 1-2 tháng

3.3 - Cơ năng: 7 BN về nhà chưa theo dõi được; 17 BN đã đi được, 8 BN dắt đi được; 6 BN đang tập đi trên song sắt; 10/48 trẻ chưa đi được.

1.4 - Biến chứng :

3.4.1 - Khớp giả 4 trường hợp (nguyên nhân được xác định là sao khi cắt xương từng đoạn các điểm tiếp giáp xương bị tiêu hủy thậm chí có trường hợp tiêu hẳn một đoạn) BN Sơn Hoàng Tỷ 15 tuổi hiện vẫn đi được với nạng



1.1.2 - Lòi đinh ra ngoài vỏ xương 9 trường hợp (Do giai đoạn đầu chưa hiểu rõ bệnh OI nên đinh không đủ dài đến 2 khớp nên sau một thời gian đinh từ giữa xương bị đẩy ra ngoài)



1.1.3 Lòi đinh ra khớp gối và mấu chuyể 5 trường hợp (Do xương yếu các đoạn xương sau khi cắt rồi ghép vào nhau, chúng có thể lún vào nhau hoặc bị tiêu bớt dẫn tới đinh bị lòi vào khớp)

IV - Kết luận

1. Trước phẫu thuật, tất cả các trẻ đều có gãy xương nhiều lần, nhiều nơi ở chi dưới. Tại thời điểm đánh giá, có 45/48 bệnh nhân không gãy xương thêm.

2. Trước khi được bắt động phẫu thuật lần đầu, chỉ có 6 trẻ (6/48) đi lại được và có đến 42 trẻ đã chưa bao giờ đi được. Sau khi phẫu thuật, hơn phân nửa số những trẻ không thể vận động thì nay đã có thể đi lại được ($p=0.016$). Số trẻ có thể đi lại được có hoặc không có sự trợ giúp đã tăng lên con số 31/48 ($p=0.0001$)

2. Chúng tôi nhận thấy không có bằng chứng tổn thương hành xương sau khi phẫu thuật sau 7 năm.

3. Tỷ lệ biến chứng:

3.1. khớp giả 4/110.

3.2. Đinh trôi ra phía đầu xương và xuống khớp 8/110.

3.3. Chi cong trở lại 16/110 (trong đó có 6 trường hợp dính lồi ra ngoài, 3 trường hợp gãy gần đầu đỉnh, 1 trường hợp gãy đỉnh do môi).

4. Những kinh nghiệm có được sau 114 lần phẫu thuật:

4.1. Bệnh nhân cần uống thuốc cao cá sấu và tập luyện trước mổ ít nhất 6 tháng

4.2. 5.2 . Sau mổ cũng phải uống thuốc và tiếp tục tập luyện

5.3 . Trước mổ phải được chụp XQ với thước đo để có thể chuẩn bị cho cuộc mổ được tốt nhất

5.4 . Bắt buộc phải có đầy đủ dụng cụ cho mổ bệnh nhi OI

Tài liệu tham khảo

1. Sofield HA, Millar EA. Fragmentation, realignment, and intramedullary rod fixation of deformities of the long bones in children. A ten-year appraisal. J Bone Joint Surg Am. 1959;41:1371-91.
2. Bailey RW, Dubow HI. Studies of longitudinal bone growth resulting in an extensible nail. Surg Forum. 1963;14:455-8.
3. Marafioti RL, Westin GW. Elongating intramedullary rods in the treatment of osteogenesis imperfecta. J Bone Joint Surg Am. 1977;59:467-72.
4. Bailey RW. Further clinical experience with the extensible nail. Clin Orthop Relat Res. 1981;159:171-6.
5. Niemann KM. Surgical treatment of the tibia in osteogenesis imperfecta. Clin Orthop Relat Res. 1981;159:134-40.
6. Gamble JG, Strudwick WJ, Rinsky LA, Bleck EE. Complications of intramedullary rods in osteogenesis imperfecta: Bailey-Dubow rods versus nonelongating rods. J Pediatr Orthop. 1988;8:645-9.
7. Mulpuri K, Joseph B. Intramedullary rodding in osteogenesis imperfecta. J Pediatr Orthop. 2000;20:267-73.
8. Zeitlin L, Fassier F, Glorieux FH. Modern approach to children with osteogenesis imperfecta. J Pediatr Orthop B. 2003;12:77-87.
9. Lang-Stevenson AI, Sharrard WJ. Intramedullary rodding with Bailey-Dubow extensible rods in osteogenesis imperfecta. An

interim report of results and complications. J Bone Joint Surg Br. 1984;66:227-32.

10. Stockley I, Bell MJ, Sharrard WJ. The role of expanding intramedullary rods in osteogenesis imperfecta. J Bone Joint Surg Br. 1989;71:422-7.

11. Nicholas RW, James P. Telescoping intramedullary stabilization of the lower extremities for severe osteogenesis imperfecta. J Pediatr Orthop. 1990;10:219-23.

12. Porat S, Heller E, Seidman DS, Meyer S. Functional results of operation in osteogenesis imperfecta: elongating and nonelongating rods. J Pediatr Orthop. 1991;11:200-3.

13. Zions LE, Ebramzadeh E, Stott NS. Complications in the use of the Bailey-Dubow extensible nail. Clin Orthop Relat Res. 1998;348:186-95.

14. Jerosch J, Mazzotti I, Tomasevic M. Complications after treatment of patients with osteogenesis imperfecta with a Bailey-Dubow rod. Arch Orthop Trauma Surg. 1998;117:240-5.

15. Janus GJ, Vanpaemel LA, Engelbert RH, Pruijs HE. Complications of the Bailey-Dubow elongating nail in osteogenesis imperfecta: 34 children with 110 nails. J Pediatr Orthop B. 1999;8:203-7.

16. Karbowski A, Schwitalle M, Brenner R, Lehmann H, Pontz B, Worsdorfer O. Experience with Bailey-Dubow rodding in children with osteogenesis imperfecta. Eur J Pediatr Surg. 2000;10:119-24.

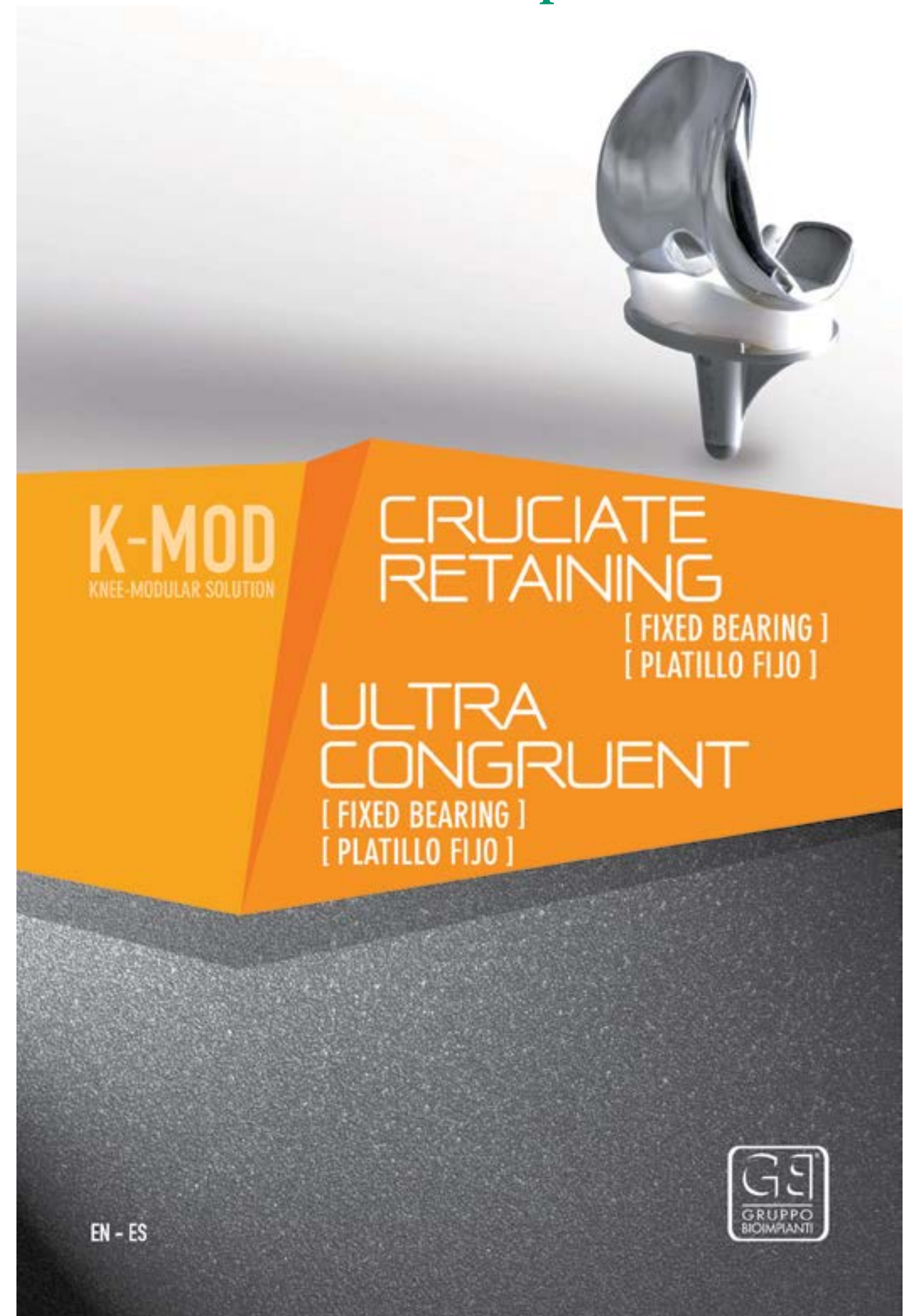
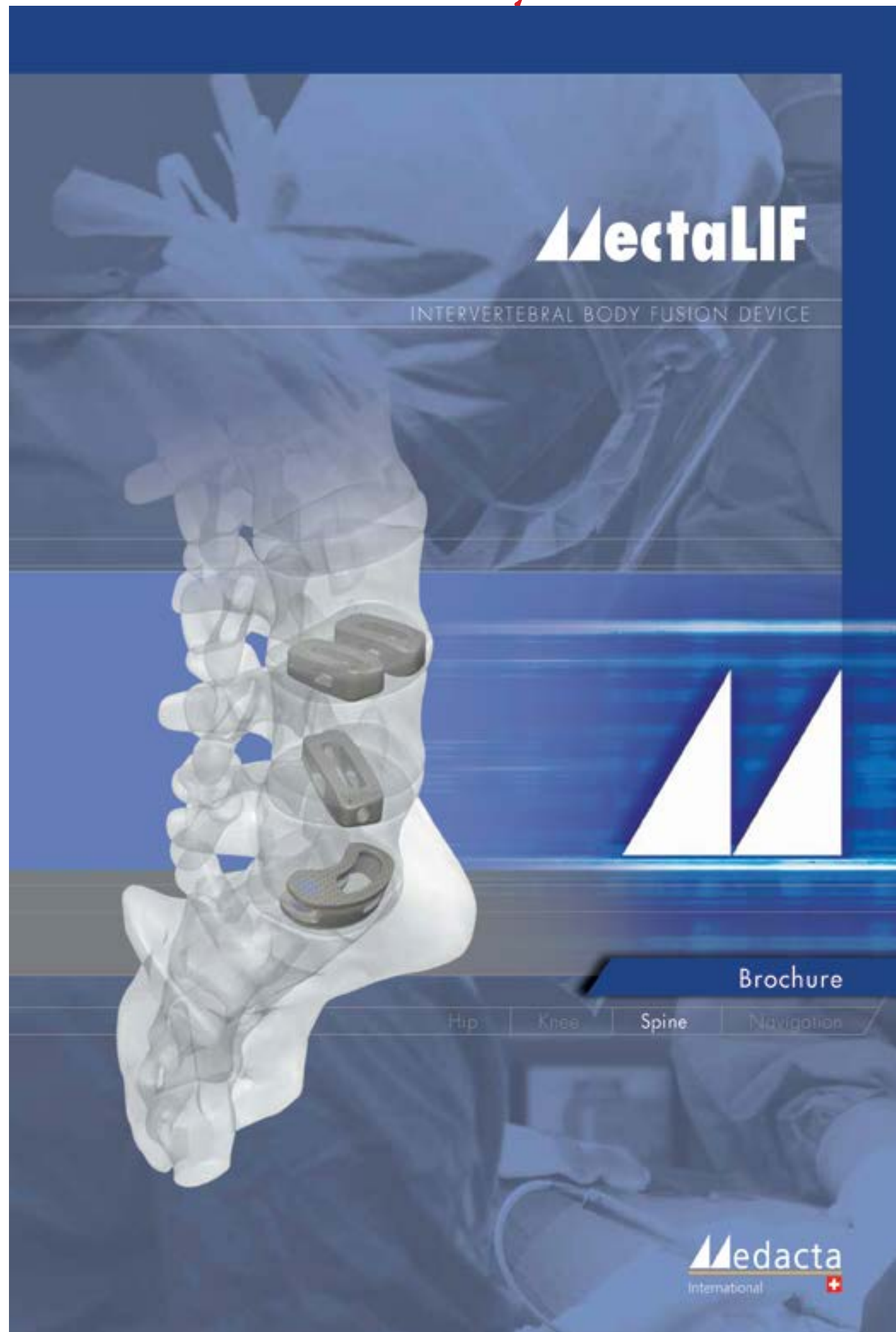
17. Wilkinson JM, Scott BW, Clarke AM, Bell MJ. Surgical stabilisation of the lower limb in osteogenesis imperfecta using the Sheffield Telescopic Intramedullary Rod System. J Bone Joint Surg Br. 1998;80:999-1004.

18. Sillence DO, Senn A, Danks DM. Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. J Med Genet. 1979;16:101-16.

19. Finidori G, Rigault P, Padovani JP, Bensahel H. L'enclouage centro-médullaire télescopique chez l'enfant atteint d'ostéogenèse imparfaite. [Expanding intramedullary rods in the treatment of osteogenesis imperfecta (author's transl)]. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1979;65:235-42. French.

20. Rauch F, Travers R, Munns C, Glorieux FH. Sclerotic metaphyseal lines in a child treated with pamidronate: histomorphometric analysis. J Bone Miner Res. 2004;19:1191-3.







M.U.S.T.

UNIQUE PATIENTS - SPECIFIC INDICATIONS - ONE SYSTEM

Medacta Spine has developed a portfolio of spine implants designed to complement one another.

The M.U.S.T. Pedicle Screw System, the MectalIF Family of Interbody Fusion Devices and our Suite of Specialized Surgical Instruments create a harmonized, single-system approach for most spine stabilization applications.

Traditional and MIS surgical approaches are supported.



M.U.S.T. PEDICLE SCREW SYSTEM

The M.U.S.T. Pedicle Screw System is an unconstrained polyaxial screw, rod & connector design applicable to degenerative, deformity and trauma indications using traditional open or MIS surgical approaches.

- Ultimate Versatility in One System.
- Ability to lock polyaxial head without in-situ rod to create monaxial rigidity for parallel compression/distraction.
- Pre-sterilized implants increase logistic efficiencies and reduce hospital preparation.
- Dual-thread lead advances screw with control and speed.
- Specialized enabling instruments for rod reduction and set-screw threading.
- Polyaxial and monaxial in solid and cannulated versions.
- Range of diameters available to cover the thoracic, lumbar, sacral and sacro-iliac fixation needs.
- M.U.S.T. Link Cross Connectors provide an easy-to-use option to improve the stabilisation of the treated spine.



Medacta International
Stada Regina - 6874 Castel San Pietro - Switzerland
Phone +41 91 596 60 60 - Fax +41 91 596 60 60
info@medacta.ch - www.medacta.com

M.U.S.T. Leaflet
99.46.11
rev.00
Last update: December 2013



VERSAFITCUP® CC TRIO FAMILY
 ELLIPTICAL PRESS-FIT CUP

ENHANCE THE STABILITY
Use the elliptical pressfit!

The elliptical shape of the cup guarantees an elliptical press-fit on the equatorial region, enhancing primary stability.

Use an effective locking mechanism!

Mechanical shocks compromise the fit. The Versafitcup® CC Trio locking system optimizes the rotational stability of the locking head† and minimizes stresses in the equatorial area.††

Use the 5° raise!

The 5° raise augments the coverage area in areas of acetabular bone and decreases the risk of edge loading.

Use a larger head!

Published documents describe the advantages of using larger heads to augment ROM and prevent dislocation. In cases of acetabular bony loss it is desirable to use a 36 mm head with equatorial chamfers from size 33 and a 40 mm head from size 35††.

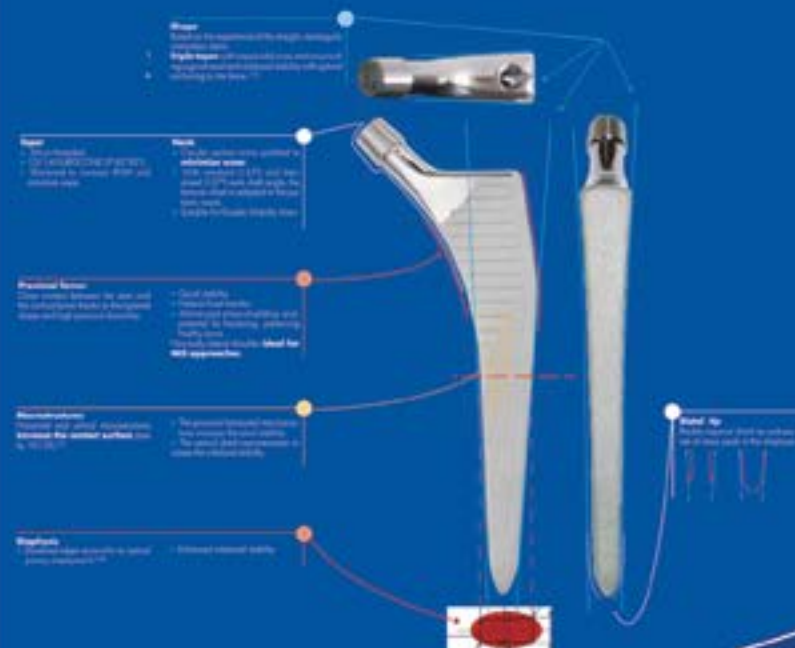
Use the optional:
VERSAFITCUP® CC TWO NO-HOLE

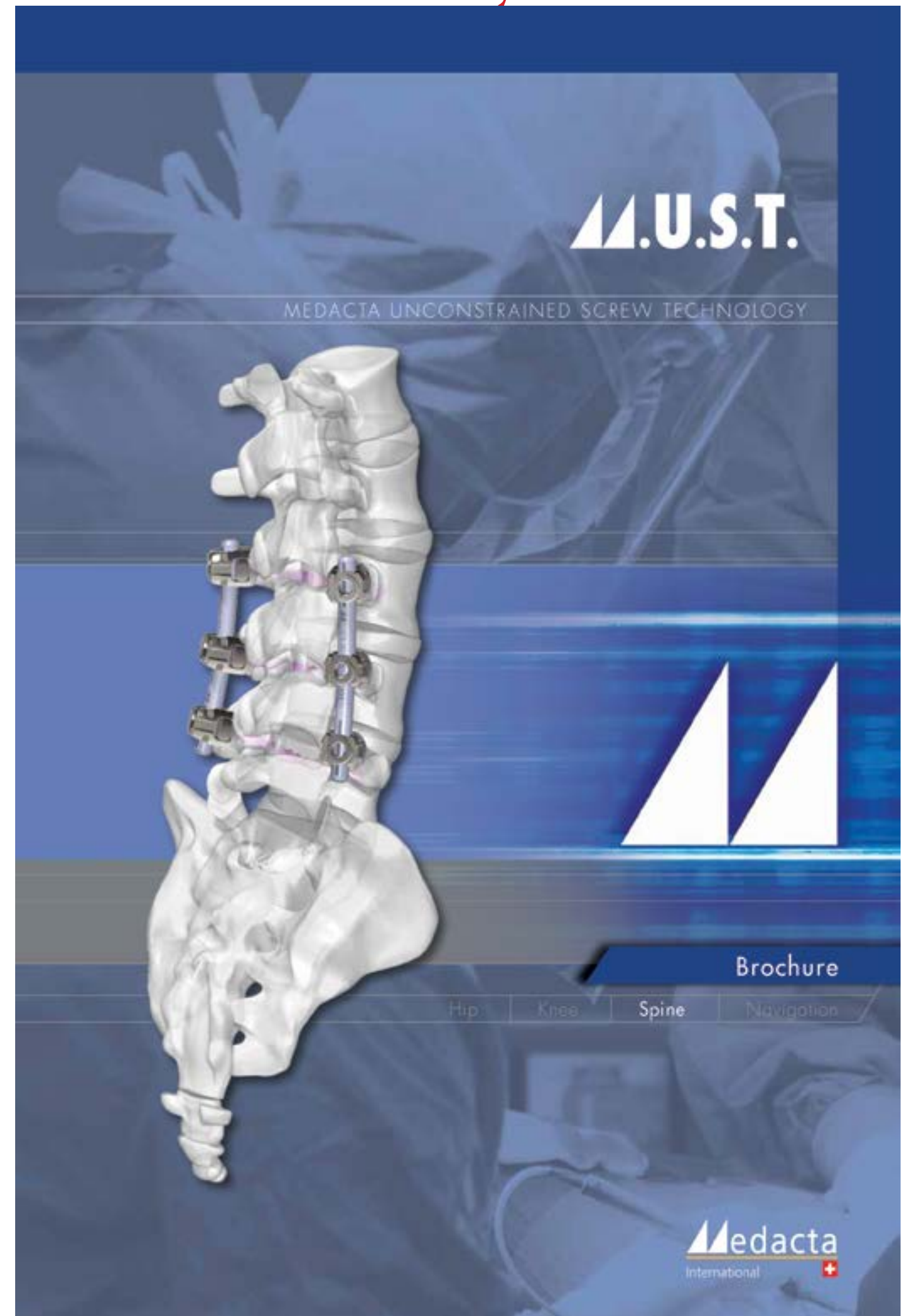
Versafitcup® CC Two No-hole allows the acetabular component, locking and liner coupling on the Versafitcup® CC. This facilitates the lateral screw locking.

Both models can be used with UNIMPEL, UNIMPEL® UNIMPEL and Cement from the latest series of the Versafitcup® CC. This offers the ability to increase fixation using full head porous-coated bone screws.

LOCKING MECHANISM

The locking mechanism of the UNIMPEL stems is composed of:
 - A locking system† placed out of the equatorial weight bearing area and in correspondence to the distal region of the UNIMPEL stem. This design minimizes stresses at the stem-shell interface and avoids the fracture of the bone due to stress concentration.
 - A multiple teeth system†† which minimizes rotation and micro-movements, preventing backbite wear.

QUADRA® SYSTEM
 A NEW GENERATION

KORUS
 SYSTEM

MEDACTA INTERNATIONAL

The foundation of Medacta International is built upon world-class hip and knee arthroplasty technology and leadership by the family Siccaldi and a dedicated team of talented professionals based in Lugano, Switzerland. The company began in the year 2000, and has proceeded on an accelerated growth curve that reflects our Customer's appreciation for Quality, Innovation and Service.

Bringing Swiss precision and engineering to the Spine Specialists, Medacta Spine, founded in 2009, is moving forward globally to deliver surgical technology solutions for degenerative, deformity and trauma/oncology indications through traditional open and MIS surgical approaches.

Medacta International has achieved FDA approval of a number of unique and effective spine implants. An active pipeline of technology development is being validated in worldwide markets and ultimately planned for eventual availability in the United States. Until then, we are proud to represent posterior and anterior fixation options designed with an important Philosophy: **Unique Patients - Specific Indications - One System.**

MECTALIF OLIF, TLIF AND PLIF FUSION DEVICES

The MectalIF Family of Interbody Fusion Devices are shaped for solid initial fixation, and long term spine stabilization. Made of PEEK and Titanium coated PEEK material, the MectalIF Fusion Devices offer biocompatibility and anatomic shaping to address your unique patients.

- Each implant features a chamfered leading edge for effective interbody distraction and less effort upon insertion.
- A variety of interbody heights, lordotic angles and footprints allow significant options when selecting the correct implant for your unique patients with bi-cortical bridging.
- Large autograft windows allow the delivery of significant volumes of bone to support bone growth through the cages.

* The MectalIF implants in combination with supplemental fixation are indicated for use with autogenous bone graft in patients with degenerative disc disease at one or two contiguous spinal levels from L2 - S1 whose condition requires the use of interbody fusion.



Taperloc® Hip System

Combining excellent clinical success and durability over the last 25 years, the Taperloc® hip continues to deliver consistent, reproducible results. The Taperloc® stem is designed after the European philosophy of a flat tapered wedge. It has evolved to incorporate the Reduced Distal and Microplasty™ stems to better address all patient anatomies, and facilitate multiple surgical techniques.

Standard Stem Option



- **Flat Tapered Wedge Geometry**
Enhances proximal offloading, provides bone preservation and rotational stability
- **Offset Option**
Standard and lateralized options reproduce various patient anatomies without lengthening the leg
- **Titanium Alloy Ti-6AL-4V**
Flexibility of titanium allows for stress transfer to preserve cortical density
- **PPS® Coating**
Allows for initial scratch-fit stability and bone fixation

Reduced Distal Stem Option



- **Reduced Distal Geometry**
Accurately addresses femoral canals with proximal/distal mismatch

Microplasty™ Stem Option



- **Reduced Length**
Stem length reduced 35 mm to accommodate a minimally invasive approach to preserve soft tissues and bony structures while offering an alternative to hip resurfacing

Clinical Success of the Taperloc® Hip System

100%	Survivorship at a minimum 5 year follow-up in 49 rheumatoid patients ¹	99%	Survivorship at a 12 year follow-up in 115 patients ⁵
100%	Survivorship at a 2–11 year follow-up in 114 patients 80 years old or older ²	98%	Survivorship at 8–13 year follow-up in 91 patients 50 years old or younger ⁶
99.6%	Survivorship at a 12 year follow-up of 4,750 patients ³	95%	Survivorship at a 10–18 year follow-up in 89 obese patients ⁷
99%	Survivorship at a 22–26 year follow-up in 138 patients ⁴	94%	Survivorship at a 10–18 year follow-up in 99 non-obese patients ⁷

References

1. Keisu, K.S. et al. Cementless Femoral Fixation in the Rheumatoid Patient Undergoing Total Hip Arthroplasty. Minimum 5-Year Results. *Journal of Arthroplasty*. 16(4): 415–21, 2001.
2. Keisu, K.S. et al. Primary Cementless Total Hip Arthroplasty in Octogenarians: Two to Eleven-Year Follow-up. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 83: 359, 2001.
3. Hozack, W. Ten Year Experience with a Wedge Fit Stem. *Crucial Decisions in Total Joint Replacement and Sports Medicine*. Bermuda. 1999.
4. McLaughlin, J.R. and Lee, K.R. Survivorship at 22 to 26 Years Reported with Uncemented Tapered Total Hip Stem. *Orthopedics Today*. 30(1): 1, 2010.
5. McLaughlin, J.R. and Lee, K.R. Cementless Total hip Replacement Using Second-generation Components. *Journal of Bone and Joint Surgery (British)*. 92(12): 1636–41, 2010.
6. McLaughlin, J.R. and Lee, K.R. Total Hip Arthroplasty in Young Patients. 8- to 13-Year Results Using an Uncemented Stem. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 373: 153–63, 2000.
7. McLaughlin, J.R. and Lee, K.R. The Outcome of Total Hip Replacement in Obese and Non-obese Patients at 10- to 18-Years. *Journal of Bone and Joint Surgery (British)*. 128B–92, 2006.

All trademarks herein are the property of Biomet, Inc. or its subsidiaries unless otherwise indicated.

This material is intended for the Biomet Sales force and physicians only and is NOT intended for patient distribution. It is not to be redistributed, duplicated or disclosed without the express written consent of Biomet.

For product information, including indications, contraindications, warnings, precautions and potential adverse effects, see the package insert and Biomet's website.

BIOMET
ORTHOPEDICS

One Surgeon. One Patient.™

P.O. Box 587, Warsaw, IN 46581-0587 • 800.348.9500 x 1501
©2011 Biomet Orthopedics • biomet.com
Form No. BOK0273.1 • REV053011

MicroPort
Orthopedics
Integrity In Motion™

Acetabular Cup System



Cementless
Rim Flare cup design

Surgical Flexibility for
Fixation and Bearing choice



Profemur® Gladiator®



Accommodates preferences in
surgeon's philosophy on stem
design and implant fixation

Versatile system
Modular and Classic
stem availability

Tapered
Wedge Design



XINTECH
Leading Edge Technology

Vanguard Cruciate Retaining Knee | Brochure

The Vanguard Knee System offers **survival simplicity** with complete component interchangeability.



*Values 4-10 degrees of Q angle

Biomet

Zimmer Biomet Tibial Tray

The Vanguard Complete Knee System features a symmetrical tibial tray design for optimal coverage. A-Com and E1 Tibial Bearings for proven wear resistance^{1,2} and a proven locking mechanism shown to be "the most stable overall"³ Zimmer Biomet Tibial Trays are available with Interlock Finish for cemented applications or Reposeless Porous Titanium Construct to enhance bone fixation in cementless applications.



Additional Features of the Vanguard CR Design:

- 10 femoral components that give anterior/posterior on average by 2.4 mm increments
- Fully interchangeable tibial/femoral sizing
- 1:1 tibial/femoral coronal congruency
- PPS® Porous Plasma Spray Coating for cementless or Interlock® Finish for cemented applications