

XỬ TRÍ TRẬT KHỚP CHÈ ĐÙI Ở TRẺ EM: VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ

Võ Quang Đình Nam¹, Nguyễn Hoàng Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Năm vững các dấu hiệu lâm sàng và hình ảnh học liên quan trật khớp chè đùi là thiết yếu để chọn lựa cách điều trị tối ưu. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của cộng hưởng tử trong điều trị trật khớp chè đùi. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca 33 bệnh nhân (35 khớp gối) từ 7-16 tuổi được chỉ định điều trị theo lưu đồ từ 2013 đến 2021: trật lần đầu kèm mảnh gãy xương sụn, trật tái hồi, và trật thường xuyên; theo dõi từ 2-10 năm (trung bình 5,5 năm). Các phương pháp bao gồm khâu cánh trong, tái tạo dây chằng chè đùi trong, cắt cánh ngoài, kéo dài gân tứ đầu. Đánh giá tái phát, biến chứng và chức năng sau cùng theo thang điểm Kujala. Đánh giá các tương quan giữa lâm sàng và cộng hưởng tử bằng Hệ số tương quan Pearson, phép kiểm Chi bình phương.

Kết quả: Trong số 35 khớp gối, trật lần đầu 2 (5,7%), trật tái hồi 30 (85,7%), và trật thường xuyên 3 (8,6%). Co rút cánh ngoài có tỷ lệ vị trí xương bánh chè bình thường 9,1% thấp hơn đáng kể so với không co rút cánh ngoài 46,2% ($p = 0,03$); góc Q tương quan khá với khoảng cách LCC-RLC ($r = 0,68$). Cắt cánh ngoài 27/35 (77,1%), khâu cánh trong 23/35 (65,7%), tái tạo dây chằng chè đùi trong 12/35 (34,3%), kéo dài gân tứ đầu ở 1 khớp gối trật thường xuyên. Tái phát ở 4/35 (11,4%) khớp gối; không liên quan đến khâu cánh trong hoặc tái tạo dây chằng chè đùi trong ($p = 0,07$). Thang điểm Kujala: 88-100 (trung bình 95,5). **Kết luận:** Phần lớn các dấu hiệu liên quan trật khớp chè đùi có thể được đánh giá trên cộng hưởng tử; tương quan giữa lâm sàng và cộng hưởng tử có ý nghĩa như co rút cánh ngoài ($p = 0,03$), trục dọc cơ chày trước ($r = 0,68$). Lưu đồ về chỉ định điều trị của nhóm nghiên cứu dựa vào cộng hưởng tử có thể ứng dụng rộng rãi, nhưng cần số liệu lớn hơn và theo dõi dài hơn. **Từ khóa:** Dây chằng chè đùi trong, khoảng cách LCC-RLC (Lỗi củ chày – Rãnh lỗi củ), Chỉ số C-D (Carton – Deschamps).

SUMMARY

MANAGEMENT OF PATELLAR DISLOCATION IN CHILDREN: ROLE OF MRI

Background: A thorough understanding of the clinical and imaging features associated with patellofemoral dislocation is essential for selecting the optimal treatment strategy. **Objective:** To evaluate the role of magnetic resonance imaging (MRI) in the treatment of patellofemoral dislocation. **Methods:** This retrospective descriptive study analyzed a case series of 33 patients (35 knees) aged 7–16 years

treated according to a diagnostic and treatment algorithm from 2013 to 2021. The conditions included initial dislocation with osteochondral fracture, recurrent dislocation, and habitual dislocation, with follow-up durations ranging from 2 to 10 years (mean: 5.5 years). Treatment modalities included medial reefing, medial patellofemoral ligament reconstruction, lateral retinacular release, and quadriceps lengthening. Outcomes were evaluated based on recurrence, complications, and functional scores (Kujala score). Correlations between clinical findings and MRI features were assessed using Pearson's correlation coefficient and chi-square tests. **Results:** Of the 35 knees, 2 (5.7%) had an initial dislocation, 30 (85.7%) had recurrent dislocation, and 3 (8.6%) had habitual dislocation. Knees with lateral retinacular contracture exhibited significantly lower prevalence of patellar alignment compared to those without contracture (9.1% vs. 46.2%, $p = 0.03$). The Q angle correlated highly with the lateral trochlear condyle-lateral ridge length ($r = 0.68$). Treatments included lateral retinacular release in 27/35 knees (77.1%), medial ligament repair in 23/35 knees (65.7%), medial ligament reconstruction in 12/35 knees (34.3%), and quadriceps lengthening in 1 knee with habitual dislocation. Recurrence occurred in 4/35 knees (11.4%) and was not significantly associated with medial ligament repair or reconstruction ($p = 0.07$). Kujala scores ranged from 88 to 100 (mean: 95.5). **Conclusion:** Most features of patellofemoral dislocation can be effectively evaluated using MRI. Significant clinical and imaging correlations include lateral retinacular contracture ($p = 0.03$) and extensor mechanism alignment ($r = 0.68$). The treatment algorithm based on MRI findings can be broadly applicable but requires validation with larger sample sizes and longer follow-up periods.

Keywords: medial patellofemoral ligament, TT-TG distance (Tibial Tubercle – Trochlear Groove), C-D index (Carton – Deschamps).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật khớp chè đùi (TKCĐ) khá phổ biến ở trẻ em với tần suất 43/100.000 [6]. Trong 1 nghiên cứu gần đây, Abbassi và cộng sự [1] đã cho thấy 31% thiếu niên chấn thương gối được chẩn đoán TKCĐ. TKCĐ là nguyên nhân thường gặp hơn ở trẻ 10- 14 tuổi tràn dịch khớp gối so với đứt dây chằng chéo trước thường ở lứa tuổi 15-18 tuổi. TKCĐ có thể là một biến cố riêng lẻ (trật khớp cấp, lần đầu) hoặc điều kiện mạn tính. Hai nghiên cứu gần đây ở trẻ em với trật khớp chè đùi cấp lần đầu đã cho thấy tỉ lệ tái phát 30 – 38% với điều trị bảo tồn [6],[9].

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật tùy theo từng bệnh nhân và kiểu trật khớp; thường phải

¹Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Quang Đình Nam

Email: namvqd@hotmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

kết hợp các phương pháp nếu trật khớp tái hồi. Ở lứa tuổi thiếu niên, các phương pháp gồm chỉnh cơ chế duỗi ở gần, ở xa, giải phóng bên ngoài, tái tạo dây chằng chè đùi trong (DCCĐT) hoặc khâu nếp cánh trong, hàn sụn tiếp hợp tạm thời, và kết hợp các phương pháp này; đục xương chỉnh trục đầu gần xương chày hoặc đầu xa xương đùi dành cho trẻ ngừng tăng trưởng. D'Ambrosi và cộng sự [3] năm 2021 đã tổng kết ý kiến về biến chứng và tái phát sau tái tạo DCCĐT ở trẻ em đã cho thấy tỉ lệ tái phát ở 18/352 khớp gối (5,1%), không có biến chứng trầm trọng, nhưng cần có chứng cứ mức cao để đánh giá tốt hơn kết quả lâu dài. Tái tạo DCCĐT đơn lẻ có thể không đủ để ngăn cản trật tái hồi nếu có các yếu tố nguy cơ khác như xương bánh chè lên cao, nghiêng xương bánh chè, góc Q lớn, khoảng cách lõi củ chày- rãnh lõm cầu (LCC-RLC) trên 20mm, hoặc loạn sản lõi cầu đùi [2]. Năm 2007, Ali và cộng sự [5] thực hiện nội soi cắt cánh ngoài và khâu nếp cánh trong ở 35 bệnh nhân với 36 khớp gối, theo dõi trung bình 51 tháng; theo thang điểm Lysholm, tốt và rất tốt 78%, trung bình 11%, và xấu 11%; tác giả cho rằng nội soi ít di chứng và phục hồi nhanh hơn. Năm 2011, Xu và cộng sự [4] báo cáo 15 bệnh nhân được cắt cánh ngoài, khâu nếp cánh trong qua nội soi theo dõi 1-2 năm cho thấy không trường hợp nào tái phát.

Cho đến nay vẫn chưa có chỉ định điều trị được sự đồng thuận cao, đặc biệt là dựa vào hình ảnh học mang tính khách quan. Do đó, đề tài này nhằm đánh giá chỉ định điều trị TKCĐ theo Lưu đồ dựa vào các chỉ số trên hình ảnh cộng hưởng từ (CHT).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Từ 2013 đến 2021, 40 bệnh nhân được phẫu thuật theo các chỉ định sau: trật lần đầu kèm mảnh gãy xương sụn, bán trật hoặc trật tái hồi, và trật thường xuyên. Tiêu chuẩn chọn bệnh: chưa phẫu thuật lần nào, theo dõi tối thiểu 2 năm, không có bất thường về trục xương đùi và chày; loại trừ những trường hợp cộng hưởng từ (CHT) không có sẵn hoặc thiếu các chỉ số đánh giá. Cuối cùng, 33 bn (35 khớp gối) từ 7-16 tuổi theo dõi từ 2-10 năm (trung bình 5,5 năm).

Đề tài được thực hiện tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh thông qua Hội đồng Khoa học của Bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt ca với phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số: Các biến số lâm sàng bao gồm

co rút cánh ngoài (Hình 1), mức độ mất vững (2/4, 3/4) (Hình 2), góc Q. Các biến số CHT bao gồm vị trí tổn thương DCCĐT (không, bánh chè, xương đùi, phối hợp), loạn sản rãnh lõm cầu (bình thường, nhẹ >145 độ, nặng ≥ 180 độ), vị trí bánh chè (bình thường, nghiêng, bán trật), chỉ số C-D ($\leq 1,2$, $>1,2$), khoảng cách LCC-RLC ($\leq 1,2$ cm, $1,2-2,0$ cm, $\geq 2,0$ cm) (Hình 3).

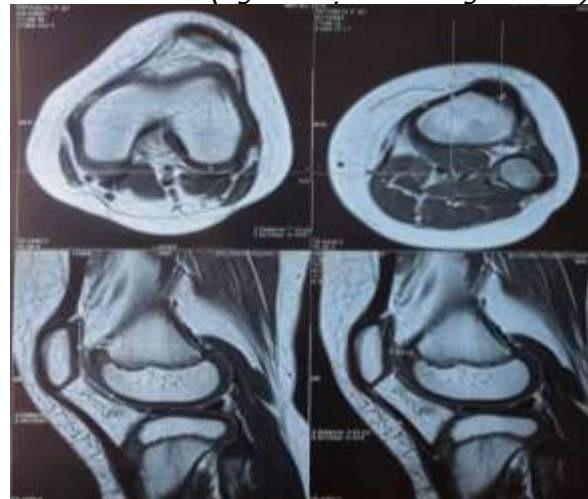


Hình 1: Khảm đầu co rút cánh ngoài [2]



Hình 2: Khảm mức độ mất vững

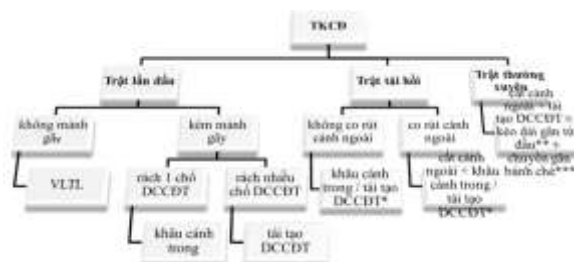
(Nguồn: Bệnh nhân nghiên cứu)



Hình 3: Khoảng cách LCC-RLC và chỉ số C-D

(Nguồn: Bệnh nhân nghiên cứu)

Chỉ định phương pháp điều trị theo lưu đồ 1; các phương pháp bao gồm nội soi khâu nếp cánh trong, tái tạo DCCĐT, cắt cánh ngoài. Tái tạo DCCĐT dùng gân tứ đầu (≤ 10 tuổi) hoặc bán gân qua đường hầm bánh chè (>10 tuổi). Kéo dài gân tứ đầu, chuyển gân bánh chè, hoặc cả 2 khi có chỉ định.



IV. BÀN LUẬN

Vì đánh giá lâm sàng không khách quan nên cần đánh giá các tổn thương trên hình ảnh học, đặc biệt là CHT. Phần lớn các trường hợp là TKCĐ tái hồi 30/35 (85,7%) nên cần phải đánh giá co rút cánh ngoài hay không để có chỉ định như Lưu đồ 1; Bảng 3 cho thấy mối tương quan có ý nghĩa dựa trên vị trí của xương bánh chè trên CHT bình thường, nghiêng hoặc bán trật để đánh giá co rút cánh ngoài. Bên cạnh đó, ngoài yếu tố trường thành thì mức độ loạn sản rãnh lồi cầu sẽ quyết định chọn lựa khâu nếp cánh ngoài hoặc tái tạo DCCĐT; loạn sản nặng chiếm 12/35 (34,3%) khớp gối và tái tạo DCCĐT ở 12/35 (34,3%) là khá tương đồng. Chúng tôi đánh giá loạn sản rãnh lồi cầu qua CHT; Lippacher và cộng sự [7] năm 2012 đã so sánh CHT và x-quang để đánh giá loạn sản rãnh lồi cầu, và tác giả kết luận x-quang nghiêng không đánh giá hết mức độ trầm trọng của loạn sản như CHT.

Chúng tôi cũng dựa vào CHT để đánh giá vị trí tổn thương của DCCĐT nhưng có đến 18/35 (51,4%) khớp gối không phát hiện được vị trí tổn thương do phần lớn các trường hợp là TKCĐ tái hồi hoặc thường xuyên (94,3%). Năm 2018, VQD Nam và cộng sự [8] tổng kết ý kiến về tổn thương DCCĐT trên CHT đã cho thấy vị trí và kiểu tổn thương DCCĐT không hằng định trên CHT và nhiều nghiên cứu ghi nhận phần lớn là tổn thương chỉ tại chỗ bám xương bánh chè ở trẻ em; hơn nữa, vẫn còn thiếu những nghiên cứu dựa vào CHT đối với tổn thương DCCĐT khi bị mất vững tái hồi.

Có rất nhiều báo cáo về tái tạo DCCĐT với nhiều kỹ thuật khác nhau và nhiều mảnh ghép khác nhau, nhưng không có đề tài so sánh cùng 1 nhóm phẫu thuật viên giữa tái tạo DCCĐT và khâu nếp cánh trong qua nội soi như chúng tôi ở trẻ em. Bảng 5 cho thấy tỉ lệ tái phát của 2 nhóm khác nhau không ý nghĩa lần lượt là 8,3% và 13,0% là khá thấp. Năm 2016, Song và cộng sự [10] đã so sánh giữa phẫu thuật nội soi khâu nếp cánh trong và tái tạo DCCĐT không có bất thường về xương qua 13 bài báo với 417 bệnh nhân theo dõi tối thiểu 2 năm cho thấy kết quả khả quan, tái phát $\leq 10\%$ dù kỹ thuật nào, loại mảnh ghép nào, theo dõi dài hay ngắn. Điều đó cho thấy việc lựa chọn phương pháp khâu nếp cánh trong hoặc tái tạo DCCĐT dựa theo lược đồ trên là phù hợp.

Cả tái phát trong nhóm tái tạo DCCĐT là trật thường xuyên mà theo lược đồ chỉ định nội soi của chúng tôi thì có khả năng phải kéo dài gân tứ đầu và chuyển gân bánh chè; bệnh nhân này

sau đó được xử trí bằng cả 2 kỹ thuật này. Dựa theo Lưu đồ 1, chỉ số C-D và khoảng cách LCC-RLC có vai trò quyết định trong việc các kỹ thuật này. Thực tế, Bảng 4 đã cho thấy mối tương quan khá giữa góc Q lâm sàng và khoảng cách TT-TG trên CHT ($r = 0,68$).

Tuy nhiên nghiên cứu này có những hạn chế do số liệu còn ít, và cần có sự đồng thuận giữa các phẫu thuật viên về đánh giá các chỉ số và chỉ định phương pháp điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các dấu hiệu liên quan trật khớp chè đùi có thể được đánh giá trên CHT như Dây chằng chè đùi trong, co rút cánh ngoài (vị trí xương bánh chè), loạn sản lồi cầu, xương bánh chè lên cao (chỉ số C-D), trục dọc cơ chế duỗi (khoảng cách LCC-RLC); tương quan giữa lâm sàng và CHT có ý nghĩa như co rút cánh ngoài ($p = 0,03$), trục dọc cơ chế duỗi ($r = 0,68$). Lưu đồ về chỉ định điều trị của nhóm nghiên cứu dựa vào CHT có thể ứng dụng rộng rãi, nhưng cần số liệu lớn hơn và theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abbasi D, May MM, Wall EJ, et al. MRI findings in adolescent patients with acute traumatic knee hemarthrosis. *J Pediatr Orthop.* 2012;32(8): 760–764. DOI: 10.1097/BPO.0b013e3182648d45.
2. Ali S, Bhatti A. Arthroscopic proximal realignment of the patella for recurrent instability: report of a new surgical technique with 1 to 7 years of follow-up. *Arthroscopy* 2007; 23(3):305-311. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2006.11.020>.
3. D'Ambrosi, R.; Corona, K.; Capitani, P.; Coccioli, G.; Ursino, N.; Peretti, G.M. Complications and Recurrence of Patellar Instability after Medial Patellofemoral Ligament Reconstruction in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Children* 2021; 8, 434. <https://doi.org/10.3390/children8060434>.
4. Hu Xu, Chunli Zhang, Guoxian Pei, Qinsheng Zhu, Yisheng Han. Arthroscopic Medial Retinacular Imbrication for the Treatment of Recurrent Patellar Instability: A Simple and All-Inside Technique. *ORTHOPEDICS | ORTHO SuperSite.com* 2011, Vol.34, No.7, P524-529.
5. Kepler CK, Bogner EA, Hammoud S, et al. Zone of injury of the medial patellofemoral ligament after acute patellar dislocation in children and adolescents. *Am J Sports Med.* 2011;39(7):1444–1449. DOI: 10.1177/0363546510397174.
6. Lewallen LW, McIntosh AL, Dahm DL. Predictors of recurrent instability after acute patellofemoral dislocation in pediatric and adolescent patients. *Am J Sports Med.* 2013;41(3): 575–581. <https://doi.org/10.1177/0363546512472873>.
7. Lippacher S, Dejour D, Elsharkawi M, et al. Observer agreement on the Dejour trochlear

- dysplasia classification: a comparison of true lateral radiographs and axial magnetic resonance images. *Am J Sports Med.* 2012;40(4):837–843. DOI: 10.1177/0363546511433028.
8. **Nam QD V, Toan N N.** Role of MRI to Predict Injury Patterns of the Medial Patellofemoral Ligament in Patellofemoral Instability. *Biomed J Sci & Tech Res* 2(4)- 2018. BJSTR.MS.ID.000784. DOI: 10.26717/BJSTR.2018.02.000784.
9. **Seeley M, Bowman KF, Walsh C, et al.** Magnetic resonance imaging of acute patellar dislocation in children: patterns of injury and risk factors for recurrence. *J Pediatr Orthop.* 2012;32(2): 145–155. DOI: 10.1097/BPO.0b013e3182471ac2.
10. **Song JG, Kang SB, Oh SH, et al.** Medial soft-tissue realignment versus MPFL reconstruction for recurrent patellar dislocation: Systematic review. *Arthroscopy* 2016; 32:507-516. DOI: 10.1016/j.arthro.2015.08.012.

ĐẶC ĐIỂM CỦA TỔN THƯƠNG MÓNG TRONG BỆNH VẢY NẾN

Phạm Thị Minh Phương¹, Nguyễn Ngọc Thiện², Trần Thị Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 169 bệnh nhân vảy nến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021 nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng của tổn thương móng trong bệnh vảy nến. Các chỉ số PASI, NAPSI và N-NAIL được áp dụng để đánh giá mức độ tổn thương da và tổn thương móng. Kết quả cho thấy, số móng bị tổn thương trung bình là 7,5 móng (trong số 10 móng). Các biểu hiện phổ biến do tổn thương mầm móng gồm rỗ móng (84,6%), rãnh ngang móng (37,3%), móng xù xì (55,0%) và vạch trắng móng (47,9%); các tổn thương giường móng bao gồm dấu hiệu giọt dầu (65,7%), tách móng (38,5%), dày sừng dưới móng (73,4%) và xuất huyết Splinter (20,7%). Điểm NAPSI là $36,7 \pm 13,2$ (dao động từ 10 đến 78); điểm N-NAIL là $59,8 \pm 21,8$ (dao động từ 20 đến 130). Hệ số tương quan giữa PASI và NAPSI là 0,547 ($p < 0,001$), giữa PASI và N-NAIL là 0,562 ($p < 0,001$), giữa NAPSI và N-NAIL là 0,965 ($p < 0,001$). Đa số bệnh nhân cho thấy tổn thương móng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ (133 bệnh nhân; 78,7%); gây đau (42 bệnh nhân; 24,9%); đến vận động (53 bệnh nhân; 31,4%).

Từ khóa: Vảy nến, tổn thương móng vảy nến, PASI, NAPSI, N-NAIL.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NAIL LESIONS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

This cross-sectional study aimed to investigate the clinical characteristics of nail lesions in patients with psoriasis, was conducted on 169 psoriasis patients presenting with nail involvement at the National Hospital of Dermatology and Venereology between August 2020 and August 2021. The severity of skin lesions was evaluated using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI), while nail involvement was

quantified using both the Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) and the Nijmegen Nail Psoriasis Activity Index (N-NAIL). The results showed that the average number of affected nails were 7.5. The most frequently observed nail matrix abnormalities were pitting (84.6%), transverse grooves (37.3%), nail crumbling (55.0%), and leukonychia (47.9%), whereas nail bed abnormalities included oil-drop signs (65.7%), onycholysis (38.5%), subungual hyperkeratosis (73.4%), and Splinter hemorrhages (20.7%). The mean NAPSI score was 36.7 ± 13.2 (range 10–78); the mean N-NAIL score was 59.8 ± 21.8 (range 20–130). Furthermore, significant positive correlations were observed between PASI and NAPSI ($r = 0.547$, $p < 0.001$); PASI and N-NAIL ($r = 0.562$, $p < 0.001$); NAPSI and N-NAIL ($r = 0.965$, $p < 0.001$). The majority of patients reported that nail lesions affected aesthetics (133 patients; 78.7%); pain (42 patients; 24.9%); mobility (53 patients; 31.4%).

Keywords: Psoriasis, psoriatic nail lesions, PASI, NAPSI, N-NAIL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh viêm da mạn tính thường gặp, chiếm tới 1-3% dân số thế giới, gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới.¹ Bệnh vảy nến ảnh hưởng nhiều tới thể chất, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh tổn thương đỏ da bong vảy đặc trưng, bệnh vảy nến còn gây tổn thương móng, khớp và niêm mạc. Tổn thương móng gặp trong 50-80% các trường hợp vảy nến, và cho đến nay vẫn là một thách thức trong điều trị toàn diện bệnh vảy nến.^{2,3} Tổn thương móng trong vảy nến có biểu hiện lâm sàng khác nhau tùy theo thành phần cấu trúc nào của móng bị ảnh hưởng. Tổn thương nền móng biểu hiện bằng rỗ móng, vạch trắng móng, điểm đỏ vùng bán nguyệt móng và mụn móng. Tổn thương giường móng bao gồm dấu hiệu giọt dầu, tách móng, xuất huyết Splinter, dày móng và dày sừng dưới móng. Tổn thương móng thường dai dẳng, khó điều trị và ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống do mất thẩm mỹ, gây đau và hạn chế các hoạt động thường ngày

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025