

KẾT QUẢ PHỤC HỒI ĐỘ VỮNG KHỚP GỐI Ở BỆNH NHÂN ĐỨT DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẮT CẢ BÊN TRONG

Trần Đăng Khoa¹, Đỗ Quốc Cường²,
Nguyễn Thanh Tú², Từ Bảo Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi độ vững khớp gối bằng thang điểm I.K.D.C ở bệnh nhân đứt DCCT khớp gối được điều trị bằng phương pháp tắt cả bên trong. **Đối tượng và phương pháp:** 45 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước (DCCT) được điều trị nội soi tái tạo dây chằng bằng phương pháp tắt cả bên trong tại Bệnh viện Quân y 175. **Kết quả:** Đánh giá độ vững khớp gối bằng thang điểm I.K.D.C: trước điều trị: 97,78% bệnh nhân ở mức C, chỉ có 2,22% ở mức B; sau điều trị: 71,11% ở mức A, 28,89% ở mức B; có sự cải thiện độ vững khớp gối sau điều trị. Tuổi, tổn thương sụn chêm, đường kính mảnh ghép, vị trí đường hầm đùi và vị trí đường hầm chày có ảnh hưởng đến chức năng vận động khớp gối sau điều trị ($p < 0.05$). **Kết luận:** Độ vững khớp gối phục hồi tốt ở bệnh nhân đứt DCCT được điều trị nội soi bằng phương pháp tắt cả bên trong và có liên quan đến tuổi, tổn thương sụn chêm, đường kính mảnh ghép, vị trí đường hầm đùi và chày

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, phương pháp tắt cả bên trong, độ vững khớp gối.

SUMMARY

THE RESULTS OF KNEE STABILITY REHABILITATION IN PATIENTS WITH RUPTURES OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT TREATED BY THE ALL-INSIDE METHOD

Purposes: Evaluating the results of knee stability rehabilitation following IKDC scale in patients with ruptures of anterior cruciate ligament treated by arthroscopy using the all – inside method. **Subjects and method:** 45 patients with anterior cruciate ligament rupture have been had arthroscopic surgery by all-inside method at 175 military hospital. **Results:** To evaluate the stability of knee following I.K.D.C scale, before surgery: 97.78 of level C, only 2.22% of level B; after surgery 71.11% of level A, 28.89% of level B, there are improvement of knee stability after surgery. Age, meniscus tears, graft diameter, positions of the femoral and tibial tunnel have affected to stability of knee after surgery ($p < 0.05$). **Conclusions:** Stability of knee have good rehabilitation in patients with anterior cruciate

ligament ruptures treated by arthroscopy using the all-inside method and is associated with age, meniscus tears, graft diameter, positions of femoral and tibial tunnels.

Key words: Anterior cruciate ligament, all-inside method, stability of knee.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương khớp gối là loại chấn thương thường gặp trong đời sống hàng ngày, đặc biệt là trong các hoạt động thể thao. Trong đó, tổn thương dây chằng chéo trước là loại tổn thương thường gặp nhất, chiếm trên 50% những tổn thương dây chằng ở khớp gối. Đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước không thể tự lành theo diễn tiến tự nhiên. Theo khuynh hướng mới trong điều trị, bệnh nhân cần phải được phẫu thuật để tái tạo DCCT bảo đảm cho sự vững chắc của khớp gối. Trong những năm trở lại đây, việc phẫu thuật nội soi nhằm tái tạo lại DCCT đã có nhiều bước phát triển mạnh mẽ, cả về kĩ thuật lẫn việc sử dụng mảnh ghép. Ngày nay, phương pháp tái tạo dây chằng khớp gối bằng phương pháp tắt cả bên trong cùng với việc sử dụng mảnh ghép gân cơ chân ngỗng và sự tiến bộ trong việc cải tiến phương tiện cố định là nút treo gân làm cho tái tạo dây chằng khớp gối được vững chắc hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phục hồi độ vững khớp gối bằng thang điểm I.K.D.C ở bệnh nhân đứt DCCT khớp gối được điều trị bằng phương pháp tắt cả bên trong"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối được phẫu thuật nội soi xử trí tổn thương DCCT tại Viện chấn thương bệnh viện Quân y 175, thời gian từ 01/2018 đến 01/2020.

- Tiêu chuẩn chọn:

- + Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương đứt DCCT bằng lâm sàng, cận lâm sàng và được phẫu thuật nội soi khớp gối tái tạo DCCT bằng phương pháp tắt cả bên trong.
- + Có thể có tổn thương sụn chêm kết hợp.
- + Tuổi từ 18 trở lên và nhỏ hơn 60 tuổi.
- + Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim MRI, Xquang khớp gối trước phẫu thuật.

¹Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP HCM

²Bệnh viện Quân y 175 TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa

Email: thanhbinh412ld@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 1/4/2022

Ngày duyệt bài: 21/4/2022

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Các tổn thương kết hợp: tổn thương dây chằng chéo sau, dây chằng bên, tổn thương xương vùng gối.
- + PTNS tái tạo DCCT bằng kỹ thuật khác.
- + Không có phim MRI và/hoặc Xquang khớp gối trước phẫu thuật.
- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Sau khi bệnh nhân chấn thương khớp gối được khám, làm hồ sơ bệnh án và phẫu thuật tái tạo DCCT, các bệnh án mà thông tin thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, người nghiên cứu sẽ liên hệ với bệnh nhân để giải thích kỹ về thông tin của nghiên cứu, nếu bệnh nhân đồng ý tham gia sẽ được đưa vào nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Đặc điểm tuổi, giới,
- + Đặc điểm triệu chứng lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ.
- + Đánh giá độ vững khớp gối bằng thang điểm I.K.D.C.
- + Các đặc điểm trong phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước: đường kính mảnh ghép, vị trí đường hầm xương đùi, vị trí đường hầm xương chày.
- + Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động sau phẫu thuật.
- + Đánh giá độ vững khớp gối sau phẫu thuật 18 tháng bằng thang điểm I.K.D.C và so sánh với trước điều trị.

2.4. Thang điểm I.K.D.C sử dụng trong nghiên cứu:

- Thang điểm gồm 8 phần, có 4 phần quan trọng quyết định việc phân loại:
- + Ảnh hưởng của khớp gối khi hoạt động.
- + Đánh giá khả năng hoạt động theo các mức độ vận động. Kết quả của chỉ tiêu này là ở mức độ vận động cao nhất có thể mà người bệnh làm được không đau, không tràn dịch và không cảm giác lỏng khớp. Có 4 mức độ: Hoạt động nặng (đá bóng, bóng chuyền, bóng rổ...); hoạt động vừa (cầu lông, chạy dài...); hoạt động nhẹ (chạy chậm, đi bộ...), sinh hoạt bình thường (công việc sinh hoạt hàng ngày).
- + Mức độ hạn chế vận động gấp và duỗi của khớp gối.
- + Khám độ vững của khớp (ngăn kéo trước, lượng hóa chụp X quang và bán trật xoay ra trước).
- Các mức độ đánh giá theo IKDC.
- + A: Rất vững (bình thường)
- + B: Vững (gần bình thường)
- + C: Không vững khi hoạt động vừa và nhẹ

+ D: Không vững trong sinh hoạt bình thường

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 33.91 ± 9.04 , trong đó nhóm tuổi từ 20 – 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 70.11%, tỷ lệ Nam/Nữ là 4/1.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau	Không	2	4.44
	Có	43	95.56
Tràn dịch khớp	Không	1	2.22
	Có	44	97.78
Mất duỗi	< 5°	43	95.66
	6 – 10°	2	4.44
Mất gấp	≤ 15°	42	93.33
	16 – 25°	3	6.67
Dấu hiệu Lachman	3 – 5 mm	1	2.22
	4 – 10	44	97.78
Dấu hiệu ngăn kéo trước	3 – 5 mm	1	2.22
	4 – 10	44	97.78

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân đứt dây chằng hay gấp ở bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước là đau (95.56%), tràn dịch khớp gối (97.78%), mất duỗi < 5° (95.56%), mất gấp ≤ 15° (93.33%), dấu hiệu Lachman 4 – 10 mm (97.78%), dấu hiệu ngăn kéo trước 4 – 10 mm (97.78%).

Bảng 2. Đặc điểm trên phim cộng hưởng từ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đứt DCCT đơn thuần	16	35.55
Đứt DCCT+rách sụn chêm trong	18	40.00
Đứt DCCT+rách sụn chêm ngoài	9	20.00
Đứt DCCT + rách 2 sụn chêm	2	4.45

Nhận xét: Trên hình ảnh chụp MRI khớp gối, đứt DCCT đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp (35.55%), đứt DCCT kết hợp với rách sụn chêm chiếm tỷ lệ cao (65.45%).

Bảng 3. Đánh giá độ vững khớp gối trước mổ bằng thang điểm I.K.D.C

IKDC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A	0	0
B	1	2,22
C	44	97,78
D	0	0
Tổng	45	100%

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá trước mổ theo IKDC mức độ C chiếm chủ yếu với 97,78%, mức độ B chiếm tỷ lệ ít hơn (2,22%).

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------

Đường kính mảnh ghép (mm)	7 – 8	4	8.89
	8 – 9	24	53.33
	9 – 10	17	37.78
	X ± SD	9.22 ± 0.64	
Vị trí đường hầm đùi	X ± SD	29.07 ± 2.18	
	(Min–Max)	(25-32)	
Vị trí đường hầm chày	X ± SD	39.56 ± 2.26	
	(Min–Max)	(35-429)	

Nhận xét: Đường kính của mảnh ghép trung bình trong nhóm bệnh nghiên cứu là $9,22 \pm 0,64$, trong đó Min = 8, Max = 10. Vị trí đường hầm xương đùi là $29,07 \pm 2,18\%$ trên đường Blumensaat tính từ giới hạn phía sau tới tâm đường hầm, thấp nhất 25% và cao nhất 32%. Vị trí đường hầm xương chày DCCT trung bình là $39,56 \pm 2,26\%$ trên đường Amis-Jakob tính từ giới hạn phía trước tới tâm đường hầm xương

Bảng 6. Liên quan giữa 1 số yếu tố đến độ vững khớp gối sau điều trị

Yếu tố	OR	95%CI	P
Tuổi (> 40)	4,65	1,08 – 19,71	< 0,05
Giới (Nữ)	2,40	0,52 – 10,92	> 0,05
Tràn dịch khớp gối	5,45	0,62 – 47,90	> 0,05
Thời gian bị chấn thương (> 12 tháng)	2,23	0,55 – 9,02	> 0,05
Tổn thương sụn chêm.	10,58	1,22 – 91,34	< 0,05
Đường kính mảnh ghép > 8.5	6.04	1,18 – 30,87	< 0,05
Vị trí đường hầm chày ($\geq 36\%$)	13.78	1,36 – 139,30	< 0,05
Vị trí đường hầm đùi ($\geq 26\%$)	6.04	1,18 – 30,87	< 0,05

Nhận xét: Tuổi > 40, tổn thương sụn chêm đường kính mảnh ghép > 8.5, đường hầm xương chày $\geq 36\%$, vị trí đường hầm xương đùi $\geq 26\%$ liên quan với độ vững khớp gối theo I.K.D.C sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đau gối gặp hầu hết trong bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ 43/45 (95,55%). Các nghiệm pháp đánh giá độ vững chắc khớp gối như Lachman, ngăn kéo trước đều dương tính độ 2+ và 3+ trên tất cả các bệnh nhân. Về biên độ vận động gối trước mổ hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có biên độ vận động gối gần bình thường. Chúng tôi có 1 bệnh nhân mất duỗi trên 5° , và 34 bệnh nhân hạn chế duỗi < 5° . Biên độ mất gấp gối của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu < 15° chiếm số lượng nhiều. Chúng tôi cũng đồng quan điểm với các tác giả [1], thời điểm tiến hành phẫu thuật khi biên độ vận động gối trở về gần bình thường, tối thiểu gấp gối được.

Hình ảnh MRI khớp gối của bệnh nhân, tổn thương đứt DCCT kèm tổn thương sụn chêm chiếm tỷ lệ lớn (65.45%). Tổn thương sụn chêm là một tổn thương hay gặp trong chấn thương đứt dây chằng chéo trước. Tổn thương sụn chêm kèm theo trong nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh [1] là 54,4%, Lê Mạnh Sơn [3] là 55.3%, Sụn chêm là tổ chức giải phẫu quan trọng trong khớp gối. Đối với khớp gối có tổn thương dây chằng

chày, thấp nhất là 35% và cao nhất là 42%.

Bảng 5. Kết quả phục hồi độ vững khớp gối sau mổ theo I.K.D.C

IKDC	Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)
A	0	32 (71,11)
B	1 (2,22)	13 (28,89)
C	44 (97,78)	0
D	0	0
Tổng	45 (100%)	45 (100%)

Nhận xét: Sau điều trị, đánh giá mức độ vững của khớp gối theo IKDC có cải thiện so với trước điều trị. Trước điều trị đa số bệnh nhân có IKDC ở mức độ C (97,78%), sau điều trị đa số bệnh nhân có IKDC ở độ A (71,11%), tiếp theo là IKDC ở độ B (28,29%), không có bệnh nhân có IKDC ở mức độ C.

chéo trước, sụn chêm tổn thương cấp tính là 52% và tăng lên 83% theo thời gian. Bên cạnh chức năng truyền tải lực tỷ lệ, sụn chêm cũng tham gia vai trò làm vững khớp gối. Chính vì vậy, ở bệnh nhân có tổn thương dây chằng chéo trước, nguy cơ rách sụn chêm thứ phát sau chấn thương là rất lớn.

Để đánh giá các dấu hiệu khách quan độ vững của dây chằng chúng tôi sử dụng thang điểm IKDC. Tất cả nhóm bệnh nhân trước mổ đều được đánh giá ở mức không bình thường (C) là 97,78% (bảng 3).

Cấu trúc mảnh ghép của chúng tôi sử dụng như sau: gân cơ bán gân và gân cơ thon chập 4 làm mảnh ghép cho DCCT. Đường kính trung bình của mảnh ghép trong nghiên cứu là: $9,22 \pm 0,64\text{mm}$, lớn nhất là 10mm và nhỏ nhất là 8mm. Kết quả của chúng tôi cũng tương ứng với các nghiên cứu đường kính mảnh ghép chập 4 của gân Hamstring trong kỹ thuật tất cả bên trong của tác giả như Tăng Hà Nam Anh [7], Lê Văn Mười [4].

Vị trí đường hầm xương chính xác theo đúng giải phẫu của dây chằng là một yếu tố quan

trọng đảm bảo cho sự thành công của phẫu thuật. Kết quả vị trí đường hầm xương đùi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $29,07 \pm 2,18\%$ trên đường Blumensaat tính từ giới hạn phía sau tới tâm đường hầm, Thấp nhất là 25% và cao nhất là 32%. Kết quả này tương tự như Colobet [8]. Về kỹ thuật tạo đường hầm xương đùi chúng tôi áp dụng kỹ thuật khoan tạo đường hầm qua đường vào trước trong. Vị trí đường hầm xương đùi là đặc biệt quan trọng ảnh hưởng tới kết quả lâm sàng, chức năng của khớp gối trong phẫu thuật tái tạo DCCT. Để xác định chính xác vị trí đường hầm chúng tôi luôn tôn trọng các mốc giải phẫu như phần di tích của diện bám dây chằng chéo trước, gờ Resident, gờ chia đôi, bờ sau lồi cầu đùi, điểm cao nhất và điểm sau cùng. Vị trí đường hầm xương chày DCCT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $39,56 \pm 2,26\%$ trên đường Amis-Jakob tính từ giới hạn phía trước tới tâm đường hầm xương chày, thấp nhất là 35% và cao nhất là 42%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Colobet [8], Trần Trung Dũng [8],[9], Hầu hết các tác giả đều cho rằng vị trí ra trước hơn của đường hầm mâm chày sẽ càng phục hồi khả năng vững gối tốt hơn, tuy nhiên ra trước quá sẽ làm kẹt mảnh ghép với hố liên lồi cầu ảnh hưởng đến kết quả và hạn chế duỗi gối.

Độ vững của khớp gối sau phẫu thuật theo thang điểm IKDC, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 32 bệnh nhân loại A chiếm 71,11%, 13 bệnh nhân loại B chiếm 28,89% và không có bệnh nhân loại C và D. So với trước phẫu thuật với 2,22% bệnh nhân loại B và 97,78% loại C thì độ vững theo IKDC có sự cải thiện rõ rệt (Bảng 5). Các tác giả trong nước nghiên cứu phẫu thuật tái tạo DCCT một bó như Đặng Hoàng Anh [1] báo cáo kết quả 69,6% loại A, 23,9% loại B và 6,5% loại C. Hà Đức Cường [2] báo cáo kết quả loại A và B chiếm 91,2%. Kết quả tái tạo DCCT hai bó sử dụng gân cơ thon và bán gân tự thân của Vũ Hải Nam và cộng sự là: loại A chiếm 57,14%; loại B chiếm 39,68%; loại C 3,18%. Phạm Ngọc Trường [6] tiến hành tái tạo DCCT hai bó bằng gân cơ thon và gân cơ bán gân báo cáo kết quả 59,26% loại A; 37,04% loại B, loại C và D chiếm 3,7%. Như vậy kết quả đánh giá độ vững của khớp gối theo thang điểm IKDC của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác. Cũng như hầu hết các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy độ vững của khớp gối theo thang điểm IKDC sau điều trị 12 tháng có sự cải thiện đáng kể so với trước điều trị.

Kết quả của phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều

yếu tố như: kỹ thuật phẫu thuật, đặc điểm tổn thương, điều trị phục hồi chức năng sau mổ. Trong đó kỹ thuật phẫu thuật liên quan đến kích thước mảnh ghép, vị trí tạo đường hầm, độ căng mảnh ghép khi cố định và đây chính là kỹ năng của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng tuổi và tổn thương sụn chêm có liên quan đến độ vững khớp gối theo thang điểm I.K.D.C sau điều trị (Tuổi: OR = 4,65; 95%CI :1,08 – 19,71 ; p < 0,05; tổn thương sụn chêm: OR = 10,58; 95%CI:1,22 – 91,34 ; p < 0,05). Đường kính mảnh ghép có liên quan đến độ vững khớp gối theo thang điểm I.K.D.C (OR: 6,04, 95%CI: 1.18 – 30.87, p < 0,05). Theo tác giả Mariscalco [14], kích thước mảnh ghép có mối liên quan tới kết quả phẫu thuật: cứ tăng 1mm đường kính mảnh ghép thì điểm KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score) về hoạt động thường ngày tăng 2 điểm, về hoạt động thể thao tăng 5.2 điểm.

Vị trí đường hầm đùi và đường hầm chày có mối liên quan với độ vững khớp gối theo I.K.D.C (bảng 6). Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của các tác giả khác. Xác định chính xác vị trí đường hầm cũng đồng nghĩa sẽ tái tạo lại DCCT giống với dây chằng nguyên bản về cả hướng của dây chằng, vấn đề này phụ thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên. Vị trí tạo đường hầm không chính xác có thể dẫn đến mảnh ghép nằm ra ngoài vùng diện bám gây kẹt mảnh ghép vào trần hoặc thành hố liên lồi cầu, dây chằng chéo sau và hướng dây chằng không đúng với giải phẫu.

V. KẾT LUẬN

Độ vững khớp gối phục hồi tốt ở bệnh nhân đứt DCCT được điều trị nội soi bằng phương pháp tất cả bên trong và có liên quan đến tuổi, tổn thương sụn chêm, đường kính mảnh ghép, vị trí đường hầm đùi và chày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hoàng Anh** (2009.), "Nghiên cứu điều trị đứt dây chằng chéo trước khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ bán gân và gân cơ thon", Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
2. **Hà Đức Cường** (2005), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tại bệnh viện Việt Đức", Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội Trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Mạnh Sơn** (2016), " Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tự thân", Luận án tiến sỹ y học, Đại học y Hà Nội.
4. **Lê Văn Mười, và cộng sự** (2015), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo

trước sử dụng gân bán gân bằng kỹ thuật "all inside" tại Bệnh viện Đà Nẵng", Tạp chí hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam, tr. 105 – 110.

5. **Phạm Ngọc Trường** (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước kỹ thuật hai bó bốn đường hầm", Luận văn thạc sĩ y học., Học viện Quân y.
6. **Tăng Hà Nam Anh** (2013), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước sử dụng gân Hamstring bằng kỹ thuật All inside.", Tạp

chí hội nghị chấn thương chỉnh hình Việt Nam., 109–114.

7. **Trần Trung Dũng** (2011), "Nghiên cứu sử dụng mảnh ghép đồng loại bảo quản lạnh sâu tạo hình dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi.", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà nội.
8. **Colombet P., et al.** (2006), "Morphology of anterior cruciate ligament attachments for anatomic reconstruction: a cadaveric dissection and radiographic study", Arthroscopy, 22(9), 984-92.

ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN MÂM CHÀY SCHATZKER V-VI BẰNG NẠP KHOÁ MÂM CHÀY DƯỚI HỖ TRỢ CỦA MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG ANH

Đoàn Anh Tuấn*, Lê Hữu Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá điều trị gãy kín mâm chày Schatzker V-VI bằng nẹp vít khoá mâm chày dưới hỗ trợ của màn tăng sáng tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 36 bệnh nhân có gãy kín mâm chày Schatzker V, VI được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá tại Bệnh viện Đông Anh từ 01/2019 đến 01/2022. **Kết quả:** Gãy kín mâm chày loại V (28 ca) và loại VI (8 ca) theo Schatzker. Độ tuổi từ 18 đến 45 tuổi chiếm 86,1% (31BN) với tỷ lệ nam/nữ là 1,43/1. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông chiếm 80,6%, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt chiếm 19,4%. Tỷ lệ liền xương sau mổ là 100%, với kết quả 88,9% tốt và rất tốt. Với 86,1% số BN đạt kết quả phục hồi biên độ vận động khớp gối > 120°. **Kết luận:** Kết hợp xương gãy kín mâm chày loại V – VI theo Schatzker bằng nẹp vít khoá mâm chày dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng mang lại kết quả phục hồi giải tốt và rất tốt về giải phẫu và chức năng.

Từ khóa: Gãy kín mâm chày theo Schatzker; nẹp vít khoá mâm chày, màn tăng sáng

SUMMARY

TREATMENT OF SCHATZKER V/VI TIBIAL PLATEAU CLOSED FRACTURES USING LOCKING PLATING UNDER THE SUPPORT OF C-ARM AT DONG ANH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical treatment results of tibial plateau closed fracture of Schatzker V - VI using locking plating under the support of C-arm at Dong Anh General hospital. **Subjects and method:** The retrospective, prospective descriptive study was conducted on 36 elder patients with closed fractures of

Schatzker V – VI tibial plateau had internal fixation using locking plate under the support of C-arm at Dong Anh General hospital., from Jan 2019 to Jan 2022. **Results:** Closed fracture of the tibial plateau Schatzker type V (14 cases) and type VI (4 cases) The age group from 18 to 45 years old, accounting for 86,1% (31 patients), with the ratio of male / female is 1.43. The main cause is traffic accidents accounted for 80,6%, occupational accidents and daily life accidents accounted for 19,4%. After surgery 100% bone healing as results 88,9% good and very good. Which 86,1% functional rehabilitation achieved flexion of the knee joint about more than 120 degrees. **Conclusion:** The surgical treatment of tibial plateau Schatzker types V-VI closed fracture using locking plate under the support of C-arm good recovery anatomy and function.

Keywords: Closed fracture of tibial plateau from Schatzker classification; locking plate; C-arm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày chiếm 1-2% tổng số gãy xương và khoảng 8% trường hợp gãy xương ở người già. Gãy mâm chày độ V, VI theo phân loại của Schatzker là gãy cả hai mâm chày và có đường gãy tách rời giữa đầu xương và thân xương. Đây là loại gãy phức tạp liên quan đến chấn thương năng lượng cao. Trong đó gãy kín mâm chày Schatzker V, VI thường khó điều trị, nguy cơ di chứng nặng nề. Vì thế phẫu thuật viên luôn lựa chọn phương pháp tối ưu phục hồi mặt khớp, giữ đúng trục cơ học, bảo toàn hệ thống gấp duỗi và giữ vững khớp gối [1].

Với hỗ trợ của CT-scan dựng hình khi chẩn đoán gãy mâm chày, phẫu thuật nẹp vít được sử dụng phổ biến trong các trường hợp gãy kín mâm chày Schatzker V-VI. Với sự hỗ trợ của màn tăng sáng trong khi phẫu thuật đã làm giảm mức độ tổn thương phần mềm, khả năng nắn chỉnh về giải phẫu tốt và tăng mức độ cố định các

*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Anh Tuấn

Email: datuansp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/3/2022

Ngày phản biện khoa học: 31/3/2022

Ngày duyệt bài: 19/4/2022