

8. De Sousa Jatene PR, Vargas Jatene MC. Complications During and After Abdominoplasties. In: Avelar JM, ed. New Concepts on

Abdominoplasty and Further Applications. Springer International Publishing; 2016:585-598. doi:10.1007/978-3-319-27851-3_38

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CO NGẮN GÂN GÓT Ở BỆNH NHÂN KÉO DÀI CHÂN NÂNG CHIỀU CAO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Văn Lượng¹, Nguyễn Năng Giới¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả nới dài gân gót qua da điều trị biến chứng bàn chân thủng ở những bệnh nhân này kéo dài căng chân nâng chiều cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 32 bệnh nhân (BN) trưởng thành bị co ngắn gân gót mức độ nặng do kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung cố định ngoài kết hợp đinh nội tủy, tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2022, được chia thành 2 nhóm: Nhóm I (gồm 15 BN) được nới dài gân gót tại 1 điểm, nhóm II (gồm 17 BN) được nới dài gân gót qua da tại 3 điểm theo kỹ thuật Hoke. **Kết quả:** Sau mổ 6 tháng, điểm AOFAS trung bình và biên độ gấp mu bàn chân sau mổ 6 tháng lần lượt là $96,08 \pm 3,17$ và $20,06 \pm 5,15$ độ. Mặc dù sự khác biệt về điểm AOFAS, biên độ gấp gan và gấp mu bàn chân của 2 nhóm BN là không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, khả năng nhón gót ở nhóm I thấp hơn nhóm II với $P < 0,05$. **Kết luận:** Điều trị co ngắn gân gót mức độ nặng bằng phẫu thuật nới dài gân gót qua da theo kỹ thuật Hoke là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, sẹo mổ thẩm mỹ.

Từ khóa: Bàn chân thủng; Co ngắn gân gót; Kéo dài; Kỹ thuật Hoke, nới gân gót.

SUMMARY

THE RESULTS OF THE TREATMENT OF EQUINUS DEFORMITY IN COSMETIC LEG-LENGTHENING PATIENTS IN THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of treating equinus deformity in cosmetic leg-lengthening patients. **Subjects and methods:** In a retrospective control study, 32 adult patients with severe equinus deformity due to cosmetic bilateral leg-lengthening using the LON method at 108 Military Central Hospital from January 2012 to December 2022 were divided into two groups: 15 patients underwent Achilles tenotomy at one site (group I); 17 patients underwent percutaneous Achilles hemi-tenotomy at three site (group II) according to Hoke technique. **Results:** Six months postoperative, the average of AOFAS scores and ankle dorsiflexion range were 96.08 ± 3.17 points

and 20.06 ± 5.15 °. Although the AOFAS scores, the range of ankle dorsiflexion, and the range of ankle plantar flexion were not significantly different in the two groups with $P > 0.05$, the ability to perform a single-legged heel-rise in group I was lower than in group II. **Conclusion:** Treatment of severe equinus deformity using the percutaneous Achilles tenotomy according to the Hoke technique is a safe and highly effective method with aesthetic scars.

Keywords: Equinus deformity; Achilles tendon; Lengthening; Hoke technique; Achilles tenotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co ngắn gân gót là một biến chứng hay gặp khi kéo dài căng chân, chiếm từ 9,9% - 100% tùy nghiên cứu. Có nhiều phương pháp dự phòng co ngắn gân gót như tập vật lý trị liệu, đeo giá kéo bàn chân chống thủng, cố định ngoài tạm thời cổ chân. Mức độ co ngắn gân gót tỷ lệ thuận với chiều dài xương chày được kéo [6]. Có nhiều phương pháp điều trị co ngắn gân gót, từ điều trị bảo tồn đối với biến dạng nhẹ, và phẫu thuật đối với các biến dạng nặng. Tỷ lệ phải phẫu thuật từ 1,6-37% [1], [3], [7],[8]. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: nới dài gân gót, cắt gân cơ sinh đôi, căng dẫn gân gót từ từ bằng cố định ngoài (CĐN) [1], [6], [7].

Tại Bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi đã triển khai kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung CĐN kết hợp ĐNT từ năm 2012. BN được đeo giá kéo bàn chân chống thủng và được điều trị phẫu thuật nới dài gân gót qua da với những trường hợp co ngắn gân gót nặng. Nới dài gân gót qua da có thể thực hiện với kỹ thuật cắt ngầm gân gót tại 1 điểm hoặc 3 điểm. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị co ngắn gân gót trong kéo dài chân và so sánh kết quả, của hai phương pháp nới dài gân gót khác nhau. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị nới dài gân gót qua da ở những bệnh nhân này, đồng thời so sánh kết quả của 2 kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 BN bị co ngắn gân gót nặng do kéo dài căng chân nâng chiều cao bằng khung CĐN kết hợp ĐNT (đinh

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lượng

Email: luongnv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

nội tủy), được phẫu thuật nối dài gân gót qua da, từ 1/2012 - 12/2022, tại Bệnh viện TWQĐ 108. Các BN được chia thành 2 nhóm: Nhóm I (gồm 15 BN), được nối dài gân gót tại 1 điểm, và nhóm II (gồm 17 BN) được nối dài gân gót theo tại 3 điểm (kỹ thuật Hoke).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Co ngắn gân gót nặng khi dùng căng dần, gân gót sờ căng cứng, góc căng bàn chân trên 125^o, tập phục hồi chức năng (PHCN) không đỡ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN bị nhiễm khuẩn ở vùng gân gót.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, có nhóm chứng. BN được vô cảm bằng tê tủy sống, rồi nằm sấp. BN được dùng kháng sinh dự phòng trước mổ. Garo được đặt ở 1/3 giữa đùi. Cổ chân được kê cao bằng 1 gối.

Kỹ thuật mổ nối gân gót tại 1 điểm: Rạch da dài 2cm chạy dọc ở sau trong gân gót, cách điểm bám tận 2cm; qua cân, rạch dọc bao gân gót. Dùng 1 pince nhỏ móc gân gót lên và cắt đứt hoàn toàn gân gót. Bàn chân được gấp mu tới 10^o. Khâu bao gân và tổ chức dưới da bằng chỉ Vicryl 3/0. Khâu da bằng chỉ Nilon 4/0. Bó bột căng bàn chân mở cửa sổ ở tư thế bàn chân gấp mu 5^o.

Kỹ thuật mổ cắt bán phần gân gót tại 3 điểm theo kỹ thuật Hoke: Gân gót sẽ được cắt bán phần tại 3 vị trí cách điểm bám gân gót 1cm, 5cm, 8-10cm. Dùng lưỡi dao số 15, rạch da theo chiều dọc tại chính giữa gân gót tại từng điểm

trong 3 điểm đã xác định như trên. Rạch qua cân, qua chính giữa gân gót. Lưỡi dao được xoay 90 độ vào trong để cắt đứt một nửa gân gót phía trong tại điểm cắt 2 đầu, và được xoay 90 độ ra ngoài để cắt đứt nửa gân gót phía ngoài. Nếu cổ chân vẹo ngoài thì hướng xoay dao để cắt nửa gân gót sẽ ngược lại. Bàn chân được gấp mu tới 10^o. Khâu da bằng chỉ Nilon 4/0. Bó bột căng bàn chân ở tư thế bàn chân gấp mu 5^o.

Chăm sóc, điều trị sau mổ: BN được dùng thuốc giảm đau, giảm nề trong 3-5 ngày, ra viện sau mổ 1-2 ngày. BN được bó bột căng bàn chân mở cửa sổ trong 6 tuần. Sau 6 tuần, BN được tháo bột, đi giày độn gót 4cm và giảm độn gót dần mỗi tuần 1 cm, tỉ nén một phần trọng lượng cơ thể. BN được khuyến khích gấp mu bàn chân trong biên độ không gây đau. Sau 2,5 – 3 tháng, BN được tập chạy, bơi nhẹ nhàng và từ từ tăng dần.

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, chiều cao, chiều dài xương chày, mức kéo dài chân, tốc độ kéo.

Kết quả xa được đánh giá sau mổ 6 tháng, bao gồm: Biên độ gấp mu của bàn chân; biên độ gấp gan bàn chân; khả năng kiễng chân được đánh giá bằng khoảng cách từ gót chân- mặt sàn khi đứng kiễng gót từng chân; điểm AOFAS, tình trạng sẹo mổ (sẹo lõm, sẹo phì đại, sẹo dính da).

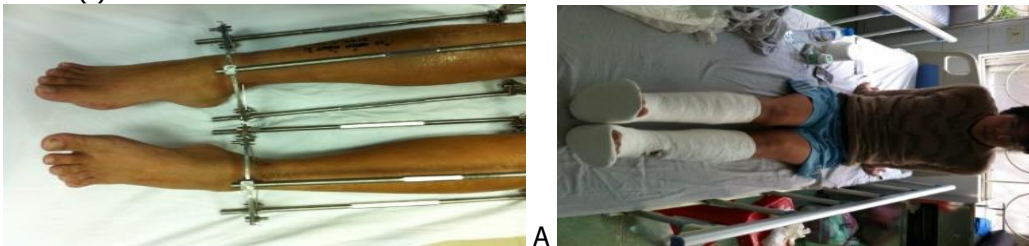
Biến chứng: Nhiễm khuẩn vết mổ, viêm rò vết mổ, đứt lại gân gót, co rút gân gót tái phát, tổn thương mạch máu thần kinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân (n=32)

Các chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I (n=15)	Nhóm II (n=17)	Cả 2 nhóm	P1-2
Nam: Nữ	8:7	9:8	17:15	>0,05
Tuổi BN (tuổi)	25,39±5,15	26,51±4,42	26,13±5,02	>0,05
Chiều cao trước mổ (cm)	154,15±5,15	152,35±5,31	153,13±5,21	>0,05
Mức kéo dài chân (cm)	6,28±2,11	6,31±1,25	6,29±1,26	>0,05
Tỉ lệ phần trăm xương chày được kéo (%)	19,61±5,11	20,13±4,12	20,01±5,31	>0,05
Tốc độ căng dần (mm/ngày)	0,87±0,29	0,89±0,43	0,88±0,51	>0,05

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy, nhóm I và nhóm II không có sự khác biệt về đặc điểm giới, tuổi, chiều cao, mức kéo dài chân, tốc độ căng dần. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 26,13±5,02 (từ 18-39 tuổi). Mức kéo dài chân trung bình là 6,29 ±1,26 (5- 10 cm). 32/32 BN đều có dấu hiệu Silfverskiold (-).



Ảnh 1: Co ngắn gân gót nặng khi ngừng căng dần (A), Nối dài gân gót, bó bột (B)

Bảng 2: Kết quả điều trị

Các chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm I (n=15)	Nhóm II (n=17)	Cả 2 nhóm	P1-2
Điểm AOFAS	95,03 ± 6,12	96,67 ± 4,47	96,08 ± 3,17	>0,05
Biên độ gấp mu bàn chân	20,89 ± 4,65	19,78 ± 5,37	20,06 ± 5,15	>0,05
Biên độ gấp gan bàn chân	44,68 ± 7,15	44,29 ± 8,15	44,35 ± 8,02	>0,05
Khoảng cách từ gót chân - mặt sàn khi đứng kiễng chân	3,02 ± 0,69	4,48 ± 0,21	3,79 ± 0,31	<0,05

Nhận xét: Sự khác biệt về biên độ gấp gan và gấp mu bàn chân của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, khoảng cách từ gót chân - mặt sàn khi đứng kiễng gót ở nhóm I thấp hơn nhóm II với $P < 0,05$.

Tình trạng sẹo mổ: Nhóm I có 2 BN có sẹo lõm, 1 BN sẹo phì đại. Nhóm II không gặp sẹo lõm hoặc sẹo phì đại.

Biến chứng: Không gặp tổn thương mạch máu, thần kinh, nhiễm khuẩn vết mổ, viêm rò vết mổ, đứt gân gót.

IV. BÀN LUẬN

Co ngắn gân gót là một biến chứng hay gặp khi kéo dài chân. Tỷ lệ co ngắn gân gót và mức độ trầm trọng của nó có liên quan đến mức kéo dài chân [6]. Khi kéo dài cẳng chân bằng khung CĐN kết hợp ĐNT, BN được tháo khung CĐN sớm nên thuận lợi cho tập PHCN cổ chân. Tuy nhiên, co ngắn gân gót vẫn hay gặp do sức co khỏe hơn của các cơ khu sau cẳng chân. Để phòng co ngắn gân gót bằng cách cho BN tập căng dẫn gân gót càng nhiều càng tốt, đồng thời đặt nẹp để cố định bàn chân gấp mu và gối duỗi khi BN ngủ hoặc khi nghỉ ngơi, giảm tốc độ căng dẫn khi xuất hiện co ngắn gân gót, đồng thời tập căng dẫn gân gót tích cực và đặt nẹp khi không tập [4], [6]. Các BN trong nghiên cứu này đều được đeo giá kéo bàn chân khi nghỉ ngơi, nó có bộ phận vận để kéo bàn chân gấp mu từ từ và làm căng dẫn gân gót từ từ. Belthur [2] chủ động bắt vít ngoài khớp từ xương gót vào đầu dưới xương chày để phòng co ngắn gân gót khi kéo dài xương chày bằng ĐNT tự dẫn. Chúng tôi không chủ động bắt vít từ xương sên vào đầu dưới xương chày như Belthur [2] vì có nguy cơ tổn thương mạch máu thần kinh, khớp cổ chân của bị cố định trong thời gian dài. Một số BN không tuân thủ việc đeo giá kéo bàn chân, tập PHCN chưa đạt yêu cầu và chúng tôi gặp 32 BN với 64 cẳng chân có biểu hiện co ngắn gân gót mức độ nặng. Các BN đều có kèm xoay trong bàn chân, không cải thiện gấp mu bàn chân khi gấp gối nên đã được nối dài gân gót tại 1 điểm hoặc 3 điểm theo kỹ thuật của Hoke. Bàn chân được chỉnh về tư thế gấp mu 5^0 và được cố định bằng bột cẳng bàn chân. Có 1 BN có 2 bàn chân

thuống nặng không chỉnh về tư thế chức năng một thì được nên được lắp thêm khung CĐN xuống bàn chân để chỉnh từ từ và đeo khung thêm 6 tuần.

Các phương pháp mổ co ngắn gân gót có thể chia thành 3 nhóm kỹ thuật tương ứng với 3 vùng nối dài của phức hợp gân cơ sinh đôi- cơ dép [10]. Nối dài tại vùng 1: Cắt cân cơ sinh đôi ở vùng còn cơ sinh đôi (kỹ thuật Baumann), hoặc cắt ở vùng chuyển tiếp gân-cơ sinh đôi (kỹ thuật Strayer). Nối dài tại vùng 2: Nối dài tại điểm kết hợp của gân cơ sinh đôi và gân cơ dép (kỹ thuật Vulpius hoặc Baker). Nối dài tại vùng 3: Nối dài tại gân gót bằng mổ mở hoặc qua da tại 1 điểm hoặc 3 điểm theo kỹ thuật Hoke hoặc nối dài theo kỹ thuật Z-plasty.

Chúng tôi không nối dài tại vùng 1 và 2 vì các BN của chúng tôi đều co ngắn cả cơ sinh đôi và cả cơ dép (dấu hiệu Silfverskiold (-)), nối dài ở vùng 1 và 2 cho kết quả mức nối dài thấp hơn so với nối dài tại vùng 3, đồng thời đều phải mổ mở, sẹo mổ dài hơn. Kim [6] đã cắt cân cơ bụng chân khi căng dẫn gân gót bằng khung CĐN ở 55 cẳng chân khi xương chày được kéo dài trên 20% độ dài ban đầu. Cắt cân cơ bụng chân đơn thuần chủ yếu chỉ giải quyết được co ngắn gân gót khi tình trạng gấp mu bàn chân cải thiện khi cho BN gấp gối (Silfverskiold (+)), tức co ngắn gân gót ở đây chủ yếu là do cơ ngắn cơ bụng chân. Sau mổ 6 tháng, biên độ gấp mu bàn chân trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $20,06 \pm 5,15$ độ.

Một số tác giả xuyên đinh qua các xương bàn và nối khung CĐN xuống bàn chân nhằm kéo bàn chân gấp mu từ từ để điều trị co ngắn gân gót [1,7,8,9], tuy nhiên, BN bị đau nhiều hoặc không hết thường hoàn toàn. Novikov [7] đã thất bại ở 1/10 BN và Sun [9] thất bại ở 13/37. Vì vậy, Park [8] đã nén ổ cẳng dẫn ngắn lại ở 2/5 cẳng chân trước khi căng dẫn gân gót bằng khung CĐN.

Chúng tôi cũng nhất trí với một số tác giả chủ trương nối dài gân gót khi BN đã thất bại với điều trị bằng tập PHCN. Sau khi nối dài gân gót, cô chân được cố định bằng khung CĐN hoặc bó bột. Đỗ Tiến Dũng [1] đã nối dài gân gót và cố định bằng cọc ép ren ngược chiều ở 1/14 BN bị

co ngắn gân gót. Catagni [3] nối dài gân gót ở 19/54 BN. Park [8] nối dài gân gót ở 2/19 BN. Novikov [7] nối dài gân gót ở 2/12 BN co ngắn gân gót. Sun [9] nối dài gân gót ở 13/37 BN co ngắn gân gót. Các tác giả này đều thông báo kết quả hồi phục chức năng cổ chân tốt. Chúng tôi chọn nối dài gân gót tại vùng 3 theo kỹ thuật nối dài 3 điểm qua da của Hoke hoặc tại 1 điểm. Điểm AOFAS trung bình và biên độ gấp mu bàn chân sau mổ 6 tháng lần lượt là $96,08 \pm 3,17^{\circ}$ và $20,06 \pm 5,15^{\circ}$. Mặc dù sự khác biệt về điểm AOFAS, biên độ gấp gan và gấp mu bàn chân của 2 nhóm BN là không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, khoảng cách từ gót chân- mặt sàn khi đứng kiễng gót ở nhóm I thấp hơn nhóm II với $P < 0,05$. Điều đó cho thấy hiệu quả cao sau nối dài gân gót qua da theo kỹ thuật Hoke so với cắt ngầm gân gót tại 1 điểm,

Chúng tôi cũng không gặp biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh, nhiễm khuẩn vết mổ, đứt gân gót. Điều đó cho thấy sự an toàn của kỹ thuật nối dài gân gót qua da. Sẹo mổ sau nối dài gân gót ngắn, thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị co ngắn gân gót mức độ nặng bằng phẫu thuật nối dài gân gót qua da theo kỹ thuật Hoke là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, sẹo mổ thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tiên Dũng** (2004), Nhận xét kết quả bước đầu nâng chiều cao cho người có tầm vóc thấp bằng phẫu thuật kéo dài hai cẳng chân, Tạp chí Y học thực hành, 2, pp. 31-32.

2. **Belthur M. V., Paley D., Jindal G., et al.** (2008), Tibial lengthening: extraarticular calcaneotibial screw to prevent ankle equinus, Clin Orthop Relat Res, 466(12), pp. 3003-3010.
3. **Catagni M. A., Lovisetti L., Guerreschi F., et al.** (2005), Cosmetic bilateral leg lengthening: experience of 54 cases, J Bone Joint Surg Br, 87(10), pp. 1402-1405.
4. **Folkerts C., Henry S., Kovelman H. F., et al.** (1992), Rehabilitation of the Ilizarov patient, Rehab Manag, 5(6), pp. 126-129.
5. **Guo Q., Zhang T., Zheng Y., et al.** (2012), Tibial lengthening over an intramedullary nail in patients with short stature or leg-length discrepancy: a comparative study, Int Orthop, 36(1), pp. 179-184.
6. **Kim S. J., Balce G. C., Agashe M. V., et al.** (2012), Is bilateral lower limb lengthening appropriate for achondroplasia?: midterm analysis of the complications and quality of life, Clin Orthop Relat Res, 470(2), pp. 616-621.
7. **Novikov K. I., Subramanyam K. N., Muradisinov S. O., et al.** (2014), Cosmetic Lower Limb Lengthening by Ilizarov Apparatus: What are the Risk, Clin Orthop Relat Res.
8. **Park H. W., Yang K. H., Lee K. S., et al.** (2008), Tibial lengthening over an intramedullary nail with use of the Ilizarov external fixator for idiopathic short stature, J Bone Joint Surg Am, 90(9), pp. 1970-1978.
9. **Sun X. T., Easwar T. R., Manesh S., et al.** (2011), Complications and outcome of tibial lengthening using the Ilizarov method with or without a supplementary intramedullary nail: a case-matched comparative study, J Bone Joint Surg Br, 93(6), pp. 782-787.
10. **Firth G.B., McMullan M., Chin T., Ma F., Selber P., Eizenberg N., Wolfe R., Kerr Graham H.** (2013), Lengthening of the gastrosoleus complex, J Bone Joint Surg Am, 95:1489-96.

ĐẶC ĐIỂM GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở MỘT SỐ BỆNH NHÂN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2023-2024

Trần Kiều Hoa^{1,2}, Lâm Nhựt Tân¹, Tô Tuấn Dân²,
Trần Minh Triết³, Trần Linh Nam³, Bùi Trần Hoàng Huy⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, tai nạn giao thông ngày càng tăng với chấn thương vùng hàm mặt ngày càng

trở nên phổ biến và phức tạp với sự kết hợp với các tổn thương khác. Trong đó, chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) chiếm đa số. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm gãy XHD ở một số bệnh nhân tại Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 36 bệnh nhân gãy XHD tại Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 19-39 tuổi chiếm 66,7% và nam giới chiếm 80,6%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 94,4%. Tỷ lệ vị trí gãy đơn giản và phức tạp lần lượt là 55,6% và 44,4%; đa số triệu chứng cơ năng và thực thể có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm gãy đơn giản và phức tạp. **Kết luận:** Các đặc điểm của gãy XHD đa dạng và phức tạp từ triệu chứng cơ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

⁴Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Nhựt Tân

Email: lntan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024