

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG GÂN CHÂN NGỔNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Quang Sơn*, Nguyễn Thanh Tấn, Phạm Việt Triều,

Nguyễn Lê Hoan, Bùi Công Minh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: tqson@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đứt dây chằng chéo trước là một tổn thương thường gặp sau chấn thương gối, nếu không được phục hồi sẽ dẫn đến tình trạng thoái hóa khớp gối sớm hơn, nguy cơ rách sụn chêm sau đó. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã thực hiện phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước từ năm 2011. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tổng kết quá trình điều trị, từ kết quả đó có thể định hướng điều chỉnh phương pháp điều trị sau này. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học ở bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước; 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 205 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước được điều trị từ tháng 6/2014 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Nam 71,7%, nữ 28,3%, tuổi trung bình $34,7 \pm 8,9$ tuổi, kết quả phục hồi chức năng tốt và rất tốt 93,8%, có 3 trường hợp nhiễm trùng đường hầm mâm chày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng cho kết quả phục hồi chức năng tốt.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, gân chân ngỗng.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT ARTHROSCOPIC RECONSTRUCTION WITH HAMSTRING TENDONS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Tran Quang Son, Nguyen Thanh Tan, Pham Viet Trieu,

Nguyen Le Hoan, Bui Cong Minh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Anterior cruciate ligament (ACL) rupture is a common defect because of a knee injury. If this defect is not recovered, the knee will lead to earlier degeneration and have a risk of meniscus tear later. The Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital has performed arthroscopic surgery to reconstruct ACL since 2011. We research to summarize the treatment process which can guide the adjustment of treatment methods in the future. **Objectives:** 1. Described clinical and radiologic figures of patients with ACL rupture; 2. Evaluated the results of the ACL arthroscopic reconstruction with using hamstring tendons. **Materials and methods:** retrospective and prospective cross-sectional descriptive research on 205 patients with ACL rupture who were treated from June 2014 to June 2019. **Results:** Male 71,7%, female 28,3%, average age $34,7 \pm 8,9$ years old, the result of good and very good rehabilitation was 93,8%, there are 3 cases of infection of the tibial plateau tunnel. **Conclusions:** The anterior cruciate ligament arthroscopic reconstruction with hamstring tendons has brought a good rehabilitation result.

Keywords: anterior cruciate ligament, hamstring tendons

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là tổn thương thường gặp nhất sau chấn thương gối nói chung và chấn thương thể thao nói riêng, dẫn đến tình trạng mất vững khớp gối gây

rách sụn chêm và thoái hóa khớp sớm. Trước đây, điều trị bằng mổ mở tương đối khó khăn và khó đánh giá được hết các tổn thương bên trong khớp gối. Ngày nay phẫu thuật nội soi tương đối phổ biến trong điều trị các bệnh lý vùng khớp, trong đó khớp gối là đa số. Về mặt kỹ thuật hai phương pháp mổ mở và mổ nội soi khớp không có sự khác biệt. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi khớp gối tái tạo lại dây chằng chéo trước là phương pháp điều trị ít xâm lấn, đường mổ nhỏ, giúp quan sát được hết các tổn thương bên trong khớp gối và phục hồi lại dây chằng bị đứt một cách thuận lợi. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đi vào hoạt động từ 30/12/2011 đã tiếp nhận và điều trị cho nhiều bệnh nhân thuộc các lĩnh vực chuyên khoa sâu. Phẫu thuật nội soi khớp gối tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng đã được chúng tôi thực hiện điều trị cho bệnh nhân từ những ngày đầu thành lập bệnh viện, kết quả ban đầu cho thấy sự hài lòng từ bệnh nhân điều trị. Tính đến nay đã hơn 5 năm nhưng tại bệnh viện chưa có nghiên cứu báo cáo tổng kết được kết quả cụ thể. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu cụ thể như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước được điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2019.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong 5 năm từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng được điều trị từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2019, thỏa các tiêu chuẩn sau:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân từ 18 - 50 tuổi phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

Có gãy xương vùng gối kèm theo.

Có tổn thương các dây chằng khác.

Khớp gối đang trong tình trạng viêm nhiễm.

Da vùng gối bị đẹn loét nhiều.

Có các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó, n: Cỡ mẫu nghiên cứu

Z: Độ tin cậy bằng 1,96 với mức tin cậy mong muốn là 95%

p: Tỷ suất hiện mắc

d: Sai số cho phép, d = 0,023

Theo tác giả Trần Hoàng Tùng, tỷ lệ bệnh nhân phục hồi chức năng khớp gối tốt và rất tốt sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước là p = 0,974 [4]. Từ đó, tính được cỡ mẫu n = 183. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được 205 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, kết quả cộng hưởng từ (MRI) khớp gối, thời gian phẫu thuật, biến chứng lúc mổ, đường kính mảnh ghép, kích thước dụng cụ cố định mảnh ghép, vị trí đường hầm trên X-quang sau phẫu thuật, tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật, phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm và các biến chứng muộn.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Đối với bệnh nhân được phẫu thuật trước thời điểm tháng 1 năm 2019 chúng tôi hồi cứu hồ sơ và hẹn bệnh nhân tái khám đánh giá kết quả phục hồi chức năng và các biến chứng muộn. Đối với bệnh nhân được phẫu thuật từ thời điểm tháng 1 năm 2019 chúng tôi thăm khám đánh giá các nội dung nghiên cứu trên và theo dõi bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
18 - 20	3	1,5
21 - 30	66	32,2
31 - 40	75	36,5
40 - 50	61	29,8
Tổng	205	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước nằm trong độ tuổi từ 21 đến 40 tuổi. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $34,7 \pm 8,9$ tuổi, bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, bệnh nhân có tuổi cao nhất là 49 tuổi.

Bảng 2. Giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	147	71,7
Nữ	58	28,3
Tổng	205	100

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nam giới bị đứt dây chằng chéo trước cao hơn nữ giới gấp 2,5 lần.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước (n = 205)

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khớp gối trái	96	46,8
Khớp gối phải	109	53,2
Hạn chế vận động khớp gối	31	15,1
Sưng nề khớp gối	41	20
Cảm giác lụp cụp	24	11,7
Đau khớp gối	132	64,4
Lỏng khớp gối	167	81,5
Teo cơ đùi	93	45,4
McMurray	68	33,1

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghiệm pháp ngấn kéo trước (+)	189	92,2
Nghiệm pháp Lachman (+)	197	96,1

Nhận xét: Trong 205 trường hợp nghiên cứu, các bệnh nhân có tỷ lệ bị chấn thương gối bên phải nhiều hơn so với gối bên trái. Tuy nhiên, sự khác biệt này không đáng kể. Các triệu chứng cơ năng thường gặp là lỏng gối và đau gối. Các triệu chứng ít gặp gồm có sưng gối, có cảm giác lụp cụp, hạn chế vận động. Về triệu chứng thực thể nghiệm pháp Lachman dương tính là triệu chứng thường gặp nhất, kể đến là nghiệm pháp ngấn kéo trước dương tính. Tỷ lệ teo cơ tứ đầu đùi ít gặp hơn.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trong khớp gối trên MRI (n = 205)

Đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương dây chằng chéo trước		
Đứt hoàn toàn	155	75,6
Đứt một phần	50	24,4
Tổn thương sụn chêm		
Không tổn thương	107	52,2
Rách sụn chêm trong	63	30,7
Rách sụn chêm ngoài	24	11,7
Rách hai sụn chêm	11	5,4

Nhận xét: Đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước chiếm tỷ lệ cao hơn 3 lần trường hợp đứt bán phần dây chằng. Trong nhóm nghiên cứu, có đến 47,8% các trường hợp đứt DCCT kèm theo tổn thương sụn chêm, rách sụn chêm trong đi kèm gặp nhiều hơn rách sụn chêm ngoài. Tỷ lệ bệnh nhân có kèm theo tổn thương hai sụn chêm rất ít.

3.3. Kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước

Thời gian phẫu thuật trung bình $66,2 \pm 8,6$ phút. Đa số có thời gian phẫu thuật dưới 75 phút, trên 90 phút rất thấp. Dẫn lưu khớp gối sau phẫu thuật chiếm 96,1%.

Mảnh ghép đa số có đường kính từ 6,5 mm đến 7,5 mm (77,1%). Đường kính mảnh ghép trung bình $7,3 \pm 0,9$ mm. Đường kính mảnh ghép của nữ có xu hướng nhỏ hơn 7,5 mm, ở nam có xu hướng lớn hơn 7,5 mm ($p = 0,001$).

Các nút neo được sử dụng để cố định mảnh ghép ở lõi cầu đùi có chiều dài dao động từ 15 mm đến 30 mm, có 94,7% trường hợp sử dụng nút neo có chiều dài 20 mm và 25 mm. Vít tự tiêu cố định mảnh ghép gân phía mâm chày có chiều dài 28 mm được sử dụng nhiều nhất chiếm 37,6%. Vít tự tiêu có đường kính 8 mm được sử dụng nhiều nhất chiếm 69,8%.

Hầu hết các trường hợp chụp X-quang kiểm tra thấy vị trí đường hầm đạt, có 4 trường hợp vị trí đường hầm mâm chày ra trước và 2 trường hợp vị trí đường hầm mâm chày ra sau so với vị trí chuẩn.

Bảng 5. Biến chứng lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biến chứng trong lúc phẫu thuật		
Đứt mảnh ghép	1	0,5
Gãy vít tự tiêu	2	1

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vỡ đường hầm lồi cầu đùi	1	0,5
Biến chứng sau phẫu thuật		
Nhiễm trùng vết mổ	3	1,5
Tổn thương nhánh thần kinh hiển	2	1

Nhận xét: Trong lúc phẫu thuật tái tạo DCCT có các biến chứng đứt mảnh ghép, gãy vít tự tiêu và vỡ đường hầm lồi cầu đùi tỷ lệ thấp không quá 1%. Biến chứng sau mổ ghi nhận có nhiễm trùng vết mổ chiếm 1,5% và tổn thương nhánh thần kinh hiển chiếm 1%.

Bảng 6. Tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật

Thời gian Tầm vận động	6 tháng (n = 43)	12 tháng (n = 48)	Sau 24 tháng (n = 154)
Gập	148 ⁰ ± 2,3 ⁰	149,7 ⁰ ± 0,3 ⁰	150 ⁰
Duỗi	0 ⁰	0 ⁰	0 ⁰

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân lấy lại được hết tầm vận động khớp gối sau phẫu thuật 6 tháng.

Bảng 7. Kết quả phục hồi chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm

Thời gian Kết quả PHCN	6 tháng (n = 43)	12 tháng (n = 48)	Sau 24 tháng (n = 144)
Rất tốt	74,4%	79,2%	79,9%
Tốt	18,6%	16,7%	13,8%
Trung bình	7,0%	4,1%	6,3%
Kém	0%	0%	0%

Nhận xét: Kết quả phục hồi chức năng tốt và rất tốt chiếm hơn 90% ở các thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng 12 tháng và 24 tháng.

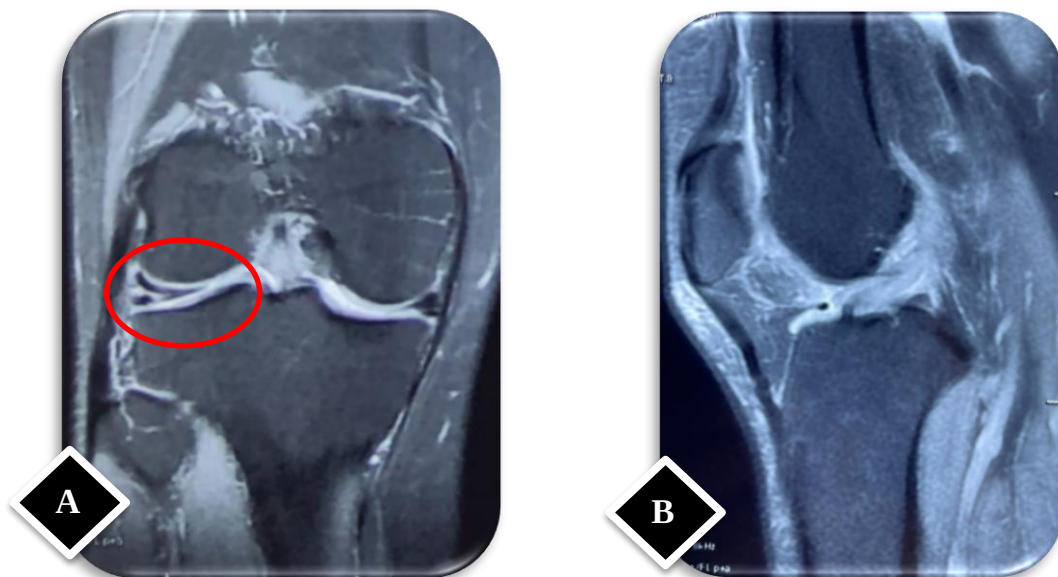
IV. BÀN LUẬN

Đứt dây chằng chéo trước khớp gối có thể gặp sau chấn thương khớp gối mạnh như thể dục thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động hay các hoạt động khác, do đó đứt dây chằng chéo trước khớp gối có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 205 bệnh nhân có tuổi trung bình là $34,7 \pm 8,9$ tuổi, nam chiếm 71,7%, nữ chiếm 23,8%. Tác giả Bùi Công Minh (2019) ghi nhận nhóm tuổi từ 21 - 40 tuổi bị đứt dây chằng chéo trước gặp nhiều, chiếm 73,9%, tuổi trung bình $35,2 \pm 9,5$ tuổi [2]. Đặc điểm chung của nhóm các đối tượng trong độ tuổi này là phải thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ cao nên dễ chấn thương gối gây tổn thương dây chằng chéo trước.

Dây chằng chéo trước là một trong số các yếu tố giữ vững tĩnh cho khớp gối. Chính vì vậy, khi dây chằng chéo trước bị tổn thương sẽ làm cho khớp gối mất vững, ảnh hưởng đến chức năng vận động và gây ra các triệu chứng trên lâm sàng. Thực tế từ nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 46,8% bệnh nhân bị tổn thương gối trái và 53,2% gối phải; triệu chứng đau khớp gối chiếm 64,4%, lỏng gối chiếm 81,5%, khám nghiệm pháp ngăn kéo trước dương tính chiếm 92,2%, nghiệm pháp Lachman dương tính chiếm 96,1%. Trong nghiên cứu phân tích gộp của tác giả Van Eck (2013) trên 1579 bệnh nhân từ 17 nghiên cứu cho

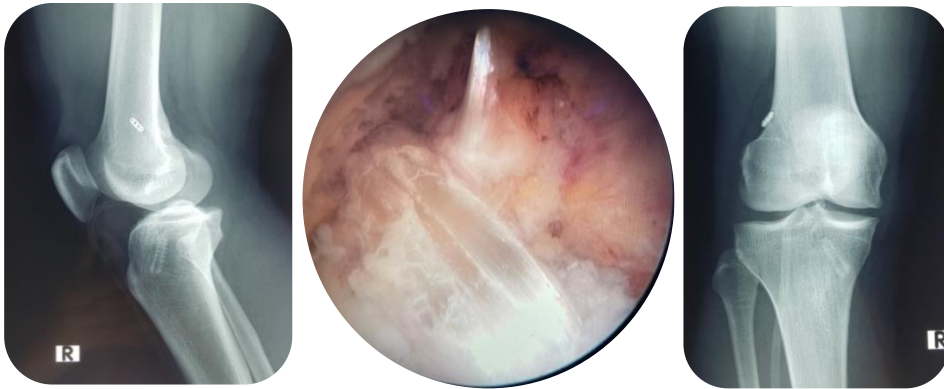
thấy nghiệm pháp Lachman khi thực hiện đánh giá dây chằng chéo trước có độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 81%; so với nghiệm pháp ngăn kéo trước độ nhạy chỉ 38% và độ đặc hiệu 81% [9]. Từ kết quả trên, chúng tôi nhận thấy nghiệm pháp Lachman có độ nhạy cao hơn trong chẩn đoán tổn thương DCCT.

Những bệnh nhân có đặc điểm lâm sàng nghi ngờ tổn thương dây chằng chéo trước được chỉ định chụp MRI giúp chẩn đoán xác định, bên cạnh đó có thể phát hiện các tổn thương sụn chêm đi kèm. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 75,6% bệnh nhân có hình ảnh đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước và có 24,4% bệnh nhân đứt bán phần dây chằng chéo trước; tổn thương sụn chêm trong chiếm 30,7% , tổn thương sụn chêm ngoài chiếm 11,7%. Theo y văn, đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước gây mất vững khớp gối dẫn đến các tổn thương thứ phát sau đó như tổn thương sụn chêm, thoái hóa khớp, chính vì vậy mà bệnh nhân đứt hoàn toàn dây chằng chéo trước nên được chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng. Trong khi đó, trường hợp đứt bán phần dây chằng chéo trước có thể điều trị bảo tồn nếu khám nghiệm pháp chuyển trục khớp (test pivot shift) âm tính và không có tổn thương sụn chêm trên MRI khớp gối. Theo thống kê có khoảng 26-70% bệnh nhân chấn thương dây chằng chéo trước có rách sụn chêm đi kèm; sau chấn thương cấp sụn chêm ngoài thường bị rách hơn, ngược lại sụn chêm trong thường bị rách sau các chấn thương mạn tính [8].



Hình 1. Hình rách sụn chêm (A) và đứt dây chằng chéo trước trên MRI (B)

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $68,34 \pm 10,8$ phút. Tác giả Lê Mạnh Sơn (2015) ghi nhận thời gian $85,7 \pm 7,97$ phút [3]. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm xử lý sụn chêm lúc mổ, kỹ năng của phẫu thuật viên, cũng như xử lý các biến chứng xảy ra trong phẫu thuật. Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi có 1 trường hợp bệnh nhân bị vỡ đường hầm lõi cầu đùi sau khi cố định gân chiếm tỷ lệ 0,5%, nguyên nhân do sai sót trong quá trình khoan đường hầm quá gần vỏ xương, bệnh nhân này được bắt thêm 1 vít tự tiêu cố định dây chằng tăng cường, thời gian cuộc mổ kéo dài đến 120 phút.



Hình 2. Hình ảnh nội soi và Xquang sau phẫu thuật tái tạo DCCT

Phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước có thể sử dụng các loại mảnh ghép gân đồng loại, mảnh ghép gân tự thân hoặc vật liệu nhân tạo. Ở Việt Nam, phẫu thuật này chủ yếu chỉ sử dụng mảnh ghép tự thân bao gồm gân chân ngỗng, gân cơ mào dài, gân bánh chè, gân tứ đầu đùi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng gân chân ngỗng bao gồm gân cơ bán gân và gân cơ thon. Đường kính mảnh ghép sau khi bện xong chúng tôi đo được trong nghiên cứu là $7,3 \pm 0,9$ mm. Tác giả Xie (2012) nghiên cứu trên người Trung Quốc ghi nhận kích thước gân cơ thon và độ dài gân cơ bán gân liên quan chặt chẽ với chiều cao và trọng lượng bệnh nhân, đường kính gân cơ bán gân liên quan chặt chẽ với trọng lượng và giới tính, có sự liên quan thấp giữa tuổi bệnh nhân với kích thước mảnh ghép, không có sự liên quan giữa mức độ hoạt động cá nhân tới kích thước mảnh ghép [10]. Việc phẫu thuật lấy gân cơ thon và gân cơ bán gân không làm ảnh hưởng đến chức năng duỗi khớp gối [7].

Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều được chụp X-quang khớp gối thẳng nghiêng để đánh giá lại vị trí đường hầm dây chằng. Chúng tôi ghi nhận có 6 bệnh nhân có vị trí đường hầm không đạt có 2 trường hợp ra trước và 4 trường hợp ra sau so với vị trí chuẩn ở mâm chày. Phẫu thuật lý tưởng phải phục hồi lại hoàn toàn đặc điểm giải phẫu của dây chằng chéo trước, tuy nhiên thực tế rất khó đạt được. Nếu dây chằng ra phía trước quá mức sẽ rất dễ bị cán vào khe gian lồi cầu nên dễ đứt lại. Hai trường hợp đường hầm mâm chày hơi ra trước chúng tôi có kiểm tra sau phẫu thuật gốc dây chằng tái tạo vẫn nằm trong khe gian lồi cầu khi gối duỗi hoàn toàn. Nếu vị trí đường hầm mâm chày ra phía sau quá nhiều thì góc tạo bởi dây chằng với mâm chày sẽ lớn thì chỉ có một phần dây chằng tham gia vào lực căng chống lại sự trượt của mâm chày ra phía trước do đó hiệu quả làm vững khớp gối sẽ giảm đi và có thể gây hạn chế duỗi khớp gối. Thực tế trong 4 bệnh nhân có đường hầm mâm chày ra sau so với vị trí chuẩn có 3 trường hợp kết quả phục hồi chức năng tốt và 1 trường hợp phục hồi chức năng trung bình.

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân nhiễm trùng đường hầm mâm chày ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, phải tháo vít tự tiêu, cắt lọc đặt xi măng kháng sinh và ghép xương sau đó, chức năng khớp gối đạt mức độ trung bình. Tác giả Alberto Gobbi (2016) ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước dao động từ 0,14% - 2,6% , từ tổng kết nhiều nghiên cứu tác giả cho rằng có nhiều yếu tố liên quan nhiễm trùng như thời gian phẫu thuật, thời gian garô, dẫn lưu khớp, nhiều chỉ khâu trong mảnh ghép [6].

Chúng tôi ghi nhận kết quả phục hồi chức năng tốt và rất tốt chiếm hơn 90% ở các thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng; không có sự khác biệt theo giới tính; tuy nhiên những bệnh nhân có tổn thương sụn chêm đi kèm có kết quả phục hồi chức năng kém hơn ở thời điểm sau 12 tháng. Những trường hợp kết quả phục hồi chức năng

kém trong nghiên cứu của chúng tôi là có 2 bệnh nhân bị đứt DCCT và rách sụn chêm trong đi kèm đến muộn được xử lý cắt lọc toàn bộ sụn chêm trong, 3 bệnh nhân bị nhiễm trùng đường hầm mâm chày.

Qua đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối trên 144 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phục hồi tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ khá cao 93,8%. Nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thuyền (2015) cho kết quả phục hồi chức năng khớp gối tốt sau 12 tháng chiếm 90,7% [5]. Các nghiên cứu sử dụng gân cơ thon bán gân làm mảnh ghép như tác giả Thái Công Toàn Em (2011) với thời gian theo dõi 6 tháng điểm Lysholm sau phẫu thuật đạt kết quả rất tốt và tốt 88,2% [1]; tác giả Trần Hoàng Tùng (2012) với thời gian theo dõi thấp nhất là 6 tháng và cao nhất đến 3 năm điểm Lysholm tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 96,41% [4]. Qua so sánh với các nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định tính hiệu quả của phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước trong việc đưa bệnh nhân trở về với sinh hoạt thường ngày, thậm chí có thể hoạt động thể thao hoặc làm việc với cường độ mạnh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân chân ngỗng mang lại kết quả phục hồi chức năng tốt cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Công Toàn Em (2011), Kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng bốn bó gân chân ngỗng tự thân qua nội soi, *Tạp chí Y học thực hành* (6), tr. 37 - 40.
2. Bùi Công Minh (2019), Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật và kết quả sớm sau tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật inside out, *Tạp chí y học Cần Thơ* (20/2019), tr. 78 - 84.
3. Lê Mạnh Sơn (2015), 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 sĩ y học* (Đại học Y Hà Nội).
4. Trần Hoàng Tùng (2012), Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân tự thân tại bệnh viện Việt Đức - Hà Nội, *Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam* (số đặc biệt), tr. 37 - 40.
5. Trần Văn Thuyền (2015), Kết quả bước đầu mổ nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối tại Bệnh viện Chấn Thương Chỉnh Hình Nghệ An, *Khoa học công nghệ Nghệ An* (Số 4/2015), tr. 1 - 5.
6. Alberto Gobbi (2016), Postoperative Infection After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction, *Sports health*, 8 (2), pp. 187 - 189.
7. Hosseinali Hadi (2019), Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with Hamstring Tendons Has no Deleterious Effect on Hip Extension Strength, *The archives of bone and joint surgery*, 7 (3), pp. 278 - 283.
8. Norimasa Nakamura (2017), Meniscal Repair with ACL Reconstruction, *Controversies in the Technical Aspects of ACL Reconstruction*, Springer pp. 145 - 151.
9. Van Eck (2013), Methods to diagnose acute anterior cruciate ligament rupture: a meta-analysis of physical examinations with and without anaesthesia, *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 21 (8), pp. 1895 - 1903.
10. Xie (2012), Prediction of the graft size of 4-stranded semitendinosus tendon and 4-stranded gracilis tendon for anterior cruciate ligament reconstruction: a Chinese Han patient study, *Am J Sports Med*, 40 (5), pp. 1161 - 1166.

(Ngày nhận bài: 28/8/2021 - Ngày duyệt đăng: 21/9/2021)
