

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG GÂN MÁC DÀI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121

ThS. TRẦN TRỌNG NHÂN, TS. PHẠM HOÀNG LAI
BSCKII. DƯƠNG MINH TÂN - Bệnh viện Quân y 121
Phản biện khoa học: PGS.TS. PHẠM ĐĂNG NINH
Chủ nhiệm Bộ môn Chấn thương chỉnh hình,
Học viện Quân y

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân mạc dài qua nội soi tại Bệnh viện Quân y 121. **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình $31,8 \pm 7,4$ tuổi, trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh nhân từ 30-39 tuổi (57,4%), thấp nhất bệnh nhân dưới 20 tuổi (1,6%). Bệnh nhân nam (90,2%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (9,84%). Nguyên nhân đứt dây chằng chéo trước chủ yếu là do tai nạn thể thao (44,26%); lâm sàng và cận lâm sàng: 62,3% bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước đơn thuần, 37,7% kèm theo rách sụn chêm; đánh giá chức năng khớp gối sau phẫu thuật: 95,08% đạt kết quả tốt và khá theo dấu hiệu Lachman và ngăn kéo trước, 100% đạt kết quả tốt và khá theo dấu hiệu Pivot shift. Đánh giá theo thang điểm Lysholm sau phẫu thuật: 93,44% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt và tốt, 6,56% đạt trung bình. **Kết luận:** gân mạc dài là nguồn mảnh ghép tự thân phù hợp cho phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước; phương pháp này an toàn, hiệu quả, giúp bệnh nhân phục hồi lại chức năng và độ vững khớp gối.

Từ khóa: Tái tạo dây chằng chéo trước, gân mạc dài.

ABSTRACT: Objectives: Evaluate the results of reconstruction of anterior ligament of knee by longitudinal patellar tendon graft through endoscopy at the Military hospital 121. **Methods:** Prospective, cross - sectional description. **Results:** The average age was 31.8 ± 7.4 years, in which the highest percentage were patients at the age of 30-39 years (57.4%), the lowest percentage were patients under 20 years old (1.6%). Male patients (90.2%) were more than female patients (9.84%). The cause of the anterior ligament of knee rupture was mainly sports accidents (44.26%). The clinical and subclinical characteristics: 62.3% of patients with anterior ligament of knee rupture, 37.7% with cuneiform cartilage laceration. Evaluate the function of knee joint after surgery: 95.08% with fair and good results by the Lachman sign and front drawer, 100% with fair and good results by the Pivot shift. Postoperative evaluation by the Lysholm point scale: 93.44% of patients achieved excellence and good results, 6.56% of patients achieved an average results. **Conclusions:** Longitudinal patellar tendon was a source of itself graft suitable for endoscopic surgery and reconstruction of anterior ligament of knee. This method was safe, effective in rehabilitation of function and knee joint firmness of patients.

Keywords: Reconstruction of anterior ligament, longitudinal patellar tendon.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Trần Trọng Nhân, Email: trantrongnhan.tg@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/4/2018; mời phản biện khoa học: 04/5/2018; chấp nhận đăng: 20/5/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối là loại tổn thương thường gặp trong chấn thương khớp gối. Nguyên nhân chủ yếu là chấn thương do thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt... Phẫu thuật tái tạo đứt DCCT khớp gối là rất cần thiết cho sức khỏe người bệnh.

Cho đến nay, tái tạo đứt DCCT khớp gối bằng mảnh ghép tự thân vẫn được xem là tốt nhất về phương diện hòa hợp mô, quá trình lành nhanh, không lây nhiễm chéo và chi phí điều trị thấp. Tuy nhiên, các mảnh ghép tự thân không phải là vô hạn và lúc nào cũng sử dụng được. Gân mạc dài có khả năng trở thành nguồn cung cấp mảnh ghép với các

ưu điểm như chiều dài và đường kính phù hợp; kỹ thuật lấy gân đơn giản; không làm đau vùng trước khớp gối; có thể tập vận động, phục hồi chức năng khớp gối sớm; ít ảnh hưởng đến chức năng bàn chân, cổ chân.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của đứt DCCT khớp gối; đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tái tạo DCCT bằng mảnh ghép gân mạc dài qua nội soi.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

61 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán xác định đứt DCCT khớp gối, có hoặc không kèm theo rách sụn

chêm, được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng gân mạc dài, tại Khoa Ngoại chấn thương, Bệnh viện Quân y 121, thời gian từ tháng 12/2014 đến tháng 3/2016.

Loại trừ BN có kèm theo gãy lồi cầu xương đùi, gãy mâm chày, tổn thương dây chằng bên, tổn thương dây chằng chéo sau; thoái hóa khớp gối độ 3, độ 4; có chống chỉ định phẫu thuật; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng.

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2}{d^2} \cdot p \cdot q$$

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy (với $\alpha = 10\%$, thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,65$); d là sai số cho phép (chọn $d = 0,08$); p là tỉ lệ ước đoán mắc (dự kiến $p = 87,5\%$; $q = 1 - p$). Thay các giá trị vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu là ≈ 46 người. Thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu là $n = 61$.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Quá trình phẫu thuật:

+ Vô cảm bằng gây tê tủy sống, BN nằm ngửa, gối gấp 90° . Băng Esmark và garo 1/3 trên đùi băng garo hơi.

+ Dọn sạch 2 đầu DCCT bị đứt bằng lưỡi bào Shaver và dụng cụ cắt đốt nội soi Athrocare.

+ Xử trí các tổn thương phối hợp (cắt sụn chêm nếu có rách bằng kim cắt sụn chêm).

+ Bơm rửa khớp gối.

+ Rạch da mặt sau ngoài cẳng chân 2 cm, phía trên mắt cá ngoài. Gân mạc dài nằm ngay dưới da. Dùng kéo bóc tách mô dưới da và rạch mở bao gân dọc theo trục xương mác khoảng 4 cm. Cắt gân đoạn trên mắt cá ngoài khoảng 2 cm. Khâu cột đầu gân để làm chỗ kéo gân; bóc tách, sau đó lấy gân bằng cách đưa dụng cụ lấy gân (tendon harvester) dọc theo trục và hướng về đỉnh chỏm xương mác (vẫn kéo giữ đầu gân đã khâu cột làm đối trọng). Chuẩn bị mảnh ghép.

+ Khoan và đo đường hầm chày-đùi theo đường kính gân đã xác định.

+ Kéo căng mảnh ghép (lực kéo 6 kg) trong tư thế gối gấp 30° ; cố định mảnh ghép vào lồi cầu ngoài xương đùi bằng vít treo XO-button và cố định vào mâm chày bằng vít sinh học tự tiêu Xtralok.

+ Kiểm tra độ vững của khớp gối bằng dấu hiệu Lachman.

+ Tháo garo, đặt dẫn lưu kín hút áp lực âm, khâu đóng vết mổ.

+ Theo dõi đề phòng các biến chứng sớm sau phẫu thuật như: viêm rò tại vị trí lấy gân, tụ máu khớp gối, nhiễm trùng khớp gối.

+ Hướng dẫn và giúp BN tập vận động phục hồi chức năng sau phẫu thuật theo 5 giai đoạn của Prentice.

+ Theo dõi di chứng của vùng lấy mảnh ghép (nếu có) như đau, dị cảm vùng lấy gân, những ảnh hưởng đến chức năng cổ chân và bàn chân.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi, giới tính, nguyên nhân bệnh); triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng; chức năng khớp gối sau phẫu thuật (dấu hiệu Lachman, dấu hiệu ngăn kéo trước, dấu hiệu Pivot Shift, thang điểm Lysholm); di chứng vùng lấy mảnh ghép và biến chứng.

- Thang điểm Lysholm (đánh giá chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật 3, 6, 9, 12 tháng) gồm các mức: rất tốt (từ 95-100 điểm); tốt (từ 84-94 điểm); trung bình (từ 65-83 điểm); xấu (dưới 65 điểm).

- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi đời.

Tuổi	Số lượng BN	Tỉ lệ %
< 20	1	1,6
Từ 20-29	20	32,8
Từ 30-39	35	57,4
Từ 40-50	3	4,9
> 50	2	3,3
Tổng	61	100
Trung bình	$31,8 \pm 7,4$	

BN từ 19-54 tuổi, trong đó, nhóm BN chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 30-39 tuổi (57,4%), chiếm tỉ lệ thấp nhất là BN dưới 20 tuổi (1,6%), BN từ 20-50 tuổi chiếm 95,1%.

Bảng 2. Nguyên nhân gây đứt DCCT.

Nguyên nhân	Nam	Nữ	Tổng số
Tai nạn thể thao	27	0	27 (44,3%)
Tai nạn giao thông	14	4	18 (29,5%)
Tai nạn sinh hoạt	10	2	12 (19,7%)
Tai nạn luyện tập	2	0	2 (3,3%)
Tai nạn lao động	2	0	2 (3,3%)
Tổng	55 (90,2%)	6 (9,8%)	61 (100%)

BN nam (90,2%) nhiều hơn BN nữ (9,8%). Nguyên nhân hàng đầu gây đứt DCCT là do tai nạn thể thao (44,3%), tiếp theo là do tai nạn giao thông 29,5% và tai nạn sinh hoạt 19,7%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng:
- + Lồng gối: 57 BN (93,4%).
- + Khó lên và xuống cầu thang: 56 BN (91,8%).
- + Đau khớp khi đi lại: 27 BN (44,3%).
- + Dấu hiệu Lachman độ 3: 39 BN (63,9%); độ 4: 22 BN (36,1%).
- + Dấu hiệu ngăn kéo trước độ 1: 3 BN (4,9%); độ 2: 5 BN (8,2%); độ 3: 31 BN (50,8%); độ 4: 22 BN (36,1%).
- + Dấu hiệu Pivot Shift độ 1: 8 BN (13,1%); độ 3: 36 BN (59,0%); độ 4: 17 BN (27,9%).
- + Điểm Lysholm trước phẫu thuật: từ 16-85 điểm, trung bình 53,1 điểm.
- Cận lâm sàng:
- + MRI: 61 BN (100%) có hình ảnh đứt DCCT và 19 BN (31,1%) có hình ảnh rách sụn chêm.
- + Siêu âm: 61 BN (100%) có hình ảnh đứt DCCT; 23 BN (37,7%) có hình ảnh rách sụn chêm.

3.3. Đánh giá chức năng khớp gối trước và sau phẫu thuật:

Bảng 3. Dấu hiệu Lachman.

Dấu hiệu Lachman	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Độ 1 (tốt)	0	45 (73,8%)
Độ 2 (khá)	0	13 (21,3%)
Độ 3 (trung bình)	39 (63,9%)	3 (4,9%)
Độ 4 (xấu)	22 (36,1%)	0
Tổng	61 (100%)	61 (100%)

Bảng 4. Dấu hiệu ngăn kéo trước.

Dấu hiệu ngăn kéo trước	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Độ 1 (tốt)	3 (4,9%)	47 (77,1%)
Độ 2 (khá)	5 (8,2%)	11 (18,0%)
Độ 3 (trung bình)	31 (50,8%)	3 (4,9%)
Độ 4 (xấu)	22 (36,1%)	0
Tổng	61 (100%)	61 (100%)

Bảng 5. Dấu hiệu Pivot Shift.

Dấu hiệu Pivot Shift	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Độ 1 (tốt)	8 (13,1%)	56 (91,8%)
Độ 2 (khá)	0	5 (8,2%)
Độ 3 (trung bình)	36 (59,0%)	0
Độ 4 (xấu)	17 (27,9%)	0
Tổng	61 (100%)	61 (100%)

Bảng 6. Thang điểm Lysholm sau phẫu thuật.

Điểm Lysholm	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
3 tháng	3	3	1	0	7
6 tháng	10	4	1	0	15
9 tháng	4	2	0	0	6
12 tháng	4	2	1	0	7
> 12 tháng	20	5	1	0	26
Tổng	41	16	4	0	61
Tỉ lệ %	67,2	26,2	6,6	0	100

41 BN (67,2%) đạt rất tốt, 16 BN (26,2%) tốt, 4 BN (6,6%) đạt trung bình, không có BN nào đạt kết quả xấu.

Điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật của nhóm BN nghiên cứu là 94,2 (cao nhất là 100 điểm, thấp nhất là 70 điểm); so với điểm Lysholm trước phẫu thuật (trung bình 53,1 điểm, cao nhất 85 điểm, thấp nhất 16 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.4. Di chứng vùng lấy mảnh ghép và biến chứng sau phẫu thuật:

- Đau tại vùng lấy gân: 7 BN (11,5%). Triệu chứng này giảm dần và hết hẳn sau 1-2 tháng. Chúng tôi chưa ghi nhận sự phàn nàn nào về yếu mỗi vùng cổ chân, bàn chân.

- Biến chứng sớm: 4 BN (6,6%) tụ máu khớp gối.

- Biến chứng muộn: 3 BN (4,9%) đau khớp chèn gối khi vận động nặng. Không BN nào có biến chứng đứt DCCT sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Nghiên cứu này cho thấy, chiếm tỉ lệ cao nhất là BN từ 30-39 tuổi (57,4%), thấp nhất là BN dưới 20 tuổi (1,6%). BN nam (90,2%) nhiều hơn BN nữ (9,8%). Nguyên nhân hàng đầu gây đứt DCCT là do tai nạn thể thao (44,3%), tiếp theo là do tai nạn giao thông 29,5% và tai nạn sinh hoạt 19,7%.

Đứt DCCT trong chấn thương khớp gối có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp hơn là nhóm BN trong độ tuổi lao động và ở nam giới. Những triệu chứng khi tổn thương DCCT (như đau, lỏng gối, teo đùi...) thường gây khó chịu và ảnh hưởng nhiều hơn đến các hoạt động hàng ngày ở nam giới, nên khiến BN phải đến khám và điều trị.

4.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

- 93,4% BN có triệu chứng lồng gối, 91,8% BN khó lên và xuống cầu thang, 44,3% BN đau khớp khi đi lại. Những nghiệm pháp lâm sàng rất có giá trị để chẩn đoán trước phẫu thuật, gồm các dấu hiệu Lachman, ngăn kéo trước và Pivot Shift với độ nhạy lần lượt là 100%; 95,1% và 88,5%.

- 100% BN được chẩn đoán chính xác đứt DCCT trên chụp MRI và nội soi khớp gối. Chẩn đoán rách sụn chêm trên MRI và nội soi khớp gối lần lượt là 31,1% và 37,7%. Như vậy, độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán đứt DCCT trên MRI chính xác hơn so với rách sụn chêm. Theo kết quả này, chúng tôi cho rằng MRI có độ nhạy và độ đặc hiệu cao; hình ảnh MRI có vai trò quan trọng trong xác định chẩn đoán trước phẫu thuật, đồng thời định hướng xử trí các tổn thương khi tiến hành phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bị đứt có hoặc không rách sụn chêm kèm theo.

4.3. Đánh giá chức năng khớp gối sau phẫu thuật:

- Dấu hiệu Lachman và dấu hiệu ngăn kéo trước là hai nghiệm pháp nhằm xác định độ di lệch của mâm chày ra trước so với lồi cầu đùi hay độ trượt mất vững của khớp gối. Trong nghiên cứu này, thấy chức năng khớp gối cải thiện rõ rệt trước và sau phẫu thuật với tỉ lệ vững khớp gối chung (tốt và khá) của dấu hiệu Lachman và dấu hiệu ngăn kéo trước đều đạt 95,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác so với một số tác giả khác có thể là do tỉ lệ cắt sụn chêm rách khi tái tạo DCCT (sụn chêm rách bị cắt tỉa cũng góp phần gây mất vững gối sau phẫu thuật).

- Triệu chứng trật xoay của khớp gối được cải thiện đáng kể trước và sau phẫu thuật với dấu hiệu Pivot Shift âm tính ở 56 BN (91,8%).

- Điểm Lysholm ở các BN cải thiện rõ rệt: sau phẫu thuật là 94,2 điểm (từ 70-100 điểm) so với trước phẫu thuật là 53,1 điểm (từ 19-85 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong đó, 57 BN (93,4%) kết quả rất tốt và tốt, 4 BN (6,6%) trung bình và không BN nào kết quả xấu. Không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của các tác giả trong nước khi sử dụng gân bánh chè hay gân cơ thon-bán gân làm mảnh ghép.

4.4. Lựa chọn mảnh ghép:

Trong tái tạo DCCT khớp gối, lựa chọn mảnh ghép giữ vai trò quan trọng. Mảnh ghép lý tưởng cần đạt được những yêu cầu như kích thước đủ dài, đủ lớn; khả năng chịu lực tốt; có thể hòa hợp mô nhanh; kỹ thuật lấy gân không quá phức tạp; di chứng hay ảnh hưởng chức năng vùng lấy mảnh ghép không đáng kể. Mảnh ghép tự thân vẫn được xem là lựa chọn ưu tiên hiện nay, phổ biến gồm gân xương bánh chè, gân cơ thon-bán gân, gân tứ đầu đùi, gân gót, hoặc kết hợp gân cơ thon-bán gân và gân mạc dài làm mảnh ghép. Dù có nhiều lựa chọn, song vẫn chưa có sự đồng thuận cao rằng mảnh ghép nào là tối ưu nhất.

Ở các nước phát triển Âu-Mỹ, phương pháp tái tạo bằng mảnh ghép tự thân gân bánh chè được áp dụng rộng rãi. Dùng gân cơ thon, cơ bán gân làm mảnh ghép tự thân là phương pháp được áp

dụng rộng rãi ở các nước châu Á trong những năm gần đây. Trong khi đó, yêu cầu về mảnh ghép ngày càng được đề cập nhiều, đáng chú ý nhất là tái tạo lần hai, hay phẫu thuật phải tái tạo cùng lúc nhiều dây chằng, mảnh ghép khi lấy không sử dụng được (do không đảm bảo về kích thước hoặc lấy không trọn chiều dài).

Gân mạc dài từ lâu đã được xem là một nguồn mảnh ghép tự thân có giá trị, được sử dụng để tái tạo dây chằng bên cổ chân. Gần đây, một số tác giả đã sử dụng gân mạc dài làm mảnh ghép trong phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT, bước đầu đạt kết quả khả quan. Gân mạc dài có khả năng trở thành nguồn cung cấp mảnh ghép với các ưu điểm là chiều dài và đường kính đều phù hợp, chịu lực tốt; kỹ thuật lấy gân đơn giản; không làm đau vùng trước khớp gối nên có thể tập vận động, phục hồi chức năng sớm. Lấy gân mạc dài làm mảnh ghép hầu như ít ảnh hưởng đến chức năng bàn chân, cổ chân trong thời gian ngắn.

4.5. Di chứng vùng lấy mảnh ghép và biến chứng sau phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 11,5% BN đau tại vùng lấy gân, triệu chứng này giảm dần và hết hẳn sau 1-2 tháng. Chúng tôi chưa ghi nhận sự phàn nàn nào của người bệnh về yếu mỏi vùng cổ chân, bàn chân. Có 6,6% BN tụ máu khớp gối, 4,9% BN đau khớp chè đùi khi vận động nặng. Không BN nào biến chứng đứt DCCT sau phẫu thuật. Nhìn chung tỉ lệ biến chứng muộn sau phẫu thuật của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả sử dụng gân cơ thon-bán gân hay gân bánh chè làm mảnh ghép.

Nghiên cứu này cho thấy, gân mạc dài là nguồn mảnh ghép tự thân phù hợp cho phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước. Phương pháp này an toàn, hiệu quả, giúp BN phục hồi lại chức năng và độ vững khớp gối.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 61 BN phẫu thuật tái tạo DCCT khớp gối bằng mảnh ghép gân mạc dài tự thân qua nội soi, tại Bệnh viện Quân y 121, chúng tôi rút ra kết luận:

- BN từ 19-54 tuổi, trung bình $31,8 \pm 7,4$ tuổi, trong đó, 57,4% BN từ 30-39 tuổi; BN nam (90,2%) nhiều hơn BN nữ (9,8%). Nguyên nhân đứt DCCT chủ yếu do tai nạn thể thao (44,3%). 62,3% BN đứt DCCT đơn thuần, 37,7% BN đứt DCCT kèm theo rách sụn chêm.

- Đánh giá chức năng khớp gối sau phẫu thuật: 95,08% đạt kết quả tốt và khá theo dấu hiệu Lachman và ngăn kéo trước, 100% đạt kết quả tốt và khá theo dấu hiệu Pivot Shift. Đánh giá theo thang điểm Lysholm sau phẫu thuật: 93,4% BN đạt kết quả rất tốt và tốt, 6,6% đạt trung bình.

(Xem tiếp trang 15)

trên cùng bên tổn thương). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Luật (tốt: 86,7%; khá: 10%; kém: 3,3%) [7]; Đặng Xuân Lộc (tốt: 83,9%; khá: 14,3%; kém: 1,8%) [8]. Sở dĩ kết quả xa trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm những BN gãy xương đơn giản hơn, can thiệp phẫu thuật thuận lợi.

- Về tai biến, biến chứng: trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 1/21 BN (4,76%) gãy nẹp trong quá trình phẫu thuật và đã được thay thế bằng nẹp mới ngay sau đó. Không BN nào gặp biến chứng nhiễm trùng sau mổ và phản ứng hoặc thải loại vật liệu.

Như vậy, có thể nói, áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương GMCT cho kết quả tốt và đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 21 BN gãy xương GMCT, điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tự tiêu, tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2017 đến tháng 5/2018, chúng tôi rút ra kết luận:

- Chủ yếu BN sử dụng đường mổ chân tóc mai (9/21 BN, chiếm 42,86%) và vị trí kết xương là cung tiếp (11/21 BN, chiếm 52,38%).

- Kết quả điều trị về chức năng: 19/21 BN (90,48%) đạt kết quả tốt khi ra viện và 15/16 BN (93,75%) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về thẩm mỹ: 20/21 BN (95,24%) đạt kết quả tốt khi ra viện, 100% BN (16/16) đạt kết quả tốt sau 3-6 tháng; về giải phẫu: 100% BN đạt kết quả tốt về giải phẫu khi ra viện (21/21 BN) và sau mổ 3-6 tháng (16/16 BN).

- Biến chứng: 1 BN (4,76%) gãy nẹp trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Markus Zingg M.D (1992), "Classification and treatment of Zygomatic fracture, A review of 1025 case", *Journal of oral maxilla-facial surgery*, Vol 50, 770-778.
2. Knight J.S, North J.F (1961), "The classification of malar fracture: an analysis of displacement as a guide to treatment", *Br.J. Plastic Surg*.
3. Trương Mạnh Dũng (2012), *Nghiên cứu áp dụng hệ thống nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm mặt*, Đề tài cấp Bộ.
4. Suuronen R, Kallela I, Lindqvist C (2000), "Bioabsorbable plates and screws: current state of the art in facial fracture repair", *J. Craniomaxillofac. Trauma*, 6 (1), 19-27.
5. Nguyễn Danh Toàn (2010), *Nhận xét đặc*

điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy xương GMCT bằng nẹp vít tự tiêu, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Ambrose C.G, Clanton T.O (2004), "Bioabsorbable implants: Review of clinical experience in orthopedic surgery", *Ann Biomed Eng*, 32, 171-177.□

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÁI TẠO...

(Tiếp theo trang 11)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Hoàng Anh (2009), *Nghiên cứu điều trị đứt DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ bán gân và gân cơ thon*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Đỗ Phước Hùng (2008), "Gân cơ mác dài: một chọn lựa thay thế mảnh ghép trong tái tạo DCCT khớp gối", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12(1), tr. 1-4.
3. Trương Trí Hữu (2009), *Tái tạo đứt DCCT kèm rách sụn chêm do chấn thương thể thao qua nội soi*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Phạm Quang Vinh (2015), "Cơ sinh học và áp dụng lâm sàng gân mác dài tái tạo DCCT", *Tạp chí Y học thực hành*, (12), tr. 59-62.
5. Angthong Chayanin (2015), "The Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with the Peroneus Longus Tendon: A Biomechanical and Clinical Evaluation of the Donor Ankle Morbidity", *J Med Assoc Thai* 2015, 98 (6), pp. 555-560.
6. Kerimoglu Servet, Aynaci Osman, Saracoğlu Metehan (2008), "Anterior cruciate ligament reconstruction with the peroneus longus tendon", *Acta Orthop Traumatol Turc*, 42 (1), pp. 38-43.
7. Liu Chung-Ting, Lu Yung-Chang, Huang Chang-Hung (2015), "Halfperoneuslongustendon graft augmentation for unqualified hamstring tendon graft of anterior cruciate ligament reconstruction", *J Orthop Sci*, 20, pp. 854-860.
8. Marx Robert G (2014), "Graft selection for revision ACL reconstruction, Revision ACL Reconstruction: Indications and Technique", *Springer*, pp. 75-86.□