

Phẫu thuật nội soi khâu sụn viền kết hợp tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo điều trị mất vững phía trước khớp vai

Nguyễn Tiến Bình^{1*}, Vũ Nhất Định²

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Ngày nhận bài 8.5.2015, ngày chuyển phản biện 14.5.2015, ngày nhận phản biện 8.6.2015, ngày chấp nhận đăng 10.6.2015

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu sụn viền kết hợp tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo điều trị mất vững phía trước khớp vai. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10.2013 đến tháng 12.2014, với 20 khớp vai (trên 20 bệnh nhân bị sai khớp vai trái diễn ra trước) được phẫu thuật nội soi khâu sụn viền kết hợp tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo. Vít chỉ neo ở vị trí 5-6 h và 4-5 h đối với vai phải hoặc 6-7 h và 7-8 h đối với vai trái. Mảnh xương ghép mào chậu được chốt ở vị trí 3 h hoặc 9 h ở bờ trước ổ chảo. Nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình $26 \pm 1,35$ (17-43) tuổi, thời gian theo dõi trung bình là $11 \pm 0,35$ tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: không gặp biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh; không gặp trường hợp khớp giả mảnh ghép - bờ trước ổ chảo; mảnh ghép xương liền tốt; 20/20 trường hợp đạt kết quả tốt và rất tốt. Qua nghiên cứu có thể kết luận: phẫu thuật nội soi khâu sụn viền kết hợp tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo là phương pháp điều trị tốt đối với mất vững phía trước khớp vai. Phẫu thuật nội soi có thể quan sát rõ và xác định chính xác vị trí tạo chốt xương, là can thiệp ít xâm lấn và có tính thẩm mỹ.

Từ khóa: mất vững phía trước khớp vai, phẫu thuật nội soi khâu sụn viền.

Chỉ số phân loại 3.2

Đặt vấn đề

Sai khớp vai tái diễn (recurrent dislocation of the shoulder) hay còn gọi là mất vững khớp vai (shoulder instability), sai khớp vai mạn tính (chronic shoulder dislocation) thường có nguyên nhân do tai nạn thể thao và thường gặp ở người trẻ tuổi (18-35 tuổi), nam gặp nhiều hơn nữ. Theo nhiều nghiên cứu, có tới 98% các trường hợp bị mất vững phía trước khớp vai. Cơ sinh học và nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng, sai khớp hoặc bán sai khớp vai dẫn đến nhổ giạt sụn viền bao khớp ở bờ trước ổ chảo (tổn thương Bankart).

Phẫu thuật làm vững khớp vai là lựa chọn hàng đầu đối với loại tổn thương này. Các kỹ thuật tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo sẽ ngăn chặn được chỏm xương cánh tay không vượt qua được chốt xương, nhờ vậy hạn chế được tình trạng sai khớp tái diễn, nhưng khớp thực sự vẫn mất vững, chỏm xương cánh tay vẫn hoạt động quá mức và hậu quả là để lại tình trạng thoái hóa khớp. Gần đây, phẫu thuật này được thực hiện qua nội soi, sử dụng chốt xương là mỏm quạ. Kỹ thuật nội soi khâu sụn viền đã được ứng dụng khá phổ biến trên thế giới, nhưng chưa được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam do kỹ thuật khó, mặc dù kỹ thuật này được đa số phẫu thuật viên

đón nhận bởi những ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn mang lại nhưng lại có tỷ lệ sai khớp tái phát cao.

Với mong muốn phát huy các ưu điểm của cả 2 phương pháp trên, chúng tôi tiến hành thực hiện kết hợp khâu sụn viền và tạo chốt xương. Cả 2 kỹ thuật này đều được thực hiện qua nội soi. Nghiên cứu này đánh giá kết quả điều trị mất vững phía trước khớp vai bằng kỹ thuật trên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân bị mất vững phía trước khớp vai ở tuổi trưởng thành, dưới 60 tuổi. Khớp vai không còn trong tình trạng sai khớp, không bị hạn chế vận động thụ động. Da vùng vai không bị tổn thương. Tổn thương giải phẫu bệnh bao gồm: tổn thương Bankart (sụn viền bao khớp bị nhổ khỏi bờ trước ổ chảo), có hoặc không có khuyết xương bờ trước ổ chảo, tổn thương Hill-Sachs, tổn thương SLAP. Không lựa chọn các trường hợp mất vững cả 2 khớp vai, mất vững đa hướng.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10.2013 đến tháng 12.2014 tại Bệnh viện Quân y 103. Bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu,

*Tác giả chính: Tel: 0982210954

ARTHROSCOPIC GLENOID LABRUM SUTURE COMBINED WITH BONE BLOCK IN THE ANTERIOR GLENOID RIM OF THE SCAPULAR FOR TREATING ANTERIOR INSTABILITY OF SHOULDER

Summary

The purpose of this study is to evaluate the results of this operation. This study was conducted between 10.2013 and 12.2014; 20 shoulders (20 patients with a recurrent anterior dislocation of the glenohumeral joint) had been operated with the arthroscopic glenoid labrum suture combined with bone block in the anterior glenoid rim of the scapular. The anchors spaced at the 5-6 o'clock and 4-5 o'clock positions (right shoulder) or 6-7 o'clock and 7-8 o'clock positions (left shoulder). The iliac crest bone graft was inserted at the 3 o'clock (right shoulder) or 9 o'clock (left shoulder) in the glenoid rim of the scapular. The mean age of the patients at the time of the operation was 26 ± 1.35 (17-43) years; and the average follow-up time was 11 ± 0.35 months. Postoperative complications were listed according to the clinical records which showed that, there were no wound, vascular, or neural complications, no cases of pseudarthrosis between the graft and the anterior glenoid. The bone transplant was well ossified. 20/20 of the patients classified the results as good or excellent. In conclusion, the arthroscopic glenoid labrum suture combined with bone block in the anterior glenoid rim of the scapular is a successful technique to treat anterior shoulder instability. The arthroscopic technique, in addition to being cosmetic and mini-invasive, also offers the unique advantage of providing adequate visualization of the glenohumeral joint and accurate placement of the bone block and screw.

Keywords: anterior instability of shoulder, arthroscopic glenoid labrum suture.

Classification number 3.2

thống kê thời điểm bị sai khớp lần đầu, nguyên nhân gây sai khớp, số lần sai khớp, lần sai khớp cuối cùng, thực hiện các test lâm sàng (Load-and-shift, Drawer, Sulcus). Thực hiện phẫu thuật nội soi khâu sụn viền bao khớp và tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo bằng mảnh ghép mào chậu tự thân:

- Vô cảm bằng tê đám rối thần kinh cánh tay.
- Bệnh nhân nằm nghiêng về bên đối diện, tay được kéo dạng khoảng 45° .
- Chuẩn bị mảnh ghép tạo chốt xương: rạch da dài 3 cm theo bờ trên mào chậu cùng bên, bóc lộ mào chậu, đục lấy mảnh xương mào chậu có kích thước $1 \times 1 \times 1$ cm. Khoan bắt vít rỗng lòng qua mảnh xương.

Nội soi khớp vai với 1 lối vào phía sau và 2 lối vào phía trước. Đánh giá tổn thương, dọn phần khớp thoái hóa, dùng dụng cụ mài xương bờ trước ổ chảo. Neo từng vít chỉ ở vị trí 4-5 h và 5-6 h đối với vai phải hoặc 6-7 h và 7-8 h đối với vai trái. Sau khi neo mỗi vít chỉ thì tiến hành khâu cố định sụn viền bao khớp.

Thay thế trocar trước dưới bằng trocar tự tạo có đường kính trong 10 mm. Qua dụng cụ định vị nằm trong trocar tự tạo, khoan lỗ bắt vít mảnh xương ghép ở vị trí 3 h ở bờ trước ổ chảo theo hướng từ trước ra sau hoặc 9 h đối với vai trái. Rút bỏ mũi khoan và thay thế bằng guide dẫn vít. Rút bỏ định vị trong lòng trocar tự tạo. Đưa mảnh ghép xương mào chậu đã chuẩn bị theo guide dẫn vít, đi trong lòng trocar tự tạo. Bắt vít cố định mảnh xương ghép vào bờ trước ổ chảo. Tiếp tục xử trí các tổn thương khác. Bơm rửa khớp, đóng các lối vào khớp, cố định chi ép sát thân người.

Đánh giá kết quả sớm: dựa vào tình trạng vết mổ lấy mảnh xương ghép, lối vào nội soi, chụp X-quang tư thế xuyên nách xác định vị trí và tiếp xúc của chốt xương với bờ trước ổ chảo.

Đánh giá kết quả xa: dựa vào tình trạng vết mổ, mức độ đau tại khớp vai, khả năng quay trở lại công việc cũ và môn thể thao cũ, biên độ vận động khớp vai, chụp X-quang xuyên nách, mức độ liền xương của chốt xương với bờ trước dưới ổ chảo.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều là nam giới, tuổi trung bình là $26 \pm 1,35$ (17-43) tuổi.

Vai bị sai khớp: 14 vai phải và 6 vai trái.

Cơ chế chấn thương: chơi thể thao (bóng chuyền, bóng rổ): 12 trường hợp; hoạt động quân sự (ném lựu đạn): 3 trường hợp; các nguyên nhân khác (ngã xe, sinh hoạt hàng ngày): 5 trường hợp.

Số lần sai khớp: ít nhất là 3 lần, nhiều nhất là 16 lần, trung bình là $9 \pm 1,3$ lần.

Thời gian từ lần sai khớp đầu tiên đến khi phẫu thuật: sớm nhất là 9 tháng, muộn nhất là 5 năm, trung bình là $13 \pm 1,15$ tháng.

Tổn thương Bankart đơn thuần: 14 trường hợp.

Tổn thương Bankart kết hợp với SLAP: 2 trường hợp.

Tổn thương Bankart kết hợp với Hill-Sachs: 3 trường hợp.

Tổn thương Bankart kết hợp với Hill-Sachs và SLAP: 1 trường hợp.

Phân độ tổn thương theo Altchek: tất cả 20 trường hợp đều có tổn thương độ 2+ (chòm xương cánh tay vượt quá bờ ổ chảo gây bán sai khớp, mặc dù tự nắn chỉnh được).

Kết quả gần: vết mổ lấy xương mào chậu và các lõi vào khớp liền kỳ đầu, không có nhiễm khuẩn khớp, không có tụ máu khớp, không có tổn thương thần kinh cơ bì. Ở tư thế chụp xuyên nách trên phim X-quang quy ước: chốt xương đúng vị trí, áp sát xương bờ trước ổ chảo.

Kết quả xa: thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật: $11 \pm 0,35$ tháng, bệnh nhân được mổ xa nhất là 24 tháng. Không có trường hợp nào bị sai khớp lại.

Biên độ vận động khớp vai: không hạn chế xoay ngoài (biên độ vận động xoay ngoài đạt trung bình $46,4 \pm 8,5^\circ$), không hạn chế dạng khớp vai.

Tình trạng thoái hóa khớp: chưa phát hiện thấy thoái hóa khớp sau phẫu thuật.

Không có trường hợp nào bị gãy xương mảnh ghép hoặc bị tuột vít cố định mảnh xương ghép.

Kết quả phẫu thuật:

- Rất tốt (16 trường hợp): vết mổ liền sẹo tốt, không viêm rò; khớp vai không đau; trở lại được công việc cũ và môn thể thao cũ (phong độ cũ đối với thể thao chuyên nghiệp); dạng vai và đưa ra trước trên 150° ; bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị; X-quang: mảnh xương ghép đúng vị trí, liền với xương bờ trước

dưới ổ chảo.

- Tốt (4 trường hợp): vết mổ liền sẹo tốt, không viêm rò; khớp vai đau ít, không thường xuyên; trở lại được công việc cũ nhưng hạn chế trong thể thao; dạng vai và đưa ra trước $120-150^\circ$; bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị; X-quang: mảnh xương liền với bờ trước ổ chảo nhưng bị lệch vị trí.

- Không có kết quả nào ở mức độ trung bình và kém (mức độ trung bình: vết mổ liền tốt, không viêm rò, vẫn còn đau nhiều tại khớp vai, phải dùng thuốc giảm đau thường xuyên, trở lại được công việc cũ nhưng không chơi được thể thao, dạng vai và đưa ra trước $90-120^\circ$, tuy nhiên bệnh nhân vẫn hài lòng với kết quả điều trị, kết quả X-quang: mảnh xương ghép không liền với bờ trước dưới ổ chảo; mức độ kém: viêm rò vết mổ, đau thường xuyên tại khớp vai, phải dùng thuốc giảm đau thường xuyên, không trở lại được công việc và thể thao, dạng vai và đưa ra trước $<90^\circ$, bệnh nhân không hài lòng với kết quả điều trị, kết quả X-quang: mảnh xương ghép bị tiêu).

Bàn luận

Chỉ định phẫu thuật: mất vững phía trước khớp vai ở người trẻ tuổi phần lớn cần điều trị phẫu thuật.

Nhóm phẫu thuật tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo như phẫu thuật Eden-Hybbinette (chốt xương mào chậu), phẫu thuật Latarjet (chốt xương mỏm quạ) và gần đây là chốt xương qua nội soi (mỏm quạ) nhằm làm cao bờ trước ổ chảo, không cho chòm xương cánh tay bán sai khớp hoặc sai khớp ra trước. Kỹ thuật này được chỉ định không căn cứ vào tình trạng có khuyết xương hay không khuyết xương ở bờ trước ổ chảo. Tuy nhiên, kỹ thuật này càng phát huy ưu điểm trong các trường hợp có khuyết xương bờ trước ổ chảo. Kỹ thuật này không chế được tình trạng sai khớp nhưng thực chất khớp vai vẫn mất vững. Do sụn viền phía trước bị rách, rời khỏi bờ trước ổ chảo nên chòm xương cánh tay vẫn di chuyển rộng rãi nhưng không vượt qua được chốt xương ở bờ trước ổ chảo; tuy không tái sai khớp nhưng hậu quả lâu dài của sự dịch chuyển quá lớn của chòm xương cánh tay sẽ dẫn đến khuyết xương chòm (tổn thương Hill-Sachs), thoái hóa khớp.

Nhóm phẫu thuật khâu sụn viền bao khớp (phẫu thuật Bankart) đã phục hồi lại sinh lý bình thường của khớp vai, tuy nhiên hay bị mất vững trở lại do sụn viền bao khớp bị rách (không liền vào bờ trước ổ chảo).

Phẫu thuật kết hợp giữa tạo chốt xương và khâu sụn

viên bao khớp là ý tưởng vừa phục hồi lại độ vững sinh lý của khớp vai nhờ kỹ thuật khâu sụn viên bao khớp và hạn chế tái sai khớp nhờ chốt xương ở bờ trước ổ chảo. 2 kỹ thuật này hỗ trợ lẫn nhau, tăng tác dụng của nhau, tạo nên sự hoàn hảo của kỹ thuật. Hơn nữa, các kỹ thuật này lại được thực hiện qua nội soi càng làm tăng giá trị của kỹ thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định cho các trường hợp bị mất vững phía trước khớp vai ở người trưởng thành dưới 60 tuổi, có tổn thương Bankart có hoặc không có các tổn thương Hill-Sachs, SLAP; có hoặc không có khuyết xương bờ trước ổ chảo; đặc biệt là các trường hợp hoạt động biên độ tay vượt quá đầu.

Goga E (2003) [1] đã tiến hành phẫu thuật chốt xương cho trường hợp cao tuổi nhất là 83 tuổi. John W.S và cộng sự (2005) [2] đã phẫu thuật khâu sụn viên bao khớp cho trường hợp cao tuổi nhất là 64 tuổi, thậm chí Amirmohammad N (2010) [3] đã phẫu thuật cho trường hợp 75 tuổi. Ở các nước phát triển, tuổi thọ cao, người già vẫn tham gia tích cực các hoạt động xã hội và thể thao, điều kiện kinh tế và an sinh xã hội tốt nên chỉ định phẫu thuật khá rộng rãi.

Trong nhiều nghiên cứu, thời điểm phẫu thuật được lựa chọn phải trên 6 tháng sau lần sai khớp đầu tiên. Trong nghiên cứu này, thời điểm phẫu thuật được tính từ lần sai khớp đầu tiên đến khi phẫu thuật trung bình là $13 \pm 1,15$ tháng (9 tháng - 5 năm). Tuổi trung bình là $26 \pm 1,43$ tuổi (17-43 tuổi). Phần lớn các bệnh nhân bị sai khớp lần đầu là do chơi thể thao (bóng chuyền, bóng rổ: 12 trường hợp) hoặc hoạt động quân sự (đưa tay quá đầu ném lựu đạn: 3 trường hợp), còn lại do nguyên nhân khác. Khớp vai phải chiếm chủ yếu: 14 trường hợp, khớp vai trái 6 trường hợp. Có lẽ tay phải là tay thuận nên phần lớn các hoạt động như đập bóng, ném đều sử dụng tay này. Bệnh nhân có số lần sai khớp ít nhất là 3 lần và nhiều nhất là 16 lần. Số lần sai khớp trung bình là $9 \pm 1,3$ lần.

Tổn thương Bankart gặp ở tất cả các trường hợp. Ngoài ra, có 2 trường hợp có tổn thương SLAP, 2 trường hợp có tổn thương Hill-Sachs và 1 trường hợp có cả tổn thương Hill-Sachs và tổn thương SLAP.

Kỹ thuật: kỹ thuật tạo chốt xương được thực hiện từ rất lâu, lúc đầu bằng mảnh ghép xương chày sau đó là mảnh ghép xương mào chậu.

Để tạo thuận lợi cho mảnh ghép xương mào chậu liền với bờ trước ổ chảo, Alvik đã soi rãnh ở bờ trước ổ chảo và ghép xương mào chậu ở vị trí soi rãnh,

nhưng không dùng vít cố định. Rãnh soi dài 12 mm và rộng 5 mm, cách bờ trước ổ chảo 5 mm. Mảnh xương ghép được lấy từ mào xương chậu có kích thước $20 \times 12 \times 5$ mm và nhồi vào rãnh đã được soi ở phía trước của bờ ổ chảo [4].

Auffarth A (2011) giới thiệu kỹ thuật tạo chốt xương bờ trước ổ chảo bằng mảnh ghép xương hình “J”, không sử dụng vít cố định [5]. Mảnh ghép có kích thước $15-18 \text{ mm} \times 10 \text{ mm}$.

Phẫu thuật sử dụng mỏm quạ làm chốt xương ở bờ trước ổ chảo được sử dụng nhiều hơn trong những năm gần đây. Mỏm quạ được đặt nằm theo chiều dài của mảnh ghép ở cổ ổ chảo và được cố định bằng 2 vít. Với kỹ thuật này, mảnh xương ghép mỏm quạ tăng diện tiếp xúc với xương bờ ổ chảo, mảnh xương được cố định bằng 2 vít nên có khả năng chống xoay mảnh xương ghép.

Các kỹ thuật trên được thực hiện qua mổ mở và không kết hợp với xử trí tổn thương ở sụn viên bao khớp. Gần đây, kỹ thuật tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo bằng mỏm quạ đã được thực hiện qua nội soi. Tuy nhiên, kỹ thuật này rất phức tạp và đòi hỏi phải có dụng cụ chuyên dụng theo kỹ thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo bằng mảnh ghép xương mào chậu nhưng phẫu thuật được thực hiện qua nội soi. Mảnh xương ghép cũng được chuẩn bị khác với các kỹ thuật đã được mô tả. Thay vì lấy mảnh ghép dài theo mào chậu và đặt mảnh ghép dài theo bờ trước ổ chảo thì trong kỹ thuật này, chúng tôi lấy mảnh ghép xương mào chậu có đường kính 10 mm và dài 15 mm. Đây thực sự là chốt xương chứ không phải là tạo viên xương cao ở bờ trước ổ chảo. Phần còn lại của bờ trước ổ chảo, chúng tôi thực hiện khâu sụn viên bao khớp. Với kích thước mảnh ghép như vậy sẽ dễ dàng hơn để đưa qua ống trocar tự tạo vào cổ định ở bờ trước ổ chảo qua nội soi.

Ống trocar tự tạo được làm bằng thép không gỉ, có đường kính trong là 10 mm (chứa đủ mảnh xương ghép), đường kính ngoài là 14 mm. Trong lòng ống trocar có lõi đầu nhọn với đường kính ngoài là 10 mm vừa khít với lòng trocar. Lõi này cũng bằng kim loại không gỉ, lõi trocar giúp đưa trocar qua phần mềm vào khớp vai dễ dàng hơn. Tâm của lõi trocar có lỗ theo suốt chiều dài với đường kính 3 mm để có thể đưa mũi khoan 3 mm qua lõi trocar khoan bắt vít cố định chốt xương. Nhờ các dụng cụ này, việc đưa chốt

xương vào trong khớp vai và khoan bắt chốt không quá khó khăn. Tuy nhiên, do hạn chế về kích thước của ống trocar nên chốt xương cũng không thể có kích thước lớn hơn.

Để thuận lợi cho mảnh ghép tiếp xúc tốt với xương bờ trước ổ chảo, chúng tôi tiến hành khoan tạo hố nông chứa mảnh ghép (sâu 2-3 mm), sau khi đưa mảnh ghép vào hố nông chứa mảnh ghép đã chuẩn bị trước thì tiến hành bắt vít cố định, có sử dụng long đen để tạo sức ép giữa mảnh ghép và xương bờ trước ổ chảo.

Để bảo đảm khớp ôm sát chỏm xương cánh tay tạo lực ôm sinh lý, không cho chỏm xương cánh tay chuyển dịch, chúng tôi tiến hành khâu cố định sụn viền bao khớp bằng vít chỉ neo. Kỹ thuật được thực hiện qua nội soi như đã được mô tả trong các trường hợp phẫu thuật nội soi trong các báo cáo. Tuy nhiên, thay vì khâu 3 mỗi chỉ neo thì chúng tôi chỉ khâu 2 mỗi chỉ neo. Thay vì 3 mỗi chỉ neo được cố định trong khoảng 3-6 h đối với vai phải và 6-9 h đối với vai trái thì chúng tôi neo mỗi chỉ thứ nhất ở vị trí 5-6 h đối với vai phải và 6-7 h đối với vai trái, vít neo thứ 2 được neo ở vị trí 4-5 h đối với vai phải và 7-8 h đối với vai trái, chốt xương được ghép ở vị trí 2-3 h đối với vai phải và 9-10 h đối với vai trái. Vị trí chốt xương trong nghiên cứu này chính là vị trí neo của vít thứ 3 trong kỹ thuật khâu sụn viền bao khớp đơn thuần đã được các nghiên cứu mô tả.

Vị trí chốt xương của nghiên cứu này khác với các kỹ thuật chỉ thực hiện tạo chốt xương đơn thuần. Ở các kỹ thuật tạo chốt xương đơn thuần qua nội soi hay mổ mở đều ghép mảnh xương làm cao bờ ổ chảo trong khoảng 3-6 h đối với vai phải và 6-9 h đối với vai trái. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghép xương dạng “điểm” tạo chốt xương thay thế cho vị trí neo thứ 3 trong kỹ thuật khâu sụn viền bao khớp. Như vậy, mảnh xương ghép sẽ nhỏ hơn, tạo chốt xương nhưng không thấp hơn các mảnh xương ghép làm cao bờ trước ổ chảo trong kỹ thuật ghép xương đơn thuần. Với kỹ thuật như vậy, chúng tôi vừa khâu sụn viền bao khớp tạo độ vững sinh lý, vừa tạo chốt xương đảm bảo độ vững chắc.

Sự phối hợp giữa 2 kỹ thuật: khâu sụn viền bao khớp và chốt xương ở bờ trước ổ chảo đã giúp cho các bệnh nhân trong nghiên cứu này tập vận động khớp vai sớm hơn, sau thời gian bất động sau phẫu thuật 7-10 ngày. Sau 2 ngày sau phẫu thuật, bệnh nhân đã có thể dạng vai để chụp X-quang xuyên nách. Nhờ vậy, sẽ góp phần tạo điều kiện thuận lợi cho tập vận động phục

hồi chức năng.

Kết quả phẫu thuật: đánh giá hiệu quả của một phương pháp phẫu thuật điều trị mất vững khớp vai chủ yếu dựa vào tỷ lệ sai khớp lại, mức độ thoái hóa khớp và phục hồi biên độ vận động của khớp vai.

Thời gian theo dõi càng xa thì càng có giá trị, nhiều trường hợp kết quả trong những năm đầu thì tốt nhưng càng về sau thì kết quả càng kém dần, như tái phát sai khớp, thoái hóa khớp.

Nhóm phẫu thuật khâu sụn viền, bao khớp (phẫu thuật nội soi) thường có tỷ lệ tái phát sai khớp cao nhất. Tỷ lệ sai khớp lại càng cao ở nhóm các trường hợp tham gia thể thao. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sai khớp lại liên quan đến thể thao từ 35-70%.

Theo Jens E.V, Claus H.J (1989) [6] giai đoạn 1971-1984, có 31 trường hợp được phẫu thuật, tỷ lệ sai khớp lại là 13%. Gartsman và cộng sự [7] đã đánh giá 53 trường hợp bị sai khớp vai tái diễn được phẫu thuật nội soi khâu sụn viền với thời gian theo dõi gần 3 năm cho thấy, có 8% bị sai khớp trở lại. Năm 2011, Gerard W.W.E, Seddek M, Andrew H.C.T [8] đã đánh giá kết quả phẫu thuật Bankart bằng nội soi cho 79 khớp vai ở 74 bệnh nhân với thời gian theo dõi trên 2 năm, kết quả có 7,6% bị sai khớp hoặc bán sai khớp trở lại. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sai khớp tái phát phần lớn là do lỗi người bệnh sớm quay trở lại thể thao. Thời điểm sai khớp lại có thể xảy ra sau phẫu thuật 5-6 tháng [9]. Phẫu thuật tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo ít gặp sai khớp tái phát hơn nhưng lại gặp tỷ lệ cao bị thoái hóa khớp, hoặc thời điểm bị thoái hóa khớp sớm hơn phương pháp khâu sụn viền.

Nghiên cứu của Rahme và cộng sự [10] ở 77 trường hợp với thời gian theo dõi trung bình 29 năm (22-37 năm) cho thấy, có 47% bị thoái hóa khớp. Hovelius và cộng sự [11] báo cáo kết quả xa ở 118 trường hợp được phẫu thuật tạo chốt xương trong giai đoạn 1980-2001 với thời gian theo dõi trung bình 15 năm, có 40% trường hợp bị thoái hóa khớp. Báo cáo của Allain J và cộng sự (1996) [12], 95 trường hợp bị mất vững phía trước khớp vai được phẫu thuật tạo chốt xương đơn thuần được theo dõi trong 10-23 năm có 62% bị thoái hóa khớp với các mức độ khác nhau.

Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân chưa nhiều, thời gian theo dõi đánh giá chưa dài nên chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị thoái hóa khớp sau phẫu thuật. Nghiên cứu này mới chỉ tập trung chủ yếu

để hoàn thiện kỹ thuật với ý tưởng ban đầu để có thể ứng dụng vào trong lâm sàng.

Biên độ vận động phục hồi sau mổ cũng là vấn đề quan trọng để đánh giá kết quả phẫu thuật. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này bị hạn chế vận động khớp vai những ngày đầu sau phẫu thuật. Biên độ vận động được cải thiện theo thời gian sau phẫu thuật. Ở thời điểm 10-12 tuần sau phẫu thuật, các bệnh nhân đã hồi phục biên độ vận động cả thụ động và chủ động. Tuy nhiên, thời điểm này bệnh nhân vẫn chưa được thực hiện các động tác đưa tay quá đầu (trừ khi tập). Các bệnh nhân chỉ được tham gia trở lại các hoạt động bình thường và chơi thể thao sau 6 tháng phẫu thuật.

Các nghiên cứu phần lớn gặp hạn chế động tác xoay ngoài của khớp vai do hạn chế tập động tác này sau phẫu thuật để hạn chế nguy cơ sai khớp lại sớm sau phẫu thuật.

Tai biến và biến chứng: tổn thương thần kinh đã được nhắc đến trong nhiều nghiên cứu khi tiến hành phẫu thuật tạo chốt xương ở bờ trước ổ chảo. Phần lớn tổn thương này được thông báo là được phát hiện ngay sau khi phẫu thuật. Các dây thần kinh có thể bị tổn thương là thần kinh giữa, thần kinh cơ bì và thần kinh trụ, ngoài ra tổn thương thần kinh trên gai cũng được thông báo.

Hai lỗi vào phía trước luôn có nguy cơ tổn thương thần kinh từ đám rối thần kinh cánh tay đi xuống và tĩnh mạch đầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào gặp các biến chứng này và không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn, máu tụ trong khớp, mặc dù chúng tôi không đặt dẫn lưu khớp sau mổ.

Kết luận

Đây là kỹ thuật rất khả quan, 16 trường hợp đạt kết quả rất tốt, 4 trường hợp đạt kết quả tốt, không có trường hợp nào bị sai khớp tái diễn, chưa có thoái hóa khớp sau phẫu thuật, không có trường hợp nào bị hạn chế dạng hoặc xoay ngoài.

Kỹ thuật đơn giản hơn kỹ thuật sử dụng mảnh ghép là mỡ quạ, tất cả các can thiệp đều thực hiện qua nội soi, thực hiện được cả khâu sụn viền bao khớp và tạo chốt xương nên vừa đạt được mục đích hạn chế sai khớp tái diễn, vừa trả lại độ vững sinh lý của khớp.

Chưa gặp trường hợp nào có tai biến tổn thương thần kinh và tĩnh mạch đầu.

Tài liệu tham khảo

- [1] Goga E (2003), "Chronic shoulder dislocations", *J Shoulder Elbow Surg*, **12**(5), pp.446-450.
- [2] John W.S, Scott F.M.D, Michael E.T, Shawn W.O'D, Robert H.C, Rochester M.N (2005), "Bankart repair in patients aged fifty years or greater: Results of arthroscopic and open repairs", *J Shoulder Elbow Surg*, **14**(2), pp.111-113.
- [3] Alireza R, Amirmohammad N (2010), "Treatment of chronic anterior shoulder dislocation by open reduction and simultaneous Bankart lesion repair", *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology*, **2**, pp.15.
- [4] Alvik I (1951), "Tre tilfelle av habituelle skulderledds lukksasjoner operert a.m Hybbinette (In Norwegian)", *Nord Med*, pp.45-96.
- [5] Auffarth A, Kralinger F, Resch H (2011), "Anatomical glenoid reconstruction via a J-bone graft for recurrent posttraumatic anterior shoulder dislocation", *Oper Orthop Traumatol Journal*, **23**(5), pp.453-461.
- [6] Jens E.V, Claus H.J (1989), "Recurrent anterior dislocation of the shoulder. A comparison of the results after the Bankert and the Putti-Platt procedures", *Orthop*, **12**(3), pp.453-455.
- [7] Gartsman G.M et al (1997), "Massive, irreparable tears of the rotator cuff. Results of operative debridement and subacromial decompression", *J Bone Joint Surg Am.*, **79**, pp.715-721.
- [8] Gerard W.W.E, Sedek M, Andrew H.C.T (2011), "Long term results of arthroscopic bankart repair for traumatic anterior shoulder instability", *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, **6**, pp.28.
- [9] En Rung Chiang, Jung Pan Wang, Shih Tien Wang, Shih Chieh Hung, Hsiao Li Ma, Chien Lin Liu, Tain Hsiung Chen (2010), "Arthroscopic posteroinferior capsular plication and rotator interval closure after Bankart repair in patients with traumatic anterior glenohumeral instability A minimum follow up of 5 year", *Injury, Int. J. Care Injured*, **41**, pp.1075-1078.
- [10] Rahme H, Wikblad L, Nowak J, Larsson S (2003), "Long term clinical and radiologic results after Eden-Hybbinette operation for anterior instability of the shoulder", *J Shoulder Elbow Surg*, **12**, pp.15-9.
- [11] Lennart Hovelius, Björn Sandström, Modolv Saebo (2006), "One hundred eighteen Bristow - Latarjet repairs for recurrent anterior dislocation of the shoulder prospectively followed for fifteen years: Study II - the evolution of dislocation arthropathy", *J Shoulder Elbow Surg*, **15**(3), pp.279-289.
- [12] Alliaín J, Goutallier D, Glorion Ch (1996), "Long term radiological results of Latarjet procedure for anterior instability of the shoulder", *J Shoulder Elbow Surg*.