

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN MÂM CHÀY ĐỘ V, VI THEO SCHATZKER BẰNG KẾT XƯƠNG NỆP VÍT

Vũ Nhất Định*; Thái Anh Tuấn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu này đánh giá kết quả điều trị cho 32 bệnh nhân (BN) (28 nam, 4 nữ), độ tuổi trung bình 40,2 (20 - 62 tuổi) bị gãy mâm chày độ V (22 BN), VI (10 BN) theo Schatzker bằng kết xương nẹp vít từ 2007 - 2010.

Thời gian theo dõi trung bình 12 tháng. Kết quả: nhiễm khuẩn nông: 3 BN, 6 BN bị gờ vẹo trong hoặc vẹo ngoài (trong đó, 3 BN bị lún mâm chày > 1 mm).

Biên độ vận động khớp gối > 125°: 22 BN; 100° - 124°: 3 BN và 90° - 99°: 1 BN.

* Từ khóa: Gãy kín mâm chày độ V, VI; Kết xương nẹp vít; Phương pháp Schatzker.

OUTCOME OF SCHATZKER TYPE V, VI TIBIAL PLATEAU FRACTURES TREATED WITH THE PLATE SCREW

SUMMARY

The purpose of this study was to report the surgical outcome of treatment by plate screw for thirty-two Schatzker type V, VI tibial plateau fractures from 2007 to 2010.

There were 28 male and 4 female patients. The average age was 40.2 years (ranged from 20 to 62 years). There were 22 patients with type V fractures and 10 patients with type VI fractures according to Schatzker classification. The average time to healing was 12 months.

There were 2 superficial infections, 6 fractures healed varus/valgus (the articular reduction was step-off > 1 mm in 3 patients). The overall knee range of motion averaged > 125° in 22 patients, 100° - 124° in 3 patients and 90° - 99° in 1 patient at the latest follow-up.

** Key words: Tibial plateau fracture type V, VI; Plate screw; Schatzher method.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày phần lớn là gãy kín, trong đó gãy mâm chày độ V, độ VI theo Schatzker là tổn thương rất phức tạp, khó điều trị [1, 2, 3, 4]. Yêu cầu đầu tiên đối với điều trị gãy mâm chày là phải phục hồi tối đa về giải phẫu mâm chày để tránh gây đau, thoái hóa khớp, lệch trục và ngắn chi sau này. Đồng thời, để phục hồi tốt chức năng gấp, duỗi của gối đòi

hỏi ổ gãy phải được cố định vững để có thể tập vận động sớm.

Mâm chày là xương xốp hay bị lún và vỡ thành nhiều mảnh, việc điều trị đáp ứng được các yêu cầu trên không phải lúc nào cũng dễ đạt được. Khi có các tổn thương phối hợp tại vùng gối như đứt hoặc nhỏ điểm bám dây chằng chéo, tổn thương dây chằng bên, rách sụn chêm, làm khó khăn thêm việc điều trị và phục hồi lại chức năng của khớp gối.

*Bệnh viện 103

** Bệnh viện 109

Phản biện khoa học: PGS. TS. Trần Đình Chiến

Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI theo Schatzker bằng kết xương nẹp vít tại Bệnh viện 103 trong 3 năm (2007 - 2010).*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phân tích đánh giá kết quả điều trị cho 32 BN (28 nam, 4 nữ), từ 20 đến 62 tuổi (trung bình 40,2 tuổi), được chẩn đoán gãy kín mâm chày độ V (22 BN), độ VI (10 BN), điều trị bằng kết xương nẹp vít tại Bệnh viện 103 từ tháng 12 - 2007 đến 12 - 2010.

Đánh giá kết quả dựa vào tổn thương vết mổ, kết quả nắn chỉnh ổ gãy, tổn thương lỵn mồm chày, biên độ vận động khớp gối và tổn thương đau khi vận động.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm BN nghiên cứu.

Tất cả BN đều bị tổn thương 1 gối, trong đó, phần lớn là gối trái (20/32 BN), chỉ có 12/32 BN bị tổn thương ở gối phải. 24/32 BN bị gãy mâm chày do tai nạn giao thông, 8/32 BN bị gãy mâm chày do tai nạn sinh hoạt và thể thao.

6/32 BN đường gãy lan cả vào gai chày làm nhỏ điểm bám của dây chằng chéo trước. 4/32 BN bị gãy đầu trên xương mác cùng bên, nhưng không có biểu hiện tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài, không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu hoặc chèn ép khoang ở cẳng chân. Ngoài ra, 2 BN bị gãy xương đùi cùng bên, 1 BN bị gãy xương đòn cùng bên. BN bị tổn thương kết hợp đều do tai nạn giao thông.

Thời gian từ khi chấn thương đến khi mổ kết xương: < 24 giờ: 5 BN; 2 - 3 ngày: 10 BN; 4 - 7 ngày: 12 BN; 7 - 10 ngày: 5 BN.

Đường mổ được lựa chọn là đường trước bên hoặc đường chữ Y, kết xương bằng nẹp vít thông thường có hoặc không có kết hợp bắt vít xương xóp ngoài nẹp.

2. Kết quả nắn chỉnh và phục hồi hình thể giải phẫu.

Trong nghiên cứu này, 22/32 BN bị gãy mâm chày độ V, 10/32 BN bị gãy mâm chày độ VI. Đây là những tổn thương được coi là phức tạp nhất trong các loại gãy mâm chày. Hai loại gãy này thường do hậu quả của chấn thương mạnh, nên đường gãy phức tạp, có nhiều mảnh rời nhỏ, di lệch đa dạng và rất phức tạp.

Với 2 loại gãy này, việc nắn chỉnh lại hình thể giải phẫu rất khó khăn và kết xương để đảm bảo cố định vững ổ gãy không phải lúc nào cũng đạt được như mong muốn.

3. Kết quả nắn chỉnh diện khớp mâm chày (n = 32).

Bảng 1:

MỨC ĐỘ DI LỆCH	LOẠI GỠ		
	Độ V	Độ VI	CỘNG
Khung cũn lỵn	18	9	27
Lún ≤ 1 mm	2	-	2
Lún > 1 mm	2	1	3
Cộng	22	10	32

Các trường hợp còn bị lún mặt khớp mâm chày chủ yếu gặp gãy độ V, vị trí lún chính là vị trí gãy có nhiều mảnh nhỏ, liên kết không vững với nhau, việc nắn chỉnh thô bạo sẽ làm rời những mảnh này, khó cố thể cố định được.

Các phương pháp can thiệp ít xâm lấn với sự trợ giúp của nội soi hoặc C.arm đã từng bước được ứng dụng trong lâm sàng, tuy nhiên mới chỉ được áp dụng cho gãy mâm chày đơn giản [3]. Gãy độ V, VI là những tổn thương rất phức tạp (cả 2 mâm chày, gãy cả thân xương, gãy có nhiều mảnh rời và có thể lan cả vào vùng giữa mâm chày, nhiều mảnh nhỏ) nên rất khó nắn chỉnh và cố định ngay cả khi mổ mở rộng rãi [2]. Nhiều trường hợp phẫu thuật viên đã phải lật gân bánh chè cùng với lõi củ trước xương chày để kiểm soát 2 mâm chày, hoặc phải cắt rời sừng trước của sụn chêm khỏi bao khớp để kiểm soát diện khớp mâm chày. Những can thiệp trên rất nặng nề, nhất là việc phục hồi chức năng gấp, duỗi khớp gối, đôi khi X quang sau mổ vẫn không đạt được như mong muốn.

Theo chúng tôi, việc nắn chỉnh phục hồi lại diện khớp đối với di lệch lún và toác của mâm chày khó, nhưng khi có di lệch lún của mảnh nhỏ lại càng khó hơn, vỡ các mảnh này khi được nâng lên luôn có nguy cơ rời rạc, khó cố định, thậm chí có thể rơi vào trong khớp. Đồng thời, vỡ mặt khớp có nhiều đường gãy, nờn cú nguy cơ gây đau và thoái hóa khớp sau này.

4. Lựa chọn đường mổ và phương tiện kết xương.

Đối với BN bị gãy mâm chày độ VI, chúng tôi sử dụng đường mổ trước ngoài (10 BN). BN bị gãy mâm chày độ V, nhưng có mảnh gãy ở mâm chày trong lớn, dễ nắn chỉnh, sử dụng đường mổ trước ngoài (15 BN). BN bị gãy mâm chày độ V, nhưng có mảnh gãy nhỏ ở mâm chày trong, nhiều mảnh rời, khó nắn chỉnh, chúng tôi sử dụng đường mổ hình chữ Y (đọc 2 bên cánh bánh chè và thân chữ Y là đường rạch dọc

theo trục mào chày). 5 BN được sử dụng đường mổ này.

Tựy theo vị trí và hõnh thõi đường góy mà nẹp chữ T hay nẹp chữ L được lựa chọn, thậm chí có trường hợp ổ góy cú quỏ nhiều mảnh nhỏ, chỳng tụi khụng bắt vớt ở đầu trên xương chày, nẹp lúc này chỉ có vai trũ như một bức tường chắn giữ mâm chày. Chưa sử dụng 2 nẹp ốp 2 bên mâm chày và nẹp khóa cho trường hợp nào.

Chiều dài của nẹp cũng như số lượng vít sử dụng phụ thuộc vào vị trí ổ góy. Góy mồm chày độ VI thường sử dụng nẹp dài hơn do đường góy lan xuống dưới thấp.

10/32 BN (gãy mâm chày độ VI) được đặt nẹp ở mặt trước ngoài của xương chày. Đối với trường hợp bị gãy cả phần sau của mâm chày, rất khó có thể tỳ nẹp vào vị trí này. Những trường hợp bị gãy cả 2 mâm chày (22/32 BN), tùy theo hình thái tổn thương mà lựa chọn đặt nẹp ở mặt trước ngoài hay mặt sau ngoài của mâm chày. 12 BN được đặt ở mặt trước trong của mâm chày, do phần mâm chày trong có nhiều mảnh nhỏ, trong khi đó phần mâm chày ngoài gồm mảnh rời lớn.

6 BN bị nhỏ điểm bám dây chằng chéo trước, tiến hành néo cố định gai chày xuống dưới cùng với thõ kết xương mâm chày. 4/32 BN ghép xương cùng thõ với kết xương, tất cả được ghép xương mào chậu tự thân. Đây là những BN mâm chày bị lún sâu, sau khi nâng xương lún phục hồi lại mặt khớp mâm chày để lại diện khuyết xương khá lớn, làm cho khả năng bám của vít vào xương ít và có nguy cơ bị lún trở lại nên chúng tôi ghép thêm xương vào ổ khuyết này.

5. Kết quả sớm.

Liên vết mổ kỳ đầu: 30 BN; toác vết mổ: 2 BN, đây là những BN bị gãy hở độ V, mổ vào ngày thứ 3 sau chấn thương, với đường mổ hình chữ Y. BN mổ trong tình trạng gối sưng nề rất to, khi đóng vết mổ rất khó, nhất là ở ngã 3 giữa thân chữ Y và 2 cạnh bên. Sau mổ 3 ngày, tại ngã 3 này, mép da bị thiếu dưỡng và toác vết mổ, nhưng rất may không bị nhiễm khuẩn sâu, không lộ xương và nẹp vít. Sau mổ 1 tuần, gối giảm nề, khâu lại và vết mổ liền sẹo.

Hầu hết BN chỉ gấp được khoảng 20 - 30 ở thời điểm ra viện (sau 7 - 10 ngày sau mổ). 6/32 BN chưa gấp được chút nào do còn phải mang nẹp bột cố định tăng cường. Cả 32 BN ở thời điểm ra viện đều đã tự nâng chân lên khỏi mặt giường.

Ở thời điểm 3 tháng sau mổ: 15 BN gấp và duỗi chủ động tối đa khớp gối, có thể ngồi xổm được. 5 BN bị hạn chế duỗi 10° . 10 BN còn hạn chế gấp từ $10^\circ - 20^\circ$, 2 BN chưa gấp được 90° . Nguyên nhân BN không duỗi được tối đa thường do thói quen kê đệm dưới khoeo làm gối gấp nhẹ thường xuyên cả khi nghỉ. Nguyên nhân hạn chế gấp thường do đau và kết xương không vững, phải bất động bên ngoài bổ sung. Theo chúng tôi, việc phục hồi gấp thụ động ở giai đoạn đầu rất quan trọng. Ở giai đoạn này, đau là nguyên nhân chính làm BN không dám gấp gối, nhưng khi hết đau thờ gối đó cứng, dính, cơ tứ đầu đùi co rút. Việc tập vận động lại do BN và người nhà tự làm, trong khi hiểu biết của họ về vấn đề này hạn chế, đó là một trong những nguyên nhân làm hạn chế vận động khớp gối. Ngay cả ở trường hợp kết xương không vững, được nhân viên y tế luyện tập, kết quả khả quan hơn, đây là thiệt thui của đa số BN hiện nay. Trong nghiên cứu này, 4 trường hợp góy rất phức tạp mâm chày, mặc dù được kết xương không vững, nhưng do ở gần bệnh viện nên thường xuyên được tư

vấn và nhân viên y tế luyện tập, nên không bị hạn chế vận động khớp gối.

Ở thời điểm sau mổ 3 tháng, hầu hết BN đều bị teo cơ quanh khớp, nhất là các cơ ở đùi, làm cho gối to lên một cách tương đối. Không có trường hợp nào khớp gối còn sưng nề hoặc tràn dịch.

6. Kết quả xa.

Đánh giá kết quả xa ở thời điểm sau mổ > 6 tháng, thời điểm kiểm tra xa nhất sau mổ 20 tháng, trung bình 12 tháng.

31 BN sẹo mềm mại, 1 BN sẹo mổ dính xương (đây là 1 trong 2 BN bị toác vết mổ sau mổ vài ngày). Teo cơ quanh khớp gối (đùi, cẳng chân): 6 BN. BN bị teo cơ phần lớn đang ở giai đoạn < 9 tháng sau mổ. Ở BN có biên độ vận động khớp gối tốt, sau mổ > 12 tháng, không có hiện tượng teo cơ đùi và cẳng chân. Cả 32 BN được kiểm tra đều liền xương, không có trường hợp nào bị chậm liền xương hoặc khớp giả. 6 BN mâm chày bị lún làm gối vẹo ngoài hoặc vẹo trong, trong đó, 3 BN lún thứ phát sau kết xương. Kết xương chưa đủ vững, không được ghép xương hoặc ghép xương chưa thỏa đáng, kết hợp với tập luyện không đúng cách, tỳ nén sớm là những nguyên nhân dẫn đến lún thứ phát sau mổ [1]. 3 BN vẫn cũn bị lún > 1 mm sau nắn chỉnh, không thấy lún thêm một cách rõ ràng. 3 BN bị lún thứ phát, BN không rõ bị lún từ bao giờ, mà chỉ thấy gối dần dần bị vẹo trong hoặc vẹo ngoài tăng dần theo thời gian, chỉ tự phát hiện rõ khi đi lại tỳ nén mà không cần nạng.

25 BN không thấy đau tại khớp gối; đau thường xuyên tại khớp gối (cả khi đi lại và nghỉ ngơi): 2 BN; chỉ đau khi gấp, duỗi gối và nhất là khi đi lại, tỳ nén: 5 BN. Trong 7 BN bị đau tại khớp gối, 6 BN bị lún mâm

chày. 1 BN bị đau khi gấp duỗi gối, nhưng phim X quang mâm chày khá tốt, điều này có thể giải thích do mặt khớp mâm chày chưa phục hồi tốt, phim X quang quy ước chưa đánh giá chính xác tổn thương, do vậy không ít trường hợp bác sỹ điều trị tiến hành chụp cắt lớp vi tính để đánh giá chính xác tổn thương trước mổ, từ đó lựa chọn đường vào và phương tiện kết xương [3, 4].

Về biên độ vận động của khớp gối: > 125°: 29 BN ; 100° - 124° : 3 BN; 90° - 99°: 1 BN. Hạn chế vận động khớp gối không liên quan đến tình trạng mâm chày có bị lún hay không và cũng không thấy có liên quan rõ ràng đến hình thái gãy mâm chày. Cả 6 BN bị lún mâm chày đều có biên độ vận động khớp gối tốt.

Về độ vững của khớp gối: 32 BN đều không thấy các dấu hiệu bị mất vững khớp gối (dấu hiệu ngăn kéo, dấu hiệu Lachmann, dấu hiệu há khớp..), trong đó, 6 BN có đường gãy lan vào cả gai chày đã được cố định néo xuống mâm chày.

Về sự chênh lệch chiều dài chi thể: 6 BN có chênh lệch chiều dài chi so với bên lành, nhưng chi ngắn không quá lớn (trong khoảng 1 - 2,5 cm). Các trường hợp ngắn chi này bị lún mâm chày, làm gối vẹo vào trong hoặc ra ngoài.

KẾT LUẬN

Góy mồm chày độ V, VI theo Schatzker là tổn thương phức tạp, khó điều trị. 29/32 BN được nắn chỉnh tốt mặt khớp mồm chày, 3/32 BN cũn bị lún > 1 mm. 3 BN bị lún mâm chày thứ phát sau mổ.

Đường mổ chữ Y kiểm soát tốt 2 mâm chày, nhưng có nguy cơ khó liền tại góc của đường rạch. Kết xương bằng 1 nẹp vít chưa thực sự đảm bảo cố định và chống lún tốt cho mọi trường hợp.

Tập phục hồi chức năng có vai trò quan trọng trong phục hồi sau mổ. 3 BN bị hạn chế gấp gối, trong đó, 1 BN chỉ gấp được < 100°.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Segur J.M, Torner P, Garcia S. Use of bone allograft in tibial plateau fractures. Arch Orthop Trauma Surg. 1998. 17, pp. 357-359.
2. Stamer D.T, Schenk R, Stagger B. Bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 1994, 8, pp.455-461.
3. Toulaitos A.S, Kenakis J, Soucacos P.N. Surgical management of tibial plateau fractures. Acta Ortho Scand. 1997, 275, pp.92-96.
4. Zarzycki W. The results of surgical treatment of tibial plateau fractures. Chir Narzadow Ruchu Ortho Pol. 2006, 71, pp.149-149.

