

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC QUA NỘI SOI BẰNG MẢNH GHÉP GÂN CƠ THON VÀ BÁN GÂN CHẬP BỐN

Nguyễn Văn Thanh¹, Lê Nghi Thành Nhân²

(1) Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Bình

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đứt dây chằng chéo trước gây mất vững khớp gối dẫn đến các thương tổn thứ phát ở sụn chêm, sụn khớp và các dây chằng khác. Do đó tái tạo lại dây chằng chéo trước là cần thiết. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon chập bốn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 40 bệnh nhân bị đứt dây chằng chéo trước (DCCT) được mổ tái tạo bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon chập bốn và đánh giá độ vững cũng như kết quả phục hồi chức năng chi dưới theo thang điểm Lysholm vào thời điểm 3 và 6 tháng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của 40 BN trong nhóm nghiên cứu là $30,32 \pm 10,85$, nam:nữ = 1,6. Nguyên nhân chủ yếu gây đứt DCCT là tai nạn giao thông chiếm 62,5%. Trước mổ 100% có dấu Lachman dương tính, sau mổ 6 tháng 93,6% có dấu Lachman độ 0 và I. Chức năng chi trước mổ theo thang điểm Lysholm đạt 59,67 điểm, sau mổ 3 tháng đạt 83,61 và sau 6 tháng đạt 89,41. **Kết luận:** Đây là một phương pháp hiệu quả và ít biến chứng giúp bệnh nhân hồi phục độ vững khớp gối và chức năng chi tốt.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, gân cơ thon, bán gân chập bốn, nội soi, Lachman, thang điểm Lysholm

Abstract

EVALUATION OF RESULT OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION WITH USE OF SEMITENDINOSUS AND GRACILIS TENDON AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Van Thanh¹, Le Nghi Thanh Nhan²

(1) Quang Binh Genral Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Anterior cruciate ligament (ACL) rupture causes knee instability and secondary injuries at meniscus, cartilage and the other ligaments. Therefore, ACL reconstruction is necessary. The aim of the study was to evaluate the results of ACL reconstruction with autogenous semitendinosus and gracilis tendons at the Hue University Hospital. **Methods:** A prospective study of 40 patients with ACL ruptures treated with arthroscopically assisted reconstruction with autogenous semitendinosus and gracilis tendons. Knee stability and functional Lysholm scores were recorded at each visit, including preoperatively and at the third and sixth month of follow-up. **Results:** Forty patients (male : female = 1.6) with a mean age of thirty years) were involved in the study. The main cause of ACL rupture was traffic accident (62.5%). All of patients had positive Lachman test and thirtdty two (80%) of the patients had positive drawtest. Mean knee functional Lysholm score was 56 points. Six months follow-up of thirty one patients, Lachman test was negative in 93.6%. The mean Lysholm scores improved to 83 points at third month and 89 points at sixth month. **Conclusions:** Semitendinosus and gracilis tendon graft was effective and safety technique for restoring of knee stability and function.

Key words: Anterior cruciate ligament (ACL), semitendinous gracilis tendon, Lachman test, Lysholm scores

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối là một thương tổn thường gặp gây mất vững khớp gối khiến người bệnh đi lại khó khăn và gây ra các

- Địa chỉ liên hệ: Lê Nghi Thành Nhân, email: lennhan_68@yahoo.com.vn

DOI: 10.34071/jmp.2016.1.5

- Ngày nhận bài: 15/1/2016 *Ngày đồng ý đăng: 26/2/2016 * Ngày xuất bản: 7/3/2016

tổn thương thứ phát như rách sụn chêm, giãn các dây chằng, bao khớp và thoái hóa khớp. Do đó, chỉ định mổ tái tạo lại dây chằng này là vấn đề không còn bàn cãi, đặc biệt với kỹ thuật nội soi khớp được Moyes mô tả lần đầu vào 1986, sẽ giúp bệnh nhân hồi phục nhanh chóng sau phẫu thuật. Vấn đề gây tranh cãi là chất liệu mảnh ghép và kỹ thuật tái tạo và phương pháp cố định mảnh ghép thay thế dây chằng chéo trước với nhiều xu hướng khác nhau cho những kết quả khác nhau. Tại Huế, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật tái tạo dây chằng chéo trước qua nội soi bằng mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon từ năm 2006 nhưng chưa có nghiên cứu tổng kết nào về kết quả đạt được. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị đứt dây chằng chéo trước bằng phương pháp này để từ đó rút ra một số kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 40 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật tái tạo DCCT qua nội soi bằng mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon chập bốn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 6/2011 đến 12/2013. Chúng tôi tiến hành ghi nhận các đặc điểm chung như: tuổi, giới, nguyên nhân gây thương tổn DCCT, bên thương tổn, nghề nghiệp, thời điểm phẫu thuật; các đặc điểm lâm sàng như: dấu hiệu đau khớp, mất vững khớp, teo cơ, dấu Lachman, dấu ngăn kéo, dấu bán trật xoay ngoài... dấu thương tổn sụn chêm: ấn đau khe khớp, dấu Mc Muray; các đặc điểm trên phim MRI và x quang chuẩn khớp gối.

Phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, đùi được garrot ở 1/3 trên tại vị trí lấp chặn đùi ở mặt ngoài, để lót chân giữ tư thế gấp gối 90 độ. Đặt ống soi từ mặt trước ngoài khớp gối kiểm tra khớp và đánh giá thương tổn DCCT, sụn chêm, sụn khớp, bao khớp. Làm sạch khớp và phần DCCT còn lại. Cắt hoặc may lại thương tổn sụn chêm tùy theo mức độ thương tổn. Khoan qua sụn đến nền xương bên dưới đối với các thương tổn sụn khớp kèm theo. Dùng dụng cụ tuốt gân để lấy gân bán gân và gân cơ thon qua đường rạch da khoảng 3cm ở mặt trước trong gối dưới lồi củ chày khoảng 2cm đi chéo vào trong lên trên song song với hướng đi của gân cơ chân ngỗng. Làm sạch tổ chức mỡ và cơ bám trên gân. Chập đôi các gân và khâu hai đầu gân bằng chỉ Vicryl 1.0, đo đường kính hai

gân chập bốn và chiều dài gân. Đặt dụng cụ định vị để khoan đường hầm lồi cầu đùi qua cổng nội soi ở mặt trước trong khớp gối tại vết tích DCCT cũ và cách bờ sau khuyết rỗng rọc của đầu dưới xương đùi khoảng 6mm tương ứng với vị trí 10 giờ. Đo chiều dài đường hầm để chọn độ dài của nút treo gân. Đặt định vị khoan đường hầm mâm chày góc 45-50 độ, vị trí khoan vào mâm chày ngay trước sừng trước sụn chêm ngoài, ngoài củ gian mâm chày và trước DCCS khoảng 7-8mm. Kéo gân và dụng cụ treo gân qua đường hầm từ mâm chày lên lồi cầu đùi. Kiểm tra dụng cụ treo gân đã ra ngoài vỏ xương đùi dựa vào mốc đánh dấu trên gân ghép. Gấp duỗi gối 20 lần. Bắt vít tự tiêu cố định gân vào đường hầm mâm chày trong tư thế gấp nhẹ gối 20-30 độ. Đường kính vít có thể bằng hoặc lớn hơn đường hầm 1mm tùy vào chất lượng xương. Kiểm tra qua nội soi độ căng gân, tình trạng chèn gân ghép của bờ trên khuyết rỗng rọc đùi. Kiểm tra độ vững khớp gối bằng các dấu Lachman, ngăn kéo so với trước mổ. Đặt dẫn lưu khớp gối và đóng các vết mổ theo lớp giải phẫu. Bất động khớp gối bằng nẹp ôm gối. Tập gấp gối 24-48 giờ sau mổ. Tập phục hồi chức năng theo quy trình của Phillips B.B.

Đánh giá kết quả trong mổ và giai đoạn hậu phẫu: Thời gian mổ, các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ như nhiễm trùng, tụ máu khớp gối, lỏng khớp..., thời gian nằm viện, kết quả x quang sau mổ.

Đánh giá sau mổ 3 và 6 tháng: tình trạng lỏng lẻo khớp bằng các dấu Lachman, ngăn kéo, các biến chứng tại vết mổ, biên độ gấp duỗi gối và chức năng chi theo thang điểm Lysholm (Rất tốt và tốt: 84 – 100 điểm, trung bình: 65 – 83 điểm, xấu: < 65 điểm).

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung: Độ tuổi trung bình của 40 BN trong nhóm nghiên cứu là $30,32 \pm 10,85$ (16 – 54). Nam: Nữ = 1,6. Có 19 BN (47,5%) sống ở thành phố, 17 BN (42,5%) sống ở nông thôn và 10% sống ở miền núi. 15 BN (37,5%) bị chân phải và 25 BN (62,5%) thương tổn chân trái. Đánh giá bên thương tổn theo chân thuận chúng tôi ghi nhận chỉ có 2 BN thuận chân trái nhưng đều bị thương tổn chân phải, trong đó 38 bệnh nhân thuận chân phải có 25 BN (62,5%) bị thương tổn bên chân trái cao gấp gấp đôi số bệnh nhân bị bên chân phải. Nguyên

nhân chủ yếu gây đứt DCCT là tai nạn giao thông chiếm 62,5%, tai nạn thể thao chiếm 27,5%. Cán bộ công nhân viên và sinh viên là hai đối tượng bị đứt DCCT đến 64 trường hợp (65%), còn lại là nhóm nông dân và khác. Nhóm BN đến mổ sớm dưới ba tháng chiếm 57,5% (23 BN) và thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi được mổ là $4,67 \pm 6,47$ tháng (1 tháng -3 năm).

Phần lớn đều được điều trị trước khi nhập viện

(34 BN chiếm 85%) trong đó bất động rồi tập phục hồi chức năng chiếm 45% (18 BN), chọc hút và bất động chiếm 25% (10 BN). Ngoài ra hoặc bệnh nhân được bó thuốc nam hoặc bó bột hoặc không điều trị gì. 80% (32 BN) có dấu hiệu lỏng lẻo khớp, khó lên xuống bậc thang, không trụ được chân bị thương tổn, đau khi đi lại, 47,5% (19 BN) tràn dịch khớp gối tái phát và 20% (8BN) có dấu hiệu kẹt khớp khi vận động.

Bảng 1. Các nghiệm pháp thăm khám lâm sàng trước và sau mổ 6 tháng

Thời điểm Nghiệm pháp	Dương tính				
	Trước mổ (N=40)		Sau mổ 6 tháng (N=31)		
	N	%	N	%	
Lachman	Độ 0	0	0,0	26	83,9
	Độ I	3	7,5	3	9,7
	Độ II	32	80,0	2	6,5
	Độ III	5	12,5	0	0.00
Ngăn kéo trước		32	80,0	2	6,5
Dấu bán trật xoay		34	85,0	2	6,5

Độ nhảy của dấu Lachman là 100%, dấu ngăn kéo ra trước là 80% và dấu bán trật xoay ra trước là 85%.

Cộng hưởng từ: 100% BN đều được chụp MRI khớp gối và đều được phát hiện dấu hiệu thương tổn DCCT trực tiếp hoặc gián tiếp. Trong đó có 80% đứt đơn thuần DCCT và 20% đứt DCCT kèm phối hợp thương tổn sụn chêm trong hoặc ngoài.

Bảng 2. Các thương tổn ghi nhận trong mổ

Tổn thương	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Đứt hoàn toàn DCCT	22	55,0
Đứt bán phần, kéo dãn	4	10,0
DCCT tiêu hoàn toàn	3	7,5
Đứt DCCT + Rách sụn chêm trong	8	20,0
Đứt DCCT + Rách sụn chêm ngoài	3	7,5
Tổng cộng	40	100

Kích thước mảnh ghép: chiều dài trung bình của gân cơ bán gân lấy được là $24 \pm 2,7$ cm (dài nhất 28 cm và ngắn nhất là 22 cm) và của gân cơ thon lấy được là $22 \pm 2,5$ cm (dài nhất là 24 cm và ngắn nhất là 18 cm). Chiều dài trung bình của mảnh ghép khi chập đôi hai gân là $10,2 \pm 1,4$ cm (dài nhất là 12 cm, ngắn nhất là 9 cm). Đường kính trung bình của mảnh ghép là $7,46 \text{ mm} \pm 0,57$ (8.5 mm- 6.5 mm).

Bảng 3. Chức năng khớp gối theo Lysholm trước và sau phẫu thuật

Thời điểm Lysholm	Trước mổ (n=40)		Sau mổ 3 tháng (n=40)		Sau mổ 6 tháng (n=31)	
	N	%	N	%	N	%
Rất tốt	0	0,00	3	7.5	4	12,9
Tốt	0	0,00	31	77.5	23	74,1
Trung bình	8	25,0	3	7.5	2	6,5
Xấu	32	75,0	3	7.5	2	6,5
Trung bình	59,67 ± 5,65		83,61 ± 7,68		89,41 ± 7,72	

Bảng 4. Biên độ gấp gối trước và sau mổ

Biên độ gấp gối		<45 ^o	45 ^o -<90 ^o	90 ^o - 120 ^o	≥120 ^o	Tổng số
Trước mổ	N	0	0	0	40	40
	%	0,0	0,0	0,0	100	100
Khi ra viện	N	3	6	31	0	40
	%	7,5	15,0	77,5	0,0	100
Sau mổ 3 tháng	N	0	0	3	37	40
	%	0,0	0,0	7,5	92,5	100
Sau mổ 6 tháng	N	0	0	1	30	31
	%	0,0	0,0	3,2	96,8	100

Trước mổ chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp hạn chế gấp gối nhẹ dưới 20 độ.

Đường kính đường hầm xương đùi và chày trung bình giống kích thước gân. Chiều dài trung bình của đường hầm xương đùi là 42,87± 5,4mm (55 mm - 35 cm), chiều dài trung bình của đường hầm xương chày là 42,09 mm (45 cm - 40 mm).

Thời gian phẫu thuật: 76,45±19.92 phút (60 phút-110 phút).

Biến chứng trong mổ: 1 trường hợp vỡ thành sau lồng cầu đùi do vị trí khoan đường hầm hơi bị ra sau.

Bảng 5. Biên độ duỗi gối trước và sau mổ

Hạn chế duỗi gối		0 ^o	5 ^o - 10 ^o	>10 ^o	Tổng số
Trước mổ	N	40	0	0	40
	%	100	0,0	0,0	100
Khi ra viện	N	35	4	1	40
	%	87,5	10,0	2,5	100
Sau mổ 3 tháng	N	38	2	0	40
	%	95,0	5,0	0,0	100
Sau mổ 6 tháng	N	31	0	0	31
	%	100	0,0	0,0	100

Bảng 6. Chức năng khớp gối theo Lysholm sau phẫu thuật của nhóm bệnh nhân có hoặc không có thương tổn phổi hợp

Thời điểm	Sau mổ 3 tháng		Sau mổ 6 tháng	
Nhóm bệnh nhân đứt DCCT	Đơn thuần	Có tổn thương phổi hợp	Đơn thuần	Có tổn thương phổi hợp
Điểm trung bình	84,2±7,66	83,5±7,65	89,2±7,68	88,5±7,67

Biến chứng: Đau mặt trước gối khi hoạt động gắng sức hoặc chơi thể thao có 5/31 trường hợp. Dị cảm mặt trước trong cẳng chân 1/31 bệnh nhân và mất cảm giác da mặt ngoài khớp gối 1/31 trường hợp.

- Độ hài lòng của bệnh nhân: 4/31 trường hợp (12,9%) rơi vào nhóm xấu không hài lòng vì: đau sau mổ do thoái hóa khớp (1 ca), hạn chế vận động khớp (1ca) và lỏng khớp (2 ca) 27/31 trường hợp (87,1%) hài lòng với kết quả đạt được.

4. BÀN LUẬN

So sánh về độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 30 tuổi với các tác giả trong và ngoài nước (như của Đinh Ngọc Sơn là 32 tuổi, Trương Trí Hữu là 29 tuổi [3], Đặng Hoàng Anh là 32 tuổi và Scranton là 33 tuổi [1] cho thấy kết quả khá tương đồng về độ tuổi trung bình hay gặp chấn thương đứt dây chằng chéo trước. Đây là lứa tuổi mà hoạt động sinh hoạt và tập luyện thể dục thể thao khá nhiều, nên tổn thương dây chằng chéo trước có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày và chế độ làm việc cũng như sinh hoạt của họ.

Về tỷ lệ mắc bệnh theo giới, hầu hết các nghiên cứu tham khảo được cho thấy, tỷ lệ nam có chấn thương và phẫu thuật đứt dây chằng chéo trước đều cao hơn nữ, tuy nhiên mức độ chênh lệch trong từng nghiên cứu không giống nhau [1],[2],[3]. Trong khi các nghiên cứu trong nước (của các tác giả trên) có tỷ lệ chênh lệch nam nữ rất lớn, thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ này chênh lệch thấp nhất. Mặc dù hiện nay, nữ giới tham gia vào tất cả các những hoạt động thể thao và tính chất công việc cũng như nam giới. Nhưng tính chất của các hoạt động này có phần nhẹ nhàng và ít đối kháng hơn. Một giả thiết có thể đặt ra để giải thích cho sự khác biệt nam nữ khá lớn trong các nghiên cứu từ các tác giả trong nước là tổn thương dây chằng chéo trước đơn thuần ít hay không ảnh hưởng đến các hoạt động hàng ngày bình thường của phái nữ. Chính vì vậy, khi nữ giới bị chấn thương và được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước thì hầu hết họ chấp nhận tổn thương và từ bỏ các hoạt động thể dục và thể thao. Chỉ những phụ nữ thật sự có nhu cầu về hoạt động thể lực mạnh mới tiến hành phẫu thuật mà thôi.

Đứt dây chằng chéo trước là tổn thương gắn liền với các hoạt động thể thao. Cơ chế tổn thương là do sự co rút đột ngột của cơ tứ đầu đùi làm cho xương chày trượt mạnh ra trước kết hợp với xoay

trong của xương chày làm cho dây chằng chéo trước xoắn quanh dây chằng chéo sau hoặc do khớp bị duỗi quá mức nên dây chằng chéo trước bị cọ sát vào trần của khuyết liên lồi cầu gây sờn và đứt. Cũng có khi tổn thương do khớp gối bị trật theo chiều trước sau làm dây chằng chéo trước bị đứt. Tai nạn giao thông cũng là nguyên nhân gây chấn thương khớp gối nói chung và dây chằng chéo trước nói riêng. Tỷ lệ này chiếm khá cao trong nghiên cứu của Đinh Ngọc Sơn (74,4%) [1].

Thời gian từ khi chấn thương đến khi được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 6 tháng và 57,5% số bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 3 tháng đầu. Tỷ lệ này cho thấy nhóm bệnh nhân của chúng tôi mổ sớm hơn so với bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của các tác giả trong nước. Đa số bệnh nhân sau đứt dây chằng khớp gối đều có sinh hoạt tương đối bình thường nên bệnh nhân cũng không chú ý đến các hạn chế vận động chi tiết do đứt dây chằng chéo trước mang lại. Nhưng khi hoạt động nặng, đặc biệt là hoạt động thể thao thì khớp gối không đủ vững gây nên các chấn thương tái phát. Bệnh nhân thường đến tái khám khi gối đau, đi lại nhiều do các tổn thương khác như rách sụn chêm hay lộ xương dưới sụn. Trong nghiên cứu của Levy nguy cơ tổn thương thứ phát sụn chêm đặc biệt là sùng sau sụn chêm tăng lên theo thời gian. Dây chằng chéo trước bị đứt làm cho khớp gối mất vững khi vận động đặc biệt là khi vận động mạnh. Xương chày bị trượt ra trước quá mức, sụn chêm bị trượt ra trước và kẹt dưới lồi cầu xương đùi. Trong khi khớp gối gấp, sụn chêm bị đè ép gây rách dọc sùng sau. Hiện tượng này lặp đi lặp lại nhiều lần làm cho vết rách lớn dần và có thể lan tới sụn giữa và sụn trước. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 72,5% bệnh nhân có tổn thương đứt dây chằng chéo trước đơn thuần. Có đến 27,5% bệnh nhân có tổn thương phối hợp kèm theo với tổn thương đứt dây chằng chéo trước. Nhóm bệnh nhân này nằm trong các bệnh nhân có thời gian phẫu thuật > 6 tháng sau khi xảy ra chấn thương.

Liên quan đến biên độ hoạt động, trong 31 bệnh nhân được phẫu thuật của nghiên cứu có biên độ vận động của khớp gối bình thường 36 BN (90%), hạn chế biên độ gấp dưới 20 độ có 4BN (10%).

Kết quả này tương tự các nghiên cứu được tham khảo như Howell, Pinczewsky, Rosenberg... [1],[5],[7]. Theo các tác giả này, chỉ phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước trên các bệnh nhân có biên độ vận động khớp bình thường hoặc hạn chế gấp khớp gối không quá 20 độ, các trường hợp khác phải yêu cầu bệnh nhân tập luyện phục hồi biên độ khớp về bình thường mới tiến hành phẫu thuật.

Trên lâm sàng, cũng có một số phẫu thuật viên sử dụng mảnh ghép gân cơ bánh chè. Người ta cũng ghi nhận những nghiên cứu lâm sàng so sánh chất liệu gân cơ bánh chè và gân cơ bán gân, cơ thon chập đôi. Các nghiên cứu đều có thiết kế nghiên cứu khá tốt đều cho kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai mảnh ghép [3],[7].

Tuy nhiên, nếu như trước đây vào cuối những năm 80 và đầu những năm 90, mảnh ghép xương-gân-xương của gân bánh chè được xem là tiêu chuẩn vàng, thì sau những năm 1995 theo Pinczewski quan niệm này đã thay đổi. Theo ông ta ngày nay mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon với vít chẹn được xem như là tiêu chuẩn vàng cho việc tái tạo lại DCCT.

Mặc dầu đường kính của mảnh ghép không đồng đều và nhỏ hơn gân bánh chè. Nhưng có những ưu điểm như là 2 gân hằng định [5], khi lấy gân cơ bán gân và gân cơ thon làm mảnh ghép không ảnh hưởng nhiều đến chức năng vận động của chi dưới. Hai cơ này có vai trò thứ yếu trong động tác gấp khớp gối và duỗi khớp háng. Ngoài ra còn có các ưu điểm khác như: khi dây chằng bên trong bình thường, lấy cơ thon làm mảnh ghép không ảnh hưởng nhiều đến độ vững chắc của bên trong khớp gối, lấy mảnh ghép nhanh và thuận lợi, vị trí rạch da để lấy mảnh ghép cũng là vị trí để khoan hầm xương chày,

đủ chiều dài mảnh ghép khi chập đôi hay chập bốn, tỷ lệ bị di chứng đau ở mặt trước khớp gối sau phẫu thuật thấp hơn so với mảnh ghép lấy từ gân bánh chè cũng như không gây ra động tác duỗi bị yếu, đây là mảnh ghép có độ vững chắc cao và điều này được chứng minh trong các nghiên cứu thực nghiệm và nghiên cứu lâm sàng [4],[7].

Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm của Lysholm: điểm Lysholm trước mổ trung bình là 59,67 điểm. Có 32 bệnh nhân (chiếm 75,5%) điểm Lysholm dưới 65 điểm và chỉ có 8 bệnh nhân điểm Lysholm trên 65 điểm. Kiểm tra chức năng khớp gối theo thang điểm của Lysholm sau phẫu thuật 6 tháng: điểm Lysholm trung bình là 89 điểm. Trong đó tốt và rất tốt là 27/31 bệnh nhân (87%). Như vậy thang điểm Lysholm đã tăng trung bình 23 điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của Hà Đức Cường, và thấp hơn trong nghiên cứu của Đặng Hoàng Anh [1]. Sự khác biệt kết quả này có thể do nhiều yếu tố, như nhóm bệnh nhân, phương pháp phẫu thuật hay quá trình tập luyện của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Kết quả bảng 6 cho thấy nhóm không có thương tổn DCCT phục hồi tốt hơn nhóm có thương tổn phối hợp tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa.

5. KẾT LUẬN

Tái tạo DCCT bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon cho đến nay vẫn là phương pháp được sử dụng phổ biến trên thế giới và kết quả thăm khám độ vững chắc của khớp gối sau phẫu thuật rất khả quan. Sự phục hồi chức năng của khớp gối sau mổ rất tốt nên đây vẫn là phương pháp chọn lựa đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Hoàng Anh (2009), Nghiên cứu điều trị đứt dây chằng chéo trước 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. Trương Trí Hữu và CS (2008), Kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân cơ thon-bán gân qua nội soi, Y học Tp.Hồ Chí Minh, (12), Phụ bản số 4, tr 14-20.
3. Lê Nghi Thành Nhân, Lê Hồng Phúc, Bùi Hữu Toàn (2012), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép gân xương bánh chè tự thân tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, Tạp chí Chấn thương Chính hình Việt Nam, Số Đặc biệt, tr 29-36.

4. Dandy D J. (1995), Some clinical aspects of reconstruction for chronic anterior cruciate ligament deficiency, *Ann R Coll Surg Engl* 77, pp. 290-298.
5. Frank A. (2004), Biomechanical properties of patellar and hamstring graft tibial fixation techniques in anterior cruciate ligament reconstruction: Experimental study with roentgen stereometric analysis, *Am. J. Sports Med*, 32, 71, pp. 71-78.
6. O'Connor, J. (1995), ACL function in the normal knee, *Biomecánica*, 111, (5), pp. 121-132.
7. Pinczeski L.A. et al. (2007), A 10-Year comparison of anterior cruciate ligament recostructions with hamstring tendon and patellar tendon autograft . *The American journal of sports medicine*, Vol.X, No.X pp.1-11.