

Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị một số bệnh lý khớp vai

Nguyễn Đình Khoa^{1,2}, Nguyễn Văn Hỷ²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Chấn thương & Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) khớp vai là một kỹ thuật khó và mới được thực hiện tại bệnh viện Trung ương Huế trong những năm gần đây. Chưa có một nghiên cứu đánh giá chung về kỹ thuật này. **Mục tiêu:** Nghiên cứu triệu chứng và đánh giá kết quả PTNS khớp vai tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 38 bệnh nhân được PTNS khớp vai tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2016 đến 3/2019. Đánh giá kết quả sau 6 tháng. **Kết quả:** Bệnh nhân mất vững khớp vai chiếm 61,5%, rách chóp xoay 30,8% và hội chứng bắt chẹn 7,7%. Độ tuổi trung bình 43,8 nam nhiều hơn nữ ($P<0,05$). Triệu chứng đau 100% ở nhóm bệnh lý chóp xoay và 30,4% ở nhóm mất vững, MRI phát hiện tổn thương 30,4% ở nhóm mất vững và 100% ở nhóm bệnh lý chóp xoay. Rách sụn viền trước chiếm 95,7% ở nhóm mất vững và rách gân cơ trên gai chiếm 91,7% ở nhóm rách chóp xoay. Kết quả tốt và rất tốt ở nhóm mất vững là 85% và nhóm bệnh lý chóp xoay là 91,3%. **Kết luận:** Kết quả PTNS khớp vai tại bệnh viện Trung ương Huế có kết quả tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ cao.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, mất vững, rách chóp xoay.

Abstract

Research applying arthroscopy in treatment of some shoulder's diseases

Nguyen Dinh Khoa^{1,2}, Nguyen Van Hy²

(1) PhD Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Center of Plastic & Orthopaedic Surgery, Hue Central Hospital

Background: Shoulder arthroscopy is a difficult procedure and have been applying in Hue Central Hospital in recent years. There was not any general research for this yet. **Objective:** To research symptoms and evaluate the result of shoulder arthroscopy. **Subject and methods:** Following research 38 patients who underwent shoulder arthroscopy in Hue Central Hospital from 6/2016 to 3/2019, assess after 6 months. **Results:** Instability shoulder was 61.5%, rotator cuff tear was 30.8% and impingement was 7.7%. Mean age was 43.8 and male was higher than female ($p<0.05$). Pain symptom is 100% in rotator cuff disease and 30.4% in instability, MRI found out injury 30.4 and 100% in instability and rotator cuff group, respectively. Anterior labral tear was 95.7% in instability group and supraspinatus tendon tear was 91.7% in rotator cuff tear group. Good and excellent result were 85% and 91.3% after 6 month in instability and rotator cuff group, respectively. **Conclusion:** Result of shoulder arthroscopy was good in Hue Central hospital.

Keywords: arthroscopy, instability, rotator cuff tear

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của PTNS khớp đã giúp ích trong việc tiếp cận, thay đổi chẩn đoán và điều trị các bệnh lý của khớp. Trong PTNS khớp, PTNS khớp vai là một kỹ thuật khó, đòi hỏi kỹ thuật và kinh nghiệm. Ở Việt Nam, PTNS khớp vai mới phát triển và phổ biến trong một thập kỷ qua [2],[4],[10]. Các bệnh lý khớp vai được phẫu thuật bằng nội soi phổ biến là mất vững khớp vai, rách chóp xoay, hội chứng bắt chẹn khoang dưới mỏm cùng vai, cứng khớp vai... Với các bệnh lý trên, phẫu thuật mở thường có nhiều hạn chế, hiệu quả thấp. PTNS khớp vai cho phép quan

sát rõ khớp vai, đánh giá được tổn thương và xử lý ngay thông qua nội soi, ít gây thương tổn các cấu trúc kế cận, có nhiều ưu điểm về thẩm mỹ, rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, đòi hỏi phẫu thuật viên phải được đào tạo bài bản và dụng cụ, phương tiện đầy đủ... Do đó chỉ có các cơ sở y tế chuyên sâu mới thực hiện được [12][15].

Tại bệnh viện Trung ương Huế, chưa có một nghiên cứu nào để đánh giá việc ứng dụng PTNS khớp vai, do đó chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu ứng dụng PTNS trong điều trị một số bệnh lý khớp

vai” nhằm mục tiêu: 1. *Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của một số bệnh lý trong PTNS khớp vai.* 2. *Đánh giá kết quả điều trị bằng PTNS đối với một số bệnh lý khớp vai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bằng kỹ thuật nội soi khớp vai tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6 năm 2016 đến tháng 3 năm 2019.

Đối với bệnh lý mất vững khớp vai: Có một trong hai tiêu chuẩn trước phẫu thuật là: Có bệnh sử trật khớp vai tái diễn; hoặc được chẩn đoán mất vững khớp vai bằng đánh giá một trong các nghiệm pháp mất vững khớp vai dương tính

Đối với bệnh lý rách chóp xoáy: Khám lâm sàng có một trong các nghiệm pháp chóp xoáy dương tính, MRI (Magnetic resonance imaging) có rách chóp xoáy, điều trị bảo tồn 3 tháng không cải thiện/ hoặc chẩn đoán và khâu chóp xoáy trong nội soi.

Đối với bệnh lý bắt chẹn khoang dưới mỏm cùng vai: Được chẩn đoán hội chứng bắt chẹn, điều trị bảo tồn trên 6 tháng không cải thiện, điều trị bằng PTNS và trong phẫu thuật không ghi nhận tổn thương rách chóp xoáy

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Mất xương ổ chảo trên 25% đối với các trường hợp mất vững.

Bệnh nhân được thực hiện cả mổ mở kết hợp với nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp theo dõi dọc.

Thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, can thiệp phẫu thuật, theo dõi, tái khám. Sử dụng các thang điểm Rowe và thang điểm UCLA (University of California, Los Angeles) để đánh giá.

Nghiên cứu các đặc điểm chung, các bệnh lý khớp vai được điều trị bằng PTNS, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, các thương tổn trong phẫu thuật, các kỹ thuật-phương tiện được sử dụng, tai biến trong phẫu thuật và kết quả sau 6 tháng.

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung

3.1.1. Tuổi: Tuổi trung bình là 43,79, khoảng tin cậy 95% tương ứng là (37,12;50,40), bệnh nhân lớn nhất là 84 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi.

3.1.2. Giới: Nam chiếm 76,9%, cao hơn nữ 23,1% ($P<0,05$).

3.1.3. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc được phẫu thuật: Bệnh nhân có thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật dài nhất là 30 năm, bệnh nhân có thời gian ngắn nhất là 1 tháng. Nhóm có thời gian chấn thương trong vòng 1 năm chiếm tỉ lệ cao nhất là 31.6%.

3.2. Các bệnh lý khớp vai được điều trị bằng PTNS

Hội chứng bắt chẹn 7,7%, mất vững khớp vai 61,5%, rách chóp xoáy 30,8%. Có một bệnh nhân tổn thương SLAP (Superior labral tear from anterior to posterior) chúng tôi đưa vào nhóm mất vững.

3.3. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

3.3.1. Triệu chứng cơ năng

Số lần trật khớp đối với các trường hợp mất vững: Có 1 trường hợp trật 2 lần, 1 trường hợp trật 3 lần, còn 21 trường hợp mất vững còn lại trật trên 10 lần chiếm 91,3%.

3.3.2. Triệu chứng thực thể

Các nghiệm pháp e sợ, ép đẩy và ngăn kéo ở nhóm bệnh nhân mất vững đều chiếm tỉ lệ cao trên 85%, 100% bệnh nhân có nghiệm pháp Neer dương tính. Nghiệm pháp Jobe dương tính chiếm 93,3% các trường hợp rách chóp xoáy phù hợp với tỉ lệ bệnh nhân bị rách gân cơ trên gai.

3.3.3. Triệu chứng cận lâm sàng: MRI

Tỉ lệ phát hiện tổn thương sụn viền trên MRI đối với các trường hợp mất vững chỉ chiếm 30,4%.

Trên MRI phát hiện rách gân cơ trên gai 10 trường hợp chiếm 90,9%. Một trường hợp trên MRI chẩn đoán 1 trường hợp rách gân cơ dưới vai và một trường hợp đứt gân cơ nhị đầu phối hợp với rách gân cơ trên gai, tuy nhiên trong phẫu thuật chỉ ghi nhận có rách gân cơ trên gai đơn thuần.

Đối với hội chứng bắt chẹn: 1/4 trường hợp MRI có dấu hiệu rách gân cơ trên gai, tuy nhiên trong phẫu thuật chỉ ghi nhận thoái hóa nhẹ.

3.4. Đánh giá trong phẫu thuật

3.4.1. Đánh giá các tổn thương trong nội soi

Các tổn thương đối với trường hợp mất vững (n=23)

Bảng 3.1. Các tổn thương ghi nhận trong phẫu thuật mất vững

Tổn thương chính	Số lượng	Tỉ lệ %	Tổn thương phối hợp			
			SLAP	Sụn viền sau	Hill Sachs	Ổ chảo
Sụn viền trước	22	95,7	3(13,0%)	1(4,3%)	2(8,6)	2(8,6%)
SLAP	1	4,3				

Một trường hợp tổn thương phối hợp cả rách sụn viền trước phối hợp với cả khuyết xương ổ chảo và khuyết xương cánh tay.

Các tổn thương đối với các trường hợp rách chóp xoay: 11 trường hợp

Trong 10 trường hợp rách gân cơ trên gai, có 1 trường hợp rách hình chữ L và một trường hợp rách hình chữ V, còn lại rách ngang hoàn toàn. Có 3 trường hợp tổn thương gân cơ nhị đầu, trong đó một trường hợp đứt hoàn toàn và 2 trường hợp đứt bán phần.

Đối với 4 trường hợp hội chứng bắt chẹn, trong phẫu thuật ghi nhận đều có viêm dày thoái hóa bao hoạt dịch khoang dưới mỏm cùng vai, không phát hiện tổn thương rách chóp xoay hoặc các tổn thương khác.

3.4.2. Các kỹ thuật, phương tiện được sử dụng trong phẫu thuật

4 bệnh nhân bị hội chứng bắt chẹn đều được phẫu thuật bằng cách tạo hình khoang dưới mỏm cùng vai, không có bệnh nhân nào có cắt xương đòn phối hợp.

Đối với các trường hợp rách chóp xoay:

Bảng 3.2. Kỹ thuật được thực hiện trong phẫu thuật khâu chóp xoay (11 trường hợp)

Kỹ thuật	Số lượng	Tỉ lệ %
Khâu gân cơ trên gai 1 hàng	8	72,7
Khâu gân cơ trên gai 2 hàng	2	18,2
Khâu gân cơ dưới gai 1 hàng	1	9,1

Có 11/11 bệnh nhân khâu chóp xoay được tạo hình khoang dưới mỏm cùng vai phối hợp, 2/11 bệnh nhân được cắt gân cơ nhị đầu phối hợp.

3.5. Tai biến trong phẫu thuật

Không có bệnh nhân nào có tai biến trong lúc phẫu thuật

3.6. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Chỉ có một bệnh nhân rỉ dịch kéo dài 10 ngày sau phẫu thuật

3.7. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

3.7.1. Các biến chứng muộn

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng muộn

3.7.2. Đánh giá đau sau phẫu thuật

Bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ ở mức độ 3 trở xuống, thang điểm 0 chiếm tỉ lệ cao nhất là 18/32 bệnh nhân (56,25%).

3.7.3. Đánh giá sự vững của khớp vai

Không có bệnh nhân nào ở nhóm mất vững bị trật lại. Không có bệnh nhân nào dương tính với các nghiệm pháp mất vững khớp vai.

3.7.4. Đánh giá biên độ vận động

Bảng 3.3. Phân bố theo biên độ vận động

Biên độ vận động	Số lượng	Tỉ lệ %
> 90%	19	59,4
81 – 90%	7	21,9
71 – 80%	4	12,5
≤ 70%	2	6,3
Tổng cộng	32	100

3.7.5. Đánh giá chức năng khớp vai

Bảng 3.4. Phân bố chức năng khớp vai

Chức năng	Số lượng	Tỉ lệ %
Bình thường	15	39,5
Hạn chế thể thao/hoạt động mạnh	14	36,8
Hạn chế lao động/hoạt động vừa	2	5,3
Hạn chế sinh hoạt	1	2,6
Tổng	32	100

3.7.6. Đánh giá kết quả bằng các thang điểm

- Đối với nhóm mất vững khớp vai: 20 bệnh nhân được theo dõi, kết quả theo thang điểm Rowe như sau:

Bảng 3.14. Phân bố kết quả theo thang điểm Rowe

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất tốt	7	35,0
Tốt	10	50,0
Trung bình	3	15,0
Xấu	0	0
Tổng cộng	20	100

Kết quả tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 85%, không có bệnh nhân nào có kết quả xấu.

Đối với nhóm tổn thương chóp xoay: 12 bệnh nhân được theo dõi với kết quả theo thang điểm UCLA như sau:

Bảng 3.15. Phân bố kết quả theo thang điểm UCLA

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
Rất tốt	3	25,0
Tốt	8	66,7
Khá	1	8,3
Xấu	0	0
Tổng cộng	12	100

Kết quả tốt và rất tốt chiếm 91,7%, không có bệnh nhân có kết quả xấu

4. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình là 43,79, khoảng tin cậy 95% tương ứng là (37,12;50,40), lớn nhất là 84 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi. Chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 21- 40 tuổi (39,5%). Nguyễn Trọng Anh, đối nhóm bệnh lý mất vững khớp vai, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất cũng từ 20 -40 tuổi (69,04%), kết quả nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh đối với nhóm bệnh rách chóp xoay thì tỉ lệ trên 45 tuổi chiếm tỉ lệ rất cao (trên 87%). Đối với nhóm bệnh lý rách chóp xoay, nguy cơ rách chóp xoay tăng theo độ tuổi do thoái hóa, nên trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sự phân bố theo nhóm tuổi là phù hợp với hai tác giả trên [1],[3].

4.1.2. Giới

Nam chiếm 76,9% cao hơn nữ 23,1% ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với thực tế là giới nam cơ nguy cơ chấn thương cao hơn nữ và phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh (nam chiếm 80,95%) và của Chalidis và cs (nam 57%, nữ 42%, $p < 0,01$). [1],[3].

4.1.3. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc được phẫu thuật

Bệnh nhân cơ thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật dài nhất là 30 năm, bệnh nhân có thời gian ngắn nhất là 1 tháng. Nhóm 1 năm hầu hết là bệnh nhân thuộc bệnh lý rách chóp xoay, còn nhóm trên 3 năm là bệnh nhân thuộc nhóm mất vững. Trong kết quả của Nguyễn Trọng Anh, nhóm 1 năm chiếm tỉ lệ thấp hơn so với các nhóm khác, điều

này là phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian mất vững càng dài, số lần trật sẽ tăng và khả năng phục hồi sau phẫu thuật sẽ giảm. Có một số đề xuất phẫu thuật Bankart ngay sau lần trật đầu tiên đối với người trẻ hơn 20 tuổi, hoạt động thể thao nhiều. Tuy nhiên quan điểm chung là vẫn điều trị bảo tồn sau lần trật đầu tiên [6],[9],[16].

4.2. Các bệnh lý khớp vai được điều trị bằng PTNS

Trong 38 bệnh nhân có 4 bệnh nhân bị hội chứng bắt chẹn chiếm 7,7%, 23 bệnh nhân mất vững khớp vai chiếm 61,5%, và 11 bệnh nhân rách chóp xoay chiếm 30,8%. Trong các bệnh nhân mất vững khớp vai, 22/23 bệnh nhân là mất vững phía trước do tổn thương Bankart, một bệnh nhân tổn thương SLAP. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ trật khớp vai là 0,08/1000 người, trong khi đó tỉ lệ rách chóp xoay không triệu chứng ở người dưới 40 tuổi là 4%, ở người trên 60 tuổi là 54% và 50% số người bị rách chóp xoay không triệu chứng sẽ trở thành có triệu chứng trong vòng 3 năm.

4.3. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

4.3.1. Triệu chứng cơ năng

Đối với bệnh lý chóp xoay, 100% bệnh nhân đều có triệu chứng đau, đây là triệu chứng điển hình của hội chứng chóp xoay. Đối với 4 bệnh nhân có hội chứng bắt chẹn, 100% bệnh nhân đều có hạn chế vận động và hạn chế sinh hoạt. Đau, hạn chế vận động và hạn chế sinh hoạt là nguyên nhân chính để các bệnh nhân bị hội chứng bắt chẹn đến khám bác sĩ chẩn thương chỉnh hình. Đối với nhóm rách chóp xoay, 10/11 bệnh nhân (chiếm 90,9%) bị hạn chế vận động và hạn chế sinh hoạt.

4.3.2. Triệu chứng thực thể

100% bệnh nhân có nghiệm pháp Neer dương tính. Nghiệm pháp Jobe dương tính chiếm 93,3% các trường hợp rách chóp xoay phù hợp với tỉ lệ bệnh nhân bị rách gân cơ trên gai. Đối với nhóm mất vững, các nghiệm pháp đánh giá mất vững khớp vai đều có tỉ lệ dương tính cao, phù hợp với tỉ lệ cao của trật tái phát nhiều lần và phù hợp với cơ chế mất vững.

4.3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Hình ảnh MRI trong nhóm bệnh nhân tổn thương mất vững, chỉ có 7/23 bệnh nhân được ghi nhận tổn thương sụn viền. Theo nghiên cứu trên xác của Kreiter và cộng sự, độ nhạy của MRI khảo sát sụn viền chỉ 30% [1]. Đối với hội chứng bắt chẹn, 1/4 trường hợp MRI ghi nhận rách gân cơ trên gai, nhưng trong phẫu thuật chỉ ghi nhận được thoái hóa gân cơ trên gai. Đối với các trường hợp rách chóp xoay, tỉ lệ ghi nhận có tổn thương rách gân cơ trên gai chiếm 90,9. MRI là phương tiện chẩn đoán khá

chính xác trong rách chóp xoay và giúp cho phẫu thuật viên ra quyết định phẫu thuật [18]. Trong rách chóp xoay các nghiên cứu cho thấy MRI có độ nhạy đến 91% và độ đặc hiệu đến 97% đối với trường hợp rách toàn phần chóp xoay, đối với rách bán phần các tỉ lệ này thấp hơn nhiều [7].

4.4. Đánh giá trong phẫu thuật

4.4.1. Đánh giá các tổn thương trong nội soi

Trong 10 trường hợp rách gân cơ trên gai, có 1 trường hợp rách hình chữ L và một trường hợp rách hình chữ V, còn lại rách ngang hoàn toàn. Có 3 trường hợp tổn thương gân cơ nhị đầu, trong đó một trường hợp đứt hoàn toàn và 2 trường hợp đứt bán phần.

Đối với 4 trường hợp hội chứng bắt chẹn, trong phẫu thuật ghi nhận đều có viêm dày thoái hóa bao hoạt dịch khoang dưới mỏm cùng vai, không phát hiện tổn thương rách chóp xoay hoặc các tổn thương khác.

Với 23 trường hợp mất vững khớp vai, chiếm tỉ lệ cao nhất là rách sụn viền trước chiếm tỉ lệ 95,7%, Trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh, tỉ lệ rách sụn viền trước đơn thuần cũng chiếm 73,8%, tuy nhiên tổn thương Hill-Sachs chiếm tỉ lệ đến 40,47%, ngoài ra, Nguyễn Trọng Anh còn ghi nhận các tổn thương phối hợp khác như vỡ xương, mất sụn, giãn bao khớp... Với tỉ lệ các tổn thương phối hợp cao, khả năng phục hồi cơ năng sau phẫu thuật sẽ giảm xuống [1].

Với 11 trường hợp tổn thương rách chóp xoay, có 10 bệnh nhân (91,7%) ghi nhận rách gân cơ trên gai, trong đó có 3 trường hợp rách gân cơ nhị đầu phối hợp. 1/11 trường hợp (8,3%) rách đơn thuần gân cơ dưới gai. Trong rách chóp xoay, tổn thương thường gặp là rách gân cơ trên gai. Đây là vị trí thường gặp và thường được phát hiện trên lâm sàng rõ bằng nghiệm pháp Jobe. Nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh thì tổn thương phối hợp rách sụn viền SLAP là 21/199 bệnh nhân (10,6%), rách gân cơ nhị đầu là 15/199 bệnh nhân (12,6%).

Trong 10 trường hợp rách gân cơ trên gai, có 2 trường hợp rách hình chữ L, còn lại rách ngang hoàn toàn. Với các trường hợp rách gân cơ chóp xoay phức tạp, khả năng phục hồi thấp và bệnh nhân thường đau nhiều sau phẫu thuật.

4.4.2. Các kỹ thuật, phương tiện được sử dụng trong phẫu thuật

Với các trường hợp mất vững, bệnh nhân được xử lý các tổn thương ghi nhận được. Ngoài 1 trường hợp tổn thương SLAP được khâu lại, các trường hợp còn lại đều được khâu lại sụn viền trước. Có 1 trường hợp tổn thương sụn viền sau được khâu phối hợp bằng 1 vít neo phía sau, 3 trường hợp tổn

thương SLAP phối hợp được khâu lại, 4/22 (18,2 %) trường hợp được khâu bao khớp phối hợp, không có trường hợp nào cắt gân cơ nhị đầu. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh chỉ có 7,14% có khâu chằng bao khớp nhưng có 21,42% khâu lại khoảng gian chóp xoay. Trong 4 bệnh nhân bị hội chứng bắt chẹn đều được phẫu thuật bằng cách tạo hình khoang dưới móm cùng vai, không có bệnh nhân nào có cắt xương đòn phối hợp.

Đối với các trường hợp rách chóp xoay, có 2 trường hợp sử dụng kỹ thuật 2 hàng chiếm tỉ lệ (18,2%). Nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả khâu 2 hàng tốt hơn 1 hàng chỉ trong trường hợp tổn thương rách chóp xoay 30mm trở lên. Tuy nhiên nghiên cứu của Lauren Wessel và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt về kết quả giữa hai kỹ thuật này ngay cả với các tổn thương rách chóp xoay kích thước lớn [19]. Có 2/11 bệnh nhân được cắt gân cơ nhị đầu phối hợp. Nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh có tỉ lệ cắt gân cơ nhị đầu là (15,3%). Nghiên cứu thống kê của Vinesh Agarwalla và cs tại Trung tâm Y khoa Đại học Rush, Chicago Hoa Kỳ, từ năm 2010 đến 2015 cho thấy tỉ lệ xử lý đồng thời gân cơ nhị đầu tăng lên so với trước đó [5][8].

4.5. Tai biến trong phẫu thuật

Không có bệnh nhân nào có tai biến trong lúc phẫu thuật.

4.6. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Chỉ có một bệnh nhân rỉ dịch kéo dài 10 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật có thể gặp là nhiễm trùng, nếu gặp phải, đây một biến chứng gây phức tạp trong PTNS khớp vai. Tỉ lệ này là 0,07% nếu tuân thủ các điều kiện an toàn về phòng phẫu thuật, phẫu thuật và dụng cụ. Biến chứng hay gặp nữa là biến chứng thần kinh – mạch máu, biến chứng tê liệt hay tổn thương đứt thần kinh với tỉ lệ khoảng 1/2.000 ca. Thường xảy ra là triệu chứng tê sau phẫu thuật, đa số do thời gian phẫu thuật kéo dài hoặc đụng chạm thần kinh gần đó, hoặc tổn thương do phẫu thuật..., thường tự hồi phục sau 4-6 tháng [17]. Theo Stephen C. Weber tỉ lệ biến chứng chung sau PTNS khớp vai là 3,3% [17].

4.7. Đánh giá kết quả sau 6 tháng

4.7.1. Các biến chứng muộn

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng muộn. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh chỉ có 2/42 bệnh nhân (4,8%) bị tê cánh tay do kéo tạ.

4.7.2. Đánh giá đau sau phẫu thuật

Theo dõi sau 6 tháng, bệnh nhân chỉ còn đau nhẹ ở mức độ 3 trở xuống, thang điểm 0 chiếm tỉ lệ cao nhất là 18/32 bệnh nhân (56,25%), vẫn còn 5 bệnh nhân cảm thấy đau nhẹ thường xuyên. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh, có 2/42 bệnh

nhân được theo dõi sau 9 tháng vẫn còn đau nhẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 30,7% cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh ($p < 0,05$).

4.7.3. Đánh giá sự vững của khớp vai

Không có bệnh nhân nào ở nhóm mất vững bị trật lại. Không có bệnh nhân nào dương tính với các nghiệm pháp mất vững khớp vai. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân tâm lý e sợ không dám vận động vai quá mức vì sợ trật lại như trước khi chưa phẫu thuật. Nghiên cứu của Weeler cho thấy có đến 22% trật lại khớp sau PTNS điều trị mất vững và của Roberto Yukio Ikemoto là 6,5% [9],[11]. Nghiên cứu của Alexandre Almeida và cs, mất vững chiếm 7,6% và trật lại chiếm đến 15,3% [18]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh, có 1/42 bệnh nhân (2,3%) bị trật lại và 3/42 bệnh nhân (7,1%) có cảm giác sợ trật lại [1].

4.7.4. Đánh giá biên độ vận động

Có 19/32 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 59,4% có biên độ vận động đạt trên 90% so với bên đối diện. Trong nhóm bệnh nhân bị giới hạn vận động, hầu hết bệnh nhân không dám thực hiện biên độ vận động quá mức do e sợ trật lại khớp, một số bệnh nhân bị giới hạn rõ mất biên độ vận động và một số bệnh nhân giới hạn biên độ vận động do đau. Biên độ vận động và chức năng khớp vai sau phẫu thuật liên quan rất nhiều đến phục hồi chức năng. Quan điểm phục hồi chức năng hiện đại là phải tập phục hồi chức năng phối hợp cả 3 cơ quan đó là thần kinh, cơ bắp và khớp [14]. Nghiên cứu của Roberto Yukio Ikemoto và cs cho thấy 100% bệnh nhân có giới hạn vận động các hướng sau mổ ngoại trừ nâng tay và xoay ngoài ở tư thế cánh tay dạng 900 [11].

4.7.5. Đánh giá chức năng khớp vai

Tỉ lệ bệnh nhân trở lại sinh hoạt và vận động bình thường như trước khi chấn thương chiếm tỉ lệ cao nhất 39,5%, có một bệnh nhân (2,6%) bị hạn chế trong sinh hoạt hằng ngày. Kết quả của Nguyễn Trọng Anh là hầu hết bệnh nhân đều có thể trở lại công việc trước khi chấn thương.

4.7.6. Đánh giá kết quả bằng các thang điểm

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Anh, tỉ lệ tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 88% tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi ($p > 0,05$), tuy nhiên tỉ lệ rất tốt chiếm tỉ lệ cao hơn là 73,8% so với nhóm tốt là 14,2%. Nghiên cứu của Roberto Yukio Ikemoto theo thang điểm Rowe tốt và rất tốt chiếm 89,4%, theo thang điểm UCLA là tốt và rất tốt chiếm 97,4% [11]. Kết quả nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh, nhóm tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 93,06% trong đó hai nhóm tốt và rất tốt có tỉ lệ tương đương là cùng 46,53%. Kết quả nghiên cứu của Kevin D. Plancher đối với kết quả khâu chóp xoay bị rách cũng có kết

quả tương tự, tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 94% trong đó rất tốt chiếm 52%, tốt chiếm 42% [1],[13].

5. KẾT LUẬN

Các bệnh lý được PTNS khớp vai chủ yếu là mất vững khớp vai chiếm 61,5%, rách chóp xoay chiếm 30,8% và hội chứng bắt chẹn là 7,7%. Độ tuổi trung bình là 43,8, nam (76,9%) cao hơn nữ (23,1%).

Triệu chứng đau chiếm 100%, 100% và 30,4%, hạn chế vận động chiếm 100%, 90,9% và 24,8% tương ứng với hội chứng bắt chẹn, rách chóp xoay và mất vững. Nghiệm pháp e sợ, kéo đẩy, ngăn kéo dương tính chiếm tỉ lệ tương ứng là 86,9%, 91,3% và 91,3% đối với trường hợp mất vững. Nghiệm pháp

Jobe và Neer dương tính chiếm tỉ lệ tương ứng là 93,3 và 100% ở nhóm bệnh lý chóp xoay. MRI phát hiện 30,4% trường hợp tổn thương sụn viền ở nhóm mất vững và 100% trường hợp rách tổn thương chóp xoay ở nhóm bệnh lý chóp xoay.

Kết quả sau 6 tháng, bệnh nhân hoàn toàn không đau chiếm 65,3%. Không có bệnh nhân nào bị trật khớp lại. Biên độ vận động trên 80% so với bên đối diện chiếm tỉ lệ 81,3%. Chức năng khớp vai trở lại bình thường chiếm 39,5% và chỉ hạn chế vận động mạnh chiếm 36,8%. Kết quả tốt và rất tốt sau 6 tháng được đánh giá bằng thang điểm Rowe cho nhóm mất vững khớp vai là 85% và và UCLA cho nhóm bệnh lý chóp xoay là 91,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Anh (2007), *Điều trị mất vững trước khớp vai do tổn thương Bankart qua nội soi*, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Trọng Anh, Nguyễn Văn Thái, Hoàng Mạnh Cường (2008), "Ứng dụng nội soi khớp vai trong chẩn đoán và điều trị mất vững khớp vai", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, 303-309.
3. Tăng Hà Nam Anh (2014), *Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Lê Thế Trung (2002), "Lịch sử phát triển của ngoại khoa", *Bài giảng Bệnh học ngoại khoa sau đại học*, tập 1, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 13-19.
5. Agarwalla A., Cvetanovich G. T., Gowd A. K. et al (2019), "Epidemiological analysis of changes in clinical practice for full-thickness rotator cuff tears from 2010 to 2015", *The Orthopaedic Journal of Sports Medicine*.
6. Bedi A. and Richard K. N. R (2009), "The Treatment of Primary Anterior Shoulder Dislocation", *AAOS Instructional Course Lectures*, Volume 58, 293-304.
7. BMJ best practice (2018), Rotator cuff injury, BMJ publishing Group Ltd.
8. Field L. (2011), "Biceps Instability and Subscapularis Tear", *Masters Experience Shoulder Arthroscopy Course*, AANA, 239-247.
9. Galvin J., Ernat J., Waterman B. et al (2017), "The epidemiology and natural history of anterior shoulder instability", *Curr Rev Musculoskele Med*, Cross Mark, 411-424.
10. Hantes M. and Raoulis V. (2016), "Arthroscopic findings in Anterior shoulder instability", *The Open Orthopaedics Journal*, Cross Mark, 119-129.
11. Ikemoto B., Murachovsky J., Nascimento L. et al (2016), "Evaluation of surgery treatment of patients with shoulder instability", *Acta Ortop Bras*, 266-269.
12. Phillips B. (2013), "General principles of arthroscopy", *Campbell's operative orthopedics*, 12th edition, Elsevier, 2364-2375.
13. Plancher K. (2011), "Arthroscopic rotator cuff repair: Basic technique & making the transition", *Masters Experience Shoulder Arthroscopy Course*, AANA, 203-213.
14. Sciascia A. and Monaco M. (2016), "When is the patient truly "ready to return", a.k.a. Kinetic chain homeostasis", *Elite techniques in shoulder Arthroscopy*, Springer, 317-325.
15. Shoulder Arthroscopy <https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/shoulder-arthroscopy>, accessed 13/9/2019.
16. Srinivasan S. and Pandey R. (2017), "Current concepts in the Management of shoulder instability", *Indian Journal of Orthopaedics*, 524-528.
17. Weber S. (2011), "Shoulder arthroscopy: Complications and avoidance", *Masters Experience Shoulder Arthroscopy Course*, AANA, 123-129.
18. Westermann R., and Wolf B. (2016), "Indications for repair: Who really needs surgery", *Elite techniques in shoulder Arthroscopy*, Springer, 181-189.
19. Wessel L., Sykes J., Anari J. (2016), "Indications and techniques for Double-Row fixation", *Elite techniques in shoulder Arthroscopy*, Springer, 211-223.