

Thay lổ i dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

Bs Phạm Ngọc Kiên -

Mổ, thay lổ i dây chằng chéo trước (DCCT) giúp giảm chi phí từ 74,6/100.000 với tỷ lệ thành công lên đến 75 – 99% bệnh nhân. Tuy nhiên, tỷ lệ đột biến khớp cao hơn ở bệnh nhân dưới 20 tuổi.

1. Nguyên nhân thất bại:

Xác định được nguyên nhân thất bại là chìa khóa để đạt được thành công khi tái tạo lổ i DCCT. Nghiên cứu cho thấy nguyên nhân thất bại gồm: Đột biến DCCT (37%), chấn thương (32%), sai sót kỹ thuật (24%), các yếu tố sinh học gây đột biến khớp 7% bệnh nhân.

Thay lổ i DCCT nhằm làm vững khớp, đột biến vận động khớp giảm và chịu được tải trọng. Mổ khớp có kết quả tốt với ít biến chứng tái phát nếu mổ ghép. Tuy nhiên, vị trí lổ y mổ ghép cho phôi thuật thay lổ i phẫu thuật vào vị trí mổ ghép đã được số đo trong phôi thuật trước. Ghép cùng loại có thể nguy cơ phẫu thuật tái tạo lổ i cao hơn ở bệnh nhân trẻ và vận động nhiều.

Sai sót kỹ thuật là nguyên nhân dẫn đến đột biến khớp DCCT. Nguyên nhân thường gặp nhất là làm đúng hình học không đúng vị trí, đột biến liên tục để hình học không đúng hoặc lổ y vận động và chỉ bám chắc khớp không được nhồi mỡ. Mổ khớp không đúng vị trí, không sinh lý. Nguyên nhân thường gặp nhất của sai vị trí đột biến hình học là đột biến hình học lùi ra trước quá. Vị trí này dẫn đến giảm góc khớp do căng mổ ghép, khi góc khớp đột biến sinh lý bình thường có thể làm đột biến dây chằng, làm đột biến hình học lùi quá đáng dẫn đến số đo chuyển trục - sau bệnh nhân. Vì vậy, để vững chắc khớp khi xoay bệnh nhân. Đột biến hình học chày sai vị trí cũng ảnh hưởng đến mổ ghép. Đột biến hình học quá ra trước làm mổ ghép bám chắc vào gian lổ i của khi duỗi gối. Đột biến ra sau làm lổ y mổ ghép khi gối và chèn dây chằng chéo sau.

Các hình mổ ghép cũng rất quan trọng để duy trì vị trí và độ căng mổ ghép, đặc biệt là trong hai tuần đầu sau mổ, khi mổ ghép vào thời điểm yếu nhất. Mổ ghép xương – gân – xương có thể thất bại khi bám dính tiếp xúc xương – xương không đủ hoặc bám dính do vít chèn không đủ tác dụng. Thất bại của hình mổ ghép mô mềm xảy ra vì không đạt chính xác nút

Thay lồi dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

Bệnh nhân nên được cố định và vận dụng các hoạt động thích hợp có thể hoặc ngừng mong đợi và chờ đợi năng động chờ mong đợi của bệnh nhân là phù hợp với tiên lượng của cuộc mổ. Cùng, bác sĩ phải xác định nguyên nhân thật bệnh của bệnh nhân mổ trước để đưa ra lời khuyên cho cuộc mổ thành công.

Khám lâm sàng khớp gối đánh giá: tràn dịch khớp? nhiễm trùng? các đốm xương trước đó. Đánh giá sự thay đổi trục chi, các biến dạng Varus, Valgus, các thay đổi trong khoang sau ngoài và sau trong nên được kiểm tra chuyên sâu bằng các thủ thuật đặc hiệu. Tìm kiếm những thay đổi khớp cần được đánh giá và so sánh với bên lành và nên được đánh giá về thay đổi và nên được xác định các giới hạn của phạm vi tăng cường phạm vi chức năng trước mổ. Khám dây chằng bắt đầu bằng việc đánh giá ACL bằng test Lachman để đánh giá độ vững trước – sau và test Pivot shift để đánh giá mức độ xoay. Đánh giá dây chằng bên trong và dây chằng bên ngoài ở vị trí 00 và góc 300. Đánh giá PCL bằng test ngăn kéo sau, test Dial cũng có thể được sử dụng để đánh giá các thay đổi trong sau-ngoài. KT-1000 cũng có thể được sử dụng để đánh giá chính xác hơn sự dịch chuyển mâm chày ra trước, sự khác biệt trên 3mm so với bên lành là có ý nghĩa chẩn đoán.

3. Hình ảnh hình ảnh:

Tất cả các bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng khớp gối tái phát cần phải khảo sát hình ảnh hình ảnh bằng Xquang khớp gối thẳng - nghiêng để đánh giá độ lệch trục, đầu gối Harner và cần sử dụng cho riêng độ lệch trục nên bắt chéo qua mặt khớp để tìm kiếm mâm chày trên phim thẳng và ở vị trí 1/3 trước trên phim nghiêng. Độ lệch trục đầu gối nên ở vị trí 1/4 sau của độ lệch trục Blumensaat. Độ lệch trục chính xác sẽ không cần thiết phải làm lại, độ lệch trục ở vị trí không chính xác cần phải làm lại để độ lệch trục mới qua xương tự nhiên hoặc cần phải sửa lại qua độ lệch trục cũ và đòi hỏi phải ghép xương trước khi làm độ lệch trục mới.



Thay lổ i dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

Đường Blumensaat

Bệnh nhân cũng cần chụp phim X-quang khớp gối để đánh giá trước chi, các tổn thương tổn thoái hóa, góc nghiêng sau mâm chày theo phương pháp Laprade. MRI cũng có thể được sử dụng để đánh giá tình trạng mảnh ghép và các tổn thương tổn phần khớp bao gồm các tổn thương tổn sụn khớp, sụn chêm, các dây chằng khác. MRI cũng được dùng để đánh giá độ rộng của đường hầm. Tuy nhiên, trong các trường hợp nghi ngờ đường hầm quá rộng cần sử dụng thêm CT scan.

CT scan cho phép đánh giá chi tiết tình trạng xương, kích thước đường hầm, kích thước đường hầm chày, đầu nên được đo bằng CT trước mổ để có kế hoạch ghép xương khi mổ lổ i. Đường kính đường hầm nên được đo ở nơi rộng nhất, trên các mặt phẳng: trán, ngang và dọc. Đường kính đường hầm > 15mm được xem là rộng và cần được ghép xương trước khi tái tạo lổ i dây chằng mới.

4. Đánh giá trước mổ :

Khi đi ra khỏi phòng phẫu thuật lổ i DCCT cần xác định phẫu thuật 2 thì hay phẫu thuật 1 thì. Như đã nói ở trên, bệnh nhân với tình trạng biến dạng trước chi cần được chỉnh sửa để ngăn ngừa lổ i khớp tổn thương mảnh ghép mới lổ n n a.

Phẫu thuật chỉnh trục được có thể được làm cùng lúc với tái tạo lổ i dây chằng khớp cũng có thể được làm theo giai đoạn. Các xương chỉnh trục trước góc đóng trong trường hợp góc nghiêng sau mâm chày quá mức. Trong trường hợp biến dạng valgus thì cần xương chỉnh trục được trên xương chày. Đầu với bệnh nhân có biến dạng valgus thì có thể cần xương chỉnh trục ngoài đầu gối ở xương đùi (góc mở) hoặc chỉnh trục trong (góc đóng) để chỉnh trục. Các nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh nhân có thể trở lại hoạt động thể thao sau khi cần xương đùi chỉnh trục được thì với tái tạo lổ i dây chằng.

Khi quyết định tái tạo dây chằng 1 thì hay 2 thì, phẫu thuật viên nên đánh giá cần thận trọng mức độ tiêu xương đường hầm và sử dụng thiết bị ghép xương. Bệnh nhân có đường hầm thích khớp, không có tiêu xương quá mức (đường kính < 15mm) hoặc đường hầm trước đó nằm ngoài đường đi của đường hầm mới, có thể xem xét phẫu thuật 01 thì. Hơn nữa, cần xương chỉnh trục cùng lúc hay sửa chữa các bệnh lý sụn chêm, sụn khớp có thể được phẫu thuật như 1 phẫu thuật riêng lẻ. Phẫu thuật 2 thì nếu đường hầm bất tiêu xương > 15mm hoặc nếu vị trí đường

Thay lõi dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

họm trước đó làm ảnh hưởng đến vị trí của dây chằng họm mõi. Bệnh nhân cũng nên được phẫu thuật 2 thì nếu có giảm thể tích khớp, đặc biệt là khi mật độ $p > 200$, mật độ $i > 50$ hoặc có nhiễm trùng mãn tính, nhiễm trùng cấp. Điều chỉnh ROM bằng vật lý trị liệu trước khi phẫu thuật để đạt được giới hạn sinh lý trước khi phẫu thuật. Cần điều trị dứt điểm tình trạng nhiễm trùng trước khi thay lõi.

5. Điều trị ngoại khoa:

Vị trí và sắp xếp phòng mổ: Trước khi phẫu thuật, đánh giá kỹ lưỡng tình trạng phẫu thuật trước đó là bất biến để nắm rõ được vị trí liên hệ đã được sử dụng? đã được đưa vào nhổ thỏ nào? và chức năng riêng các động cơ để tháo bỏ vật liệu cũ là có sẵn.

Có thể đưa bệnh nhân tới thỏ nằm ngửa hoặc hemilithotomy. Thỏ nằm ngửa có thuận lợi là có thể lấy xương mào chỏu để ghép khi cần thiết. C-arm trong mổ cần được sử dụng để lấy vật liệu cũ và xác định vị trí dây chằng họm. Luôn luôn khám lõi thể tích khớp, các dây chằng trước khi trở lại sàng mổ.

* Đánh giá tình trạng qua nõi soi:

Trước khi lấy mảnh ghép, đánh giá qua nõi soi toàn bộ khớp gối để xác định lõi phẫu thuật 1 thì hay 2 thì sẽ được thể hiện dựa trên đường khớp và vị trí dây chằng họm. Chọn đoán nõi soi còn đánh giá các tổn thương khác trong khớp bao gồm: tổn thương sụn khớp, sụn chêm và "chốt" khớp. Sau khi cắt bỏ mảnh dây chằng trước đó và bóc lõi, tạo hình hình gian lõi chỏu thì thiêu trong trường hợp hỏ gian lõi chỏu quá phát triển, mặc dù đây là vấn đề còn đang tranh luận. Lấy bỏ vật liệu chỏ khi cần thiết nếu vật liệu làm cản trở việc tạo dây chằng họm mới. Dây chằng họm mới đòi hỏi có thành xương chung quanh, vì thế việc đánh giá bệnh nhân trước mổ có thể làm sáng tỏ số cần thiết của việc phẫu thuật tháo bỏ vật liệu hay không.

* Tạo hình lõi DCCT mới thì:

Nếu tiêu xương dây chằng họm $< 15\text{mm}$, dây chằng họm hoặc có vị trí thích hợp hoặc không cần trải qua trình làm dây chằng họm mới thì có thể tạo hình lõi DCCT mới thì. Sử dụng chéo của dây chằng họm

Thay lỏi dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

cũ và mới không phải là chằng chéo trước cũ mà là phần đầu của phần đầu 1 thì nhằng cũ có nhiều ưu điểm pháp định cũ để nhằng ghép mới thích hợp. Một số kỹ thuật để giảm quy trình sửa chữa chéo cũ để giảm hao mòn bao gồm lắp đặt dây chằng mới bằng xương ghép hoặc xương thay thế rời khoan lỏi ngay. Kỹ thuật làm dây chằng mới phân kỳ và khoan qua vít liệ u, tránh đặt các vít chèn vào nhau vì nguy cơ làm lỏi nhằng ghép. Nếu có bất cứ nghi vấn nào về vị trí cũ để nhằng mới chèn mới ghép nên quy trình để nhằng chuyển sang phần đầu 2 thì. Khi sửa chữa dây chằng cũ, phần đầu viên nên khoan riêng cho đến khi đặt được dây chằng kính mong muốn của mới ghép mới.



Tiêu chuẩn dây chằng mới

Thay lõi dây chằng chéo trước

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

* Phẫu thuật 2 thì:

Ưu điểm của phẫu thuật 2 thì là đóng các khuyết xương tạo ra vùng xương mới cho ổ xương hàm mới. Tất cả vết lồi u cũn phải lấy bỏ ra khỏi ổ xương hàm và vùng lân cận. Ổ xương hàm được khoan qua xương trước trong để làm sạch mô xơ và mảnh ghép cũ còn sót lại. Thụ xương thì các mũi khoan dùng để tái tạo DCCT không để lại để làm sạch ổ xương hàm. Trong thụ xương hàm này có thể dùng khoan nội thịy hoặc dụng cụ thay khớp háng toàn phần. Số dụng khoan có ổ xương kính lõi cũn để cắt bớt phần thụ xương để bỏ vào lõi cũu trong xương đùi, luôn sử dụng cái chèn hay dụng cụ bỏ vào khác để ngăn ngừa phần thụ xương lõi cũu xương đùi.

Số dụng khoan mới qua ngã xương bên trong có thể hạn chế được phần thụ xương lõi cũu xương đùi.

Ghép xương ổ xương hàm có thể được thực hiện bằng nhiều phương pháp bao gồm ghép xương cùng loài (Loại hạt hoặc chốt), ghép xương tự thân hoặc xương thay thế. Tác giả thích ghép xương cùng loài loại chốt để hình trụ với nhiều ổ xương kính, chiều dài khác nhau có sẵn trên thị trường vì dễ sử dụng và dễ lắp đặt vào ổ xương hàm cũ. Phẫu thuật thì 2 được thực hiện sau 3 – 6 tháng. Đánh giá lâm sàng ghép bằng Xquang hoặc CT.



Thay lỏi dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34



Ghép xương đồng khớp

*** Lựa chọn mảnh ghép và phương pháp cấy ghép:**

Sử dụng mảnh ghép tự thân hay cùng loài vẫn còn nhiều tranh luận. Mặc dù hiệu quả của việc sử dụng mảnh ghép tự thân làm giảm nguy cơ thất bại và chi phí thì việc cấy ghép xương, mảnh ghép khác cho riêng sự khác biệt là nhỏ và không có ý nghĩa lâm sàng. Nói chung, tác giả thích ghép tự thân hơn, mảnh ghép nên có đường kính ít nhất là 8cm để giảm nguy cơ thất bại mảnh ghép.

Thay lổ i dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

Cơ đờnh mớ nh ghep khong vớ ng là nguyên nhân thớ t bớ i thớ ng gớ p nhớ t khi tái tồ o lổ i DCCT. Nổu khớ i xớ ng thích hớ p, cớ đờnh bớ ng vít chớ n cớ n đờ đờ c cân nhớ c. Cớ đờnh bớ ng dây treo cũng là 1 lổ a chớ n khác. Bớ t chớ p phớ ng pháp cớ đờnh trớ c đờ, viớ c sớ đờ ng cớ đờnh thêm ổ ngoài vớ xớ ng nên đờ đờ c sớ đờ ng nổu có bớ t cớ lo ngớ i nào vớ sớ nguyên vớ n cớ a cớ đờnh. Vài lổ a chớ n cho viớ c cớ đờnh bớ sung gớ m: khâu neo, staples, vít và vòng đờ m.

* Cớ đờnh bớ sung ngoài khớ p:

Phớ c hớ p trớ c ngoài khớ p gớ i có vai trò quan trớ ng trong viớ c làm vớ ng khi xoay khớ p gớ i có thớ bớ t n thớ ng ổ bớ nh nhân đờ t DCCT. Mớ t sớ nghiênn cớ u sinh cớ hớ c đã chớ ng minh rớ ng tái tồ DCCT đờn đờ c khong phớ c hớ i lổ i đờ ng hớ c bình thớ ng cớ a khớ p gớ i đờ đờ c khi có tồ n thớ ng DCCT và phớ c hớ p trớ c ngoài và hớ trớ phớ c hớ p trớ c ngoài bớ sung trong nhớ ng trớ ng hớ p này sớ làm giớ m mớ t vớ ng xoay trớ c ngoài khớ p gớ i.

Vi vớ y, tái tồ o phớ c hớ p trớ c ngoài hớ c ngoài khớ p (LET - Lateral Extra-articular Tenodesis hớ c phớ c hớ i dây chằng trớ c ngoài là cớ n thiớ t trong tái tồ DCCT lổ n đờ u, lổ n tái tồ o lổ i. Tuy nhiên, chớ đờnh chính xác cho viớ c hớ trớ phớ c hớ p trớ c ngoài vớ n còn đờng đờ đờ c nghiênn cớ u và bàn cãi. Gớ n đây, Getgood và cớ ng sớ đã khám hớ i cớ u các trớ ng hớ p làm thêm LET vớ i tái tồ DCCT kớ đờ u và thớ y rớ ng LET có thớ làm giớ m nguy cớ cớ a thớ t bớ i tái tồ DCCT ổ bớ nh nhân < 25 tuớ i, vớ n đờ ng nhiớ u, bớ nh nhân bớ lổ ng dây chằng trong tái tồ DCCT kớ đờ u khi sớ đờ ng mớ nh ghep hamstring.

Trong trớ ng hớ p thay lổ i, sớ hớ trớ này có thớ đờ đờ c cân nhớ c trong bớ t kớ kớ ch bớ n nào sau đây: Bớ nh nhân trớ, tình trớ ng thay lổ i nhiớ u lổ n, bớ nh nhân Pivot shift mớ c đờ nớ ng trớ c mớ, bớ nh nhân có đờ đờnh trớ lổ i các hớ t đờ ng thớ thao có nguy cớ cao, góc nghiênn chầy sau lổ n nhớ ng chớ a đờn mớ c phớ i đờ u chớ nh bớ ng cớ t xớ ng chớ nh trớ c và bớ nh nhân có mớ t vớ ng xoay dai đờ ng sau tái tồ DCCT. Kớ thuớ t ổ a thích cớ a tác giớ là kớ thuớ t chuyớ n gân cớ a Lemaire cớ i biên.

Thay dây chằng chéo trước

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:16 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 9 2021 11:34

