

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ LÔNG GỐI DO TRẬT KHỚP GỐI CŨ - TỔN THƯƠNG NHIỀU DÂY CHẰNG GỐI

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ- BV ngày 28/3/2014

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1 **Định nghĩa:** trật khớp gối cũ là trật khớp gối đã xảy ra trên 3 tuần, đã qua giai đoạn cấp tính, không còn các biến chứng cấp như tụ máu, tổn thương sụn khớp, tổn thương động mạch khoeo.

1.2 **Nguyên nhân:** chấn thương trật khớp gối tại việt nam chủ yếu là do chấn thương do tai nạn giao thông, kể đến là tai nạn lao động, ít gặp hơn là chấn thương thể thao. Gặp cả nam giới và nữ giới, mọi lứa tuổi.

- Theo một nghiên cứu tiền cứu trong 10 năm khảo sát trên 2265 bệnh nhân tổn thương gối, 11% là trật khớp gối. Trong đó 70, 5% tổn thương DCCT và DCBT, 11,9 % tổn thương DCCT và DCBN.
- Trật khớp gối cũ để lại di chứng mãn tính là lỏng gối do tổn thương nhiều dây chằng.
- Có 4 dây chằng chính giữ vững gối, đó là dây chằng chéo trước (DCCT), dây chằng chéo sau (DCCS) trong khớp, hai dây chằng ngoài khớp là dây chằng bên trong (DCBT) và dây chằng bên ngoài (DCBN).
- Tổn thương DCCT và DCCS làm gối lỏng lẻo hướng trước- sau và xoay, tổn thương DCBT và DCBN làm gối lỏng theo hướng trong- ngoài.
- Trật khớp gối thường gây tổn thương 3 dây chằng trở lên, làm gối mất vững nhiều hướng.
- Khác với điều trị trong giai đoạn cấp là xử trí cấp cứu: Nắn trật, cố định, theo dõi tổn thương mạch khoeo. Giai đoạn bán cấp và mãn tính phải điều trị lỏng gối do tổn thương dây chằng.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1 **Bệnh sử:** có tổn thương trật khớp gối trước đó, đã được xử trí nắn, cố định ở cơ sở y tế. Một số trường hợp trật gối không được điều trị y tế ban đầu, sau đó đến khám vì lỏng gối. Hiện đi lại khó khăn vì đau, lỏng gối, yếu gối.

2.2 Khám lâm sàng:

- Teo cơ đùi rõ.
- Khám gối lỏng lẻo độ III, lỏng cả hướng trước- sau, trong – ngoài và xoay.
- Nghiệm pháp ngăn kéo trước và ngăn kéo sau dương tính, nghiệm pháp Lachman dương tính, thường độ III.
- Tùy theo tổn thương kèm theo là DCBT hay DCBN mà nghiệm pháp bẻ gối vẹo ngoài (valgus) hay bẻ trong (varus) dương tính độ II- III.
- Đa số có lỏng lẻo góc sau ngoài, có thể đứt gân bánh chè kèm theo.
- Một số trường hợp tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài, biểu hiện bàn chân rớt, không duỗi chân về phái mu chân được và tê mu chân.
- Ít trường hợp vừa lỏng gối vừa hạn chế gấp hoặc mất duỗi do co rút, do bất động quá lâu.
- Một số trường hợp có loạn dưỡng chi, biểu hiện da mỏng, bóng, không còn lỗ chân lông, màu da sạm đen hoặc đỏ, hoặc tím, tái...

2.3 Chẩn đoán hình ảnh:

- X quang: Khó thấy hình ảnh trật khớp, do gối thường đã được nắn trước đó, có thể thấy các trường hợp bong rứt điểm bám dây chằng.
- MRI giúp xác định tổn thương chính xác bao nhiêu dây chằng, độ tổn thương (độ I, II, III), kiểu tổn thương (đứt dây chằng hay bong điểm bám), các tổn thương gặp sụn khớp, rách sụn chêm, đứt gân cơ, xơ dính kèm theo.
- Độ nhạy và độ chuyên biệt của MRI là trên 95%.
- Chỉ định MRI cho mọi trường hợp trật gối cũ có chỉ định can thiệp phẫu thuật.
- Trường hợp đã mổ can thiệp động mạch khoeo trước đó, cần làm siêu âm mạch máu để khảo sát sự tưới máu của chi.

2.4 **Chẩn đoán xác định:** Dựa trên các nghiệm pháp lâm sàng và kết quả MRI

2.5 **Chẩn đoán mức độ:** Tổn thương bao nhiêu dây chằng, mức độ tổn thương mỗi dây chằng, các tổn thương đi kèm...

3. ĐIỀU TRỊ

Các trường hợp trật gối cũ đều gây lỏng gối rất nặng và tổn thương nhiều dây chằng, nếu không điều trị thì chức năng gối giảm rất nhiều.

3.1 Mục tiêu: cải thiện độ mất vững gối để phục hồi lại chức năng vận động bình thường của khớp gối.

3.2 Chỉ định điều trị :

3.2.1. Điều trị bảo tồn:

Bệnh lớn tuổi, nhiều bệnh nội khoa nặng, nguy cơ cao trong gây mê gây tê, hoặc không có đủ sức khỏe để tập sau mổ.

- Bệnh có thêm các chấn thương khác không thể đi lại được, ví dụ liệt do chấn thương sọ não, mất tri giác...
- Bệnh không đủ tỉnh táo hoặc trí khôn để tập phục hồi sau mổ.
- Chi bị thiếu dưỡng quá nhiều, cứng gối do bất động lâu, hoặc chân có tình trạng nuôi dưỡng kém liên quan đến tổn thương mạch khoeo trước đó.
- Phương pháp là dùng nẹp vải thẳng (nẹp Zimmer) hoặc nẹp chức năng, cố định khi đi lại.
- Điều trị triệu chứng: Tập tầm độ khớp, mạnh cơ, phục hồi khả năng đi lại, vận động. Dùng thuốc chống viêm, giảm đau, nuôi dưỡng sụn khớp, chống loãng xương...

3.2.2. Điều trị phẫu thuật:

Các bệnh nhân trẻ tuổi, có nhu cầu vận động cao hoặc lao động sau mổ. Phương pháp điều trị là phẫu thuật tái tạo lại DCCT, DCCS hoặc khâu nối các dây chằng bên trong, hoặc dây chằng bên ngoài.

*** Điều trị cụ thể:**

Thời điểm phẫu thuật:

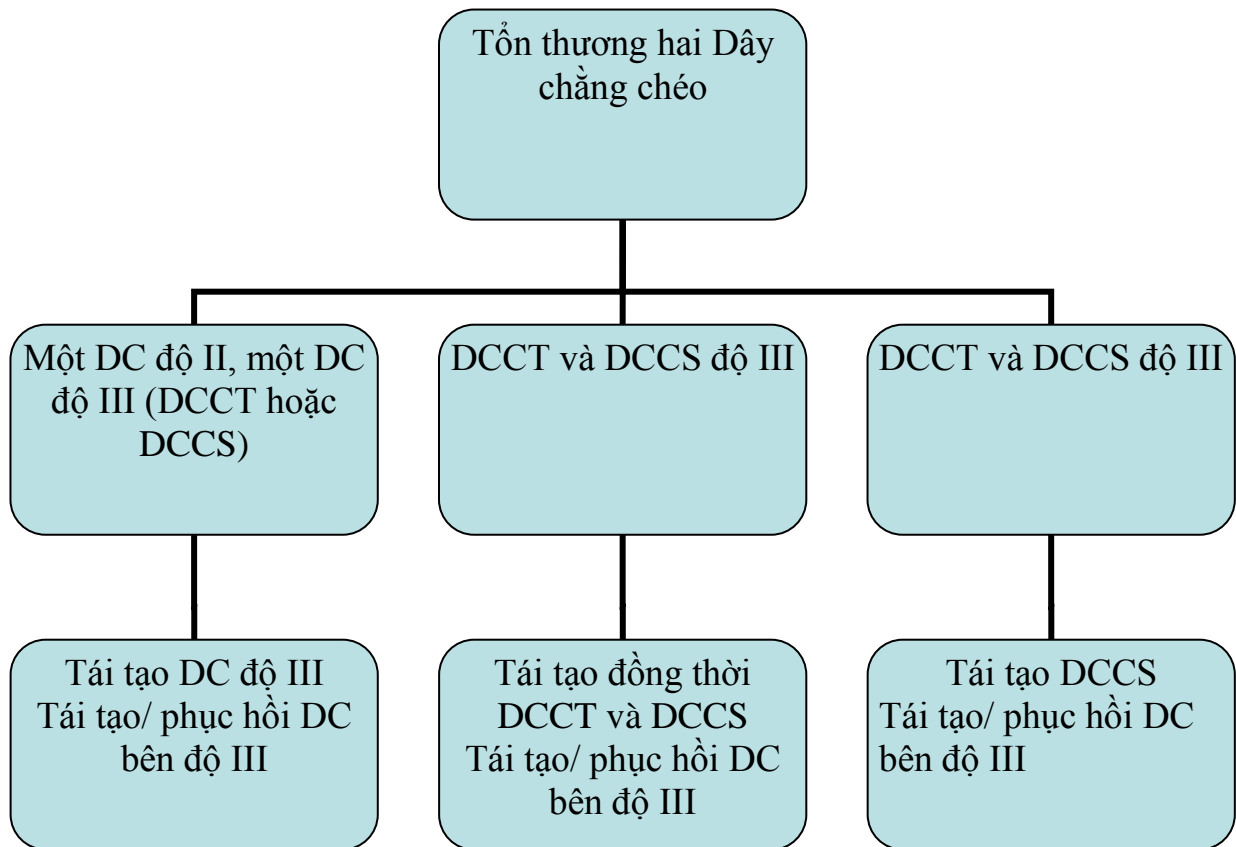
- Giai đoạn sớm 1-3 tuần: không nên mổ trong giai đoạn này, do gối sưng nề, chảy máu nhiều, mổ tăng thêm nguy cơ xơ dính, chèn ép khoang (do sử dụng nước bơm)...Giai đoạn này có những tổn thương động mạch khoeo tiềm ẩn chưa phát hiện nên mổ có thể tăng thêm nguy cơ biến chứng.
- Giai đoạn sau 3-4 tuần: là giai đoạn các tổn thương gối tương đối ổn định, do vậy đây là thời điểm mổ phù hợp để giải quyết những thương tổn của khớp gối.

Khâu phục hồi hay tái tạo dây chằng:

- DCCT và DCCS: Đa số rách ngay thân phải tái tạo bằng mảnh ghép gân chứ không khâu nối được. Trường hợp tổn thương là bong điểm bám dây chằng, khi đó dính lại điểm bám bằng chỉ nội soi hoặc vít kim loại.
- DCBT và DCBN: Nếu bong điểm bám ở phần mâm chày hoặc lồi cầu, có thể dính lại bằng vít kim loại. Các trường hợp đứt DCBT, DCBN, tổn thương góc sau ngoài, sau trong cũng có thể khâu nối lại nếu tổn thương sớm trước tuần thứ tư.

Phẫu thuật bao nhiêu dây chằng bị tổn thương: tùy mức độ tổn thương, tuổi, sức khỏe, nhu cầu vận động và làm việc sau mổ.

Lưu đồ điều trị:



- Trong trường hợp tổn thương độ III DCCT và DCCS, tái tạo đồng thời cả DCCT, DCCS và phục hồi dây chằng bên tổn thương độ III.
- Lựa chọn khác: tái tạo DCCS và dây chằng bên, DCCT sẽ tái tạo thì hai tùy thuộc vào mức phục hồi chức năng và nhu cầu sau này.

- Trường hợp tổn thương một dây chằng chéo độ III và một dây chằng chéo độ II (bán phần): ưu tiên tái tạo dây chằng tổn thương độ III và các dây chằng bên, bảo tồn dây chằng chéo tổn thương độ II.

4. Theo dõi, tái khám:

4.1 Theo dõi sau mổ:

- Hai tuần đầu tiên: lành vết mổ, biến chứng nhiễm trùng ngoại khoa, tràn dịch, chảy máu, đau... bằng lâm sàng và xét nghiệm.
- 4 tuần tiếp theo: Theo dõi biến chứng teo cơ, cứng khớp, xơ dính khớp bằng lâm sàng
- Sau 6 tuần trở đi: Theo dõi quá trình tập luyện, độ lỏng gối theo giai đoạn tập.

4.2 Chương trình tập VLTL sau mổ:

Chương trình tập VLTL sau mổ quyết định không nhỏ trong kết quả phục hồi chức năng khớp gối của bệnh nhân.

Tóm tắt:

- Cố định: bằng nẹp Zimmer, nẹp chức năng thời gian dài 10- 14 tuần sau mổ
- Đi chống hai nạng từ 2- 3 tháng.
- Tập co duỗi khớp tăng dần, trung bình đạt tầm độ bình thường sau 14-16 tuần
- Tập mạnh cơ chủ động ngay sau mổ.
- Tập các phản xạ tự thân, dáng đi sớm ngay tuần thứ 2-3.
- Trở lại tập phục hồi các chức năng vận động, sinh hoạt sau 16-18 tuần sau mổ.

5. Chương trình tập cụ thể sau tái tạo phức hợp DCCT và DCCS chia làm 6 giai đoạn, bao gồm:

GIAI ĐOẠN I : Hậu phẫu (Tuần 1 và 2)

Mục tiêu

- Bảo vệ mảnh ghép
- Giảm thiểu hậu quả của sự bất động
- Kiểm soát sưng- đau
- Gối duỗi hoàn toàn
- Tập tốt cơ tứ đầu

Nẹp bảo vệ:

- Mang liên tục, giữ nẹp thẳng khi đi, khi nâng đùi và khi ngủ

Chống chân chịu lực:

- Đi với hai nạng, chạm chân nhẹ

Các bài tập căn bản:

- Tập nâng chân 3 hướng trong nẹp: thẳng, dang, khép cho đến khi cơ đủ mạnh không bị tình trạng duỗi trễ căng chân (Extension lag)
- Gồng cơ tứ đầu (ép duỗi thẳng gối)
- Di động xương bánh chè
- Duỗi gối thẳng 0 độ
- Co gối tới 45 độ (có hỗ trợ)
- Gồng co duỗi cổ chân
- Chườm đá 5-6 lần ngày

GIAI ĐOẠN II : Bảo vệ mảnh ghép (Tuần 3-6)**Mục tiêu:**

- Kiểm soát các lực bên ngoài lên mảnh ghép
- Nuôi dưỡng sụn tránh thoái hóa khớp
- Kiểm soát sưng nề và xơ dính khớp
- Ngăn ngừa teo cơ đùi

Chống chân chịu lực:

- Tiếp tục đi nạng, mang nẹp.
- Chống chân chịu lực 50%
- Co gối đến 60 độ
- Tập thẳng bằng
- Tiếp tục chườm đá và kê chân cao
- Tập có kháng lực (tạ, dây thun...)

GIAI ĐOẠN III: Đi Lại Có Kiểm Soát (Tuần 7-9)**Mục tiêu:**

Sức cơ tứ đầu đạt 60%

Gối co từ 90 đến 115 độ

Test ngăn kéo 1+ hoặc ít hơn

Tiếp tục mang nẹp chức năng gập duỗi được

Các bài tập: tiếp tục các bài tập trên

Co gối thụ động từ 0 đến 130 độ

Bắt đầu bơi

Tập đứng thẳng bằng

GIAI ĐOẠN IV: *Nâng cường độ tập*(Tuần 10 – 14)

Mục tiêu:

Tập tối đa cơ tứ đầu và cơ đùi sau

Test ngăn kéo 2+ hoặc ít hơn

Không sưng, đau gối

Các bài tập:

Tập mạnh cơ tứ đầu tối đa (gối thẳng)

Tập cơ đùi sau (nằm móc tạ)

Tập mạnh cổ chân

Mang nẹp chức năng gắn vào cuối giai đoạn

GIAI ĐOẠN V: *Hoạt Động Nhẹ* (Tháng thứ 4-5)

Tiêu chuẩn:

Test ngăn kéo 2+ hoặc ít hơn

Không tràn dịch, không sưng gối

Không đau

Cơ tứ đầu đạt 70%

Mục tiêu:

Phát triển sức bền và sức chịu đựng cơ,

Chuẩn bị bắt đầu trở lại các hoạt động chức năng

Bài tập:

Tập mạnh cơ như giai đoạn 4

Bắt đầu tập nhảy tại chỗ

Bắt đầu chạy tại chỗ

Bắt đầu tập vài kỹ năng thể thao

GIAI ĐOẠN VI: *Trở Lại Hoạt Động Chức Năng* (Tháng thứ 5-6)

Tiêu chuẩn: Các test chức năng đạt trên 80%

Bài tập:

Tiếp tục các bài tập của giai đoạn 5

Tăng cường các kỹ năng thể thao

6. Tiên lượng

- Biến chứng: thường gặp nhất là lỏng gối trở lại một phần do một số mảnh ghép thất bại.
- Biến chứng tổn thương mạch khoeo có thể gặp, cần phải khâu vi phẫu mạch máu.
- Biến chứng liệt thần kinh hông khoeo ngoài do phẫu thuật cắt phạm, do garo quá lâu.
- Biến chứng nhiễm trùng. Xơ dính khớp hay xảy ra khi bất động sau mổ quá mức
- Mức độ phục hồi: 80-85% trường hợp tổn thương hai dây chằng, dưới 80% trường hợp tổn thương 3 dây chằng trở lên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fanelli GC, Edson CJ. Arthroscopically assisted combined anterior and posterior cruciate ligament reconstruction in the multiple ligament injured knee: 2- to 10-year follow-up. *Arthroscopy*. 2002;18:703–714. [[PubMed](#)]
2. Sisto DJ, Warren RF. Complete knee dislocation. A follow-up study of operative treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 1985;94–101. [[PubMed](#)]
3. Tzurbakis M, Diamantopoulos A, Xenakis T, et al. Surgical treatment of multiple knee ligament injuries in 44 patients: 2-8 years follow-up results. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2006; 14: 739– 749. [[PubMed](#)]
4. Kaeding CC, Pedroza AD, Parker RD, et al. Intra-articular findings in the reconstructed multiligament-injured knee. *Arthroscopy*. 2005;21:424–430. [[PubMed](#)]
5. Warme WJ, Feagin JA, Jr, King P, et al. Ski injury statistics, 1982 to 1993, Jackson Hole Ski Resort. *Am J Sports Med*. 1995;23:597–600. [[PubMed](#)]
6. Dedmond BT, Almekinders LC. Operative versus nonoperative treatment of knee dislocations: A meta-analysis. *Am J Knee Surg*. 2001;14:33–38. [[PubMed](#)]
7. S.Brent Brotzman, Kevin E. Wilk (2007). *Handbook of Orthopaedic Rehabilitation, 2007*

GIÁM ĐỐC TM.HĐ KHỐI NGOẠI ĐVĐT ĐIỀU PHỐI TRƯỞNG KHOA