ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP QUANH NGUYỆT BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỔ NẮN TÁI TẠO DÂY CHẰNG THUYỀN NGUYỆT

***Lê Ngọc Tuấn*[1], *Đỗ Phước Hùng*[2]**

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị trật khớp quanh nguyệt bằng phương pháp mổ nắn tái tạo dây chằng thuyền nguyệt.*

Đối tượng và phương pháp: *27 bệnh nhân trật khớp quanh nguyệt được điều trị nắn trật tái tạo dây chằng từ 2016 - 2019. Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật trung bình là 8,3 tuần (từ 4 đến 36 tuần). Chức năng lâm sàng được đánh giá bằng thang điểm Mayo.*

Kết quả: *27 bệnh nhân trật khớp quanh nguyệt được điều trị nắn trật tái tạo dây chằng, sau mổ, đa số bệnh nhân (20/27 bệnh nhân) hết đau, duỗi cổ tay đạt mức trung bình là 69,51^0, gấp cổ tay đạt mức trung bình là 63,5^0, Sức nắm bàn tay trung bình là 40,5 ± 3,9 kg bằng 88,8 % so với tay bình thường. Có 20 bệnh nhân có kết quả rất tốt, 5 bệnh nhân có kết quả tốt và 2 bệnh nhân có kết quả trung bình. Thời gian theo dõi trung bình là 14,7 tháng. Phẫu thuật bao gồm mổ nắn, tái tạo dây chằng thuyền nguyệt bằng phương pháp 3-LT. Điểm chức năng trung bình là 74,1.*

Kết luận: *Tái tạo dây chằng thuyền nguyệt bằng phương pháp ghép gân (3-LT) đã cho kết quả khả quan đối với trường hợp trật khớp quanh nguyệt cổ tay bán cấp và mạn tính. Kỹ thuật này giúp đa số bệnh nhân hết đau, với sức nắm bàn tay chấp nhận được và khoảng cách thuyền nguyệt bình thường.*

Từ khóa: *trật quanh nguyệt, tái tạo dây chằng thuyền nguyệt, phương pháp 3-LT*

ABSTRACT

EVALUATION RESULTS TREATMENT OF PERILUNATE DISLOCATION BY OPEN REDUCTION AND RECONSTRUCTION OF THE SCAPHOLUNATE LIGAMENT

Le Ngoc Tuan, Do Phuoc Hung

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 45 - 51

Objects: *The purpose of this study was to evaluate the results of 27 cases of chronic perilunate dislocations treated with ligament reconstruction (3-LT) that used the flexor carpi radialis tendon to reconstruction scapholunate ligament.*

Methods: *Between 2016 and 2019, 27 tenodesis procedures have been performed to perilunate dislocations. The time from injury to surgical treatment is 8.3 weeks (from 4 to 36 weeks). Clinical function was evaluated by the Mayo Clinical scoring system.*

Results: *After surgery, majority of patients (20 out of 27) had relief of pain. The average wrist motion was 69.51^0 extension, 63.5^0 flexion, mean grip strength was 40.5 ± 3.9kg. This was 88.8% of the normal side. There were 20 excellent, 5 good and 2 poor results. The average follow-up time was 14.7 months. Surgical procedures included open reduction, SLL reconstruction by 3-LT method. Average functional score is: 74.1 (very good).*

Conclusions: *Ligament reconstrution using tendon grafts (3-LT) gave satisfactory results to subacute and chronic perilunate dislocations of the wrist. This technique achieved a relatively pain-free wrist, with acceptable grip strenghth and normal SL distance.*

[1]Khoa Chi trên- Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

[2]Bộ môn Chấn thương Chỉnh hình – Trường ĐHYD TP. HCM

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Lê Ngọc Tuấn *ĐT*: 0912868577 *Email*: bstuanbvctch@gmail.com

Key words: *perilunate dislocation, SLL reconstruction, 3-LT: three ligament tenodesis*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật quanh nguyệt chiếm khoảng 10% trong tất cả các chấn thương cổ tay và thường bỏ sót chẩn đoán lên đến 25%. Trật khớp quanh nguyệt được phân loại theo thời gian chấn thương thành 3 nhóm[1], cấp tính được tính sau chấn thương 1 tuần, bán cấp được tính trong khoảng thời gian từ 1 đến 6 tuần, và mạn tính sau chấn thương 6 tuần[1]. Hầu hết các tác giả đều thống nhất điều trị trật khớp quanh nguyệt có đứt dây chằng thuyền nguyệt bằng phương pháp mổ nắn trật, khâu dây chằng thuyền nguyệt cho các trường hợp cấp và bán cấp (còn khả năng khâu) là điều kiện cần thiết để có kết quả điều trị tốt[2]. Tuy nhiên, với trường hợp mạn tính hoặc bán cấp (mà không còn khả năng khâu dây chằng) thì điều trị bằng phương pháp mổ nắn trật khó khăn và còn tranh cái[2]. Hàn xương cổ tay được đề nghị bởi Wagner CJ[3] và lấy bỏ hàng 1 xương cổ tay được đề nghị bởi Campbell RD[4]. Thời hạn mổ nắn được đề nghị là 6 tuần bởi MacAusland WR[5] và 2 tháng bởi Inoue G[6,7], trong khi Green DP, O' Brien ET[8] và Fisk GR[9] đề nghị mổ nắn nên được cố gắng bất kể thời gian trễ.

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị mổ nắn và tái tạo dây chằng theo phương pháp Garcia-Elias (3-LT) với những trường hợp trật quanh nguyệt mãn tính và bán cấp mà không còn khả năng khâu dây chằng.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Từ năm 12/2016 đến 12/2019, 27 bệnh nhân với chẩn đoán trật quanh nguyệt bán cấp và mãn tính được điều trị nắn trật tái tạo dây chằng theo phương pháp Garcia-Elias (3-LT) tại bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình. Bỏ sót chẩn đoán và chẩn đoán sai ở bệnh viện tuyến trước là nguyên nhân chủ yếu cho trật quanh nguyệt bán cấp và mãn tính, Thời gian từ lúc chấn thương tới điều trị phẫu thuật là 8,3 tuần (từ 4 tuần đến 36 tuần).

Phân loại chấn thương gồm có 06 Trường hợp bán cấp và 21 trường hợp mãn tính.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Trên 18 tuổi, không hư khớp cổ tay.

Trật khớp quanh nguyệt có đứt dây chằng thuyền nguyệt thể bán cấp (từ 1-6 tuần) mà không còn khả năng khâu nối.

Trật khớp quanh nguyệt có đứt dây chằng thuyền nguyệt thể mãn tinh (>6 tuần).

Tiêu chuẩn loại trừ

Trật quanh nguyệt kèm hoại tử xương thuyền hoặc hoại tử xương nguyệt.

Trật quanh nguyệt có tổn thương gãy xương thuyền kèm theo.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc.

Phương pháp thực hiện

Lập hồ sơ bệnh án cho mỗi bệnh nhân để thu thập số liệu.

Các biến số chính: mức độ đau (VAS), biến định lượng, được đo bằng thang đau 10 mức độ; sức nắm bàn tay: biến định lượng, đo bằng dụng cụ đo sức nắm bàn tay Jamar, lấy trung bình cộng của 3 lần đo; biên độ vận động cổ tay: biến định lượng, đo bằng thước đo góc.

Phương pháp phẫu thuật và phục hồi chức năng

Mổ nắn trật và tái tạo dây chằng thuyền nguyệt bằng phương pháp Garcia-Elias (3-LT) cho 27 trường hợp bán cấp và mãn tính. Trong trật quanh nguyệt mãn tính việc nắn chỉnh trật khớp không dễ, để tiện cho việc nắn nên làm theo từng bước như sau:

- Đường rạch da: dùng đường dọc mặt lưng cổ tay đi qua lồi củ Lister, dài khoảng 5- 6cm, bộc lộ mạc giữ gân duỗi.

- Xác định khoang gân duỗi số 3 chứa gân duỗi dài ngón cái (là gân bắt chéo qua hai gân duỗi cổ tay quay dài, ngắn). Cắt mạc dữ gân duỗi thành hai vạt để tiện khâu phục hồi lại.

- Bộc lộ bao khớp sau, cắt bao khớp sau hình chữ U để vào khớp cổ tay, chú ý không làm tổn thương sụn xương cả. Quan sát tình trạng mặt sụn của các xương cổ tay, hố thuyền, hố nguyệt của đầu dưới xương quay (màu sắc, độ bóng, độ nhẵn), quan sát tình trạng dây chằng thuyền nguyệt, bao khớp (lỏng lẻo hay co rút).

- Làm sạch mô xơ giữa các khe khớp trong cổ tay sau đó kéo dọc trục cổ tay bàn tay, dưới lực kéo dãn tiến hành nắn trật khớp giữa xương nguyệt và xương cả, sau đó nắn chỉnh khớp nguyệt tháp cố định nguyệt tháp bằng đinh kirschner.

- Rạch da trước cổ tay, bộc lộ gân gấp cổ tay quay, lấy 1/2 gân gấp cổ tay quay bên quay, dài khoảng 8 cm, bộc lộ lồi củ xương thuyền, khoan đường hầm dọc theo trục xương thuyền với mũi khoan rỗng 2,2 mm (dựa trên kết quả nghiên cứu cơ sinh học dây chằng thuyền nguyệt và mảnh ghép gân gấp cổ tay quay).

- Luồn gân ghép qua đường hầm từ trước ra sau.

- Làm mới gờ xương nguyệt (diện bám dây chằng thuyền nguyệt mặt lưng), đục lỗ giữa dây chằng quay tháp.

- Luồn mảnh ghép qua lỗ dây chằng quay tháp và quặt ngược lại.

- Đính mảnh ghép vào mặt sau xương nguyệt bằng chỉ neo hoặc mũi khâu xuyên xương.

- Cố định thuyền nguyệt bằng một đinh kirschner 1,5 mm.

- Đặt nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón cái.

Vật lý trị liệu: tập vật lý trị liệu sớm sau mổ, mang nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I từ 6- 8 tuần, sau đó bỏ nẹp, 12 tuần rút đinh và tập vận động cổ bàn tay có kháng lực.

Định nghĩa các biến số chính

Đánh giá mức độ đau theo VAS (visual analog scale).

Đo biên độ gập, duỗi, nghiêng trụ, nghiêng quay bằng thước đo góc.

Đo sức nắm bàn tay bằng thước đo Jamar (Jamar dynamometer).

Chụp X quang cổ tay.

Đánh giá chủ quan của bệnh nhân:

+ Khả năng phục hồi chức năng cổ tay (sau mổ) trong sinh hoạt hằng ngày.

+ Khả năng làm nặng so với trước chấn thương, so với trước mổ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân.

+ Trở lại với công việc trước chấn thương, thay đổi nghề, hoạt động thể thao.

+ Mức độ hài long của bệnh nhân.

Tổng hợp đánh giá theo thang điểm Mayo Clinic dựa trên các yếu tố: đau, tình trạng chức năng, biên độ gập duỗi cổ tay và sức nắm bàn tay *(Bảng 1)*.

Bệnh nhân trở lại công việc sau 12 tuần.

***Bảng 1**. Đánh giá theo thang điểm Mayo Clinic*

Rất tốt (≥ 90 điểm) Tốt (≥ 80 điểm)	Khá (≥ 65 điểm) Kém (< 65 điểm)
1. Đau 25 điểm: Không đau 20 điểm: Đau nhẹ 15 điểm: Đau vừa, chịu được 0 điểm: Đau nhiều, không chịu được	*2. Tình trạng chức năng* 25 điểm: Trở về với công việc trước đây 20 điểm: Làm việc hạn chế 15 điểm: Có thể lao động nhưng không có việc làm 0 điểm: Không thể làm việc do đau
3. Biên độ gập duỗi cổ tay 25 điểm: > 120^0 15 điểm: 90^0 - 120^0 10 điểm: 60^0-90^0 5 điểm: 30^0-60^0 0 điểm: < 30^0	*4. Sức nắm bàn tay* 25 điểm: 100% so với tay lành 15 điểm: 75-99% so với tay lành 10 điểm: 50-74% so với tay lành 5 điểm: 25-49% so với tay lành 0 điểm: 0-24% so với tay lành

Quản lý và phân tích số liệu

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại

học Y Dược TP. HCM số: 397/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 14 tháng 8 năm 2019.

KẾT QUẢ

Bảng 2. *Sức nắm bàn tay trước mổ và lần khám cuối (N = 27)*

	Sức nắm bàn tay trước mổ (kg)			Sức nắm bàn tay lần tái khám cuối cùng (kg)		
	Trị số	Độ lệch chuẩn	% so với tay lành	Trị số	Độ lệch chuẩn	% so với tay lành
Nam	6,15	4,32	11,82%	39,08	5,75	89,85%

Bảng 3*. Sức nắm bàn tay sau mổ (N = 27)*

	Sức nắm bàn tay bệnh (kg)	
	Trị số trung bình	Độ lệch chuẩn
Sau mổ 8 tuần	14,58	3,63
Sau mổ 12 tuần	27,95	5,24
Sau mổ 6 tháng	37,71	6,01
Lần khám cuối	39,08	5,75

Sức nắm bàn tay tăng dần theo thời gian hậu phẫu và sức nắm bàn tay bệnh sau mổ ở lần khám cuối tăng đáng kể so với sức nắm bàn tay bệnh trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001 <0,01, T-Test).

Bảng 4. *Mức độ đau (N = 27)*

		Mức độ đau	
		Trị số đau	Độ lệch chuẩn
Trước mổ	Trung bình	5,18	0,53
Sau mổ 2 tháng	Trung bình	3,85	0,28
Sau mổ 3 tháng	Trung bình	2,81	0,35
Sau mổ 6 tháng	Trung bình	1,12	0,36
Lần khám cuối	Trung bình	1,12	0,36

Mức độ đau giảm dần từ trước mổ cho đến lần khám cuối cùng và mức độ đau trước mổ và mức độ đau sau mổ ở lần khám cuối khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,001 <0,01, T-test).

Bảng 5. *Biên độ vận động cổ tay (N = 27)*

		Cổ tay lành		Cổ tay mổ bệnh	
		Trị số	Độ lệch chuẩn	Trị số	Độ lệch chuẩn
Trước mổ	Gập	88,37	2,33	23,86	21,72
	Duỗi	88,85	2,62	18,36	10,02
	Nghiêng quay	24,19	1,63	8,05	4,12
	Nghiêng trụ	33,46	1,65	9,37	6,07
Lần tái khám cuối	Gập	88,49	2,46	70,31	11,28
	Duỗi	89,17	2,59	73,24	10,85
	Nghiêng quay	24,44	1,58	21,36	2,05
	Nghiêng trụ	33,36	1,64	29,03	3,03

Biên độ gập duỗi cổ tay tăng theo thời gian sau mổ và biên độ gập duỗi trước mổ và sau mổ ở lần khám cuối cùng khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,001 <0,01, T-test).

Bảng 6. *Kết quả theo thang điểm Mayo (N = 27)*

Đánh giá kết quả chung	Số BN (%)
Rất tốt	20/27 (74,1%)
Tốt	05/27 (18,5%)
Khá	02/27 (07,4%)
Kém	00/27 (00,0%)

BÀN LUẬN

Bệnh nhân bao gồm 27 nam. tay phải 16 trường hợp, tay trái 11 trường hợp. Tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 61 tuổi (trung bình là 37,67 tuổi). Thời gian theo dõi trung bình là 14,7 tháng (từ 8 tháng đến 30 tháng). Kết quả lâm sàng được đánh giá theo thang điểm Mayo. Kết quả Xquang bao gồm chiều cao cổ tay, góc quay – nguyệt, góc thuyền- nguyệt, khoảng cách thuyền- nguyệt và tình trạng thoái hóa khớp cổ tay.

Có 20 trường hợp có kết quả rất tốt, 5 trường hợp có kết quả tốt, 2 trường hợp có kết quả khá. Tại thời điểm theo dõi sau cùng, kết quả sau phẫu thuật có điểm trung bình là 78,7 (tốt). 5 trường hợp có đau nhẹ, 2 trường hợp đau vừa và 20 trường hợp hết đau. Cung gập gập duỗi cổ tay trung bình là $133,01^0 \pm 11^0$. Sức nắm bàn tay trung bình là 40,5 ± 3,9 kg bằng 88,8% so với tay bình thường.

Tất cả 27 trường hợp trong lô nghiên cứu của chúng tôi đều được phục hồi hoàn toàn về mặt giải phẫu.

Các xương được nắn chỉnh về vị trí ban đầu, trục của các xương được nắn về vị trí giải phẫu bình thường, khoảng cách thuyền-nguyệt <3mm.

Dây chằng thuyền nguyệt mặt lưng được tái tạo dây chằng bằng 1/2 gân gấp cổ tay quay theo phương pháp 3-LT của Garcia-Elias M.

Tình trạng đau

Phẫu thuật đã làm giảm đau cổ tay đáng kể. Không có ca nào đau nhiều đến mức phải dùng thuốc giảm đau kéo dài. Tất cả bệnh nhân đều

ngưng thuốc sau mổ 8 tuần. Mức độ đau giảm dần theo thời gian hậu phẫu và được đánh giá theo thang điểm 10. Trước mổ mức độ đau là 5,18 điểm, sau mổ 2 tháng là 3,85 điểm, sau mổ 3 tháng là 2,81 điểm và sau mổ 6 tháng là 1,12 điểm. Kết quả vào lần tái khám cuối cùng: trong sinh hoạt thường ngày 23 ca (85,19%) không đau, 4 ca (14,81%) đau ít. Trong hoạt động nghề nghiệp 21 ca (77,78%) không đau, 6 ca (22,22%) đau ít, không có ca nào đau nhiều. Tóm lại kết quả giảm đau sau mổ khả quan. Tỉ lệ bệnh nhân không đau và đau ít là 85,19% (trong sinh hoạt thường ngày) và 77,78% (trong hoạt động nghề nghiệp). Đa số bệnh nhân đều nhận thấy cổ tay bớt đau dần sau mổ và hết đau sau 3-6 tháng.

Kết quả giảm đau sau mổ thay đổi tùy theo lô nghiên cứu, tùy thuộc vào các đặc điểm của dân số trong lô nghiên cứu, thang điểm đánh giá. Nhìn chung hầu hết các tác giả đều ghi nhận hơn 70% bệnh nhân không đau hoặc đau ít. Theo Talwalkar SC[10] 62% bệnh nhân đau ít hoặc không đau, Garcia-Elias M[11] báo cáo có 94,73% bệnh nhân hết đau, 5,27% đau trong hoạt động thường ngày.

Biên độ vận động cổ tay

Trước mổ mất hoàn toàn hoặc bị hạn chế nhiều do sưng và đau nhiều; sau mổ tầm vận động cổ tay tăng lên rõ rệt và không đau hoặc đau ít khi cử động. Như vậy phương pháp phẫu thuật nắn trật khớp và tái tạo dây chằng thuyền nguyệt đã cải thiện biên độ vận động cổ tay rất lớn. Tuy nhiên, Biên độ vận động cổ tay sau mổ còn tùy thuộc rất nhiều vào quá trình tập vật lý trị liệu của người bệnh.

Cung gập duỗi cổ tay trước mổ $42,22^0$ (23,89% so với bên lành). Cung gập duỗi cổ tay vào hậu phẫu tuần thứ 8 tăng nhẹ so với trước mổ ($58,24^0$) do sau mổ phải bất động cổ tay trong 6 tuần, từ tuần thứ 7 trở đi bệnh nhân mới được tập gập duỗi cổ tay. Sau đó cung gập duỗi tăng dần theo thời gian hậu phẫu; 4 tháng sau mổ cung gập duỗi đạt $89,91^0$ độ; 6 tháng đạt $133,01^0$ (74,71% so với bên lành). Sau đó cung gập duỗi gần như không tăng nữa nên chúng tôi lấy mốc 6 tháng là thời gian tái khám tối thiểu để đánh giá kết quả phẫu thuật.

Kết quả của lô nghiên cứu cũng tương tự như các tác giả khác. Cung gập duỗi trong lô $133,01^0$, đạt 74,71% so với bên lành, nghiêng quay $21,36^0$ đạt 87,39%, nghiêng trụ $29,03^0$ đạt 87,02% so với bên lành. Theo Moran SL[1] cung gập duỗi đạt 130^0, nghiêng quay đạt 20^0, nghiêng trụ đạt 32^0. Theo Garcia-Elias M[11] cung gập duỗi sau mổ đạt 103^0, nghiêng quay đạt 15^0, nghiêng trụ đạt 28^0.

Sức nắm bàn tay

Sau mổ: Sức nắm bàn tay tăng nhiều so với trước mổ, trung bình sức nắm bàn tay ở bệnh nhân nam là 39,62 kg lực, nữ là 34.33 Kg lực.

Trước mổ sức nắm bàn tay trung bình tay bệnh là 6,15 kg (11,82% so với tay lành). Sức nắm bàn tay bệnh sau mổ là 39,08 kg (89,85% so với tay lành). Trong lô nghên cứu của Kailu L sức nắm bàn tay đạt 35 kg đạt 90% so với bên tay lành[12]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương như các tác giả Bhavuk G[13] là 41kg đạt 88,0% so với tay lành và cao hơn so với báo cáo của Moran SL[1] sức nắm bàn tay trung bình sau mổ là 37kg đạt 85% so với tay lành, Garcia- Elias M báo cáo 38 trường hợp sức nắm bàn tay sau mổ phục hồi đạt 65% so với tay lành[11].

Nhận xét về sự phục hồi sức nắm bàn tay:

+ Sức nắm bàn tay phục hồi tăng dần theo thời gian sau mổ và đạt mức tối đa 6 tháng sau mổ.

+ Theo Van Den Abbeele KL[14], sức nắm bàn tay phục hồi 80% so với tay lành.

Xếp loại kết quả phẫu thuật theo thang điểm Mayo

Khi báo cáo kết quả phẫu thuật nắn trật, khâu phục hồi dây chằng hay tái tạo dây chằng thuyền nguyệt, hầu hết các tác giả đều ghi nhận các yếu tố: mức độ giảm đau sau mổ, số bệnh nhân hài lòng, trị số cung gập duỗi cổ tay sau mổ, sức nắm bàn tay và tỉ lệ bệnh nhân trở về

công việc trước đây[2,10,11,14,15]. Đa số tác giả chỉ sử dụng thang điểm Mayo, một số tác giả chỉ sử dụng thang điểm Cooney. Theo hai thang điểm này thì kết quả phẫu thuật được lượng giá thông qua các biến số: mức độ giảm đau, tình trạng chức năng, cung gập duỗi, sức nắm bàn tay, trở về công việc trước đây.

Để đánh giá kết quả phẫu thuật chúng tôi sử dụng thang điểm Mayo:

Theo thang điểm Mayo, có 20 ca rất tốt (74,1%), và 05 tốt (18,5%), khá có 02 ca, chiếm 7,4%.

Các nghiên cứu khác về phẫu thuật nắn trật, tái tạo dây chằng thuyền nguyệt với thời gian theo dõi lâu dài đều ghi nhận kết quả tốt Garcia-Elias M[11], Taleisnik J[15], Brunelli GA[2], Van Den Abbeele KL[14], Linscheid RL[16].

Biến chứng sau mổ

Biến chứng sớm

Các biến chứng sớm như nhiễm trùng, tụ máu, đau sẹo mổ, rối loạn dinh dưỡng không gặp trong lô nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự như các tác giả khác đều ghi nhận biến chứng phẫu thuật thấp và phẫu thuật nắn trật, tái tạo dây chằng thuyền nguyệt là một phẫu thuật an toàn[2,10,11,14,15].

Biến chứng muộn

Do thời gian theo dõi chưa đủ lâu, nên chưa phát hiện được tình trạng hoại tử xương bán nguyệt, thoái hóa khớp cổ tay trên Xquang.

Theo các lô nghiên cứu khác có thời gian theo dõi lâu dài thì tỷ lệ thoái hóa khớp không đáng kể. Garcia-Elias M[11] theo dõi trung bình 46 tháng (7-98 tháng) có 2 trường hợp thoái hóa khớp cổ tay, không có ca nào hoại tử xương bán nguyệt. Knoll VD[17] báo cáo 25 trường hợp có thời gian theo dõi trung bình là 44,3 tháng (từ 25 đến 79 tháng) không có ca nào thoái hóa khớp cũng như hoại tử xương thuyền, xương nguyệt. Moran SL[1] báo cáo 29 trường hợp có thời gian theo dõi trung bình là 38 tháng (24-84 tháng) có 2 trường hợp thoái hóa khớp cổ tay, không có trường hợp nào hoại tử xương thuyền, xương nguyệt.

KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật trật khớp quanh nguyệt cổ tay gồm nắn trật khớp, xuyên đinh cố định khớp, tái tạo dây chằng thuyền nguyệt bằng phương pháp 3-LT đã giúp phục hồi giải phẫu học vùng cổ tay, phục hồi lại chức năng cổ tay và bàn tay, đã đạt được kết quả cao với cổ tay không đau khi vận động, hết tê các ngón tay, biên độ vận động khớp cổ tay và sức nắm bàn tay, ngón tay cải thiện tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moran SL, Cooney WP (2006). Outcomes of Dorsal Capsulodesis and Tenodesis for Treatment of Scapholunate Instability. *J Hand Surg*, 31A:1438-1446.
2. Brunelli GA, Brunelli GR (1995). A new surgical techique for carpal instability with scapho-lunar dislocation". *Ann Chir Main Memb Super*, 14(4-5):207-13.
3. Wagner CJ (1956). Perilunate dislocations. *J Bone Joint Surg Am*, 38A(6):1198-1207.
4. Campbell RD Jr, Lance EM (1964). Lunate and Perilunate dislocations. *J Bone Joint Surg Br*, 46:55-72.
5. MacAusland WR (1944). Perilunate dislocation of the carpal bones and dislocation of the lunate bone. *Surg Gynecol Obste*, 79:256-259.
6. Inoue G, Shionoya K (1999). Late treatment of unreduced perilunate dislocation. *J Hand Joint Surg Br*, 24 (2): 221-225.
7. Inoue G, Imacda T (1997). Management of trans-scaphoid perilunate dislocations, Herbert screw fixation, ligamentous repair and early wrist mobilization. *Arch Orthop Trauma Surg*, 116(6-7):338-340.
8. Green DP, O' Brien ET (1978). Open reduction of carpal dislocations indications and operative techniques. *J Hand Surg Am*, 3(3):250-265.
9. Fisk GR (1984). The wrist. *J Bone Joint Surg Br*, 66(3):396-407.
10. Talwakar SC, Edwards AT, Hayton MJ (2006). Results of tri-ligament tenodesis: a modified Brunelli procedure in the management of scapholunatee instability. *J Hand Surg Br*, 31(1):110-117.
11. Garcia-Elias M, Stanley JK (2006). Three ligament tenodesis for treatment of scapholunate disslocation: indications and surgical technique. *J Hand Surg Am*, 31(1):125-34.
12. Kailu L, Zhou X, Fuguo H (2010). Chronic perilunate dislocation treated with open reduction and internal fixation: results of medium-term follow-up. *International Orthopaedics*, 34:1315-1320.
13. Bhavuk G (2013). Triple jeopardy: transscaphoid, transcapitate, transtriquetral, perilunate fracture dislocation. *J Orthopaed Traumatol*, 14:223-226.

14. Van den Abbeele KL, Loh YC, Stanley JK (1998). Early results of a modified Brunelli procedure for scapholunate instability. *J Hand Surg Br*, 23(2):258-61.
15. Taleisnik J (1985). Radiographic examination of the wrist, pp.79-104. *Churchill Livingstone*.
16. Linscheid R (1984). Scapholunate instabilities (dissociations, subdissociations, distraction). *Ann Chir Main*, 3:323–330.
17. Knoll VD, Allan C (2005). Trans-Scaphoid perilunate Fracture Dislocations: Results of Screw Fixation of the Scaphoid and Lunotriquetral Repair with a Dorsal Approach. *J Hand Surg*, 30A: 1145.e1-1145.e11.

Ngày nhận bài báo: *15/02/2021*
Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: *31/03/2021*
Ngày bài báo được đăng: *10/04/2021*