

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU CHÓP XOAY KHỚP VAI BẰNG KỸ THUẬT HAI HÀNG QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Minh Thắng^{1,2, ✉}, Nguyễn Mộc Sơn^{1,3}, Nguyễn Mạnh Khánh³, Ngô Văn Toàn³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi khớp. 31 người bệnh rách chóp xoay khớp vai được phẫu thuật khâu chóp xoay rách qua nội soi khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng, theo dõi, đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA với thời gian theo dõi trung bình 9,9 tháng (ngắn nhất 8 tháng, dài nhất 12 tháng). Điểm UCLA trung bình sau mổ cải thiện rõ rệt từ 12,4 lên 30,3. Chức năng khớp vai sau mổ: 32,3% rất tốt, 54,8 % tốt, 12,9% trung bình. Chức năng khớp vai sau mổ không bị ảnh hưởng bởi mức độ co rút gân, kích thước rách, hình thái rách chóp xoay, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thoái hóa mỡ độ III và nhóm thoái hóa mỡ độ 0, I, II. Phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả, áp dụng được cho các hình thái, kích thước rách và mức độ co rút gân chóp xoay khác nhau.

Từ khóa: rách chóp xoay, kỹ thuật hai hàng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là loại bệnh lý khớp vai hay gặp, trong đó, rách gân trên gai và dưới gai chiếm 10% đến 40% trên cộng đồng dân số trên 40 tuổi.¹ Gân dưới vai ít gặp hơn với tỉ lệ rách đơn thuần 4,9%.² Thương tổn rách chóp xoay làm người bệnh đau, hạn chế biên độ vận động khớp vai, làm yếu các cơ quanh khớp vai và gây ảnh hưởng rất nhiều đến các hoạt động thể lực cũng như sinh hoạt hàng ngày. Tổn thương rách chóp xoay do thoái hóa không thể tự lành được và tiến triển ngày càng rách rộng. Vì vậy, phẫu thuật khâu chóp xoay được nhiều tác giả quan tâm từ rất sớm, đồng thời kỹ thuật phẫu thuật cũng không ngừng cải tiến. Một trong những kỹ thuật khâu chóp xoay khớp vai qua nội soi được ứng dụng sớm nhất là kỹ

thuật khâu một hàng, tuy nhiên, kỹ thuật này cũng thể hiện những bất cập đáng kể trong việc phục hồi lại giải phẫu lại vị trí điểm bám, nhất là với những rách rộng.³ Phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng được Fealy và cộng sự áp dụng năm 2002 sử dụng chỉ neo qua đường mở nhỏ.⁴ Năm 2003, Lo và Burkhart⁵ đã phát triển kỹ thuật khâu chóp xoay khớp vai hai hàng qua nội soi, mở ra một bước tiến mới trong điều trị rách chóp xoay. Trong hơn 10 năm trở lại đây, kỹ thuật khâu chóp xoay khớp vai hai hàng qua nội soi được nhiều tác giả quan tâm, nghiên cứu. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị rách chóp xoay mới chỉ được quan tâm nhiều từ những năm 2000 trở lại đây nhưng báo cáo đánh giá riêng về kết quả của phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi còn ít. Với mong muốn tìm hiểu sâu hơn về kỹ thuật và hiệu quả của phẫu thuật, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật khâu

Tác giả liên hệ: Hoàng Minh Thắng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoangminhthang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 10/09/2021

Ngày được chấp nhận: 27/09/2021

gân chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Khám lâm sàng: người bệnh đau khớp vai và có một trong số các nghiệm pháp sau đây dương tính: nghiệm pháp Jobe, nghiệm pháp Patte, nghiệm pháp Gerber, nghiệm pháp ép bụng, nghiệm pháp cánh tay rơi.

- Chẩn đoán hình ảnh:

+ X quang có dấu hiệu xơ đặc xương vùng củ lớn xương cánh tay và mỏm cùng vai, chỏm xương cánh tay di lệch lên trên.

+ Hình ảnh cộng hưởng từ có rách toàn bộ bề dày gân chóp xoay.

- Thương tổn trên nội soi khớp vai: có hình ảnh rách toàn bộ bề dày gân chóp xoay và có chỉ định khâu chóp xoay rách qua nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có chống chỉ định phẫu thuật vì bệnh lý nội khoa

- Người bệnh có rách chóp xoay kèm theo trật khớp vai tái diễn cũng sẽ bị loại trừ ra khỏi nhóm nghiên cứu

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6 năm 2019 đến hết tháng 12 năm 2020 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 31 người bệnh được chẩn đoán rách chóp xoay khớp vai, được phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 6 năm 2019 đến hết tháng 12 năm 2019, đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu 6 tháng.

Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

tuổi, giới, tổn thương chóp xoay trên hình ảnh cộng hưởng từ (vị trí gân rách, mức độ co rút gân, mức độ thoái hóa mỡ, hình thái, kích thước gân rách, các tổn thương kèm theo: gân nhị đầu, sụn viền)

Kết quả chức năng khớp vai theo thang điểm của Đại học California, Los Angeles (University of California at Los Angeles Shoulder Score UCLA) gồm các biến số:

- Mức độ đau.

- Chức năng khớp vai.

- Tầm hoạt động của tay đưa ra trước chủ động.

- Sức cơ gấp tay ra trước.

- Sự hài lòng của người bệnh.

Phân loại chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA:⁶

- Từ 34 - 35 điểm: rất tốt

- Từ 28 - 33 điểm: tốt

- Từ 21 - 27 điểm: trung bình

- Từ 0 - 20 điểm: xấu

Quy trình nghiên cứu:

- Lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu trước mổ

- Phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi khớp vai theo các bước sau:

+ Tư thế: sử dụng tư thế nửa ngồi (Beach chair).

+ Tạo cổng vào khớp vai: cổng sau tiêu chuẩn, cổng bên, cổng trước trên, cổng sau bên.

+ Đánh giá và xử lý các tổn thương khớp ổ chảo cánh tay: viêm màng hoạt dịch, rách sụn viền, gân nhị đầu, đánh giá tổn thương chóp xoay (mặt khớp).

+ Vào khoang dưới mỏm cùng vai: cắt lọc hoạt dịch khoang dưới mỏm cùng vai, tạo hình mỏm cùng vai, giải phóng, di động chóp xoay; đánh giá hình thái, mức độ co rút gân chóp xoay, dự kiến các mũi khâu.

+ Làm sạch diện bám chóp xoay, chuẩn bị vị

trí đóng chỉ neo.

+ Đóng chỉ neo đôi hàng trong sát bờ sụn khớp chỏm xương cánh tay, khâu chóp xoay bằng các mũi chữ U. Cố định chỉ neo hàng ngoài bằng Swivelock.

+ Bơm rửa khớp

+ Đóng vết mổ.

– Sau mổ người bệnh được mang đai bảo vệ chóp xoay với cánh tay dạng 30 độ, đưa trước 30 độ và xoay trong 30 độ trong 2 – 6 tuần tùy theo kích thước vết rách.

– Người bệnh được khám lại sau mổ 4 tuần, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng và hướng dẫn tập phục hồi chức năng theo quy trình.

– Đánh giá chức năng khớp vai tại thời điểm khám lại cuối cùng tối thiểu 6 tháng khi người bệnh đã hoàn thành quy trình tập phục hồi chức năng.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống

kê y học dựa trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số phân loại được trình bày dưới dạng tỷ lệ. Các biến liên tục được mô tả dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%. Do cỡ mẫu nhỏ hơn 50 nên kiểm định Shapiro - Wilk được sử dụng để đánh giá biến số có phân bố chuẩn. So sánh 2 trung bình bằng T - test, so sánh nhiều trung bình bằng Oneway ANOVA test.

4. Đạo đức nghiên cứu

Người bệnh tham gia trong nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật về thông tin cá nhân, hiểu rõ mục đích của nghiên cứu cũng như những thăm khám và các xét nghiệm cận lâm sàng sẽ thực hiện trước mổ. Người bệnh sau khi được giải thích, tư vấn về mục tiêu nghiên cứu đến khám lại đều là tự nguyện và được thăm khám tại Bệnh viện Việt Đức đúng theo những điều được tư vấn trước khi đến khám.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu có 12 nữ, 19 nam. Tuổi trung bình 55,4, (lớn nhất là 78, nhỏ nhất là 37).
- Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 9,9 tháng, ngắn nhất 8 tháng, dài nhất 12 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương chóp xoay

	Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ co rút	Độ I	12	38,7
	Độ II	17	54,8
	Độ III	2	6,5
	Độ 0	1	3,2
Mức độ thoái hóa mỡ	Độ I	9	29,1
	Độ II	17	54,8
	Độ III	4	12,9
	Độ IV	0	0
Kích thước rách	Rách vừa (1 - 3cm)	18	58,1
	Rách lớn (3 - 5 cm)	12	38,7
	Rách rất lớn (> 5cm)	1	3,2

	Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình thái gân rách	Rách hình chữ C	17	54,8
	Rách hình chữ U	4	12,9
	Rách hình chữ L	9	29,0
	Rách rất lớn	1	3,2
Tổn thương kèm theo	Rách sụn viền	5	16,1
	Rách đầu dài gân cơ nhị đầu	4	12,9
	Trật gân nhị đầu	1	3,2
	Viêm màng hoạt dịch	12	38,7

2. Kết quả nội soi khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng

Bảng 2. So sánh điểm UCLA trước mổ và sau mổ

	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
UCLA trước mổ	12,4	1,32	0,0013
UCLA sau mổ	30,3	3,91	

Điểm UCLA sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0013$.

Bảng 3. Phân loại chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	10	32,2
Tốt	17	54,8
Trung bình	4	13
kém	0	0

Phân loại chức năng khớp vai sau mổ theo thang điểm UCLA: tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm tới 87,1%, không có trường hợp nào chức năng kém

Bảng 4. Ảnh hưởng của đặc điểm tổn thương chóp xoay tới điểm UCLA

Tổn thương chóp xoay	Số lượng	Điểm UCLA trung bình	P
Mức độ thoái hóa mỡ	Độ 0, I, II	30,4 ± 3,21	0,368
	Độ III	27,5 ± 3,56	
Mức độ co rút	Độ I	31,2 ± 3,35	0,379
	Độ II	30,8 ± 2,67	
	Độ III	24,5 ± 2,50	

Kích thước rách	Rách chóp xoay vừa	18	30,1 ± 4,51	0,616
	Rách chóp xoay lớn, rất lớn	13	27,4 ± 3,67	
Hình thái rách	Rách chóp xoay kiểu chữ C	17	31,8 ± 3,01	0,527
	Các kiểu rách khác	14	29,5 ± 3,56	
Tổn thương kèm theo	Tổn thương sụn viền	5	29,6 ± 2,79	0,28
	Không tổn thương sụn viền	26	31,5 ± 3,50	
	Tổn thương gân nhị đầu	5	29,6 ± 3,25	0,375
	Không tổn thương gân nhị đầu	26	30,5 ± 3,75	

Điểm UCLA trung bình của các nhóm tổn thương chóp xoay của nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Bảng thang điểm của Đại học California, Los Angeles (UCLA) bao gồm đau 10 điểm, chức năng khớp vai 10 điểm, tầm hoạt động tay đưa ra trước chủ động 5 điểm, sức cơ tay 5 điểm, và sự hài lòng của người bệnh sau khi phẫu thuật 5 điểm. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm UCLA trung bình tại thời điểm khám lại cuối cùng tối thiểu 8 tháng là 30,3. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng, điểm UCLA trung bình sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ, từ 12,4 lên 30,3 với $p = 0,0013$. Hiroyuki Sugaya⁷ đánh giá hiệu quả khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật 2 hàng cho thấy điểm UCLA cải thiện từ 14,5 lên 32,9 ($p < 0,01$), điểm JOA (Hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản) ($p < 0,01$) từ 65,8 lên 95,0 ($p < 0,01$), điểm ASES (Thang điểm của hội phẫu thuật viên vai và khuỷu Mỹ) từ 42,3 lên 94,3 ($p < 0,01$). Như vậy, phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai hai hàng mang lại hiệu quả điều trị cao với kết quả lâm sàng sau mổ cải thiện rõ rệt.

Phân loại chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA cho thấy: tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm tới 87,1 %, trung bình chiếm 12,9%, không có trường hợp nào chức năng kém. Denard, P. J và cộng sự nghiên cứu⁸ cứu 45 người bệnh khâu chóp xoay bằng kỹ thuật 2 hàng với thời gian theo dõi trung bình 99 tháng, tỷ lệ chức năng tốt và rất tốt là 90%. Nhiều tác giả đều đồng ý rằng: kỹ thuật khâu chóp xoay 2 hàng thực sự mang lại kết quả chức năng tốt, đặc biệt là đối với các rách chóp xoay vừa, lớn và rất lớn.⁹ Ngoài ra, tỷ lệ liền gân chóp xoay cao, tỷ lệ rách lại chóp xoay thấp.^{7,10} Khâu chóp xoay hai hàng có nhiều ưu điểm được các tác giả công nhận: phục hồi tốt diện bám gân về mặt giải phẫu dẫn tới tăng diện tiếp xúc gân và xương, tăng lực ép lên điểm bám gân làm giảm khoảng trống dưới diện bám chóp xoay, chịu được tải lực lớn.^{7,11}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh có mức độ thoái hóa mỡ dưới độ III, 27/31 trường hợp, chiếm tới 87,1%, trong đó, 1 người

bệnh không có tình trạng thoái hóa mỡ cơ chóp xoay và chỉ có 4 người bệnh thoái hóa mỡ độ III, không có trường hợp nào thoái hóa mỡ độ IV. So sánh điểm UCLA của nhóm thoái hóa mỡ độ III và dưới độ III cho thấy không có sự khác biệt. Số lượng người bệnh thoái hóa mỡ độ III chỉ có 4 trường hợp nên việc so sánh kết quả còn nhiều hạn chế. Ohzono, H và cộng sự¹² nghiên cứu ảnh hưởng của mức độ thoái hóa mỡ đến kết quả chức năng khớp vai sau mổ nội soi khâu chóp xoay cho thấy thoái hóa mỡ trên độ II là yếu tố tiên lượng xấu. Burkhart, S.S¹³ báo cáo kết quả phẫu thuật khâu rách chóp xoay lớp trên người bệnh thoái hóa mỡ độ III, IV cho thấy: chỉ có 2/5 trường hợp thoái hóa mỡ độ IV có cải thiện chức năng trên lâm sàng, ít hơn rất nhiều so với 17/17 (100%) trường hợp thoái hóa mỡ độ III có cải thiện. Burkhart¹⁴ cũng nhấn mạnh việc chỉ định khâu chóp xoay cho người bệnh thoái hóa mỡ độ IV cần hết sức cẩn trọng và người bệnh cần được giải thích kỹ về các yếu tố nguy cơ. Mặt khác, một vấn đề hết sức đáng để quan tâm đối với tình trạng thoái hóa mỡ cơ chóp xoay là: mức độ thoái hóa mỡ diễn biến như thế nào sau khi khâu chóp xoay thành công. Báo cáo của Deniz, G và cộng sự chỉ ra rằng mức độ thoái hóa mỡ không thay đổi so với trước phẫu thuật ngay cả khi phẫu thuật thành công ít nhất 2 năm. Tình trạng thoái hóa mỡ có thể tiếp tục diễn biến xấu đi, trong trường hợp tốt nhất, mức độ thoái hóa mỡ cũng chỉ đạt được như trước phẫu thuật. Chính vì những lý do nêu trên, chúng tôi không chủ trương khâu chóp xoay rách trên những trường hợp thoái hóa mỡ từ độ IV.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu người bệnh có co rút gân chóp xoay độ I, II chiếm tới 93,5%. Với mức độ co rút độ I, II khả năng giải phóng và di động chóp xoay phục hồi về diện bám gân rất thuận lợi. 2 trường hợp co rút gân chóp xoay độ III thì việc giải phóng,

di động chóp xoay thực sự khó khăn, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn đáng kể. Trong mổ, ngoài việc giải phóng rộng rãi tổ chức xơ dính khoang dưới móm cùng vai, chúng tôi phải giải phóng cả bao khớp dưới chóp xoay. Mặc dù vậy, cả 2 trường hợp này chúng tôi cũng chỉ phục hồi được 50% diện bám gân chóp xoay. Mặc dù, so sánh điểm UCLA trung bình của 3 nhóm co rút gân độ I, II, III cho kết quả không khác biệt nhưng cả 2 trường hợp co rút độ III trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt kết quả trung bình với điểm UCLA trung bình là 24,5. **Kyoung Hwan Koh và cộng sự¹⁵** nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng tới khả năng phục hồi diện bám chóp xoay cũng đưa ra kết luận việc phục hồi hoàn toàn và không hoàn toàn diện bám chóp xoay có kết quả lâm sàng không khác biệt sau thời gian theo dõi trung bình 36 tháng. Tuy nhiên, nhóm phục hồi không hoàn toàn diện bám chóp xoay có tỷ lệ rách lại chóp xoay cao hơn.

Xét riêng về khía cạnh cơ học trên thực nghiệm, kỹ thuật khâu chóp xoay hai hàng vượt trội hơn kỹ thuật một hàng về mặt phục hồi giải phẫu diện bám chóp xoay, lực tải cũng như lực ép giữa gân và xương. Bên cạnh đó, kỹ thuật khâu hai hàng được các tác giả chứng minh có tỷ lệ rách lại chóp xoay thấp hơn trên các nghiên cứu lâm sàng. Mặc dù vậy, nhiều thử nghiệm lâm sàng chỉ ra rằng kết quả chức năng khớp vai giữa hai kỹ thuật không có sự khác biệt. Tuy nhiên, đối với những rách chóp xoay rộng và rất rộng, một số nghiên cứu cho thấy kết quả chức năng khớp vai của kỹ thuật khâu hai hàng tốt hơn. Theo nghiên cứu của Park và cộng sự¹⁶, kết quả chức năng khớp vai của nhóm khâu hai hàng tốt hơn một hàng đối với những rách chóp xoay rộng và rất rộng sau thời gian theo dõi 2 năm, nhưng với rách chóp xoay vừa và nhỏ thì kết quả tương đương giữa 2 kỹ thuật. Denard và cộng sự⁸ báo cáo, phân loại chức năng khớp vai đánh giá theo thang điểm

UCLA cho kết quả tốt và rất tốt đạt 90% khi sử dụng kỹ thuật hai hàng so với 70,9% khi sử dụng kỹ thuật một hàng đối với rách chóp xoay rất lớn. Chúng tôi không chủ trương ứng dụng kỹ thuật khâu chóp xoay hai hàng đối với rách chóp xoay nhỏ. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào rách chóp xoay nhỏ. Nhóm nghiên cứu có 18/31 trường hợp rách vừa, 13/31 trường hợp rách lớn và rất lớn. So sánh điểm UCLA giữa hai nhóm này cho thấy điểm UCLA trung bình của nhóm rách lớn và rất lớn có thấp hơn nhóm rách vừa nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Phân loại hình thái rách giúp phẫu thuật viên định hình được cách thức khâu chóp xoay. Trong đó, rách kiểu chữ C được coi là loại rách đơn giản. Đối với các rách chóp xoay kiểu chữ L, U, phẫu thuật viên thường sử dụng các mũi khâu khép bên các mép đường rách để đưa về hình thái rách kiểu chữ C trước khi khâu phục hồi lại điểm bám. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rách kiểu chữ C có 17/31 trường hợp, còn lại là các kiểu rách khác. So sánh điểm UCLA trung bình của 2 nhóm này cho thấy không có sự khác biệt. Điều đó chứng tỏ chức năng khớp vai trên lâm sàng sau mổ không phụ thuộc kiểu rách mặc dù với các kiểu rách chữ L hay chữ U thì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn rách đơn giản.

Các thương tổn kèm theo rách chóp xoay thường là rách đầu dài gân nhị đầu phần nằm trong khớp, rách sụn viền. Rách sụn viền được cho là yếu tố nguy cơ gây cứng khớp vai sau mổ khi tiến hành khâu chóp xoay và khâu sụn viền trên cùng lúc, rách đầu dài gân nhị đầu cũng là nguyên nhân gây đau khớp vai. Do vậy, nếu rách chóp xoay có kèm theo các thương tổn này có thể làm cho chức năng khớp vai sau mổ kém đi. Nghiên cứu của chúng tôi có 5/31 trường hợp rách sụn viền kèm theo, đều là tổn thương thoái hóa rách bờ tự do và được cắt

lọc đơn thuần. Điểm UCLA trung bình sau mổ không khác biệt giữa nhóm người bệnh này với nhóm không có tổn thương sụn viền. Kết quả này có thể do tổn thương sụn viền trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều là mức độ nhẹ, xử lý rất đơn giản qua nội soi khớp. Đây cũng là một ưu điểm vượt trội của kỹ thuật khâu chóp xoay qua nội soi so với mổ mở. Tổn thương gân nhị đầu có quan hệ mật thiết với rách chóp xoay. Nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm đưa ra cách thức xử lý tối ưu tổn thương này. Các tác giả đều thống nhất rằng với tổn thương rách gân nhị đầu dưới 25% nên điều trị bảo tồn hoặc cắt lọc. Rách gân nhị đầu trên 30%, trật hoặc bán trật gân nhị đầu thì có chỉ định cắt đầu dài gân nhị đầu hoặc chuyển điểm bám gân vào chỏm xương cánh tay. Cắt đầu dài gân nhị đầu đơn thuần được cho là có nhiều ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn, chi phí phẫu thuật thấp, đơn giản, an toàn. Tuy vậy, phẫu thuật này cũng tồn tại một vài nhược điểm: mất thẩm mỹ do cơ nhị đầu co rút tạo thành dấu hiệu “Popeye”, nguy cơ gập khuỷu và ngứa cẳng tay yếu. Phẫu thuật chuyển điểm bám gân nhị đầu hạn chế được những nhược điểm này nhưng bằng chứng thể hiện hiệu quả này chưa đủ mạnh nên cần tiếp tục nghiên cứu. Jing - Hua Fang và cộng sự¹⁷ so sánh kết quả cắt gân nhị đầu và chuyển điểm bám gân nhị đầu qua đường mổ nhỏ ở người bệnh rách chóp xoay với thời gian theo dõi 1 năm đưa ra kết luận: cả 2 kỹ thuật đều hiệu quả và không có sự khác biệt trên lâm sàng đánh giá bằng thang điểm VAS, Constant, ASES và DASH (thang điểm đánh giá sự khiếm khuyết vai, cẳng tay, bàn tay). Hyo - Jin Lee và cộng sự¹⁸ nghiên cứu 128 trường hợp rách chóp xoay khớp vai kèm tổn thương gân cơ nhị đầu, chia làm 2 nhóm (56 trường hợp cắt đầu dài gân nhị đầu đơn thuần, 72 trường hợp chuyển điểm bám gân nhị đầu) cho thấy: chức năng khớp vai cả 2 nhóm tương đương nhau

khi đánh giá bằng thang điểm ASES. Dấu hiệu “Popeye” ở nhóm cắt gân nhị đầu đơn thuần cao hơn 3 lần so với nhóm chuyển điểm bám gân nhị đầu nhưng sức mạnh gấp khuỷu và ngừa cẳng tay khác biệt không đáng kể. Do đó, các tác giả cho rằng việc cắt gân nhị đầu đơn thuần hay chuyển điểm bám gân nhị đầu cần căn cứ vào nhu cầu hoạt động thể lực, kỳ vọng về kết quả sau phẫu thuật của người bệnh cũng như chất lượng gân nhị đầu. Nếu người bệnh không quá cao tuổi, nhu cầu hoạt động thể lực cao, quan tâm nhiều đến yếu tố thẩm mỹ, được phân tích và hiểu được lợi ích cũng như nguy cơ của cả 2 kỹ thuật thì nên chỉ định chuyển điểm bám gân nhị đầu. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 4 người bệnh đều rách gân nhị đầu trên 50% được cắt đầu dài gân nhị đầu, 1 người bệnh trật gân nhị đầu được chuyển điểm bám gân nhị đầu. So sánh điểm UCLA trung bình sau mổ của nhóm có tổn thương gân nhị đầu được xử lý và nhóm không tổn thương gân nhị đầu cho kết quả chức năng không khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi mang lại kết quả điều trị khả quan, áp dụng được cho các hình thái, kích thước rách và mức độ co rút gân chóp xoay khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coudane H, Goutallier D. Pathologie de la coiffe des rotateurs. In: *Traité d'Appareil Locomoteur*. Elsevier. ; 1997.
2. Lafosse L, Jost B, Reiland Y, Audebert S, Toussaint B, Gobezie R. Structural integrity and clinical outcomes after arthroscopic repair of isolated subscapularis tears. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89(6):1184 - 1193. doi:10.2106/JBJS.F.00007
3. Galatz LM, Ball CM, Teefey SA, Middleton WD, Yamaguchi K. The outcome and repair integrity of completely arthroscopically

repaired large and massive rotator cuff tears. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86(2):219 - 224. doi:10.2106/00004623 - 200402000 - 00002

4. Fealy S, Kingham TP, Altchek DW. Mini - open rotator cuff repair using a two - row fixation technique: outcomes analysis in patients with small, moderate, and large rotator cuff tears. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2002;18(6):665 - 670. doi:10.1053/jars.2002.32589

5. Lo IKY, Burkhart SS. Double - row arthroscopic rotator cuff repair: re - establishing the footprint of the rotator cuff. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2003;19(9):1035 - 1042. doi:10.1016/j.arthro.2003.09.036

6. Kirkley A, Griffin S, Dainty K. Scoring Systems for the Functional Assessment of the Shoulder. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2004;19:1109 - 1120. doi:10.1016/j.arthro.2003.10.030

7. Sugaya H, Maeda K, Matsuki K, Moriishi J. Repair integrity and functional outcome after arthroscopic double - row rotator cuff repair. A prospective outcome study. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89(5):953 - 960. doi:10.2106/JBJS.F.00512

8. Denard PJ, Jiwani AZ, Lädermann A, Burkhart SS. Long - term outcome of arthroscopic massive rotator cuff repair: the importance of double - row fixation. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2012;28(7):909 - 915. doi:10.1016/j.arthro.2011.12.007

9. Millett PJ, Warth RJ, Dornan GJ, Lee JT, Spiegl UJ. Clinical and structural outcomes after arthroscopic single - row versus double - row rotator cuff repair: a systematic review and meta - analysis of level I randomized clinical trials. *J Shoulder Elbow Surg*. 2014;23(4):586 - 597. doi:10.1016/j.jse.2013.10.006

10. Zwolak P, Meyer P, Molnar L, Kröber M.

The functional outcome of arthroscopic rotator cuff repair with double - row knotless vs knot - tying anchors. *Arch Orthop Trauma Surg*. Published online August 25, 2020. doi:10.1007/s00402 - 020 - 03584 - 3

11. Abdelshahed M, Mahure SA, Kaplan DJ, et al. Arthroscopic Rotator Cuff Repair: Double - Row Transosseous Equivalent Suture Bridge Technique. *Arthrosc Tech*. 2016;5(6):e1297 - e1304. doi:10.1016/j.eats.2016.07.022

12. Ohzono H, Gotoh M, Nakamura H, et al. Effect of Preoperative Fatty Degeneration of the Rotator Cuff Muscles on the Clinical Outcome of Patients With Intact Tendons After Arthroscopic Rotator Cuff Repair of Large/Massive Cuff Tears. *Am J Sports Med*. 2017;45(13):2975 - 2981. doi:10.1177/0363546517724432

13. Burkhart SS, Barth JRH, Richards DP, Zlatkin MB, Larsen M. Arthroscopic repair of massive rotator cuff tears with stage 3 and 4 fatty degeneration. *Arthrosc J Arthrosc Relat Surg Off Publ Arthrosc Assoc N Am Int Arthrosc Assoc*. 2007;23(4):347 - 354. doi:10.1016/j.arthro.2006.12.012

14. Burkhart SS, Koo S. Large to massive rotator cuff tears. In: *AANA Advanced Arthroscopy: The Shoulder*. Saunders Elsevier;

2010:208 - 221.

15. Koh KH, Lim TK, Park YE, Lee SW, Park WH, Yoo JC. Preoperative factors affecting footprint coverage in rotator cuff repair. *Am J Sports Med*. 2014;42(4):869-876. doi:10.1177/0363546513518581

16. Park J - Y, Lhee S - H, Choi J - H, Park H - K, Yu J - W, Seo J - B. Comparison of the clinical outcomes of single - and double - row repairs in rotator cuff tears. *Am J Sports Med*. 2008;36(7):1310 - 1316. doi:10.1177/0363546508315039

17. Fang J - H, Dai X - S, Yu X - N, et al. Lesions of the Long Head of the Biceps Tendon Concomitant with Rotator Cuff Tears: Tenotomy or Subpectoral Mini - open Tenodesis? A Comparative Short to Mid - term Follow - up Study. *Orthop Surg*. 2019;11(5):857 - 863. doi:10.1111/os.12536

18. Lee H - J, Jeong J - Y, Kim C - K, Kim Y - S. Surgical treatment of lesions of the long head of the biceps brachii tendon with rotator cuff tear: a prospective randomized clinical trial comparing the clinical results of tenotomy and tenodesis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2016;25(7):1107 - 1114. doi:10.1016/j.jse.2016.02.006

Summary

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC DOUBLE-ROW ROTATOR CUFF REPAIR AT VIET DUC HOSPITAL

The purpose of this study was to evaluate the clinical outcomes of arthroscopic double-row rotator cuff repair. 31 patients with full-thickness rotator cuff tears had been repaired arthroscopically by the double-row technique. We evaluated the clinical status before and after surgery. The average follow-up was 9.9 months (8-12 months). The evaluation was done by using the University of California Los Angeles (UCLA) rating scale. The mean UCLA score increased from the preoperative 12.4 to 30.3, 32.3% of the patients showed excellent results, 54.8% good results, 12.9% fair results, no poor results. In our study, there were no statistically significant relations of outcome with side of the tear, size of tear, cuff tear retraction, fatty degeneration of cuff muscles. In conclusion, arthroscopic double-row rotator cuff repair is an effective treatment, applicable to different tear morphology, size and degree of rotator cuff contracture.

Keywords: rotator cuff tear, double-row technique