

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XƠ HÓA CƠ THĂNG ĐÙI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRUNG ƯƠNG

Hà Tân Thắng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Xơ hóa cơ thăng đùi là tình trạng cơ bị xơ hóa làm mất tính chun giãn của cơ thăng đùi, gây hạn chế tầm vận động của khớp gối. Trên lâm sàng bệnh nhân có dáng đi đùi giang, xoay ngoài quá mức và trong sinh hoạt, lao động sẽ gặp nhiều khó khăn. Hiện tượng xơ hóa cơ có thể do nhiều nguyên nhân như: Do chấn thương hoặc do tiêm thuốc, nhất là tiêm kháng sinh vào vùng cơ đùi dẫn đến mất tính chất đàn hồi của cơ.

Bệnh lý xơ hóa cơ sau tiêm gặp ở một số nước trên Thế giới và Việt Nam, những quốc gia mà trẻ em vẫn bị tiêm nhiều lần trong cơ đùi. Bệnh lý hiện nay chưa được quan tâm đúng mức, phương pháp dự phòng chưa được đặt ra, do những hiểu biết về hậu quả của tiêm trong cơ còn hạn chế. Đặc điểm lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh lý của xơ hóa cơ chưa được tìm hiểu, phân tích, đánh giá một cách cụ thể.

Từ tháng 4 năm 2012 đến tháng 6 năm 2016 chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xơ hóa cơ thăng đùi ở trẻ em tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Trung Ương”. Mục tiêu đề tài gồm:

1. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của xơ hóa cơ thăng đùi.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xơ hóa cơ thăng đùi ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 37 bệnh nhân với 39 chi bị xơ hóa cơ thăng đùi đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Trung Ương từ tháng 4 năm 2012 đến tháng 6 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Hồi cứu kết hợp với tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp tiến hành.

a. Chỉ định và chuẩn bị bệnh nhân. - Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn cho phép, các cơ quan khác cho phép phẫu thuật an toàn. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật có những tiêu chuẩn sau: - Nghiệm pháp Ely (+): Góc gấp gối tối đa $< 45^0$. Nghiệm pháp Ober (+), có thời gian phát hiện bệnh trên 18 tháng, khám lực cơ tứ đầu đùi, cơ thắt lưng chậu tốt, bệnh nhân được tập VLTL không kết quả, BN có dáng đi với đùi giang và xoay ngoài.

b. Kỹ thuật mổ.

+ Đường mổ mặt trước khớp hông: - Kỹ thuật: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa,

Thì 1. Rạch da theo đường mổ ở mặt trước khớp hông (đường kéo dài của đường Smith – Peterson).

Thì 2. Qua da mở cân đùi, phẫu tích bóc tách cơ căng cân đùi và cơ may, bảo vệ dây thần kinh đùi bì ngoài, bộc lộ nguyên ủy cơ thẳng đùi.

Thì 3. Kỹ thuật can thiệp: - Cắt rời nguyên ủy cơ thẳng đùi, đánh giá kết quả bằng nghiệm pháp Ely. Đối với cơ căng cân đùi, tùy theo mức độ tổn thương có thể áp dụng kỹ thuật cắt bao cơ căng cân đùi, hoặc cắt dải chậu chày với đường mổ 1/3 dưới mặt ngoài đùi, đánh giá kết quả bằng nghiệm pháp Ober.

+ Đường mổ 1/3 giữa mặt trước đùi: - Áp dụng cho những trường hợp xơ hóa cơ thẳng đùi xác định rõ vùng xơ hóa cơ 1/3 giữa đùi, thường kết hợp cắt bao cơ căng cân đùi, hoặc dải chậu chày. Đánh giá bằng nghiệm pháp Ely và nghiệm pháp Ober.

c. *Thuốc sau mổ.* - Thuốc kháng sinh: Dùng kháng sinh đường uống 5-7 ngày. Thuốc giảm đau sau mổ: Uống hoặc đặt hậu môn Paracetamol theo cân nặng của trẻ từ 15 – 20mg/kg/24h.

d. *Đánh giá kết quả sau mổ.* - Về dáng đi: Hết dáng đi lệch, chi bên bệnh không giang, không xoay ngoài, khớp gối gấp duỗi bình thường trong pha đi lại.

- Phân loại kết quả chung dựa vào bảng sau [3].

Kết quả	Các yếu tố đánh giá		
	NP Ely	NP Ober	Dáng đi với đùi giang xoay ngoài
Tốt	$> 90^0$	(-)	(-)
Khá	45 - 90^0	(-)	(-)
Kém	$\leq 45^0$	(+)	(+)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm số liệu.

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính: - Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 37 bệnh nhân, trong đó 16 bệnh nhân nam chiếm 43,2% và 21 bệnh nhân nữ chiếm 56.8%. Tuổi từ 3 – 17 tuổi, tuổi phẫu thuật trung bình 9,8. Trong đó: Từ 3tuổi – 6 tuổi có 11 bệnh nhân chiếm 29,7%, Lứa tuổi >6 tuổi – 12 tuổi có 17 bệnh nhân chiếm 45,9%; lứa tuổi >7 tuổi – 17 tuổi có 9 bệnh nhân chiếm 24,4%

3.1.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng xơ hóa cơ thẳng đùi: - Tất cả 37 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, khi tìm hiểu tiền sử đều có tiêm kháng sinh trước đó.

- Khi tìm hiểu tiền sử lý do phải dùng thuốc tiêm trong đùi thì trẻ phải tiêm vì lý do: VPQP là 25/37 (67,6%), ngạt sơ sinh 4/37 (10,8%), các nhiễm khuẩn khác là 8/37 (21,6%).

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi trẻ bị tiêm kháng sinh (n=37)

Tuổi lần đầu tiêm kháng sinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 1 tháng	10	27,1%
>1 tháng - ≤ 24 tháng	17	45,9%
>24 tháng - ≤ 6 tuổi	7	18,9%
> 6 tuổi	3	8,1%
Cộng	37	100%

Nhận xét: Theo bảng 3.1. Về tuổi của trẻ khi tiêm kháng sinh đều diễn ra ở các lứa tuổi. nhóm trẻ ở lứa tuổi từ 24 tháng đến 6 tuổi chiếm tỷ lệ 45,9%.

Bảng 3.2. Thời gian của đợt tiêm (n=37)

Lứa tuổi được kháng sinh vào đùi	Thời gian của đợt tiêm						Cộng
	≤ 7 ngày		>7 - 14 ngày		>14 - 28 ngày		
	n	%	n	%	n	%	
≤ 1 tháng	4	10,8%	3	8,1%	3	8,1%	10
>1 tháng - ≤ 24 tháng	9	24,3%	5	13,5%	3	8,1%	17
>24 tháng - ≤ 6 tuổi	4	10,8%	2	5,4%	1	2,7%	7
> 6 tuổi	2	5,4%	1	2,7%	0	0%	3
Cộng	19	51,4%	11	29,7%	7	18,9%	37

Nhận xét: Nhóm có thời gian của đợt tiêm ≤ 7 ngày chiếm tỷ lệ 51,4%, có trường hợp bị xơ hóa cơ thẳng đùi 2 bên có tiền sử thời gian của đợt tiêm kéo dài 14 – 28 ngày.

Bảng 3.3. Loại thuốc được sử dụng tiêm vào đùi của trẻ (n = 37)

Tuổi lần đầu tiêm kháng sinh vào đùi	Loại thuốc kháng sinh						Cộng
	Penicillin		Peni + Genta		KS khác		
	n	%	n	%	n	%	
≤ 1 tháng	5	13,6%	3	8,1%	2	5,4%	10
>1 tháng - ≤ 24 tháng	11	29,7%	4	10,8%	2	5,4%	17
>24 tháng - ≤ 6 tuổi	4	10,8%	3	8,1%	0	0%	7
> 6 tuổi	2	5,4%	1	2,7%	0	0%	3
Cộng	22	59,5%	11	29,7%	4	10,8%	37

Ghi chú: Kháng sinh khác: (Streptomycin, Ampicillin, cefotaxime...)

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy trẻ bị xơ hóa do tiêm penicillin chiếm 59,5%.

3.1.3. Đặc điểm lâm sàng của xơ hóa cơ thẳng đùi.

3.1.3.1. *Bên đùi bị hóa cơ thẳng đùi.* Trong 37 bệnh nhân bị hạn chế vận động gối do xơ hóa cơ thẳng đùi sau tiêm kháng sinh có: 12 bệnh nhân bị xơ hóa cơ thẳng đùi phải. 23 bệnh nhân bị xơ hóa cơ thẳng đùi trái. 2 bệnh nhân bị xơ hóa cơ thẳng đùi hai bên.

3.1.3.2. *Thời gian từ khi phát hiện đến thời điểm được điều trị phẫu thuật.*

Bảng 3.4. Thời gian phát hiện bệnh đến lúc mổ (n = 37)

Thời gian phát hiện bệnh đến lúc mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1 - ≤ 2 năm	19	51,4%
> 2 - ≤ 4 năm	7	18,9%
> 4 - ≤ 6 năm	7	18,9%
> 6 năm	4	10,8%
Cộng	37	100%

Nhận xét: Nhóm thời gian mang bệnh > 6 năm chiếm tỷ lệ 10,8%, nhóm này có thời gian điều trị vật lý trị liệu khá lâu, có trường hợp 2 năm.

3.1.3.3. *Thay đổi về dáng đi:* Chúng tôi nhận thấy tất cả 37 bệnh nhân với 39 chi xơ hóa cơ thẳng đùi đều có dáng đi đùi giang và xoay ra ngoài, không có trường hợp nào có dáng đi bình thường.

3.1.3.4. *Đánh giá tình trạng xơ hóa cơ thẳng đùi trước mổ:* 39 chi xơ hóa cơ thẳng đùi khi làm nghiệm pháp Ely đều cho kết quả dương tính, gấp gối chỉ đạt 10 – 35⁰. Và 39 chi khi làm nghiệm pháp Ober đều dương tính.

3.1.4. *Cận lâm sàng.* Chúng tôi không thấy trường hợp nào tổn thương xương khớp hông, đùi, không có trường hợp nào trật xương bánh chè.

3.2. Kết quả điều trị.

3.2.1. *Kết quả gần.* Tình trạng vết mổ: Liên vết mổ kỳ đầu có 39 chi ở 37 bệnh nhân (100%), không có trường hợp nào chảy máu vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ. Tập luyện sau mổ: Sau mổ ngày thứ 3 tất cả đều được tập luyện theo quy trình.

3.2.2. *Kết quả xa (>3 tháng).* Bảng 3.5. Thời gian theo dõi kết quả xa (n=37)

Thời gian theo dõi sau mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
3 – 6 tháng	3	8,1%
> 6 – 12 tháng	12	32,4%
> 12 tháng – 2 năm	15	40,6%
> 2 năm	7	18,9%

Nhận xét: Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 2 năm, trường hợp theo dõi được dài nhất là 5 năm.

3.2.3. Kết quả phục hồi chức năng về dáng đi.

- Bệnh nhân có dáng đi bình thường, khớp gối gấp duỗi bình thường có 28/39 (71,8%); Bệnh nhân có dáng đi bình thường, đùi không giang, không xoay ngoài, nhưng gối còn hạn chế gấp ($>45 - 90^0$) có 8/39 (20,5%); Bệnh nhân có dáng đi đùi giang, xoay ngoài, góc gấp gối hạn chế ($< 45^0$) có 3/39 (7,7%) trường hợp.

3.2.4. Kết quả chung: Bảng 3.6. Kết quả phục hồi chức năng tổng hợp (n=39)

Kết quả	Số chi	Tỷ lệ
Tốt	28	71, 8%
Khá	8	20,5%
Kém	3	7,7%
Cộng	39	100%

Nhận xét: Những trường hợp thất bại đều có thời gian tập luyện không đủ, không đúng theo hướng dẫn.

IV. BÀN LUẬN.

4.1. Nguyên nhân: Từ những thông báo đầu tiên về xơ hóa cơ của Hnevkosky 1961 [13] và Miki 1962, các tác giả đã khẳng định tiêm trong cơ ở trẻ em là nguyên nhân gây nên xơ hóa cơ.

Những năm tiếp theo, các tác giả Chen SS 1988 [10], Sung – Hsiung Chen 1995 [11], Nguyễn Ngọc Hưng 1997 [4] cũng khẳng định xơ hóa cơ là do tiêm nhiều lần trong cơ.

Một số tác giả đã làm thực nghiệm gây xơ hóa cơ trên động vật, tác giả Ogata K 1988 [12] đã tiêm chloramphenicol trong 10 ngày và đã gây xơ hóa cơ và nhận thấy men phosphorylase giảm hoạt động.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34/37 (91.9%) bệnh nhân xơ hóa cơ thẳng đùi có tiền sử tiêm vào đùi, trong đó lứa tuổi dưới 24 tháng chiếm 27/37 (73%).

Như vậy chúng tôi nhận thấy nguy cơ tai biến sau tiêm kháng sinh trong đùi ở những năm đầu tiên là rất lớn, đặc biệt ở lứa tuổi dưới 24 tháng, ở lứa tuổi này hệ cơ của trẻ chưa phát triển đầy đủ do đó nguy cơ gây tổn thương cơ dẫn đến xơ hóa cơ cao hơn so với những trẻ lớn. trong khi ở lứa tuổi >6 tuổi có tiêm trong đùi thì chỉ có 3/37 trường hợp bị xơ hóa cơ thẳng đùi. Điều này cho thấy ở lứa tuổi lớn hơn việc tiêm vào đùi có nguy cơ gây xơ hóa cơ ít hơn, chúng tôi cho rằng trẻ lớn quá trình vận động chủ động tích cực hơn nên hoạt động gấp duỗi gối, khớp hông là thường xuyên.

Thời gian của đợt tiêm, các tác giả đều nhận thấy rằng thời gian của đợt tiêm có liên quan trực tiếp đến mức độ xơ hóa cơ.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi xơ hóa cơ thẳng đùi tập trung ở nhóm có thời gian tiêm ≤ 7 ngày 19/37 (51,4%). Như vậy thời gian của đợt tiêm là tương đối ngắn, chỉ gây tổn thương riêng cơ thẳng đùi.

Các thuốc kháng sinh tiêm trong đùi thường gây cương tấy cơ, đau buốt, do vậy làm cho trẻ hạn chế đau bằng cách hạn chế co giãn cơ đùi, trẻ nhỏ thường tư thế gập đùi vào bụng, trẻ lớn hơn thì hạn chế vận động chạy nhảy. Đây chính là những yếu tố thuận lợi tạo cho cơ bị xơ dính vào tổ chức kế cận.

Kết quả cho thấy nhóm có biểu hiện tại chỗ bình thường sau tiêm tỷ lệ cao 21/37 (56,8%) số bệnh nhân, điều này làm gia đình không để ý đến việc phục hồi chức năng của chi bị tiêm, hơn nữa việc sử dụng kháng sinh tiêm để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn làm cho các gia đình có cảm giác bệnh khỏi nhanh hơn, nên việc tiêm vào đùi dễ dàng được gia đình bệnh nhân chấp nhận.

Tóm lại, sau tiêm tại chỗ có thể bình thường hoặc đau, sưng nề, hoặc xơ chắc, gia đình cũng không áp dụng các biện pháp điều trị phục hồi chức năng cho trẻ, nếu có thì áp dụng các biện pháp cũng sai lầm, nhiều khi còn làm nặng thêm hiện tượng chảy máu trong cơ như khi dùng dầu nóng, cao để xoa bóp chi sưng đau, càng gây giãn mạch, thoát các thành phần hữu hình ra khỏi lòng mạch và gây viêm xơ dính nặng hơn. Ngoài ra tiêm nhắc đi nhắc lại nhiều lần gây viêm cơ, giải phóng độc tố dẫn đến rối loạn quá trình hình thành collagen (Chen SS [10]), điều này cũng đã được khẳng định trong kết quả nghiên cứu giải phẫu bệnh của Nguyễn Ngọc Hưng [4] và Chen SS [10].

Có thể thấy rằng xơ hóa cơ có thể xảy ra ở bất cứ cơ nào nếu bị tiêm nhiều lần trong cơ, đặc biệt là ở trẻ nhỏ. Do vậy, từ năm 1976 Frasch W [13], Mc Closkey J.R 1977 [9] đã đề nghị không tiêm kháng sinh trong cơ ở trẻ em.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của xơ hóa cơ thẳng đùi: - Dáng đi: Tất cả những trẻ trong nghiên cứu này đều được đi khám với lý do khi đi đùi giang, xoay ngoài, điều này gia đình dễ nhận thấy.

Dáng đi bất thường này của trẻ xuất hiện sau các đợt tiêm 1 - 2 năm, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi số trẻ được tiêm vào đùi từ lúc dưới 24 tháng có 27/37 (73%) trường hợp, nhóm này có dáng đi đùi giang, xoay ngoài ngay từ lúc tập đi, và dáng đi này ngày càng rõ, đặc biệt khi trẻ chạy. Với dáng đi này một số nơi còn gọi là dáng đi cứng khớp gối, nhưng có đặc điểm khác biệt quan trọng so với cứng duỗi khớp gối là trẻ vẫn

có thể ngồi xuống đứng lên bình thường, do đó dễ bị bỏ sót, nếu không làm nghiệm pháp Ely. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39/39 chi khi làm nghiệm pháp Ely đều có kết quả dương tính, nghiệm pháp Ober dương tính.

Về mức độ chênh lệch chu vi vòng đùi phụ thuộc vào tình trạng xơ hóa của cơ, số lượng cơ xơ hóa.

Sẹo lõm da, trong nghiên cứu của chúng tôi có 8/39 chi có sẹo lõm da, lõm da này tương ứng với vùng thường được tiêm. Đặc điểm lõm da, thường ở mặt trước 1/3 giữa đùi, lõm da rõ hơn khi cho bệnh nhân gấp gối, đây là vị trí mà trẻ thường được tiêm vào đùi.

Về cơ lực: bằng khám lâm sàng, chúng tôi nhận thấy tất cả các trẻ này đều có cơ lực duỗi gối, gấp khớp hông đạt mức độ khá trở lên > 3 điểm. Tầm vận động của khớp, trong trường hợp xơ hóa cơ thẳng đùi, vẫn có hoạt động khớp hông tốt từ $100 - 135^0$, khớp gối vẫn duỗi được hết.

4.3. Kỹ thuật, những tổn thương nhận thấy trong mổ.

Đường mổ trước khớp hông: 27/39 chi được mổ ở vị trí mặt trước khớp hông, trong đó tất cả các chi này đều được cắt rời nguyên ủy, cho kết quả tốt khi kiểm tra nghiệm pháp Ely âm tính đạt 100% số chi.

Ưu điểm của đường mổ này là đường mổ nhỏ, thời gian gây mê ngắn, thời gian phẫu thuật nhanh, hạn chế chảy máu, sẹo mổ kín. Tuy nhiên có nhược điểm là đường mổ này có thể gây tổn thương thần kinh đùi bì, do đó đòi hỏi phẫu tích bóc tách cần bảo vệ dây thần kinh này. Và kiểm tra nghiệm pháp Ober còn dương tính thì tiến hành cắt bao cơ căng cân đùi, hoặc dải chày chày ở đường rạch 1/3 giữa đùi.

Đường mổ 1/3 giữa đùi trong nghiên cứu này có 12/39 chi được mổ ở vị trí 1/3 giữa đùi, phẫu tích bóc lộ cơ thẳng đùi xơ hóa căng cứng, tiến hành cắt rời dải xơ cơ thẳng đùi, nghiệm pháp Ely âm tính đạt 100% số chi.

Cũng trên đường mổ này kết hợp kiểm tra và cắt bao cơ căng cân đùi, hoặc dải chày chày cho kết quả nghiệm pháp Ober âm tính.

Ưu điểm của đường 1/3 giữa đùi là đường mổ ngắn, giải phóng được tình trạng xơ dính của cơ thẳng đùi, kiểm soát và cắt được bao cơ căng cân đùi, hoặc dải chày chày cùng trên một đường mổ.

Nhược điểm là có thể gây chảy máu, với trường hợp xơ dính nặng, và rộng không cắt hết xơ dính, phải bóc tách nhiều gây dập nát tổ chức xung quanh.

Chúng tôi có nhận xét: Cơ nào bị tiêm nhiều cũng có thể bị xơ hóa, nhưng mức độ xơ hóa, vị trí xơ hóa còn phụ thuộc vào vị trí tiêm, những cơ không bị tiêm hoặc có ít lần bị tiêm trực tiếp sẽ hồi phục và phát triển khi được vận động.

4.4. Kết quả sau mổ: - Với đặc điểm là can thiệp vào gân thì hầu như không có chảy máu, hoặc chảy máu rất ít, cầm máu ở nông, đơn giản.. điều này có ý nghĩa quan trọng trong việc cho trẻ tập luyện sau mổ, vì nếu vết mổ chảy máu sẽ gây tâm lý lo lắng, không dám cho trẻ tập vận động sớm, sẽ ảnh hưởng đến kết quả tập luyện.

Như vậy cầm máu kỹ trong mổ còn nhằm mục đích tránh máu tụ tại trường mổ nơi khoảng trống giữa 2 đầu đoạn cắt và giãn ra, nếu máu tụ tại khoảng này sẽ tạo máu đông thoái hóa tạo thành tổ chức xơ dính và gây tái phát, ngoài ra cần phải kết hợp băng ép đúng kỹ thuật đảm bảo cầm máu.

Vấn đề giảm đau sau mổ, cùng với việc cầm máu tốt thì giảm đau sau mổ cũng nhằm cho trẻ mạnh dạn tập luyện sớm, nếu vết mổ không đau. Vì nếu đau trẻ sẽ chống lại quá trình tập luyện, do vậy việc giảm đau tốt góp phần làm giảm tỷ lệ thất bại sau mổ.

Quá trình tập vận động sau mổ cần phải hướng dẫn và giải thích cho gia đình rõ mục đích và phương pháp tập luyện thì mới đạt kết quả. Vì nếu tập quá thô bạo hoặc trẻ sợ đau đều ảnh hưởng đến kết quả tập luyện.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ, chậm liền hoặc toác vết mổ. Như vậy chúng tôi rút ra nhận xét: Việc vô khuẩn tốt, kỹ thuật áp dụng đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn, không gây đụng dập tổ chức nhiều thì có thể chỉ dùng kháng sinh đường uống 5-7 ngày, việc này sẽ đỡ tốn kém về chi phí, đỡ gây đau đớn cho bệnh nhân. Giúp cho quá trình tập luyện phục hồi chức năng thuận lợi.

4.5. Tập luyện phục hồi chức năng: - Mục đích: Là để hạn chế dính phần của hai đầu cắt ra vào tổ chức kế cận, tránh tái phát sau mổ.

Quy trình: - Tập gấp gối sớm: Sau ngày thứ 3 sau mổ cho trẻ gấp gối từ 70° – 90° .

- Tuần I: Cho trẻ tập gấp gối đạt từ 70° - 90° . Qua kiểm tra chúng tôi nhận thấy trẻ đáp ứng khá tốt, biểu hiện ít đau không có cản trở từ mặt trước của đùi.

Chúng tôi cho rằng góc gấp gối như trên là hợp lý với mức độ chúng tôi đã can thiệp vào cơ thẳng đùi và cân đùi trong mổ, vì trong mổ chúng tôi đã cho gấp gối đạt $>90^{\circ}$.

- Tuần thứ 2 - 3: Với yêu cầu gấp gối đạt từ 90° - 110° , Hướng dẫn gia đình tập thụ động cho trẻ.

- Từ tuần thứ 3 trở đi: Cho trẻ tập gấp gối tối đa.

Quy trình tập luyện này là hợp lý và đạt được kết quả rất tốt đối với bệnh nhân tập thường xuyên, đạt được hiệu quả gấp gôi mà không ảnh hưởng đến quá trình liền vết mổ.

4.6. Kết quả chung: - Trong nghiên cứu này có 3/39 (7,7%) trường hợp cho kết quả kém, bệnh nhân vẫn còn dáng đi giang, xoay ngoài, kiểm tra nghiệm pháp Ely dương tính. Còn lại 36/39 (92,3%) chỉ có kết quả khá và tốt, hết dáng đi giang, xoay ngoài, nghiệm pháp Ely âm tính. Những trường hợp thất bại đều có thời gian tập luyện không đủ, không đúng theo hướng dẫn.

Tóm lại: Khi cơ thẳng đùi bị xơ hóa gây hạn chế tầm vận động của khớp gối và khớp hông, ảnh hưởng đến đời sống, sinh hoạt của bệnh nhân, Nếu được giải phóng sẽ tạo điều kiện cho chi hoạt động tốt hơn, cùng với việc tập luyện phục hồi chức năng giúp cho vận động của khớp gối và khớp hông được tốt, bệnh nhân đi lại bình thường.

KẾT LUẬN

1. Về đặc điểm lâm sàng của di chứng hạn chế vận động khớp gối do xơ hóa cơ thẳng đùi.

- Các bệnh nhân bị xơ hóa cơ thẳng đùi đều có dáng đi đùi giang, xoay ngoài.
- Dấu hiệu lõm da ở mặt trước 1/3 giữa đùi, tương ứng vị trí thường được tiêm vào đùi, chu vi đùi có thể lệch nhau. Tất cả các trường hợp kiểm tra nghiệm pháp Ely dương tính (100%), và kiểm tra nghiệm pháp Ober dương tính (100%).

2. Kết quả phẫu thuật điều trị như sau.

- Kết quả phục hồi chức năng đạt mức tốt và khá chiếm tỷ lệ: 92,3% đây là kết quả rất khả quan. Kết quả kém là 7,3%.
- Đây là một phương pháp phẫu thuật kỹ thuật đơn giản, an toàn, thời gian gây mê nhanh, thời gian phẫu thuật ngắn nhưng cho phép giải quyết được những di chứng xơ hóa cơ thẳng đùi, phục hồi lại chức năng và vận động bình thường của chi bị bệnh. Giúp bệnh nhân đi lại sinh hoạt bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Kim Châu, Đoàn Lê Dân, Vũ Gia Phong, Nguyễn Văn Thạch (1986). Điều trị cứng duỗi gối - Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Việt Đức 1981 - 1985 - 1986, tr. 128 - 136.

2. Hoàng Hải Đức (2003). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị di chứng hạn chế vận động khớp gối do xơ hóa cơ thẳng đùi sau tiêm kháng sinh trong cơ đùi ở trẻ em. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ y học – Học viện Quân y.

3. Nguyễn Ngọc Hưng (1997). *Điều trị phẫu thuật co cứng cơ thẳng đùi, cơ căng cân đùi, cơ mông sau tiêm kháng sinh ở trẻ em*. Tạp chí Y học thực hành số 5, tr.17 - 19.
4. Nguyễn Ngọc Vũ (2015). *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xơ hóa cơ thẳng đùi ở trẻ em*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II - Đại học Y Hà Nội.
5. Lương Đình Lâm (1992). *Phẫu thuật phục hồi cử động cứng duỗi gối, nhận xét qua 23 trường hợp*. Tạp chí Ngoại khoa, số 3, tr.25 - 27.
6. Andrew A. McBeach (1983). *Function of the Patellofemoral joint. Surgery of the musculoskeletal system*, Churchill Livingstone, New York, 3, 7: p.147 - 157.
7. Bose K, Chong KC (1976). *The clinical manifestations and pathomechanics of contracture of the extensor mechanism of knee*. J. Bone Joint Surg [Br]; 58, p.478 - 484.
8. Chambers H et al (1998). *Outcomes of extensive rectus femoris release surgeries compared to tranfers*. Journal of Pediatric Orthopaedics, 18, p.703 - 711.
9. Chung CY et al (1997). *Outcomes of extensive rectus femoris release surgeries compared to tranfers*. Gait and Posture, 6, p.137 - 146.
10. Chen SS, Chien CH, Yu HS (1988). *Syndrome of deltoid and/ or gluteal Fibrotic contracture: An injection myopathy*. Eng. Acta neurol scand, 1988, 78 (3), p.167 - 176.
11. T.A. Järvinen, T.L. Järvinen. (2005). *Muscle injuries: biology and treatment*; Am J Sports Med, 33 (5) , pp. 745-764.
12. J. Huard, Y. Li, F.H. Fu (2002). *Muscle injuries and repair: current trends in research*; Bone Joint Surg Am, 84A (5) , pp. 822-832.