

BÁO CÁO KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐỨT TRỄ BÊN GÂN DUỖI NGÓN TAY Ở VÙNG III TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN 2.1 – BENTIUNMISS

*Nguyễn Thông Phán¹, Thái Hữu Tình¹,
Vũ Ngọc Tuấn², Bùi Hữu Quyền³*

TÓM TẮT

Trật gân duỗi do đứt trẽ bên là bệnh lý chấn thương hiếm gặp trong lâm sàng. Tháng 8/2019 tại Bệnh Viện Dã Chiến 2.1 – Việt Nam gặp một bệnh nhân nam hạn chế duỗi ngón III tay phải sau chấn thương va đập 03 tuần, được chẩn đoán: Trật gân duỗi ngón III tay phải do đứt trẽ bên quay. Tổn thương quan sát trong mổ phù hợp với chẩn đoán ban đầu. Bệnh nhân được khâu lại trẽ bên bị đứt vào vị trí giải phẫu. Kết quả chung sau phẫu thuật tốt. Chúng tôi xin báo cáo trường hợp hiếm gặp này.

Từ khóa: Trật gân duỗi, đứt trẽ bên.

EXTENSOR LUXATION: A CASE REPORT WHO TREATED AT VIETNAM LEVEL 2 HOSPITAL – BENTIUNMISS

ABSTRACT

Dislocation of the extensor tendon is a rare disease clinically. In August 2019, a male patient, whose right 3rd finger got an injuries last 03 week, was presented to Vietnam Level 2 Hospital - UNMISS with symptoms: limited right 3rd finger extended, dull - pain on palpation at dorsal of metacarpophalangeal joint. The diagnosis was: The right extensor tendon of 3rd finger luxation because of the sagittal band rupture. Surgical lesions observed in accordance with the initial diagnosis. The sagittal band was re-sutured. The post-operative result was excellence. We would like to report this rare case.

Key-words: Extensor luxation, sagittal band rupture.

¹ Bệnh viện Dã Chiến 2.1; ² Bệnh viện Dã Chiến 2.2

³ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Thông Phán (polecmo18@hotmail.com)

Ngày nhận bài: 19/4/2020, ngày phản biện: 6/5/2020

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2020

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật gân duỗi là bệnh lý ít gặp trong tổn thương gân nói chung. Có thể gặp do các nguyên nhân: dị tật bẩm sinh, thoái hóa gân, viêm khớp và chấn thương. Các cơ chế chấn thương gây trật gân: lực chấn thương tác động trực tiếp vào khớp bàn ngón, gấp mạnh đột ngột, kháng lực khi duỗi [2, 6].

Trật gân duỗi di chứng do đứt trẻ bên, di chứng sau chấn thương là dạng tổn thương rất hiếm gặp trong thực hành lâm sàng. Trong nước chưa có nghiên cứu cơ bản về loại tổn thương này. Vì vậy, chúng tôi xin báo cáo trường hợp này đã được điều trị tại Bệnh Viện Dã Chiến Cấp 2 Số 1 của Việt Nam đang làm nhiệm vụ tại phái bộ Liên Hiệp Quốc ở Bentiu – South Sudan.

2. BỆNH ÁN BÁO CÁO

Bệnh nhân Khurel Baatar Nyam, nam, 31 tuổi, Mongolia.

Vào viện: 16/8/2019, phẫu thuật: 17/08/2019, ra viện sau mổ 02 ngày.

Bệnh sử: Trước vào viện 03 tuần, bệnh nhân bị va đập mu tay phải với vật cứng khi đang lao động. Sau tai nạn đau buốt vùng mu ngón III tay phải, sưng nề nhẹ, hạn chế động tác gấp/duỗi khớp bàn ngón III, đã được chẩn đoán: Chấn thương phần mềm mu tay phải, điều trị thuốc giảm đau giảm nề. Sau tai nạn 03 tuần, vẫn đau tức nhẹ vùng mu khớp bàn ngón III tay phải, đau tăng khi vận động, đến khám tại Bệnh Viện Dã Chiến Cấp 2 Số 1.

+ Triệu chứng lâm sàng:

Toàn thân: Tỉnh táo, không có biểu hiện viêm nhiễm toàn thân, không sưng đau các khớp.

Tại chỗ: Vùng mu khớp bàn ngón III tay phải nề nhẹ, không nóng đỏ, ấn đau tức tại chỗ.

. Khi gấp khớp bàn ngón, gân duỗi bị trật về bên trụ.

. Gấp/ duỗi: 90°/170°/0 (khớp bàn ngón III duỗi không hết tầm)

+ X quang bàn phải: Không có hình ảnh tổn thương các xương và mặt khớp vùng bàn tay phải.

+ Siêu âm: Hình ảnh phù nề bao khớp bàn ngón III tay phải.

+ Chẩn đoán: Trật gân duỗi chung ngón III tay phải do đứt trẻ bên quay, di chứng sau chấn thương tuần thứ 03.

+ Xử trí: Bệnh nhân được phẫu



Hình 1: Gân duỗi ngón III tay phải bị trật về phía quay (đầu mũi tên)

[Bệnh nhân Khurel Baatar N., 31t, số vv: 029]

thuật sau khi vào viện 01 ngày, tê đám rồi cánh tay. Đường mổ phía mu tay ngang khớp bàn ngón I khoảng 3 cm, qua đường mổ bộc lộ gân duỗi vị trí này thấy gân duỗi ngắn không có tổn thương, đứt trẻ mu tay phía ngoài của gân duỗi dài hoàn toàn, gân duỗi dài trật về phía trụ. Tiến hành khâu lại trẻ bên bằng chỉ Vicryl 4.0 và chỉ Promilen 5.0. Kiểm tra thấy gân duỗi dài không còn bị trật về phía trụ khi gấp duỗi ngón I thụ động, đóng da 01 lớp. Sau mổ bệnh nhân được bất động nẹp Iselin tư thế duỗi ngón trong 01 tuần, tập vận động gấp duỗi chủ động ngay khi bỏ nẹp.

Khám lại sau 01 tháng, sẹo mổ liền tốt, không viêm dính, ngón I gấp duỗi bình thường, không còn các dấu hiệu bất thường.

3. BÀN LUẬN

Trật gân duỗi do các nguyên nhân nói chung ít gặp. Theo báo cáo của các tác giả nước ngoài, tổn thương này có thể gặp ở các vận động viên đấm bốc do cơ chế va đập trực tiếp và căng gân duỗi quá mức khi nắm tay đấm [3], [6]. Ở nước ta rất hiếm gặp cơ chế tổn thương này và chưa có nghiên cứu báo cáo với số lượng bệnh nhân lớn, nên trong chẩn đoán ban đầu có

thể nhầm với những bệnh lý khác của hệ thống khớp bàn ngón với triệu chứng lâm sàng tương tự.

Tổn thương hay gặp theo thứ tự: ngón III (48%), ngón V (31%), ngón II (14%), ngón IV (7%), cũng có khi cùng lúc nhiều ngón, rất hiếm gặp ở ngón I [2]. Tổn thương thực thể của trật gân duỗi sau chấn thương là đứt cánh bên của gân tại vị trí khớp bàn ngón. Khi gân duỗi đến một mức độ nhất định thì sẽ trật sang bên đối diện do trẻ bên còn lành kéo.

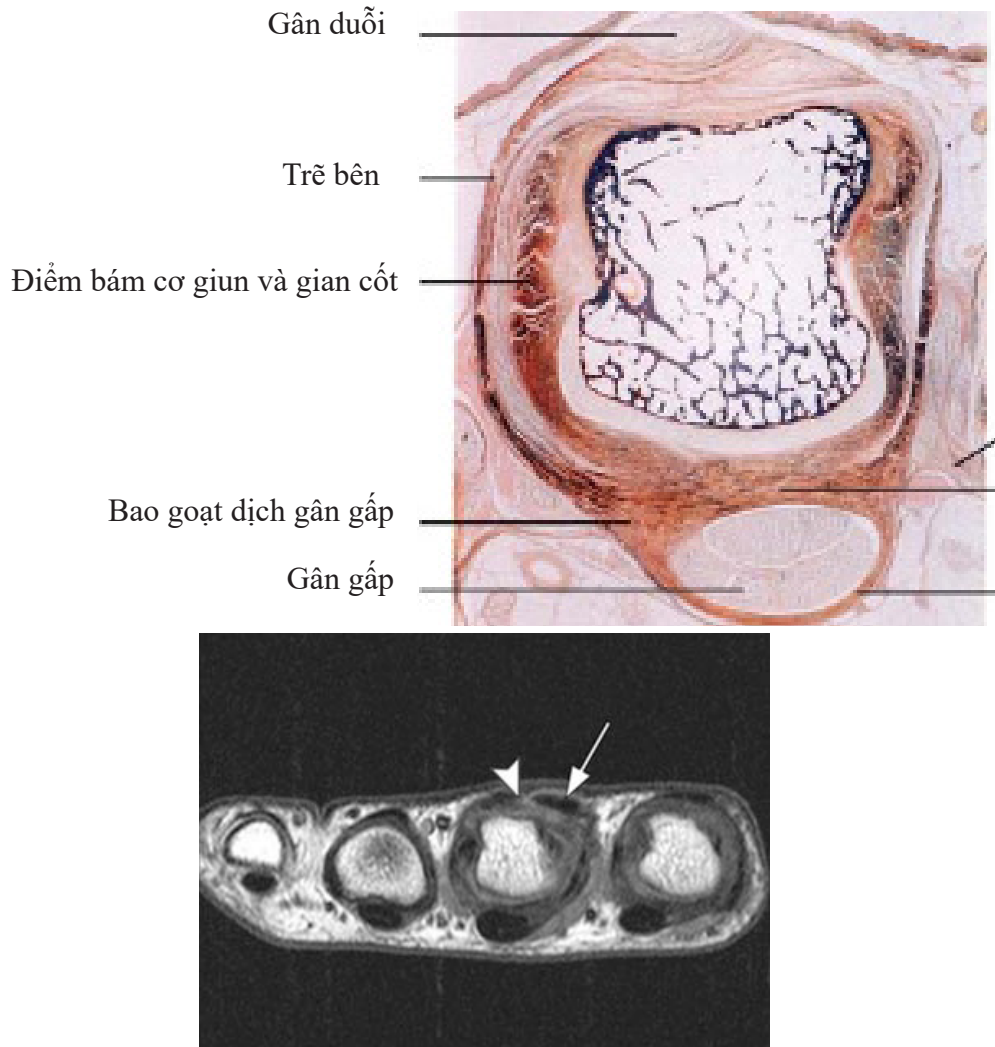
Theo các nghiên cứu của Murray (1994), tổn thương thường ở bên quay hơn là bên trụ với tỷ lệ 9:1. Tổn thương chia làm 3 mức độ:

- Độ I: trẻ bên đụng dập, không trật gân.

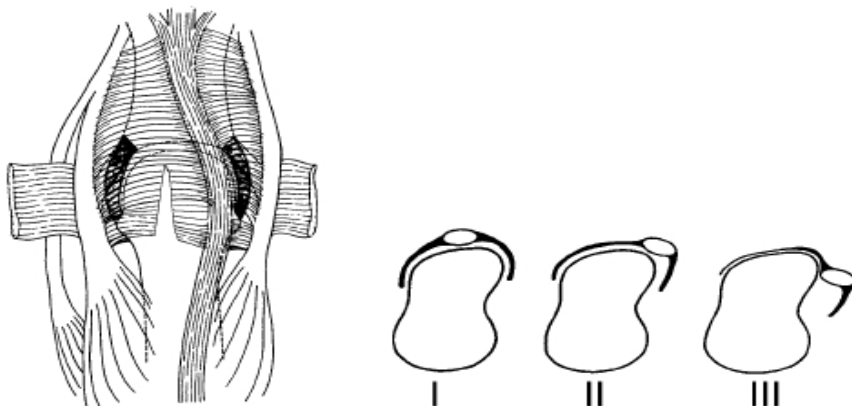
- Độ II: trẻ bên đứt, trật gân nhưng còn nằm trên chỏm xương bàn.

- Độ III: trẻ bên đứt, gân trật hoàn toàn khỏi rãnh gân duỗi.

Triệu chứng lâm sàng là đau tức, có tiếng kêu tách khi duỗi, gân duỗi lệch trụ (do đứt trẻ bên phía quay), hạn chế duỗi, dấu hiệu cò súng. Trên siêu âm hay MRI sẽ thấy hình ảnh tổn thương gân [5], [6].



Hình 3. Hình ảnh các gân gấp, gân duỗi và gân chằng và hình ảnh MRI của đứt trễ bên gân duỗi [6], [7].



Hình 4. Các mức tổn thương gân duỗi theo Murray 1994, [5].

Khi đã chẩn đoán xác định trật gân duỗi do đứt trỡ bên mu tay thì bệnh nhân cần được chỉ định phẫu thuật càng sớm càng tốt. Phẫu thuật sớm sẽ tránh hiện tượng co rút, xơ dính gân và tổ chức xung quanh gây khó khăn khi khâu lại trỡ bên mu tay, và ảnh hưởng tới khả năng hồi phục vận động sau này [4].

Kỹ thuật khâu tái tạo trỡ bên cũng cần phải đảm bảo nguyên tắc tái tạo chắc để bệnh nhân tập vận động sớm [1]. Trong trường hợp này chúng tôi khâu tái tạo bằng chỉ Vicryl 4.0, tăng cường bằng chỉ Promilen 5.0, cố định tăng cường bằng nẹp Iselin 1 tuần, sau đó hướng dẫn bệnh nhân tập vận động ngay để tránh các biến chứng cứng khớp, phục hồi sớm chức năng của ngón tay.

4. KẾT LUẬN

Trật gân duỗi do chấn thương và các nguyên nhân khác rất hiếm gặp trong thực tế lâm sàng. Chẩn đoán lâm sàng không khó nhưng cần khai thác kỹ cơ chế chấn thương

Phẫu thuật không phức tạp nhưng cần đảm bảo nguyên tắc khâu tái tạo vững chắc trỡ bên. Vấn đề là phát hiện và xử lý sớm tổn thương, tránh xơ dính và co rút gân do để lâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jae Hoon Lee, Jong Hun Baek, Jung Seok Lee (2017), A Reconstructive Stabilization Technique for Nontraumatic

or Chronic Traumatic Extensor Tendon Subluxation, *J Hand Surg Am.* 2017;42(1):e61ee65.

2. G. Meric, J. Altinisik and A. Atik (2013), Extensor tendon dislocation of the hand: Six cases in a family, DOI: 10.1177/1753193413489083 · Source: PubMed.

3. Imai S, Kikuchi K, Matsusue Y (2005), Posttraumatic recurrent dislocation of extensor pollicis brevis tendon over the metacarpophalangeal joint, *J Hand Surg Am.* 2005 Jan;30(1):147-50.

4. Makiko M (2003), Spontaneous dislocation of the extensor tendons with flexion and ulnar deviation contracture of the metacarpophalangeal joint: a case report, *J Hand Surg.* 2003 Jul;8(1):97-101.

5. Murray D, Ryan GM (1994), Classification and treatment of closed sagittal band injuries, *J Hand Surg.* 1994, 19 A, 590-4.

6. Robert LB, Donald HL (2003), Boxer knuckle (injuries of the extensor tendon subluxation): diagnosis with dynamic US-report of three cases, *Radiology.* 2003,28, pp.642- 648.

7. Young CM, Rayan GM (2000), The sagittal band: anatomic and biomechanical study, *J Hand Surg.* 2000, 25A, 1107-13.