NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ VIÊM CÂN GAN CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN 175

Trần Đức Tài[1], Nguyễn Hà Ngọc[1], Nguyễn Thông Phán[1]
Ngô Quốc Hoàn[1], Nguyễn Đức Thọ[1], Trịnh Anh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Nhận xét kết quả điều trị ban đầu viêm cân gan chân bằng nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Là 07 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm cân gan chân tại bệnh viện quân y 175. Điều trị nội khoa là cơ bản gồm các biện pháp như là chống viêm, giảm đau, mang giày phù hợp, vật lý trị liệu, tiêm corticoid, liệu pháp sóng xung kích. Khi các phương pháp điều trị bảo tồn không hiệu quả, điều trị phẫu thuật sẽ được xem xét chỉ định. Điều trị ngoại khoa có các phương pháp: Mổ mở, mổ mở với đường rạch nhỏ, mổ nội soi. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân trên 07 bệnh nhân cho kết quả rất khả quan. Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng.

Kết quả: Thang điểm AOFAS tăng từ 57,45 lên 88,65 điểm, 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân mang lại rất nhiều ưu điểm và lợi ích so với mổ mở.

Từ khóa: Viêm cân gan chân, phẫu thuật nội soi.

EVALUATE THE PRIMARY-TERM CLINICAL RESULTS OF ENDOSCOPIC PLANTAR FASCIA RELEASE AT 175 MILITARY HOSPITAL

ABTRACT

Object: Evaluate the primary-term clinical results of endoscopic plantar fascia release.

[1] *Bệnh viện Quân y 175*
Người phản hồi (Corresponding): Trần Đức Tài (ductai1904@gmail.com)
Ngày nhận bài: 05/02/2020, ngày phản biện: 15/02/2020
Ngày bài báo được đăng: 30/3/2020

Participants and methods: 07 patients who underwent definitive diagnosis plantar fasciitis at 175 military hospital. Basic medical treatment is composed of measures such as anti-inflammatory, analgesic (NSAIDs); bring customized functional foot orthoses (CFO), physiotherapy, corticosteroid injections, shock-wave therapy. Most of patients who are treated conservatively, but a further procedure is required in the minority who do not respond to conservative therapy. Surgical treatment with methods: open surgery, minimally invasive, arthroscopy. We performed arthroscopic surgery to cut fascia and the post – operations have showed an effective result. The research method is cases series.

Results and conclusion: AOFAS Scale increased from 57.45 to 88.65 points, 100% of patients are satisfied with the outcome after surgery.

Conclusion: The arthroscopy shows the more dominant benefits than open technique in treating plantar fasciitis

Keyword: Plantar fasciitis, arthroscopy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cân gan chân là bệnh lý hay gặp nhất trong các bệnh mạn tính vùng cổ bàn chân. Một số tác giả báo cáo khoảng 10% dân số sẽ gặp bệnh lý này ít nhất một lần trong đời.[7],[11] Điều trị nội khoa là phương pháp đầu tay như thuốc chống viêm, giảm đau, mang giày phù hợp, vật lý trị liệu làm mềm cân gan chân và gân gót, tiêm corticoid, liệu pháp sóng xung kích.[1],[4],[8] Khi bệnh nhân (BN) đã được điều trị nội khoa tích cực nhưng triệu chứng đau không giảm, liệu pháp tiêm corticoid vào cân gan chân của bệnh nhân có thể được xem xét. Tỉ lệ khỏi sau khi áp dụng các biện pháp trên là 90%.[2]

Khi áp dụng các phương pháp điều trị bảo tồn không đem lại hiệu quả, triệu chứng đau còn ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân, thì can thiệp ngoại khoa được lựa chọn cho bước điều trị tiếp theo. [6],[10],[13] Phẫu thuật mở cắt cân và đục gai xương gót nếu có là một kỹ thuật không phức tạp, tuy nhiên các biến chứng sau mổ cao thể gặp với tỷ lệ khá cao như viêm loét da vết mổ, đau tái phát di dẳng, rối loạn thần kinh cảm giác.[8]

Phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân đã được thực hiện tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 11/2018, kết quả sau mổ cho thấy phương pháp này có nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật mở. Chúng tôi tiến hành báo cáo này nhằm mục tiêu: *"Nhận xét kết quả bước đầu điều trị viêm cân gan chân bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện quân y 175".*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Có tổng số 07 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm cân gan chân, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Chấn thương chung – Bệnh viện Quân y 175, thời gian từ tháng 11/2018 đến 08/2019.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán viêm cân gan chân, đã được điều trị bảo tồn nhưng không hiệu quả, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi.

- BN có đầy đủ hồ sơ bệnh án, hồ sơ tái khám sau mổ.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm điểm bám gân gót kèm theo, gãy xương gót do mỏi.

- Biến dạng bệnh lý bàn chân bẩm sinh hay mắc phải.

- Tổn thương thần kinh ngoại biên, các bệnh lý viêm khớp, Goute.

- BN có chống chỉ định phẫu thuật.

- BN không tái khám sau mổ hay tử vong do nguyên nhân khác.

Bệnh nhân được theo dõi đánh giá sau mổ 03 tháng, 06 tháng. Thời gian theo dõi này còn ngắn, do kỹ thuật mới được triển khai.

Chức năng vận động cổ bàn chân của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm chức năng của Hiệp Hội Chỉnh Hình Cổ Bàn Chân Hoa Kỳ (American Orthopaedic Foot &Ankle Society - AOFAS).

Kết quả chung:

. Rất tốt: 90 – 100 điểm.

. Tốt: 80 – 89 điểm.

. Trung bình: 60 – 79 điểm.

. Kém: < 60 điểm.

Mức độ đau trước và sau mổ được đánh giá theo cảm quan của bệnh nhân, thang điểm từ 1 đến 100 (VAS)..

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, báo cáo loạt ca.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung:

Nam/Nữ	0/7
Tuổi trung bình	54 tuổi
Thời gian điều trị nội khoa trung bình	17,57 tháng
Bên P/Bên T	3/5
Số lần tiêm thuốc	1,85 lần

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 07 bệnh nhân, trong đó có 01 bệnh nhân bị cả 2 chân và 100% BN là nữ giới . Theo các nghiên cứu của Hogan et al (2014) ,Wataru Miyamoto (2017), số BN nữ cũng lớn hơn nam. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu y sinh nào khẳng định nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam. Các tác giả cũng thống nhất bệnh lý này thường xảy ra ở các bệnh nhân vận động nhiều nhưng đi chân trần hoặc đi giày không tương thích với bàn chân [2], [6].

Thời gian mắc bệnh trung bình là 17,57 tháng, dao động từ 9 tháng đến 29 tháng. Các bệnh nhân khi được chẩn đoán bệnh sẽ được điều trị bảo tồn với các phương pháp như: dùng thuốc NSAIDs, mát xa tại chỗ, hướng dẫn đi giày mềm, các bài tập vật lý trị liệu. Tại cơ sở chúng tôi chưa triển khai hệ thống thiết kế giày chỉnh hình, nên phương pháp này không được áp dụng.

Trong 07 bệnh nhân đều đã được can thiệp liệu pháp corticoid, trung bình tái phát sau điều trị 14 tháng; 01 BN được điều trị với sóng xung kích, tái phát đau sau 15 tháng. Theo báo cáo của Yuan Xiong và cộng sự (2010), sau điều trị sóng xung kích, triệu chứng đau có thể tái phát sau 12 tháng với tỷ lệ 40%. Liệu pháp corticoid chỉ giảm các triệu chứng đau trong 6 -12 tháng [12].

3.2. Chẩn đoán.

Chẩn đoán bệnh không khó, bệnh nhân đến khám với than phiền về triệu chứng đau tại gót chân khi bước đi sau ngủ dậy vào buổi sáng. Triệu chứng đau có thể tăng lên cuối ngày, sau khi đi lại nhiều.

Khám lâm sàng: đau khi ấn vào vùng diện trước lồi củ xương gót, test Windlass dương tính.

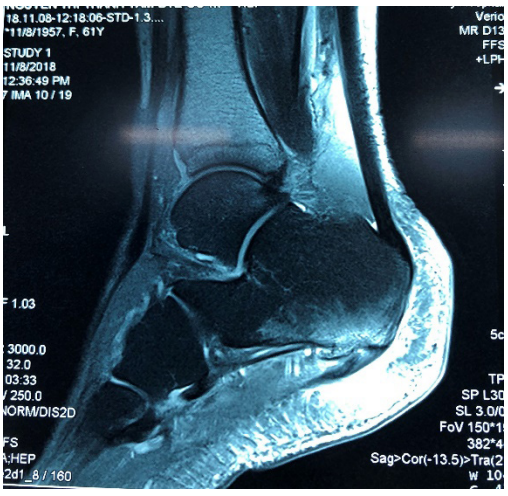
Hình 3.1. Test windlass của BN Nguyễn Thị T, Số BA: 19.041561

+ X quang: có thể thấy hình ảnh gai xương gót, tuy nhiên không phải trưởng hợp viêm cân gan chân nào cũng có gai xương. X quang bàn chân còn đánh giá cấu trúc xương vùng cổ bàn chân, vòm gan chân và các cấu trúc liên quan, từ đó loại trừ các bệnh lý khác.

Trong báo cáo của chúng tôi, X quang bàn chân của 07 BN đều có hình ảnh gai xương gót. Các bệnh nhân đều được giải thích rõ gai xương này không phải là nguyên nhân chính gây ra triệu chứng đau gót chân.

Hình 3.2. Ảnh XQ bàn chân của BN Nguyễn Thị Thanh T, Số BA: 18.44484

+ MRI: là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiệu quả. Trên phim T2, viêm cân gan chân thể hiện hình ảnh của một tăng cường độ tín hiệu, đồng nhất, tăng bề dày. Ngoài ra trên phim MRI có thể phân biệt viêm cân gan chân với các trường hợp viêm bao hoạt dịch điểm bám gân gân Achille, đánh giá các tổn thương khác vùng cổ bàn chân.



Hình 3.3. Ảnh MRI bàn chân của BN Nguyễn Thị Thanh T, Số BA: 18.44484

3.3. Phương pháp phẫu thuật.

a. Đường mổ:

Chúng tôi sử dụng kỹ thuật 2 lối vào từ 2 phía trong và ngoài bàn chân.

- Lối mặt trong bàn chân: vị trí là giao điểm của 2 đường

. Đường dọc sát bờ sau mắt cá trong.

. Đường ngang là đường đi vuông góc với đường dọc cách bờ giới hạn giữa da gan chân 2 khoát ngón tay (khoảng 2cm).

Hình 3.4. Đường vào phía trong

Ảnh BN Nguyễn Thị T, Số BA: 19.041561

Sử dụng đường rạch dọc khoảng 5 mm qua da. Bóc tách tách tổ chức phần mềm bằng một banh cong đầu tù hoặc trocar, chúng tôi ưa thích sử dụng trocar vì thao tác thuận lợi, chú ý dụng cụ phải đi sát mặt dưới của cân gan chân.

- Lối vào mặt ngoài: đẩy 1 troca đầu tù từ lối vào phía trong vuông góc mặt da, sát dưới cân gan chân đến mặt da phía đối diện, tại vị trí troca tiếp xúc da mở lối vào khoảng 5 mm. Đây là vị trí vào của camera đường kính 2,7 mm, góc 30^{o}.

Hình 3.4. Dụng cụ tự tạo

b. Kỹ thuật cắt cân gan chân:

Với lối vào như trên, chúng tôi sử dụng dụng cụ cải biên để bộc lộ cân gan chân và dung dao cắt tự tạo để cắt cân gan chân.

Sau khi bộc lộ cân gan chân vùng nguyên ủy, đánh giá bề dày, chiều rộng của cân, chúng tôi không cắt gai xương gót theo các tác giả như Fumito Komatsu (2011), Wataru Miyamoto (2017), không có sự khác biệt về giảm triệu chứng đau sau mổ giữa nhóm có loại bỏ gai xương với nhóm không loại bỏ gai xương. Ngoài ra, việc cố gắng làm sạch gai xương có thể tăng nguy cơ tạo phàn ứng viêm tại chỗ

sau mổ do vùng này có sự tăng sinh các vi mạch máu và nhánh của thần kinh gan chân trong, tổn thương nhánh đầu của TK gan chân ngoài (TK Baxters), kích thích quá phát lớp mỡ, hoặc gây đau kéo dài. [6],[9]

Chúng tôi sử dụng dụng cụ tự tạo cắt bán phần bề rộng cân từ phía ngoài vào trong, không cắt hết bề dài cân do sẽ làm yếu cấu trúc vòm của gan chân [8],[13] và phải cắt hết chiều dày lớp cân cho tới khi thấy lớp cơ của cơ gấp các ngón chân ngắn. Về vấn đề chiều rộng đường cắt cân, phẫu thuật viên có thể cắt ½ bề rộng, hoặc đường cắt có thể 2/3 bề rộng của cân. [8] Vấn đề này hiện vẫn còn nhiều tranh luận, do có quan điểm cho rằng cắt cân quá rộng sẽ làm yếu vòm bàn chân, tăng áp lực cơ thể lên bờ ngoài bàn chân. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Ossama El Shazly (2010) trên 18 bệnh nhân, tác giả cắt 2/3 bề rộng cân từ phía trong ra ngoài, sau mổ 85% đạt kết quả rất tốt.[2]

c. Phương pháp vô cảm:

Bệnh nhân có thể được gây tê tủy sống hay mê nội khí quản.

Chúng tôi lựa chọn gây tê tủy sống vì thời gian phẫu thuật ngắn, thuận tiện chăm sóc sau hồi tỉnh. Tuy nhiên nếu xảy ra tai biến tổn thương thần kinh gan chân trong sẽ khó phát hiện hơn so với phương pháp mê nội khí quản.[6]

3.4. Kết quả điều trị.

a. Kết quả gần:

Bệnh nhân sau chăm sóc hồi tỉnh, sẽ được hướng dẫn tập vận động không tải cổ bàn chân sau mổ 01 ngày, tập vận động chịu tải theo khả năng sau mổ 03 ngày, có thể dùng nạng hỗ trợ.

Các báo cáo của Ossama El Shazly (2010), Fumito Komatsu (2011), Wataru Miyamoto (2018) cũng khuyến cáo bệnh nhân nên tập vận động chịu tải sớm, hoạt động này không làm tăng triệu chứng đau gót chân hay mất vững vòm bàn chân sau mổ.[2],[6],[9]

Các bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ sử dụng kháng sinh dự phòng và thuốc uống sau mổ, các BN được tập vận động có tải ngay sau mổ từ ngày đầu tiên và không xuất hiện dấu hiệu đau nghiêm trọng nào.

Khi ra viện, 7/7 BN có vết mổ khô sạch, được cắt chỉ khi tái khám vào ngày thứ 14 sau mổ. 100% bệnh nhân đi lại tốt sau 02 tuần, có 1/7 bệnh nhân còn than đau nhẹ tại thời điểm 03 tháng, sau đó đỡ dần vào tháng 06.

b. Kết quả xa: Bệnh nhân được hẹn tái khám xa sau mổ 03 tháng, 06 tháng.

+ So sánh AOFAS và VAS trước mổ - sau mổ:

	Trước mổ	Sau mổ	P value
VAS	75,71 ± 5,22	16,57 ± 2,22	0,029
AOFAS	55,57 ± 3,15	88,85 ± 3,29	0,023

Triệu chứng đau giảm và chức năng cổ bàn chân của BN sau phẫu thuật được cải thiện rõ rệt so với trước mổ, thể hiện qua sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của VAS và AOFAS ($p < 0,05$).

+ Kết quả chung (n = 7):

Kết quả chung	Số BN	*Tỷ lệ (%)*
Rất tốt	4	*57.14*
Tốt	3	*42.86*
Trung bình	0	*0*
Kém	0	*0*
Tổng	7	*100*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7/7 BN có kết quả sau mổ tốt và rất tốt. Kết quả này tương đương với kết quả của Fumito Komatsu (2011) (8/10 trường hợp đạt tốt và rất tốt). [6]

Hogan et al (2014) báo cáo kết quả phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân viêm trên 22 bệnh nhân, tỷ lệ hài lòng sau phẫu thuật này là 97,7% và triệu chứng đau được cải thiện ngay sau mổ ở 50% BN. [5]

Báo cáo của Ogilvie-Harris và Lobo (2000) trong nghiên cứu lâm sàng trên 53 BN (65 chân được phẫu thuật), giảm đau gót chân hiệu quả ở 89% BN, giảm cứng khớp buổi sáng ở 92% BN, và 71% số BN trở lại hoạt động thể thao không giới hạn. [10]

Kết quả của chúng tôi có khác biệt so với hai tác giả trên do số lượng BN trong nghiên cứu còn ít, thời gian đáng giá sau mổ ngắn, đây cũng là hạn chế của báo cáo. Trong thời gian tới chúng tôi cần tiến hành đánh giá trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, kết quả xa cần được đánh giá ngoài 12 tháng sau mổ.

Một số tác giả như là Miyamoto, El Shazly [2],[3],[9]báo cáo tổn thương hay gặp nhất của phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân là tổn thương nhánh đầu của thần kinh gan chân ngoài tách từ thần kinh chày sau, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị tổn thương nhánh này do chúng tôi chỉ dùng dao cắt qua da sau đó dung dụng cụ để tách lớp mỡ và cân.

Vì thế trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cắt cân gan chân có rất nhiều ưu điểm so với mổ mở: cho trường quan sát rộng, thời gian nằm viện ngắn, tiết kiệm chi phí, vết mổ mau lành, bệnh nhân tập vận động sớm,

hạn chế các biến chứng hơn phẫu thuật mở như là tổn thương TK Baxters, quá phát lớp mỡ, đau kéo dài. Nhược điểm tồn tại của nghiên cứu là số lượng bệnh nhân chưa nhiều và thời gian theo dõi còn ngắn nên cần có những nghiên cứu dài hơn sau này.

4. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị viêm cân ngắn gan chân bằng phẫu thuật nôi soi cho 07 bệnh nhân tại Bệnh viện Quân Y 175, thời gian từ tháng 11/2018 đến 08/2019 chúng tôi rút ra kết quả ban đầu như sau:

+ Kết quả gần: 7/7 bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu.

+ Kết quả xa: 7/7 bệnh nhân có kết quả chung đạt tốt và rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cottom J. M., Baker J. S. (2016), "Endoscopic Plantar Fascia Debridement for Chronic Plantar Fasciitis", Clin Podiatr Med Surg, 33(4), 545-51,

2. El Shazly O., El Beltagy A. (2010), "Endoscopic plantar fascia release, calcaneal drilling and calcaneal spur removal for management of painful heel syndrome", Foot (Edinb), 20(4), 121-5,

3. El Shazly O., et al. (2010), "Endoscopic plantar fascia release by hooked soft-tissue electrode after failed shock wave therapy", Arthroscopy, 26(9), 1241-5,

4. Gill L. H. (1997), "Plantar Fasciitis: Diagnosis and Conservative Management", J Am Acad Orthop Surg, 5(2), 109-117.

5. Hogan K. A., Webb D., Shereff M. (2004), "Endoscopic plantar fascia release", Foot Ankle Int, 25(12), 875-81.

6. Komatsu F., et al. (2011), "Endoscopic surgery for plantar fasciitis: application of a deep-fascial approach", Arthroscopy, 27(8), 1105-9,

7. Landorf K. B., Keenan A. M., Herbert R. D. (2004), "Effectiveness of different types of foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis", J Am Podiatr Med Assoc, 94(6), 542-9.

8. Michelle L. B. (2009), "Complications of plantar fascia release", pp. 31-35.

9. Miyamoto W., et al. (2018), "Endoscopic plantar fascia release via a suprafascial approach is effective for intractable plantar fasciitis", Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 26(10), 3124-3128,

10. Ogilvie-Harris D. J., Lobo J. (2000), "Endoscopic plantar fascia release", Arthroscopy, 16(3), 290-8,

11. Uden H., Boesch E., Kumar S. (2011), "Plantar fasciitis - to jab or to support? A systematic review of the current best evidence", J Multidiscip Healthc, 4, 155-64.

12. Xiong Y., et al. (2019), "Comparison of efficacy of shock-wave therapy versus corticosteroids in plantar fasciitis: a meta-analysis of randomized controlled trials", Arch Orthop Trauma Surg, 139(4), 529-536.

13. Yamakado K. (2013), "Subcalcaneal bursitis with plantar fasciitis treated by arthroscopy", Arthrosc Tech, 2(2), e135-9.