

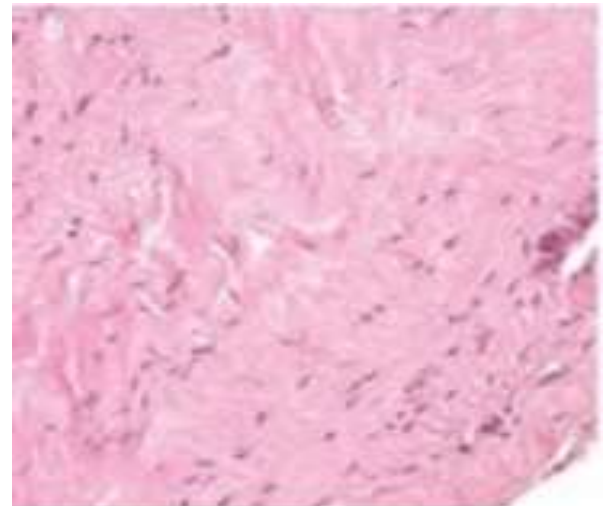
BỆNH LÝ GÂN

Thuật ngữ

Tendinopathy bệnh lý gân là tình trạng lâm sàng do đáp ứng lành gân thất bại. Liên quan đến sử dụng quá mức của gân và mô quanh gân. Trong đó thuật ngữ Tendinosis nói lên tình trạng thoái hóa gân còn Tendinitis là tình trạng viêm gân.

Các nghiên cứu về mô học chứng minh trong bệnh lý gân mạn tính không có hay rất ít bằng chứng của viêm mà yếu tố viêm chỉ có trong giai đoạn đầu

Bệnh học bệnh lý gân cho thấy mô gân thoái hóa với phá vỡ cấu trúc collagen, tăng tế bào gân và tăng sinh mạch máu

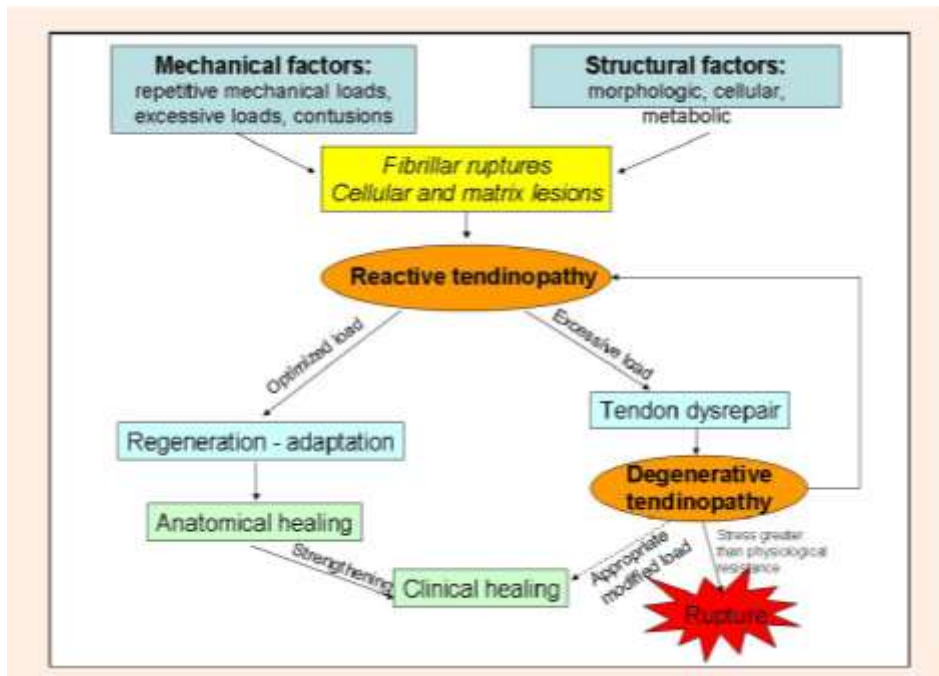


Phân giai đoạn

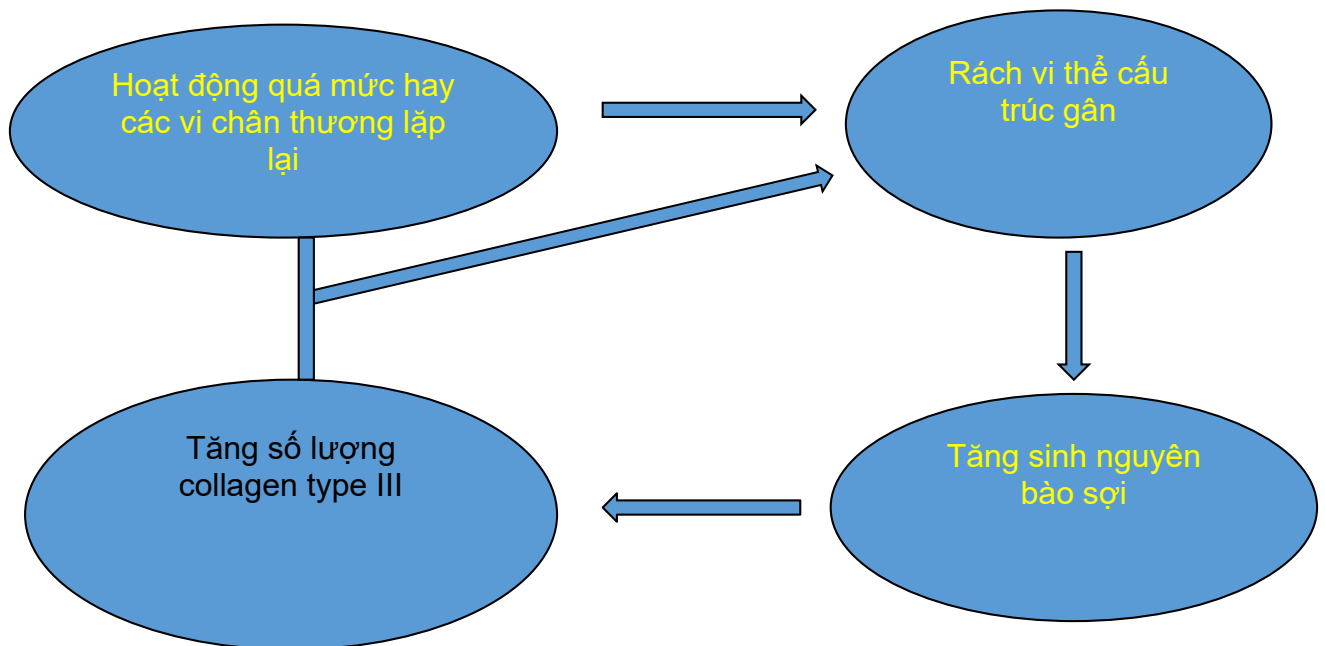
Giai đoạn đầu hay giai đoạn viêm: đáp ứng viêm trong giai đoạn đầu của bệnh kéo dài sau chấn thương vài ngày đến vài tuần và các thương tổn trong giai đoạn này có thể phục hồi hay tiến triển đến thoái hóa

Giai đoạn 2 hay giai đoạn hủy hoại gân với thất bại lành gân, tăng tổng hợp proteoglycan, rối loạn cấu trúc và phá vỡ chất nền gân

Giai đoạn 3 hay giai đoạn thoái hóa: khi tình trạng tổn thương gân tiến triển, thoái triển chất nền gân, chết tế bào và giảm collagen, hình thành nốt xơ, lắng đọng canxi, có thể gây đứt gân



Tình trạng chấn thương gây ra tổn thương cấu trúc gân, chính cấu trúc gân tổn thương làm tăng nguy cơ tổn thương sau chấn thương. Chính vì vậy vòng xoắn bệnh lý gây ra nguy cơ phá vỡ cấu trúc gân như đứt gân



Bệnh cảnh lâm sàng:

Bệnh nhân có hoạt động quá mức hay các vi chấn thương lặp đi, lặp lại, có đau hay sưng vùng gân bệnh

Đau buổi sáng khi bắt động trong thời gian dài và giảm khi vận động sau vài cử động như thể dục. Tình trạng ghi nhận vài giờ hay vài ngày sau sang chấn

Đau do căng hay khi chịu lực tải: tình trạng đau chói ngay vùng gân bệnh và tăng nhiều khi kéo căng hay khi co cơ đẳng trường

Loại trừ các bệnh lý gây đau khác là quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý gân

Vị trí tổn thương và chẩn đoán phân biệt:

Cổ bàn tay 4% đến 56% người lao động chân tay

Yếu tố nguy cơ

Giúp việc nhà

Thể thao: golf, tennis, bơi thuyền...

Viêm khớp dạng thấp

Đái tháo đường

Cường giáp

Chẩn đoán phân biệt

De Quervain

Hội chứng ống cổ tay, hội chứng ống trụ

Viêm môm trâm quay

Khuỷu 9% đến 40% người chơi tennis

Yếu tố nguy cơ: tennis, golf, lao động chân tay..

CD phân biệt: bệnh lý thần kinh cổ, hội chứng chèn ép thần kinh gian cốt sau, viêm sụn xương lồi cầu...

Vai: 15% đến 20% người lao động tay chân và vận động viên, 31% đến 73% người ngồi xe lăn

YTNC: thể thao: bóng chuyền, bóng bàn, bơi lội, tennis..., Người ngồi xe lăn, thợ vẽ, Nhân viên văn phòng

CĐPB: bệnh lý gân chóp xoay, viêm khớp vai co rút, bệnh lý khớp cùng đòn, mất vững khớp vai, bệnh đĩa đệm CS cổ, tổn thương thần kinh trên vai...

Khớp háng 0,5% dân số

YTNC: mang nặng, trượt tuyết...

CĐPB: viêm túi hoạt dịch máu chuyển lớn, căng dải chậu chày, hoại tử chỏm đùi, gãy xương kín đáo, cần khớp háng...

Gối: 7% đến 40% người chơi thể thao

YTNC: chơi bóng chuyền, bóng đá, chạy đường dài, trượt băng, đua xe đạp...

CĐPB: hội chứng chèn ép, Osgood-Schlatter, rách sụn chêm, gãy xương do mỏi..

Cổ chân: 50% các vận động viên chuyên nghiệp

YTNC: bóng đá, bóng chuyền, các môn chạy...

CĐPB: tổn thương dây chằng, gout, viêm túi hoạt dịch gót, viêm khớp dạng thấp, gãy mỏi xương gót

Điều trị:

Nguyên tắc:

Bắt đầu bằng điều trị bảo tồn

Chỉ định phẫu thuật khi các triệu chứng kéo dài hơn 6 tháng hay có biến chứng

Bảo tồn:

Giảm viêm, giảm đau và sưng: nghỉ ngơi, chườm lạnh, thuốc kháng viêm không steroid, corticoid.

Phá vỡ vòng xoắn bệnh lý: nghỉ ngơi, sử dụng nẹp hỗ trợ, thay đổi thói quen và tư thế không tốt.

Phục hồi tổng hợp collagen: Tập VLTL bài tập ly tâm, xoa bóp, dinh dưỡng hợp lý (Cơ cơ ly tâm (eccentric) là hoạt động cơ cơ với chiều dài cơ dài ra).

Phục hồi sức mạnh và chức năng gân: VLTL

Phẫu thuật:

Xác định thương tổn, giải phóng gân

Cắt lọc mô xơ, mô viêm thoái hóa

Làm mới kích thích lành gân

Sửa chữa phục hồi trong rách, đứt gân

Phòng ngừa

Thay đổi tư thế xấu trong sinh hoạt hàng ngày, ngăn ngừa vi chấn thương gân lặp đi lặp lại giúp ngăn ngừa tiến triển bệnh lý gân

BỆNH LÝ GÂN CHÓP XOAY

Giải phẫu gân chóp xoay gồm: trên gai, dưới gai, dưới vai, tròn bé

Thuật ngữ bao gồm thoái hóa gân chóp xoay và khiếm khuyết chức năng sau chấn thương chóp xoay

Cơ chế nội sinh: liên quan đến yếu tố tự có của gân như lão hóa, thay đổi sinh học, thoái hóa, dùng quá mức, chấn thương

Theo tuổi, đặc tính của gân suy yếu do các yếu tố lắng canxi, thoái hóa, giảm tải lực căng, giảm đàn hồi...

Cơ chế ngoại sinh: là các biến thể giải phẫu dẫn đến cản thường là mặt trước mỏm cùng. Hiện tại nguyên nhân cản ngoại sinh chiếm 40%-60% tất cả các trường hợp đau vai. Các thay đổi về hình dạng mỏm cùng (dẹt, cong, có móc), gai khớp cùng đòn, chồi xương đầu ngoài xương đòn có thể dẫn đến bệnh lý gân chóp xoay

Cần khớp vai là nguyên nhân ngoại sinh chính của bệnh lý chóp xoay. Nguyên nhân là do chèn ép cơ học mặt hoạt dịch của gân dẫn đến viêm và thoái hóa. Theo thời gian lâu dần dẫn đến hẹp khoang dưới mỏ cùng, dày dây chằng quạ cùng.

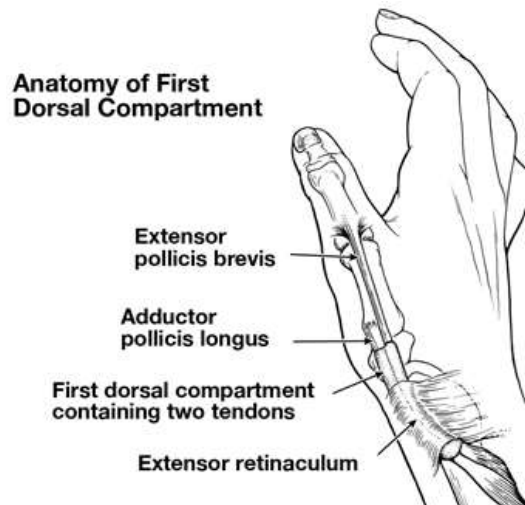
Cung cấp máu của gân chóp xoay được cho là yếu tố nội sinh có thể bị ảnh hưởng bởi yếu tố ngoại sinh như khi dạng vai hết mức là gân trên gai bị ép giữa khoang mỏ cùng vai dẫn đến giảm máu nuôi gân.

VIÊM GÂN DE QUERVAIN

- Fritz de Quervain mô tả năm 1895.
- Là tình trạng viêm hẹp bao gân tại khoang gân đuôi 1 cổ tay (stenosing tenosynovitis).
- Khoang gân đuôi cổ tay 1 có 2 gân:

Gân dạng dài ngón I (APL the abductor pollicis longus).

Gân đuôi ngắn ngón I (EPB the extensor pollicis brevis).



Nguyên nhân:

Chấn thương nhỏ lặp đi lặp lại nhiều lần.

Sau chấn thương cấp.

Không rõ.

Yếu tố thuận lợi:

Tuổi: 30 – 50 tuổi.

Phái: Nữ > Nam.

Có thai.

Nuôi con nhỏ.

Nghề nghiệp: vận động nhiều cổ tay, bàn tay

Lâm sàng

Thường gặp ở người trưởng thành

Nữ thường gặp gấp 8 lần nam

Khi sờ có cảm giác xương mỏm trâm quay nhô lên và đau do khoang gân 1 năm ngay trên mỏm trâm quay.

- Đau gốc ngón I ở cổ tay.
- Đau tăng từ từ hoặc đột ngột.
- Đau có thể lan lên cẳng tay.
- Đau tăng khi cử động bàn tay và ngón I, đặc biệt khi nắm chặt bàn tay hoặc xoắn cổ tay.
- Sưng nề gốc ngón I, có thể kèm theo nang hoạt dịch.
- Cảm nhận "catching" or "snapping" khi cử động ngón I
- Đau và sưng làm ngón I cử động khó khăn.
- **Finkelstein test:** gấp ngón I vào lòng bàn tay và cổ tay nghiêng trụ, gây đau chói đột ngột tại mỏm trâm trụ.



Điều trị không mổ: mục tiêu giảm đau, giảm sưng.

- Thuốc kháng viêm không steroid (nonsteroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs) giúp giảm đau và giảm viêm, là lựa chọn đầu tiên trong điều trị bệnh lý viêm hẹp bao gân De Quervain, thường dùng đường uống.
- Nẹp cổ tay - bàn tay ôm ngón I.
- Richie , Briner: chích corticosteroid tại chỗ, đơn thuần có tỉ lệ khỏi bệnh 83% trong điều trị bệnh De Quervain, so với mang nẹp đơn thuần tỉ lệ khỏi bệnh 14% và 61% trong kết hợp mang nẹp và chích tại chỗ.
- Giai đoạn cấp: chườm túi lạnh để giảm đau và giảm sưng. Có thể dùng sóng siêu âm (ultrasound), điện trị liệu

Phẫu thuật

- Chỉ định khi các triệu chứng lâm sàng tăng nặng hoặc không cải thiện sau khi điều trị bảo tồn.
- Mục đích: mở khoang gân duỗi cổ tay thứ 1.
- Biến chứng: Tổn thương nhánh cảm giác thần kinh quay.

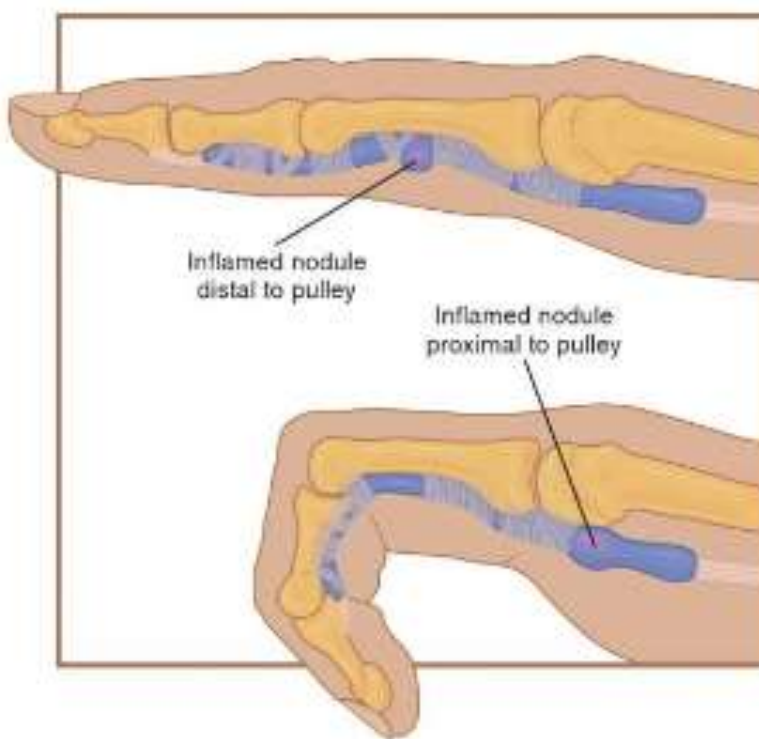
Trật gân duỗi ngắn và gân dạng dài ngón I.

NGÓN TAY CÒ SÚNG- NGÓN TAY LÒ XO

VIÊM HẸP BAO GÂN GẤP NGÓN TAY

Nguyên nhân : không rõ.

- Thường gặp: lực chèn ép mạnh lặp đi lặp lại, căng kéo dài, tình trạng chống lại lực gấp là những nguyên nhân gây viêm, sưng, vi chấn thương tại gân gấp và ròng rọc A 1.
- Bệnh nghề nghiệp.
- Tiểu đường, Gout, Thấp khớp, Amyloidosis.
- Thay đổi về gen, suy thận, bệnh tuyến giáp, Lupus ban đỏ.
- Chấn thương trực tiếp tại chỗ, sau sinh, bẩm sinh

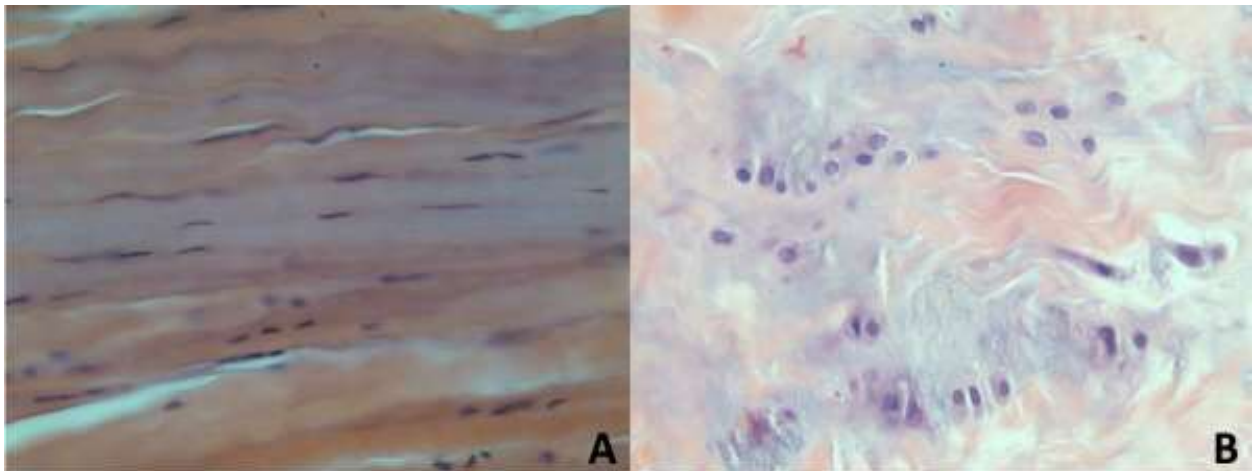


Lâm sàng

- Đau, sưng tại vùng ròng rọc A1, đơ khớp liên đốt gần (PIP) vào buổi sáng.
- Sờ: nốt tại ròng rọc A1.

- Dấu lò xo.
- Kẹt ngón tay ở tư thế gấp.
- Hạn chế cầm nắm ngón tay.
- Thường gấp ngón III, IV, ít gấp ngón I.
- Co rút khớp liên đốt gần PIP.
- > 60% có chèn ép thần kinh giữa ở cổ tay trên EMG.

Giải phẫu bệnh: vùng kẹt gân là do tăng sinh dạng sụn hình B so với gân lành hình A



Điều trị

Bảo tồn

- Tập VLTL
- Thuốc NSAID.
- Nẹp: cố định khớp bàn ngón MCP; PIP -DIP cử động → 40 – 87%.

Phẫu thuật

- Chỉ định: điều trị bảo tồn thất bại.
- Mục đích: giải phóng ròng rọc A 1.
- Phương pháp: mổ mở, qua da.
- Vô cảm: tê tại chỗ

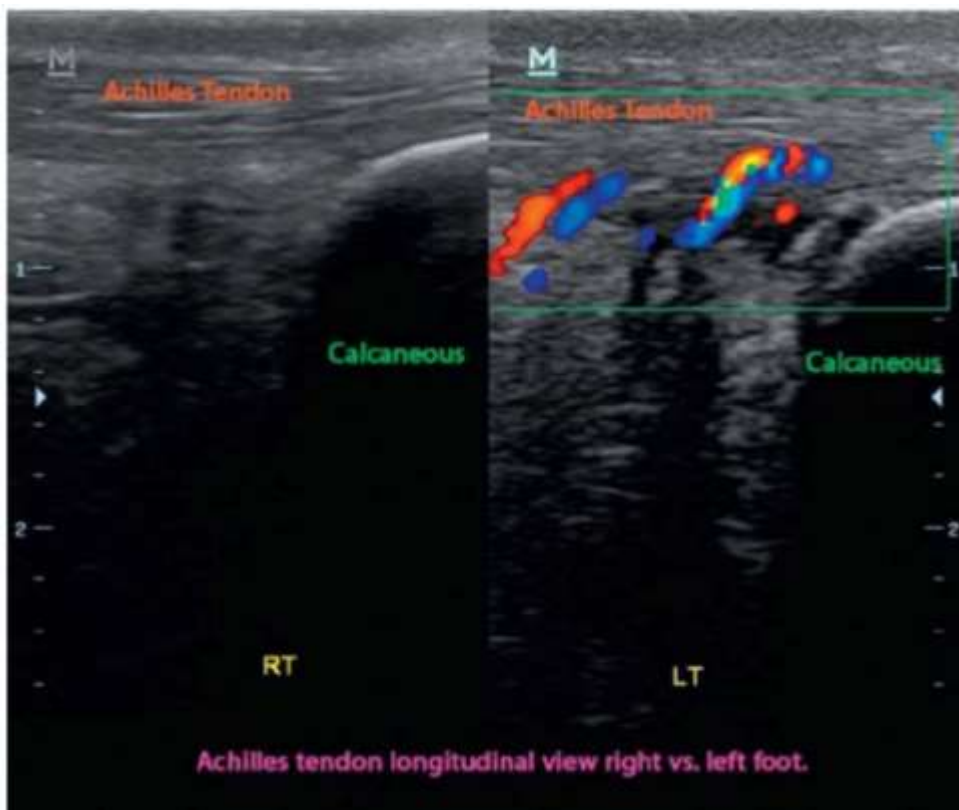
BỆNH LÝ GÂN GÓT

Lâm sàng hay gặp trên người chạy bộ. Thường biểu hiện đau vị trí bám gân gót vào xương gót hay vùng hẹp nhất của gân (trên chỗ bám 5cm). Nguyên nhân có thể do vi chấn thương lặp lại ở vùng nghèo máu nuôi này. Diễn tiến lâu dài có thể vôi hóa gân hay đứt gân

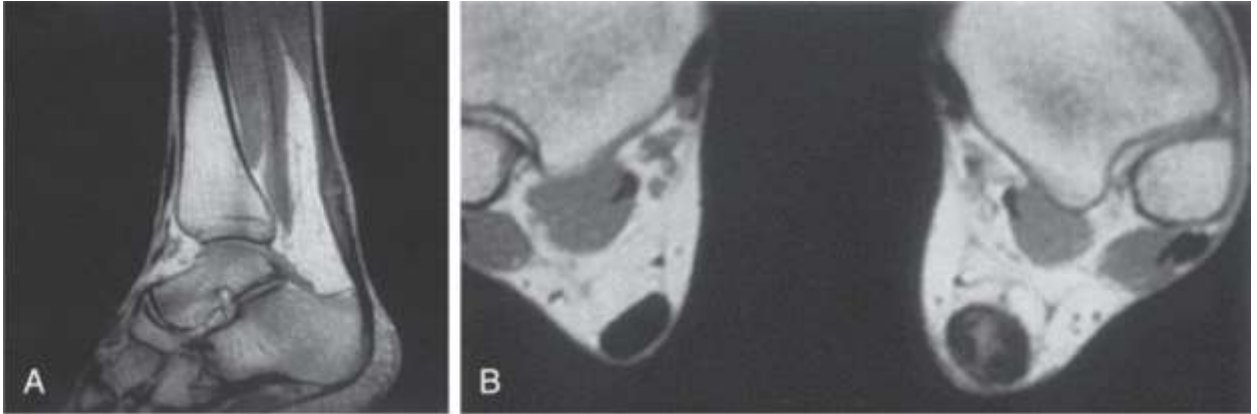
Bệnh cảnh thường cấp tính sau một cử động quá mức hay sai tư thế cổ chân. Ví dụ khi dừng đột ngột khi đang chạy.

Đau ngay vị trí sau cổ chân vùng gân gót viêm. Đau về đêm làm mất ngủ cũng đã được ghi nhận. Đau tăng khi gập lòng bàn chân có kháng lực. Khi bệnh mạn tính có thể gây đứt gân sau một chấn thương mạnh đột ngột

Hình ảnh học trong bệnh lý gân gót luôn được chỉ định là XQ cổ chân, siêu âm và MRI



Siêu âm Doppler màu cho thấy hình ảnh viêm gân gót trái tăng sinh mạch máu so với bên phải



Hình ảnh MRI viêm dày thoái hóa gân gót so với bên đối diện

Điều trị

Bảo tồn không mổ khi chưa có biến chứng

- Tập VLTL
- Thuốc NSAID.

Biến chứng đứt gân: mổ khâu gân trong trường hợp cấp, tái tạo gân khi đến muộn. Lâm sàng:

Mất khả năng đứng nhón gót

Sờ mát liên tục gân gót so với bên lành

Thompson test

MRI xác định chẩn đoán