

Viêm gân chân ngỗng: Ca lâm sàng được tiếp nhận và điều trị thành công sau lộ trình chữa bệnh phức tạp

Nguyễn Văn Chương¹, Nguyễn Việt Trung², Nguyễn Thúy Linh³

¹ Hội Chống đau Hà Nội

² Học viên Bộ môn Thần kinh, Đại học Y Hà Nội

³ Khoa Đột quỵ, Viện Thần kinh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

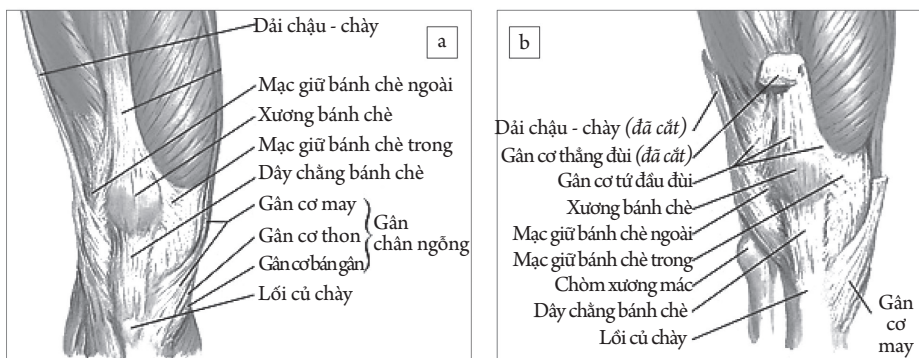
Xung quanh khớp gối có nhiều cấu trúc nhạy cảm đau, trong đó viêm gân chân ngỗng là nguyên nhân gây đau khớp gối hay gặp, rất dễ chẩn đoán nhầm với các nguyên nhân khác. Trong lâm sàng người thầy thuốc cần khám xét bệnh nhân kỹ càng, cân nhắc nhiều chẩn đoán phân biệt tránh đưa ra các quyết định không phù hợp. Bài báo đề cập tới 1 ca bệnh xác định chưa chính xác nguyên nhân đau khớp gối dẫn đến việc điều trị bệnh mất nhiều thời gian.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là khớp lớn nhất cơ thể, có chức năng quan trọng và cấu trúc phức tạp. Các xương tạo thành khớp gối (xương đùi, xương chày và xương bánh chèo) được kết nối chắc chắn với nhau bởi hệ

thống dây chằng đặc biệt và thực hiện được các vận động vững chắc, khỏe mạnh nhờ lực co của hệ thống cơ bắp kết nối với các xương qua các gân riêng (hình 1a và b).

Hầu hết các cấu trúc trên đều có khả năng cảm nhận đau và do chúng nằm thành các lớp chồng lên nhau nên bệnh nhân thường thấy cảm giác đau lan tỏa, việc khám và phát hiện xem cấu trúc cụ thể nào bị tổn thương là rất khó khăn. Mặc dù có sự hỗ trợ tích cực của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, rất phong phú với độ phân giải cao nhưng không phải lúc nào ta cũng có được 1 chẩn đoán xác định chính xác, vì vậy cũng có những trường hợp chẩn đoán chưa chính xác, chỉ định liệu pháp điều trị chưa phù hợp dẫn đến kết quả điều trị không cao thậm chí không hiệu quả.



Hình 1. Các gân, cơ, mạc mặt trong (a) và mặt bên (b) của khớp gối

Chúng tôi đã khám và điều trị thành công cho 1 bệnh nhân đau khớp gối phải trong hoàn cảnh khó khăn như vậy. Ở bệnh nhân này, việc chẩn đoán nguyên nhân đau không chính xác ngay giai đoạn đầu nên bệnh nhân đã phải trải qua 1 hành trình chữa bệnh phức tạp.

Nay xin được báo cáo về trường hợp bệnh này để các đồng nghiệp tham khảo.

CA BỆNH

Họ và tên bệnh nhân: Phạm Thị D. 54 tuổi;
Quê: TD, Bắc Ninh

Chẩn đoán: Viêm gân chân ngỗng bên phải trên 10 năm, đã phẫu thuật khớp gối phải tháng thứ 8.

Bệnh sử:

Từ nhiều năm nay bệnh nhân đau khớp gối phải, đau có tính chất cơ học, đau nhiều khi đi lại, ngồi đỡ và nghỉ ngơi đỡ đau, đêm vẫn đau gây mất ngủ. Bệnh nhân đã khám và điều trị nhiều lần ở 2 BV trên địa bàn Thành phố, kết quả bệnh không thay đổi.

Thời gian sau đó mặc dù đau ngày 1 tăng nhưng bệnh nhân vẫn tự đi lại được hàng trăm mét.



Tháng 4/2022 bệnh nhân tới khám ở 1 BV lớn ở Hà Nội, tại đây bệnh nhân được chẩn đoán là “Đứt dây chằng chéo gối phải” và được điều trị phẫu thuật, sau phẫu thuật BN không đi lại được và tình trạng này kéo dài suốt 8 tháng, tới khi đến với chúng tôi.

Trong thời gian 8 tháng đó BN được giới thiệu đi điều trị PHCN ở BV Thành phố và ở BV của 1 quận của HN, tuy nhiên bệnh không đỡ hơn, bệnh nhân chỉ tự đi được khoảng 100m kèm đau đớn.

Tháng 11/2022: bệnh nhân đến cơ sở của chúng tôi khám bệnh.

- Tình trạng bệnh nhân khi đó: khớp gối phải

sưng nề, màu sắc xung quanh bình thường, sẹo khô sạch liền da tốt ở gối phải. Ấn trên gân chân ngỗng và điểm bám gân bệnh nhân đau nhiều. Vận động căng chân ra trước - sau và sang 2 bên bệnh nhân rất đau. VAS 7 điểm.

- Hình ảnh Xquang khớp gối phải bình thường, kết quả siêu âm cho thấy có dịch trong khớp gối, giảm âm ở phần mềm mặt trong gối phải.

- Chẩn đoán của chúng tôi: Viêm gân chân ngỗng bên phải trên 10 năm, đã phẫu thuật khớp gối phải tháng thứ 8.

- Bệnh nhân được chỉ định điều trị:

Bất động gối phải, mang đai khớp; chườm lạnh.

Dùng thuốc nhóm NSAID, ATP, Vitamin E.

Tiêm điểm bám gân và gân chân ngỗng bằng hỗn hợp Depo-medrol với Lidocain.

- Kết quả: Vào ngày thứ 3 - sau lần tiêm đầu tiên bệnh nhân thấy đỡ đau 50%. Sau 15 ngày điều trị bệnh nhân đi lại khá hơn nhiều, đêm và khi đi lại thoải mái, bệnh nhân ngủ tốt hơn. VAS 1 điểm. Kết quả điều trị rất tốt.

- Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 2 tuần để có kế hoạch tiếp.

BÀN LUẬN

1. Gân chân ngỗng

- Giải phẫu và chức năng: gân chân ngỗng là tập hợp 3 gân của 3 cơ (cơ may, cơ thon và cơ bán gân; Hình 1a) và có điểm bám tận chung ở mặt trước trong đầu trên xương chày, vùng bám tận này rộng khoảng 20mm. Về mặt chức năng, gân cơ chân ngỗng tham gia các vận động duỗi, gấp khớp gối, đảm bảo cho cơ thể khả năng di chuyển linh hoạt.

- Nguyên nhân viêm gân chân ngỗng: hay gặp nhất là do thoái hóa, chấn thương khớp gối.

2. Bệnh lý viêm gân chân ngỗng

- Lâm sàng và chẩn đoán

- Chẩn đoán có những căn cứ sau:

+ Lâm sàng: bệnh nhân đau nhức nhối mặt trong khớp gối, đau tăng khi vận động (nhất là động tác quỳ gối hoặc xuống cầu thang, bẻ ngoài hoặc xoay ngoài cẳng chân), đau cả về đêm khiến bệnh nhân mất ngủ, mặt trong khớp gối có thể thấy sưng nề, đỏ. Ấn điểm bám gân chân ngỗng (khoảng 3cm dưới khe trong khớp gối) bệnh nhân thấy đau chói.

+ Chẩn đoán hình ảnh: Xquang khớp gối hầu như không thấy thay đổi, có chăng chỉ là hình ảnh đóng vôi bao hoạt dịch hoặc gân chân ngỗng. Hình ảnh siêu âm thấy dịch tụ quanh gân và phù nề gân. Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy những thay đổi của gân, điểm bám gân rõ nét hơn.

- Chẩn đoán phân biệt với bệnh lý các cấu trúc kế cận (Hình 2):

+ Đau các dây chằng và mạc vùng gối (dây chằng bên chày, gân cơ rộng trong, gân xương bánh

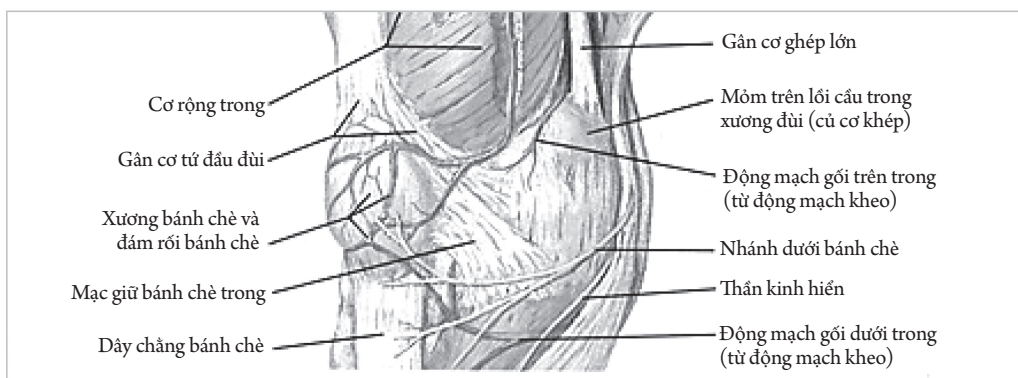
chè và điểm bám, các bao thanh mạc, mạc giữ trong xương bánh chè, dây chằng chéo...).

+ Đau các rễ thần kinh của đám rối thần kinh thắt lưng cùng, đau các dây thần kinh (dưới bánh chè, thần kinh hiển...).

+ Đau động mạch gối dưới.

+ Bệnh lý các xương đùi, chày, bánh chè.

+ Theo thống kê năm 2022 của chúng tôi, tỷ lệ đau các cấu trúc khớp gối như sau: Gân chân ngỗng 57,14%; Nội khớp 16,67%; Dải chày – chày 5,8%; Đầu trong, ngoài cơ bụng chân; Gân xương bánh chè; Dây chằng bên mác có tỷ lệ như nhau là 4,76%; đau mạc giữ xương bánh chè 2,38%. Như vậy trong thực tế viêm gân chân ngỗng rất hay gặp trong lâm sàng và còn có nhiều nguyên nhân khác gây đau mặt trong khớp gối nên cần khám kỹ, cần nhắc chẩn đoán cho chặt chẽ.



Hình 2. Chẩn đoán phân biệt với bệnh lý các cấu trúc kế cận gân chân ngỗng

- Điều trị:

+ Bất động

+ Điều trị vật lý- phục hồi chức năng

+ Thuốc nhóm NSAID

+ Chườm lạnh.

+ Tiêm corticoid tại chỗ.

3. Những vấn đề cần lưu ý với ca bệnh:

- Chẩn đoán đứt bán phần dây chằng chéo và chỉ định can thiệp phẫu thuật dây chằng chéo không mang lại kết quả như ý và là hướng đi chưa đúng ở

bệnh nhân D. Từ đó khiến lộ trình chữa bệnh của bệnh nhân trở nên phức tạp và không hiệu quả.

- Bệnh lý gân chân ngỗng chưa được đưa ra trong chẩn đoán phân biệt.

- Chúng tôi đã có cách tiếp cận lâm sàng hợp lý, chẩn đoán chính xác và chỉ định liệu pháp điều trị phù hợp nên đạt kết quả rất tốt.

- Liệu pháp tiêm corticoid tại chỗ là lựa chọn chính xác, an toàn, hiệu quả cho các trường hợp bệnh lý quanh khớp nói chung và bệnh lý quanh khớp gối nói riêng.

KẾT LUẬN

Bệnh nhân đau khớp gối đã được xác định nguyên nhân đau chưa chính xác dẫn đến chỉ định liệu pháp điều trị nặng nề không phù hợp nên không hiệu quả, kéo theo sau là lộ trình điều trị mất thời gian và gây nhiều ảnh hưởng.

Viêm gân chân ngỗng là bệnh lý tương đối phổ

biến cần được phổ cập rộng hơn cho các nhà lâm sàng.

Khám lâm sàng, phân tích triệu chứng để tìm ra nguyên nhân chính xác gây đau khớp gối là việc làm hết sức quan trọng, cần được rèn luyện hàng ngày tránh các sai lầm đáng tiếc.

Tiêm hỗn hợp thuốc corticoid và lidocain tại chỗ có hiệu quả tốt trong điều trị viêm gân chân ngỗng.

ABSTRACT

Around the knee joint, there are many pain-sensitive structures, in which Goosefoot tendinitis is a common cause of knee pain, which is easy to misdiagnose with other causes. In clinical practice, the physician needs to examine the patient carefully, consider multiple differential diagnoses to avoid making inappropriate decisions. The article refers to a case where the cause of knee pain was not accurately determined, leading to a long time to treat the disease.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế 2014; Tiêm điểm bám gân lõi cầu trong xương chày; Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Nội khoa, chuyên ngành Cơ Xương Khớp.
2. Steven D. Waldman (2012) Atlas of common pain syndromes, Elsevier Saunders, third editon; pp 341-346.
3. Gernot Badtke und Ilona Mudra (1994); Neuraltherapie- Lehrbuch und atlas; Ullsten Mosby; pp 116-119.