

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐỨT GÂN DUỖI DÀI NGÓN CÁI SAU GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY ÍT LỆCH

Lưu Danh Huy¹, Phan Văn Hậu², Chu Đức Phong¹, Nguyễn Giang Linh^{3}*

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo hai trường hợp đứt gân duỗi dài ngón cái sau gãy đầu dưới xương quay ít lệch; từ đó, thảo luận về sinh lý bệnh, phương pháp điều trị phẫu thuật và bổ sung dữ liệu lâm sàng cho các y văn đã có về biến chứng của ca bệnh này. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hai trường hợp đứt gân duỗi dài ngón I muộn sau gãy đầu dưới xương quay ít di lệch được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chẩn đoán xác định dựa vào thăm khám lâm sàng, siêu âm và hình ảnh X-quang. **Kết quả:** Phẫu thuật ghép gân tự thân sử dụng gân cơ gan tay dài, khâu nối hai đầu bằng kỹ thuật Pulvertaft. Đánh giá sau 10 tháng theo thang điểm Gelmacher cho thấy kết quả tốt. Ngón I phục hồi hoàn toàn biên độ vận động, sức nắm và sức kẹp đạt 90% so với bên lành. **Kết luận:** Đứt gân duỗi dài ngón I có thể xảy ra sau gãy đầu dưới xương quay ít di lệch, thường do cơ chế chèn ép và thiếu máu nuôi tại khoang gân. Phẫu thuật ghép gân tự thân là một lựa chọn khả quan và hiệu quả. Cần theo dõi gãy đầu dưới xương quay trong ba tháng đầu để phát hiện sớm các dấu hiệu tổn thương gân.

Từ khóa: Đứt gân duỗi dài ngón cái; Ghép gân tự thân; Gãy đầu dưới xương quay.

A CLINICAL CASE REPORT: DELAYED RUPTURE OF THE EXTENSOR POLLICIS LONGUS TENDON FOLLOWING MINIMALLY DISPLACED DISTAL RADIUS FRACTURE

Abstract

Objectives: To present two clinical cases of extensor pollicis longus (EPL) tendon secondary to distal radius fractures, frequently occurring in cases with minimally displaced fractures; thereby, discussing the pathophysiology, surgical management strategies,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bộ môn Giải Phẫu, Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Giang Linh (gianglinh.dr@gmail.com)

Ngày nhận bài: 07/10/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 24/11/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i1.1732>

and supplementing clinical data to the existing literature on complication of these cases. **Methods:** This report is a case description of two patients with late EPL tendon rupture following minimally displaced distal radius fractures diagnosed and managed at Viet Duc Friendship Hospital. The diagnosis in both cases was confirmed based on clinical examination, ultrasonography, and X-ray imaging. **Results:** The surgical management involved autologous palmaris longus tendon grafting, with the tendon ends being coapted using the Pulvertaft weave technique. Postoperative evaluation at 10 months using the Gelmacher wrist score demonstrated favorable outcomes. The thumb regained full range of motion, with grip strength and pinch strength achieving 90% compared to the contralateral, uninjured side. **Conclusion:** EPL tendon rupture can occur after minimally displaced distal radius fractures, often due to mechanical impingement and ischemia within the tendon sheath. Autologous tendon grafting presents a promising and effective treatment option. Careful follow-up of distal radius fractures should be monitored within the first three months for the early detection of tendon injury.

Keywords: Extensor pollicis longus tendon rupture; Autologous tendon grafting; Distal radius fracture.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương quay thường gặp trong các tổn thương gãy xương chi trên. Nghiên cứu của Lourie GM và CS tại Thụy Điển cho thấy 75% gãy xương cẳng tay có liên quan tới đầu dưới xương quay [1]. Điều trị bảo tồn là phương pháp được chỉ định đối với gãy đầu dưới xương quay không di lệch hoặc có di lệch ít. Đứt gân duỗi dài ngón I gặp trong khoảng 0,3 - 0,88% các trường hợp gãy đầu dưới xương quay, 5% gãy không di lệch hoặc di lệch ít với độ tuổi trung bình là 53, xảy ra sau trung bình 4 - 8 tuần [2, 3] và có thể đi kèm với các bệnh toàn thân như viêm khớp dạng thấp, gout hoặc dùng corticoid tại chỗ gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

Đã có một số nghiên cứu về tổn thương, bệnh sinh và phương pháp phẫu thuật về chủ đề đứt gân duỗi dài ngón I sau gãy đầu dưới xương quay ít di lệch được thực hiện. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật còn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tham khảo y văn trong nước chưa thấy có nghiên cứu về chủ đề này.

Vì vậy, báo cáo hai trường hợp đứt gân duỗi dài ngón I sau gãy đầu dưới xương quay ít di lệch được thực hiện nhằm: *Củng cố các giả thuyết về sinh lý bệnh, cơ chế tổn thương, giá trị của các phương pháp chẩn đoán và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị.*

GIỚI THIỆU CA BỆNH

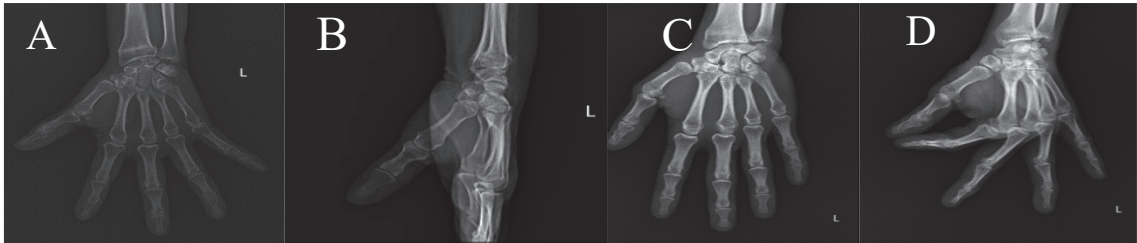
1. Trường hợp thứ nhất

Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, đến khám vì hạn chế vận động ngón I, vào viện 4 ngày, do ngã chống tay cách một tháng, không đi khám, điều trị giảm đau và sinh hoạt bình thường. Khi thăm khám thấy mất hoàn toàn khả năng duỗi chủ động đốt xa ngón I bàn tay trái - dấu hiệu "rơi" ngón tay cái "dropped thumb", trong khi duỗi thụ động bình thường. Cử động sấp ngửa cẳng tay không hạn chế. Chụp X-quang có hình gãy đầu dưới xương quay trái ít di lệch,

đường gãy không điển hình, hình liên xương di lệch ít tại vùng lồi củ Lister.

2. Trường hợp thứ hai

Bệnh nhân nam, 41 tuổi, ngã chống tay từ hai tháng, điều trị cố định bó bột 4 tuần tại y tế tuyến dưới. Sau tháo bột, tập phục hồi chức năng 5 tuần với tình trạng hạn chế vận động duỗi ngón I không cải thiện. Khám lâm sàng: Ngón I gấp quá mức, không duỗi được khớp liên đốt I - II, không có dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau, vận động thụ động các khớp bình thường. Hình ảnh X-quang cho thấy hình ảnh gãy đầu dưới xương quay trái ít lệch đã liền xương vững.



Hình 1. Hình ảnh X-quang cổ tay thẳng nghiêng trường hợp thứ nhất (A, B) và thứ hai (C, D) cho thấy có gãy đầu dưới xương quay ít di lệch.

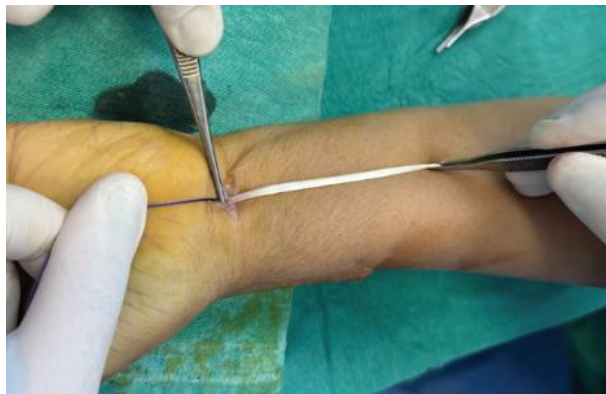


Hình 2. Hình ảnh trước phẫu thuật trường hợp thứ hai.

3. Phẫu thuật

Hai trường hợp đều được phẫu thuật ghép gân gan tay dài cho gân duỗi ngón cái dài bằng kỹ thuật Pulvertaft.

Gây tê vùng và sát khuẩn vùng mổ, rạch da từ 10 - 15cm dọc theo đường đi của duỗi dài ngón I ở vùng cổ tay. Tiến hành phẫu tích bộc lộ toàn bộ đoạn gân duỗi dài ngón I, xác định hai đầu gân đứt phía trung tâm và ngoại vi. Cắt lọc tổ chức sẹo và đánh giá, làm sạch hai đầu gân, chất lượng gân kém, co lên cao không có khả năng khâu nối trực tiếp. Tiến hành lấy gân gan tay dài cùng bên tay thông qua đường rạch nhỏ 1 - 2cm ở vị trí cổ tay bằng dụng cụ chuyên dụng (Hình 3).



Hình 3. Lấy đoạn gân gan tay dài.

Khâu nối hai đầu gân bằng kỹ thuật Pulvertaft, độ căng gân được điều chỉnh ở tư thế ngón cái duỗi khớp bàn ngón, liên đốt ngón tối đa trước khi khâu nối đầu ngoại vi. Băng ép vết mổ, nẹp duỗi dạng ngón cái.



Hình 4. Hình ảnh gân trước và sau khi ghép gân trường hợp thứ nhất.



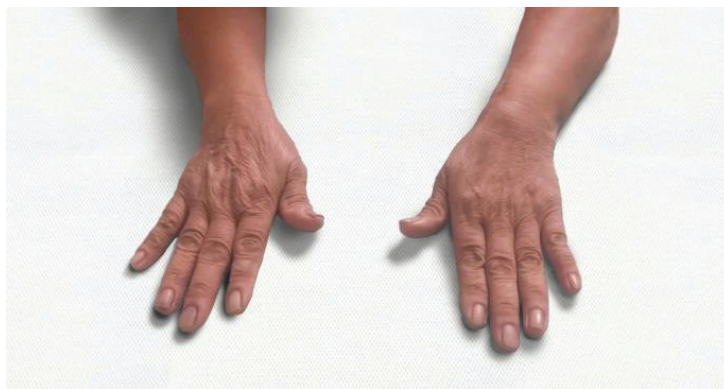
Hình 5. Hình ảnh gân trước và sau khi ghép gân trường hợp thứ hai.

4. Kết quả sau phẫu thuật

Sau 2 tuần BN cắt chỉ vết mổ.

Tháo bột sau 6 tuần, tập các bài tập về cổ bàn tay, biên độ vận động chủ động và thụ động ngón I.

Người bệnh được hẹn khám lại định kỳ 3 tháng một lần, kết quả sau 6 tháng cho thấy cả hai trường hợp đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Ngón I biên độ duỗi đạt, sức nắm và sức kẹp đạt 90% so với bên đối diện, đạt 22 điểm theo thang điểm Gelmacher, đây là một kết quả rất tốt [4, 5].



Hình 6. Hình ảnh sau mổ trường hợp thứ nhất sau 6 tháng.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện đúng theo đúng quy định của Khoa phẫu thuật Chi trên và Y học thể thao, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu nghiên cứu được Khoa phẫu thuật Chi trên và Y học thể thao, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

BÀN LUẬN

1. Cơ chế bệnh sinh

Qua phân tích hai trường hợp đứt gân duỗi dài ngón I muộn sau gãy đầu dưới xương quay ít di lệch, khi đối chiếu với các nghiên cứu trong y văn [6, 7], chúng tôi nhận thấy nhiều điểm tương đồng đáng chú ý nhưng cũng bộc lộ một số khác biệt quan trọng. Cả hai trường hợp đều là gãy ít di lệch. Tỷ lệ đứt gân ở nhóm ít di lệch lên tới 5%, cao hơn hẳn so với nhóm gãy di lệch (0,3 - 0,9%) [2, 8].

Các tác giả Engkvist O và Lundborg G đã đưa ra giả thuyết: "Áp lực tăng trong khoang gân kín cùng với thiếu máu nuôi dưỡng là yếu tố dẫn đến hoại tử gân" [6], Helal B cũng đưa ra nhận định về việc cân hãm gân duỗi còn nguyên vẹn [9]: "Trong gãy không di lệch, cân hãm gân duỗi không bị rách, tạo khoang kín làm cho gân duỗi dài ngón I bị chèn ép bởi khối máu tụ và tổ chức xương". Giả thuyết này được củng cố bởi nghiên cứu khi chỉ ra rằng: "Gân duỗi dài ngón I tại vùng lồi củ Lister có cấu trúc mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn, khiến dễ tổn thương khi bị chèn ép".

Nghiên cứu giải phẫu trên tử thi [7] đã chứng minh áp lực trong bao gân duỗi dài ngón I tăng đáng kể sau khi tạo gãy xương giả định, hỗ trợ cho giả thuyết tăng áp lực nội khoang và sự thoát dịch cản quang vào khoang duỗi thứ ba cũng cho thấy vai trò của rối loạn áp lực. Tình trạng này giải thích tại sao trong trường hợp thứ nhất của chúng tôi, tổ chức xương liền nhô cao lên tại chính vị trí này

lại gây đứt gân. Năm 2001, nghiên cứu của McKay cũng chỉ ra khoảng thời gian từ lúc chấn thương đến khi đứt gân từ 3 - 12 tuần, trung bình là 6,6 tuần, con số này tương ứng với 4 tuần và 9 tuần của hai trường hợp gợi ý về diễn biến đa dạng của bệnh lý này [3].

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

Năm 2013, Piotuch B và CS đã cảnh báo triệu chứng đau ban đầu có thể nhầm lẫn với hội chứng De Quervain nếu không khai thác kỹ tiền sử chấn thương [8], nhận định này đúng với trường hợp thứ hai của chúng tôi, khi người bệnh có thời gian đau kéo dài trước khi gân bị đứt. Dấu hiệu "Ngón cái rơi" (dropped thumb) là đặc điểm lâm sàng không thể nhầm lẫn của đứt gân duỗi dài ngón I và đều được khai thác thấy trong cả hai trường hợp của chúng tôi.

Trên siêu âm và hình ảnh X-quang của cả hai trường hợp đều cho hình ảnh tổn thương điển hình là mất liên tục của gân duỗi dài ngón I và gãy cũ đầu dưới xương quay.

3. Về phương pháp phẫu thuật và kết quả

Chỉ định phẫu thuật đối với đứt gân duỗi dài ngón I là rộng rãi. Việc lựa chọn phương pháp và thời điểm phẫu thuật cần dựa trên nguyên nhân, thời gian tổn thương và tình trạng cụ thể của từng trường hợp. Tuy nhiên phẫu thuật phục hồi lại gân duỗi dài ngón I là chỉ định điều trị bắt buộc và phải được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật Bàn tay [6, 7, 9, 10].

Khâu nối trực tiếp: Do gân duỗi dài ngón I thường đứt ở vùng thiếu mạch, bệnh cảnh diễn biến kéo dài dẫn đến chất lượng gân kém, nên khả năng liền gân kém, cũng như không đủ điều kiện để khâu nối trực tiếp trong cả hai trường hợp.

Chuyển gân: Đây là phương pháp phổ biến nhất do kỹ thuật đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn và hiệu quả phục hồi chức năng tốt [7, 9, 10].

Ghép gân tự thân: Là phương án thường được sử dụng trong đứt gân duỗi dài ngón I. Mặc dù chuyển gân được chứng minh là phương pháp tốt, nhưng ghép gân là phương pháp tránh sử dụng gân liền kề, ngoài ra, chức năng ngón II không bị ảnh hưởng.

Trong cả hai trường hợp, người bệnh đều đến muộn, đầu gân co rút nhiều nên chúng tôi sử dụng phương pháp ghép gân gan tay dài. Kết quả sau 6 tháng, 10 tháng rất khả quan, không có các biến chứng muộn của phương pháp ghép gân như ngón cái duỗi không hết biên độ hoặc yếu ngón trở không xuất hiện, người bệnh cảm nhận tình trạng vận động của ngón tay như bình thường, điểm Gelmacher đạt 22 điểm.

KẾT LUẬN

Đứt gân duỗi dài ngón I sau gãy đầu dưới xương quay ít lệch là biến chứng cần được quan tâm do ảnh hưởng lớn đến chức năng bàn tay. Hiểu rõ cơ chế bệnh sinh và lựa chọn phương pháp

điều trị phù hợp sẽ giúp cải thiện kết quả lâm sàng.

Gãy đầu dưới xương quay, đặc biệt là gãy không di lệch, cần được theo dõi chặt chẽ trong ba tháng đầu để phát hiện sớm biến chứng đứt tổn thương gân duỗi dài ngón I. Cần khai thác kỹ các yếu tố nguy cơ như tuổi, giới tính, đặc điểm gãy xương, triệu chứng lâm sàng, dự phòng biến chứng muộn. Có thể kết hợp với các biện pháp cận lâm sàng như siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ để chẩn đoán sớm, loại trừ tình trạng viêm, hoại tử gân.

Phẫu thuật ghép gân tự thân bằng gân gan tay dài cùng bên là lựa chọn hiệu quả, cho kết quả khả quan. Người bệnh có thể luyện tập và phục hồi chức năng trong thời gian từ 3 - 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lourie GM, Putman A, Cates T, Peljovich AE. Extensor pollicis longus ruptures in distal radius fractures: Clinical and cadaveric studies with a new therapeutic intervention. *Am J Orthop (Belle Mead, NJ)*. 2015; 44(4):183-187.
2. Roth KM, Blazar PE, Earp BE, Han R, Leung A. Incidence of extensor pollicis longus tendon rupture after nondisplaced distal radius fractures. *J Hand Surg Am*. 2012; 37(5):942-947.
3. McKay SD, MacDermid JC, Roth JH, Richards RS. Assessment of complications of distal radius fractures and development of a complication checklist. *J Hand Surg Am*. 2001; 26(5):916-922.

4. Lemmen MHM, Schreuders TAR, Stam HJ, Hovius SER. Evaluation of restoration of extensor pollicis function by transfer of the extensor indicis. *J Hand Surg Br.* 1999; 24(1):46-49.
5. Magnell TD, Pochron MD, Condit DP. The intercalated tendon graft for treatment of extensor pollicis longus tendon rupture. *J Hand Surg Am.* 1988; 13(1):105-109.
6. Engkvist O, Lundborg G. Rupture of the extensor pollicis longus tendon after fracture of the lower end of the radius. *Hand.* 1979; 11(1):76-86.
7. Treble N, Arif S. Delayed rupture of extensor pollicis longus tendon: A study of underlying anatomy. *J Hand Surg Br.* 1988; 13(2):228-9.
8. Piotuch B, Morelli M, Glickel SZ, Catalano LW 3rd. Hand fractures and dislocations in the athlete. *Clin Sports Med.* 2015; 34(1):69-90.
9. Helal B. Delayed rupture of the extensor pollicis longus tendon after Colles' fracture. *J Bone Joint Surg Br.* 1981; 63-B(4):614-616.
10. Masquijo JJ, Ferreyra A, Teijeiro JG. Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon after conservative treatment of a non-displaced distal radius fracture in an adolescent. *Acta Ortop Mex.* 2023; 37(1):50-53.