

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT
Ở BỆNH NHÂN BONG GÂN KHỚP CỔ CHÂN
TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN CẤP 2 VIỆT NAM - NAM XU ĐĂNG**

*Lê Quang Đạo^{1,2}, Vũ Minh Dương^{1,3}
Nguyễn Bá Ngọc², Lê Việt Anh^{1,4}*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bong gân khớp cổ chân là tình trạng tổn thương phức hợp dây chằng bên của khớp cổ chân. Tổn thương được điều trị bằng cách bất động; điều trị không phẫu thuật và can thiệp phẫu thuật. Bong gân khớp cổ chân chiếm tỷ lệ cao trong số các mặt bệnh chấn thương điều trị tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của điều trị không phẫu thuật trong xử trí bong gân khớp cổ chân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng trên 42 bệnh nhân (BN) được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam tại Bentiu, Nam Xu Đăng với chẩn đoán bong gân khớp cổ chân một bên. Các BN được chẩn đoán dựa trên thăm khám lâm sàng và chụp X-quang khớp cổ chân. Khám khớp cổ chân được khám lại 5 ngày sau khi bị thương. BN bong gân độ I không được đưa vào nghiên cứu. Tất cả BN bong gân khớp cổ chân độ II và III đều được điều trị không phẫu thuật. **Kết quả:** Trong số 42 BN, có 30 BN (71,4%) là nam giới và 12 BN (28,6%) là nữ giới; Độ tuổi từ 24 - 45, tuổi trung bình $31 \pm 2,4$. 34 BN (80,9%) được chẩn đoán là bong gân độ II và 8 BN (19,1%) bong gân độ III. Khi bắt đầu điều trị, các trường hợp đều đau dữ dội (VAS: 8 - 10), cử động khớp cổ chân bị hạn chế và đau. Thử nghiệm ngăn kéo trước dương tính ở 8 BN (19,1%). Vào cuối tuần điều trị thứ 8 có 38/42 BN (90,5%) hết đau, không sưng nề, vận động khớp cổ chân không hạn chế, đạt sự hài lòng tối đa. Ở tuần thứ 12, 100% BN hồi phục hoàn toàn và rất hài lòng với việc điều trị. **Kết luận:** Đối với bong gân khớp cổ chân độ II và III, điều trị không phẫu thuật tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam giúp BN phục hồi sớm và đạt kết quả tốt.

* *Từ khóa:* Bong gân khớp cổ chân; Điều trị không phẫu thuật.

¹Bệnh viện Dã chiến cấp 2 số 4 Việt Nam, Nam Xu Đăng

²Khoa Chấn thương chung và Vi phẫu, Bệnh viện Quân y 103

³Khoa Hồi sức nội, Bệnh viện Quân y 103

⁴Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi: Lê Quang Đạo (lequangdaovmmu@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/10/2022

Ngày được chấp nhận đăng: 19/10/2022

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v47i9.219>

OUTCOME OF NON-SURGICAL TREATMENT OF ANKLE SPRAIN AT VIETNAM LEVEL 2 FIELD HOSPITAL IN SOUTH SUDAN

Summary

Introduction: An ankle sprain is defined as an injury of the lateral ligament complex of the ankle joint. The injury is commonly managed by immobilization, non-surgical treatment, and surgical intervention. An ankle sprain is accounted for a high proportion of the injuries that are treated at Vietnam Level 2 Field Hospital. **Objectives:** To assess the efficacy of non-surgical treatment in the management of ankle sprain. **Subjects and methods:** A non-controlled cross-sectional descriptive study on 42 adult patients with a unilateral ankle sprain, treated at Vietnam Level 2 Field Hospital at Bentiu in South Sudan. A complete general and local examination was performed. The radiographs were taken to exclude fractures. The local examination was repeated 5 days after the injury. Patients with grade I sprain were not included in the study. All the patients with grade II and III ankle sprain were offered functional treatment. **Results:** Out of 42 patients, there are 30 males (71.4%) and 12 females (18.6%). The age range was between 24 to 45 years, and the mean age was $31 \pm 2,4$. 34 patients (80.9%) were diagnosed as having Grade II and 8 patients (19.1%) as having Grade III sprain. At the start of treatment, the pain was severe in all cases, and the movements at the ankle joint were limited and painful. Anterior drawer test was positive in 8 patients (19.1%). At the end of 8 weeks, 38/42 patients (90.5%) were pain-free with no swelling and a full range of movement at the ankle joint and claimed maximum satisfaction. At 12 weeks, all the patients were fully recovered and satisfied with the treatment. **Conclusion:** For grade II and III ankle sprain, non-surgical treatment at Vietnam Level 2 Field Hospital offers early recovery and good results.

* *Keywords: Ankle sprain; Non-surgical treatment; Vietnam Level 2 Field Hospital.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong gân khớp cổ chân là tình trạng tổn thương phức hợp dây chằng bao khớp của khớp cổ chân hay gặp là tổn thương dây chằng bên ngoài [1]. Ba dây chằng bên ngoài giúp ổn định khớp cổ chân: Dây chằng mác sên trước,

dây chằng mác gót, dây chằng mác sên sau. Dây chằng mác sên trước từ mắt cá ngoài tới cổ xương sên, là phần dây chằng bên yếu nhất và thường hay bị thương nhất, nó chủ yếu có chức năng chống lại dịch chuyển ra trước của xương sên. Dây chằng mác gót từ mắt

cá ngoài tới giữa mặt ngoài xương gót, mạnh hơn dây chằng mác sên trước. Dây chằng mác sên sau từ mắt cá ngoài tới sau xương sên là dây chằng khô nhất trong số các dây chằng bên.

Bong gân khớp cổ chân hay xảy ra ở những người chơi thể thao như bóng rổ, bóng đá và bóng chuyền. Cơ chế phổ biến của chấn thương là sự lật ngửa và khép của gan bàn chân khi tiếp đất. Bong gân khớp cổ chân chiếm khoảng 14 - 21% trong số các chấn thương liên quan đến thể thao và 85% chấn thương khớp cổ chân là bong gân [2].

Chấn thương dây chằng của khớp cổ chân bao gồm: Chấn thương giãn dây chằng nhẹ (bong gân độ I); rách dây chằng không hoàn toàn (bong gân độ II) hoặc đứt hoàn toàn dây chằng (bong gân độ III) [3]. BN đau nhức và sưng từng đợt là vấn đề thường gặp, thường khu trú ở mặt ngoài khớp cổ chân. Các trường hợp bong gân nặng, điều trị không hợp lý hoặc tổn thương sụn khớp cổ chân do chấn thương và sự mất vững tái phát dẫn tới thoái hóa khớp cổ chân.

Tại Phái bộ gìn giữ hòa bình Liên Hợp Quốc, Nam Xu Đăng, các quân nhân thường xuyên đi bộ, chơi thể thao (bóng đá, bóng chuyền...) trong điều kiện địa hình không bằng phẳng, do đó dễ gặp chấn thương cổ chân. Bong gân

khớp cổ chân chiếm tỷ lệ cao trong các mặt bệnh chấn thương điều trị tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam; bệnh được điều trị bằng cách bất động, điều trị không phẫu thuật hoặc can thiệp phẫu thuật. Điều trị không phẫu thuật là liệu pháp không phẫu thuật và bất động để giảm sưng nề, giảm đau, phục hồi độ vững của khớp cổ chân và lấy lại trạng thái chức năng đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá hiệu quả của điều trị không phẫu thuật trong xử trí bong gân khớp cổ chân.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

42 BN công tác tại Phái bộ gìn giữ hòa bình Liên Hợp Quốc, Nam Xu Đăng bị bong gân khớp cổ chân một bên được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam tại Bentiu, Nam Xu Đăng từ tháng 01/2021 - 8/2022.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN bị bong gân khớp cổ chân một bên độ II và độ III.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* BN bị chấn thương lớn ở những nơi khác trên cơ thể hoặc có vết thương xung quanh khớp cổ chân.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:* Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, thời gian tới khám sau chấn thương, mức độ bong gân, thử nghiệm ngăn kéo trước, mức độ đau, độ vững khớp cổ chân, mức độ hài lòng với điều trị.

* *Quy trình điều trị:*

BN vào viện khám sau khi bị chấn thương khớp cổ chân. Đánh giá tại chỗ mức độ sưng nề khớp cổ chân, bẻ cổ bàn chân vào trong hoặc ra ngoài để đánh giá tổn thương dây chằng; làm dấu hiệu ngăn kéo trước để đánh giá độ vững khớp cổ chân. BN được chụp X-quang khớp cổ chân để loại trừ gãy xương. Khám khớp cổ chân tổn thương được lặp lại 5 ngày sau khi bị thương. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1% vào mặt bên khớp cổ chân ở những BN cảm thấy đau không thể chịu được khi thăm khám khớp cổ chân. Mất vững khớp cổ chân khi được phát hiện đã được ghi lại. BN có tụ máu, đau ở phía bên ngoài khớp cổ chân, khớp cổ chân vững được xếp vào bong gân độ II. BN có tụ máu, đau ở phía bên ngoài khớp cổ cổ chân, khớp cổ chân mất vững được xếp vào bong gân độ III. BN không có tụ máu hoặc đau nhức được chẩn đoán là bong gân độ I và không được đưa vào nghiên cứu.

BN bong gân khớp cổ chân độ II và III đều được điều trị không phẫu thuật, được khuyên nên nghỉ ngơi, chườm đá, băng ép và gác chân cao (RICE).

Thuốc viên Paracetamol 500 mg (Efferalgan 500 mg) được kê đơn để giảm đau trong một tuần đầu điều trị. Nẹp bột mặt sau cẳng bàn chân được đặt, giữ cố định nẹp bằng băng thun, BN có thể dễ dàng tháo và cố định lại nẹp theo yêu cầu của bác sĩ. Nẹp bột được duy trì trong vòng 01 tuần. Mỗi BN được khám lại sau 5 ngày, độ vững khớp cổ chân đã được kiểm tra và ghi nhận. BN sử dụng một đôi nạng và bắt đầu tập tỳ nén ở bên khớp cổ chân bị chấn thương trong 4 - 6 tuần. BN được khám 2 tuần/lần và kiểm tra tình trạng sưng đau, phạm vi cử động và độ vững khớp cổ chân, đồng thời được tăng dần trọng lượng tỳ nén lên bàn chân của BN tùy theo cảm giác thoải mái. Sau 4 - 6 tuần, BN bỏ nạng và dùng gậy để hỗ trợ khi đi lại trong 2 tuần tiếp theo. Tất cả BN được theo dõi trong 12 tuần. Mức độ nghiêm trọng của cơn đau được ghi nhận trên thang điểm đau VAS (Visual Analog Scale): Nhẹ (1 - 3) vừa (4 - 7) và nghiêm trọng (8 - 10). Mức độ hài lòng của BN cũng được kiểm tra theo VAS từ 1 - 10, với 1 là thấp nhất và 10 là hài lòng tối đa.

- Đánh giá kết quả cuối cùng dựa trên các tiêu chí: Biên độ vận động khớp cổ chân so với trước khi bị thương (so với bên lành), mức độ đau và độ vững khớp cổ chân.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm tuổi, giới tính

Bảng 1: Phân bố giới tính.

Giới tính	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	30	71,4
Nữ	12	28,6

Trong số 42 BN, 30 BN nam (71,4%) và 12 BN nữ (28,6%). Độ tuổi từ 24 - 45 tuổi, tuổi trung bình là $31 \pm 2,4$. Trong số 30 BN nam, 25 BN (83,3%) tham gia vào hoạt động thể thao thường xuyên trung bình một lần ba tuần.

2. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 2: Nguyên nhân chấn thương.

Nguyên nhân chấn thương	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Trẹo khớp cổ chân khi đang đi giày cao gót	10	23,8
Trẹo khớp cổ chân khi đi bộ nhanh trên bề mặt không bằng phẳng	14	33,3
Trẹo khớp cổ chân khi đá bóng	12	28,6
Tiếp đất sai tư thế khi chơi bóng chuyên	6	14,3

Bong gân khớp cổ chân do chấn thương khi đi giày cao gót gặp ở 10 BN (23,8%) BN (BN nữ), trẹo khớp cổ chân khi đi nhanh trên bề mặt không bằng phẳng gặp ở 14 BN (33,3%), trẹo khớp cổ chân khi đá bóng gặp ở 12 BN (28,6%) và tiếp đất sai tư thế khi chơi bóng chuyên gặp 6 BN (14,3%).

3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3: Thời gian tới khám bệnh kể từ khi chấn thương.

Thời gian kể từ lúc bị chấn thương tới khi được khám bệnh	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 24 giờ	28	66,7
> 24 giờ	14	33,3

Có 28 BN đến khám trong vòng 24 giờ và 14 BN tới khám sau 24 giờ kể từ khi bị chấn thương khớp cổ chân.

Bảng 4: Phân loại mức độ bong gân.

Mức độ bong gân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Độ II	34	80,9
Độ III	08	19,1

Trong số 42 BN, 34 BN (80,9%) được chẩn đoán là bong gân độ II và 8 BN (19,1%) bong gân độ III. Tất cả BN đều được điều trị không phẫu thuật. Khi bắt đầu điều trị, những trường hợp này đều đau dữ dội khớp cổ chân (VAS: 8 - 10), cử động khớp cổ chân bị hạn chế và đau. Thử nghiệm ngăn kéo trước dương tính ở 8 BN (19,1%).

4. Kết quả điều trị

Tại thời điểm 2 tuần sau chấn thương, đau khớp cổ chân mức độ vừa ở 35/42 BN (83,3%) và đau dữ dội gặp ở 7 BN (16,7%). Các cử động ở khớp cổ chân bị hạn chế và đau ở tất cả các BN. Thử nghiệm ngăn kéo trước dương tính ở 8 BN (19,1%).

Ở thời điểm 4 tuần sau chấn thương, triệu chứng đau nhẹ gặp ở tất cả các BN, phạm vi cử động khớp cổ chân đã được cải thiện nhưng không hoàn toàn. Tất cả 8 BN bị bong gân độ III đều nhận thấy rằng khớp cổ chân có thể hoạt động được nhưng chưa hoàn toàn như bên lành.

Ở tuần thứ 6, triệu chứng đau khớp cổ chân đã giảm hoàn toàn ở 36/42 BN (85,7%); đau nhẹ khớp cổ chân gặp ở 6 BN (14,3%). Sự mất vững khớp cổ chân không gặp ở bất kỳ BN nào. Tất cả BN đều bỏ nạng vào cuối tuần thứ 6 và đã trở lại mức độ đi lại bình thường sử dụng gậy để hỗ trợ đi lại trong hai tuần.

Bảng 5: Kết quả điều trị.

Thời điểm sau chấn thương Tiêu chí đánh giá	8 tuần	12 tuần
Mức độ đau	38/42 BN (90,5%) đau nhẹ 4/42 BN (9,5%) đau dai dẳng	42/42 (100%) không đau
Biên độ vận động khớp	38/42 BN (90,5%) có biên độ vận động khớp bình thường	100% Đạt như bên lành
Độ vững khớp cổ chân	4/42 BN (9,5%) mất vững, 38/42 BN (90,5%) khớp cổ chân vững	100% khớp cổ chân vững

Vào cuối tuần thứ 8 có 38/42 BN (90,5%) hết đau, không sưng nề và có thể cử động khớp cổ chân hoàn toàn, đạt sự hài lòng tối đa. 4 BN (9,5%) còn đau dai dẳng, khớp cổ chân mất vững và không hài lòng với phương pháp điều trị. 4 BN này được hướng dẫn tiếp tục đi lại với sự hỗ trợ của cây gậy. Ở tuần thứ 12, tất cả BN đã hồi phục hoàn toàn và rất hài lòng với việc điều trị.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của BN từ 24 - 45 tuổi, 80,9% BN tham gia vào các hoạt động thể thao (đi bộ, bóng đá, bóng chày). Lionberger và CS báo cáo điều trị bong gân khớp cổ chân các BN từ 18 - 65 tuổi [4]. De Vries và CS báo cáo điều trị bong gân khớp cổ chân ở BN từ 17 - 40 tuổi [5].

Để kiểm tra sự mất vững khớp cổ chân, chúng tôi dựa vào dấu hiệu ngăn kéo trước được thực hiện tại thời điểm khám sau chấn thương và thời điểm khám lại sau chấn thương ngày 5, dưới gây tê tại chỗ. Frey và CS báo cáo rằng

khám lâm sàng chính xác 100% trong chẩn đoán tổn thương bong gân độ III ở khớp cổ chân [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 42 BN đã được điều trị không phẫu thuật đối với bong gân khớp cổ chân và 38/42 BN đã hồi phục hoàn toàn trong thời gian 8 tuần, 4 BN còn lại bị bong gân độ III có tình trạng mất vững khớp cổ chân và cũng hết triệu chứng sau 12 tuần điều trị. Kết quả này tương đồng với những kết quả được báo cáo trong các nghiên cứu khác. Eiff M. P. và CS đã báo cáo rằng việc vận động sớm đối với bong gân khớp cổ chân cho kết quả tốt hơn so

với bất động lâu bằng bột [7]. Các tác giả thấy rằng phương pháp điều trị này giữ cho các dây chằng bị giãn ở sự liên kết giải phẫu hợp lý và độ dài thích hợp trong quá trình lành tổn thương. Kannus P., Renstrom P. báo cáo rằng hầu hết BN bị bong gân khớp cổ chân độ III đều có kết quả tốt bất kể điều trị theo cách nào. Đối với chấn thương bong gân khớp cổ chân độ III, các tác giả khuyến nghị cố định khớp cổ chân trong thời gian ngắn bằng băng hoặc nẹp, sau đó là tập luyện vận động khớp cổ chân. Theo các tác giả, ưu điểm của phương pháp là phục hồi nhanh các chức năng vận động và sớm trở lại làm việc và hoạt động thể lực. Các tác giả cho rằng việc tái tạo lại dây chằng có thể được thực hiện nhiều năm sau chấn thương nếu cần thiết và kết quả cũng tốt như sửa chữa sơ cấp [8]. Phân tích các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy điều trị không phẫu thuật làm giảm đáng kể thời gian điều trị để trở lại làm việc khi so sánh với bất động lâu. Sự khác biệt được báo cáo là 12,9 - 18,7 ngày [9]. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng khác, được Ardevol J. và CS báo cáo, 3 tuần điều trị không phẫu thuật được so sánh với việc bất động bó bột thạch cao ở 121 vận động viên thể thao bán chuyên nghiệp bị bong gân khớp cổ chân cấp độ III [10]. Kaikkonen A. và

CS nhận thấy ở bong gân khớp cổ chân độ III, điều trị bằng cách vận động sớm cho kết quả tốt hơn phẫu thuật và bất động [11]. Tất cả BN của chúng tôi hồi phục hoàn toàn trong thời gian 12 tuần và được khuyến trở lại mức độ hoạt động trước khi bị thương.

KẾT LUẬN

Chúng tôi cho rằng đối với bong gân khớp cổ chân độ II và III, điều trị không phẫu thuật tại Bệnh viện Dã chiến cấp 2 Việt Nam giúp BN phục hồi sớm và đạt kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lassiter T. E., Malone T. R., Garret W. E. (1989). Injuries to the lateral ligaments of the ankle. *Orthop Clin North Am* 1; 20: 629-640.
2. Faraji E., Daneshmandi H., Atri A.E., Onvani V., Namjoo F.R. (2012 Dec). Effects of prefabricated ankle orthoses on postural stability in basketball players with chronic ankle instability. *Asian J Sports Med*; 3(4): 274-278.
3. Kerkhoffs G. M., Handoll H. H., de Bie R., et al (2007). Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults. *Cochrane Database Syst Rev*; (2): CD000380.

4. Lionberger (2011). Diclofenac epolamine topical patch relieves pain associated with ankle sprain. *J Pain Research*; 4: 47-53.
5. De Vries J. S., Krips R., Sierevelt I. N., et al (2006). Interventions for treating chronic ankle instability. *Cochrane Database Syst Rev*; 4: CD004124.
6. Frey C., Bell J., Teresi L., et al (1996). A comparison of MRI and clinical examination of acute lateral ankle sprains. *Foot Ankle Int*; 17: 533.
7. Eiff M. P., Smith A. T., Smith G. E. (1994). Early mobilization versus immobilization in the treatment of lateral ankle sprains. *The American Journal of Sports Medicine*; 22(1): 83-88.
8. Kannus P., Renstrom P. (1991). Current concepts review: Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. *J Bone Joint Surg*; 73A: 305.
9. Kerkhoffs G. M., Rowe B. H., Assendelft W. J., et al (2002). Immobilization and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. (3): CD003762. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3: CD003762.
10. Ardevol J., Bolibar I., Belda V. (2002). Treatment of complete rupture of the lateral ligaments of the ankle: A randomized clinical trial comparing cast immobilization with functional treatment. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*; 10: 371-377.
11. Kaikkonen A., Lehtonen H., Kannus P. (1999). Long-term functional outcome after surgery of chronic ankle instability: A 5-year follow-up study of the modified Evans procedure. *Scand J Med Sci Sports*; 9(4): 239-244.