

Đứt Gân Achilles (Achilles Tendon Rupture)

THÔNG TIN CƠ BẢN

ĐỊNH NGHĨA

Đứt gân Achilles là sự gián đoạn tính liên tục của gân Achilles, xảy ra do gập mu bàn chân (dorsiflexion) cưỡng bức khi bàn chân đang ở tư thế gập gan chân (plantar flexion), hoặc do gập gan chân cưỡng bức khi có lực đối kháng.

MÃ ICD-10CM

S86.0 Tồn thương gân Achilles không xác định

S86.012 Đứt gân Achilles bên trái

S86.011 Đứt gân Achilles bên phải

M66.871 Đứt gân Achilles không do chấn thương, bên phải

M66.872 Đứt gân Achilles không do chấn thương, bên trái

DỊCH TỄ HỌC & NHÂN KHẨU HỌC

TỶ LỆ MẮC MỐI: Trong dân số chung, đứt gân Achilles xảy ra ở 18 trên 100.000 người mỗi năm và là loại đứt gân lớn thường gặp nhất, chiếm 20% đến 35% tổng số chấn thương gân lớn trong cơ thể người. Tình trạng này thường bị bỏ sót và ban đầu bị chẩn đoán nhầm là bong gân cổ chân.

ĐỘ TUỔI KHỞI PHÁT ĐỈNH: Nam giới 30-40 tuổi

ĐỘ TUỔI CHIỀM ƯU THẾ: 30-55 tuổi

YẾU TỐ NGUY CƠ: Các yếu tố nguy cơ chung bao gồm vận động viên nghiệp dư, các môn thể thao có động tác dừng-chạy đột ngột (ví dụ: bóng rổ, quần vợt, bóng đá), bệnh lý gân Achilles có từ trước, tăng thời gian hoặc cường độ chạy bộ, tuổi cao, giới nam, và kỹ thuật chạy kém. Kháng sinh nhóm fluoroquinolone có liên quan đến đứt gân Achilles, với tỷ lệ 12 trên 100.000. Nguy cơ này thường gặp hơn ở người dùng fluoroquinolone lần đầu và thường xảy ra trong vòng 90 ngày đầu điều trị. Ngoài ra, việc sử dụng corticosteroid cũng được cho là có liên quan đến đứt gân Achilles.

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Biểu hiện kinh điển của đứt gân Achilles cấp tính là một nam giới trung niên tham gia các hoạt động gắng sức có động tác xoay người đột ngột trên một chân hoặc giảm tốc nhanh, như trong các môn thể thao giải trí. Một số bệnh nhân có thể mô tả cảm giác 'bóp' ở gân, sau đó là đau dữ dội khởi phát đột ngột ở bắp chân và cẳng chân dưới. Những bệnh nhân thử các hoạt động gắng sức mới mà không tập luyện và khởi động đúng cách, hoặc những người thường có lối sống ít vận động, có nguy cơ cao hơn bị bệnh lý gân Achilles, bao gồm cả đứt gân. Cần lưu ý rằng đau không phải lúc nào cũng là triệu chứng khởi phát đầu tiên.

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

Có thể sờ thấy một khuyết điểm (defect) ở một phần ba xa phía sau của gân Achilles khi thăm khám. Tùy theo mức độ nặng của đứt gân, có thể thấy đau, bầm máu (ecchymosis) và phù nề lan tỏa. Bệnh nhân có thể đi khập khiễng giảm đau (antalgic gait) và không thể thực hiện động tác nhón gót một chân bên bị thương do giảm sức mạnh gập gan chân. Ngoài ra, bệnh nhân có thể không gập gan chân được khi có lực đối kháng. Khi cho bệnh nhân nằm sấp với hai chân thò ra ngoài mép bàn khám, bên bị thương có thể thấy gập mu bàn chân nhiều hơn so với bên đối diện, và khi bóp bắp chân bên bị thương sẽ không tạo ra động tác gập gan chân của bàn chân.

NGUYÊN NHÂN / CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

Chấn thương gián tiếp là nguyên nhân thường gặp nhất gây đứt gân Achilles, thường được chia thành ba nhóm: cơ học, mạch máu, và chất lượng mô kém.

- Cơ học:** Bao gồm các biến thể của quá trình chịu tải nhanh trên một gân đã căng sẵn, chẳng hạn như gập mu bàn chân đột ngột khi đầu gối đang duỗi trong khi có tải trọng ly tâm (eccentric load) tác động.
- Mạch máu:** Vùng cách chỗ bám tận của gân Achilles 2-6 cm về phía gần là vùng được biết đến có tình trạng giảm tưới máu.
- Chất lượng mô kém:** Viêm gân (tendonitis), là tình trạng viêm xảy ra trong gân sau một chấn thương cấp tính, và bệnh lý gân mạn tính (tendinosis), là quá trình thoái hóa do các vết rách lặp đi lặp lại liên quan đến

chấn thương mạn tính, được biết là làm suy yếu gân trước khi nó bị đứt. Tình trạng này thường xảy ra dưới dạng vi chấn thương lặp lại do kỹ thuật tập luyện không đúng.

CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh lý gân Achilles (tendinosis so với tendonitis)
- Viêm bao hoạt dịch sau xương gót (retrocalcaneal bursitis)
- Bong gân cổ chân
- Gãy xương gật (avulsion) xương gót
- Rách bán phần cơ bụng chân (gastrocnemius)
- Đứt gân cơ gan chân (plantaris)
- Hội chứng xương tam giác (os trigonum syndrome)
- Viêm mòm xương gót ở tuổi thiếu niên (calcaneal apophysitis)

CẬN LÂM SÀNG / THĂM KHÁM

Hỏi bệnh sử kỹ lưỡng và khám thực thể, cùng với sự nghi ngờ lâm sàng cao, là chìa khóa để phân biệt đứt gân Achilles với các bệnh lý gân Achilles khác. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh sử lâm sàng rất đặc hiệu và khám thực thể thường đủ để chẩn đoán xác định. Dưới đây là danh sách các nghiệm pháp lâm sàng đặc hiệu và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Nghiệm pháp Thompson (Hình E1): Còn gọi là 'nghiệm pháp bóp bắp chân' (calf squeeze test), là một phương pháp chính xác để phát hiện đứt gân Achilles. Bệnh nhân nằm sấp với đầu gối gấp. Trong khi bóp cơ bụng chân (gastrocnemius), người khám đánh giá xem cổ chân có gấp gan chân hay không. Nếu không có động tác gấp gan chân, nghiệm pháp được coi là dương tính và gợi ý đứt gân Achilles.
- Nghiệm pháp Matles (nghiệm pháp gấp gối): Đây là một nghiệm pháp khám thực thể bổ sung được dùng để đánh giá đứt gân Achilles. Bệnh nhân nằm sấp với hai gối gấp 90 độ. Nếu bàn chân bên bị thương rơi vào tư thế gấp mu bàn chân nhiều hơn thay vì tư thế gấp gan chân nghi ngờ bình thường so với bên đối diện, nghiệm pháp của chân bị thương được coi là dương tính với đứt gân Achilles.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- Siêu âm có thể được sử dụng để đánh giá bệnh lý gân Achilles và được một số chuyên gia coi là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hàng đầu. Siêu âm cung cấp cho bác sĩ lâm sàng một phương tiện thực tế để đánh giá bệnh lý và đứt gân Achilles ngay tại giường bệnh.
- MRI (Hình E2) thường được sử dụng để đánh giá thêm bệnh lý gân Achilles, đặc biệt là trong trường hợp đứt gân. Sự gián đoạn liên tục của gân Achilles có thể thấy trên hình ảnh T2, nơi tín hiệu trong gân tăng lên tại vùng đứt và đường kính gân tăng lên. MRI cung cấp chi tiết giải phẫu tốt hơn cũng như độ chính xác cao hơn trong việc phát hiện rách gân Achilles bán phần. MRI đã được chứng minh là vượt trội hơn siêu âm trong việc xác định đứt gân về mặt mô học.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị ban đầu nên bao gồm phác đồ RICE (nghỉ ngơi, chườm đá, băng ép để giảm sưng, và kê cao chân). Thuốc giảm đau phù hợp để sử dụng tại nhà có thể bao gồm acetaminophen và/hoặc thuốc kháng viêm không steroid (NSAID). Bệnh nhân cũng nên được đặt nẹp bột phía sau (posterior slab splint) với bàn chân ở tư thế equinus nghỉ (giữ ở tư thế gấp gan chân tự nhiên).

Thời gian bất động thông thường của chi bị thương dao động từ tối thiểu 8 đến 12 tuần. Trong vài năm gần đây, xu hướng điều trị bảo tồn (không phẫu thuật) đứt gân Achilles bao gồm phác đồ phục hồi chức năng tăng tốc (accelerated rehabilitation protocol). Các phác đồ tăng tốc này đã được chứng minh giúp cải thiện kết quả điều trị bảo tồn đứt gân Achilles. Các phác đồ này giữ bệnh nhân không chịu trọng lượng (non-weight bearing) trong nẹp bột phía sau hoặc bó bột cẳng chân ngắn ở tư thế equinus với nặng trong 2 tuần đầu. Tiếp theo là sử dụng nẹp cổ chân có kiểm soát vận động (controlled ankle motion walker) với các miếng đệm gót tuần tự đặc biệt trong 4 tuần tiếp theo, vẫn không chịu trọng lượng và dùng nạng. Sau 4 đến 6 tuần, bệnh nhân có thể trở lại mang giày thông thường, với điều chỉnh miếng đệm gót thêm 2 tháng nữa. Trong giai đoạn này, khuyến cáo bệnh nhân bắt đầu các bài tập kháng lực, tập luyện cảm thụ bản thể (proprioception) và dáng đi, cũng như tập luyện trở lại thể thao.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Nếu cần can thiệp phẫu thuật, nên thực hiện trong vòng 4 tuần kể từ chấn thương ban đầu, mặc dù thời điểm lý tưởng là trong vòng 7 đến 14 ngày sau chấn thương. Thời điểm phẫu thuật phù hợp là yếu tố quan trọng đối với quá trình hồi phục sau mổ. Giai đoạn viêm của quá trình lành vết thương xảy ra trong 7 đến 14 ngày đầu sau đứt gân Achilles cấp tính. Trong giai đoạn này, tưới máu đến gân bị thương tăng lên, hỗ trợ quá trình lành sau mổ.

Mục tiêu chính của điều trị phẫu thuật đứt gân Achilles là tái lập chiều dài gân phù hợp và khả năng gập gan chân của cổ chân. Điều này thường đạt được khi hai đầu gân Achilles bị tổn thương được áp sát vào nhau (end-to-end apposition). Có nhiều kỹ thuật phẫu thuật để sửa chữa gân Achilles bị đứt, bao gồm sửa chữa qua da (percutaneous repair) và các kỹ thuật mổ mở. Sửa chữa qua da có một số ưu điểm, bao gồm giảm thời gian phẫu thuật và giảm nhiễm trùng sâu sau mổ. Tuy nhiên, kỹ thuật này đi kèm với nguy cơ tăng tổn thương thần kinh mác nông (sural nerve). Sau phẫu thuật, khuyến cáo bất động 10 đến 12 tuần, sau đó là phục hồi chức năng.

CHUYỂN TUYẾN

Đứt gân Achilles cấp tính và/hoặc hoàn toàn cần được đánh giá phẫu thuật. Đứt gân Achilles cấp tính hoàn toàn có nhiều khả năng có kết quả sau mổ tốt hơn nếu được xử trí trong vòng 14 ngày kể từ chấn thương ban đầu. Nên hội chẩn với chuyên khoa phẫu thuật chỉnh hình đối với bệnh lý gân Achilles hoặc đứt gân cấp tính hay mạn tính có triệu chứng.

Hình E1: Các nghiệm pháp phát hiện đứt gân Achilles

Tất cả các nghiệm pháp được thực hiện với bệnh nhân nằm sấp, hai bàn chân duỗi ra khỏi mép bàn khám. Bên không có triệu chứng của bệnh nhân đóng vai trò đối chứng (ở mỗi nghiệm pháp, bên trái mô tả bệnh nhân có gân Achilles nguyên vẹn, bên phải mô tả bệnh nhân có gân Achilles bị đứt).

- Sờ thấy khuyết điểm gân (trên): Người khám sờ nhẹ dọc theo đường đi của gân, tìm kiếm các khuyết điểm, nếu có thường nằm cách xương gót 2-6 cm.
- Nghiệm pháp bóp bắp chân (nghiệm pháp Thompson, giữa): Người khám bóp nhẹ bắp chân bệnh nhân ở một phần ba giữa, ngay dưới vị trí to nhất, quan sát chuyển động của cổ chân. Nếu gân còn nguyên vẹn, cổ chân sẽ gập gan chân. Không có chuyển động hoặc chuyển động tối thiểu là đáp ứng dương tính.
- Nghiệm pháp gập gối (nghiệm pháp Matles, dưới): Người khám quan sát vị trí cổ chân bệnh nhân khi bệnh nhân gập cả hai gối đến 90 độ. Cổ chân vẫn giữ ở tư thế hơi gập gan chân nếu gân còn nguyên vẹn; gập mu bàn chân nhẹ hoặc tư thế trung tính của cổ chân là đáp ứng dương tính.

Hình E2: Đứt hoàn toàn gân Achilles được điều trị bảo tồn với 6 tuần bó bột cổ chân ở tư thế gập gan chân

A, Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) T1 mặt cắt ngang, cho thấy bệnh lý gân Achilles nặng (mũi tên). B, MRI chuỗi xung STIR (short tau inversion recovery) mặt cắt đứng dọc cho thấy sự gián đoạn sợi gân với khe hở chứa dịch (các mũi tên). MRI T1 mặt cắt ngang (C) và STIR mặt cắt đứng dọc (D) thu được khi tái khám sau 18 tháng bó bột cho thấy gân mỏng đi và teo nhỏ nhưng đã tái lập được tính liên tục của sợi gân (mũi tên trong hình C).

LƯU Ý & CÂN NHẮC

- Bệnh nhân bị đứt gân Achilles có thể có hoặc không có đau và vẫn có thể duy trì khả năng đi lại hoặc gập cổ chân. Nếu có đau, thường xảy ra ở vị trí cách chỗ bám gân Achilles vào xương gót 2-6 cm về phía gần.
- Khi đánh giá bệnh lý gân Achilles, cần sờ dọc theo đường đi của gân, đặc biệt chú ý đến phù nề, bầm máu, hoặc khuyết điểm/gián đoạn có thể sờ thấy của gân.
- Nghiệm pháp Thompson dương tính là phương pháp chính xác để đánh giá đứt gân Achilles.
- Đứt gân Achilles cấp tính nên được điều trị trong vòng 14 ngày. Can thiệp phẫu thuật đã được chứng minh làm giảm tỷ lệ tái đứt gân so với các phương pháp điều trị không phẫu thuật, nhưng có tỷ lệ biến chứng liên quan cao hơn.
- Mặc dù huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) thường được sử dụng, các thử nghiệm đã cho thấy nó không hiệu quả hơn giả dược trong điều trị đứt gân Achilles cấp tính.

PHÒNG NGỪA

- Bệnh lý gân trước đó hoặc tiền sử đứt gân Achilles là các yếu tố nguy cơ đã biết và có liên quan đến tỷ lệ tái đứt gân lên đến 10%.
- Nên duy trì vật lý trị liệu cũng như phác đồ phục hồi chức năng sau cả điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật. Các bài tập ly tâm và hướng tâm nên được duy trì thường xuyên sau đứt gân Achilles, đặc biệt là trước khi tham gia bất kỳ hoạt động thể lực mạnh nào.
- Bệnh nhân nên giảm cường độ tập luyện khi đang dùng fluoroquinolone và steroid đồng hóa (anabolic steroid).

NỘI DUNG LIÊN QUAN

Đứt Gân Achilles (Thông Tin Dành Cho Bệnh Nhân)

TÁC GIẢ

Christopher McDonald, MD, và Brad Blankenhorn, MD

TÀI LIỆU ĐỀ XUẤT ĐỌC THÊM

Dakin SG và cộng sự: Viêm mạn tính là một đặc điểm của bệnh lý và đứt gân Achilles, Br J Sports Med 52(6):359-367, 2017.

Deng S và cộng sự: Điều trị phẫu thuật so với điều trị bảo tồn đứt gân Achilles cấp tính: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, J Foot Ankle Surg 56:1236-1243, 2017.

Kadakia A và cộng sự: Đứt gân Achilles cấp tính: cập nhật về điều trị, J Am Acad Orthop Surg 25(1):23-31, 2017.

Lantto I: Một thử nghiệm ngẫu nhiên tiền cứu so sánh điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật đứt gân Achilles cấp tính, Am J Sports Med 44:2406-2414, 2016.

Lim CS và cộng sự: Kết quả chức năng của đứt gân Achilles cấp tính có và không có điều trị phẫu thuật sử dụng cùng một phác đồ nẹp chức năng, Foot and Ankle Int 1:1-6, 2017.

Magnan B và cộng sự: Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý gân Achilles: một tổng quan hệ thống, Foot Ankle Surg 20:154-159, 2014.

Willits K và cộng sự: Điều trị phẫu thuật so với không phẫu thuật đứt gân Achilles cấp tính: một thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm sử dụng phục hồi chức năng tăng tốc, J Bone Surg Am 92:2767-2775, 2010.

Keene DJ và cộng sự: Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu cho đứt gân Achilles cấp tính: thử nghiệm PATH-2 ngẫu nhiên, có đối chứng giả dược, kiểm định tính ưu việt, BMJ 16132, 20/11/2019.