

Rách dây chằng sagittal (chứng khớp ngón tay kiểu võ sĩ quyền anh)



Rách dây chằng sagittal (hiện tượng “khớp ngón đấm”): dây chằng có chức năng giữ gân duỗi ở vị trí trung tâm phía trên khớp ngón bị rách, khiến gân bị trượt sang một bên.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0

Trang này được dịch bằng máy và chưa được bác sĩ kiểm tra. **Bản tiếng Anh** là bản chính thức.

Những triệu chứng bạn đang gặp phải

Khớp ngón tay ở gốc một ngón tay (thường là ngón giữa) cảm thấy đau, hơi sưng, và có vẻ như mọi thứ không vận hành đúng như bình thường. Dấu hiệu điển hình là cảm giác gân ở mặt sau khớp ngón tay “vụt” sang một bên hoặc “nhảy” ra ngoài khi bạn gấp và duỗi thẳng ngón tay. Bạn có thể nhận thấy ngón tay hơi lệch về phía ngón út; việc tự mình duỗi thẳng ngón tay khi nó đang gấp lại là điều khá khó khăn, dù sau khi có người nhẹ nhàng giúp duỗi thẳng, ngón tay có thể giữ nguyên tư thế đó.

Nhiều người lần đầu gặp phải tình trạng này sau khi đâm mạnh (vào bao đấm, tường, hoặc trong lúc đánh nhau); vì vậy chấn thương này còn được gọi là “chấn thương khớp ngón tay của võ sĩ quyền anh”. Tuy nhiên, nó cũng có thể xảy ra chỉ với những động tác nhỏ như gấp duỗi ngón tay mạnh, hoặc dần dần xuất hiện ở những người mắc bệnh viêm khớp. Mỗi khi sử dụng tay, bạn có thể cảm nhận được tiếng “click” đau đớn hoặc cảm giác ngón tay bị kẹt lại.

Chuyện gì đang thực sự xảy ra

Ở mặt sau mỗi đốt ngón tay, gân duỗi chạy dọc theo trung tâm ngón tay, giống như một sợi dây cáp nằm trong rãnh. Những dải mô mỏng gọi là **các dải sagittal** nằm ở hai bên và giữ cho gân này nằm đúng vị trí trên đỉnh đốt ngón tay. Dải nằm ở phía ngón cái là dải quan trọng nhất.

Khi dải này bị rách hoặc giãn (do chấn mạnh, cử động đột ngột mạnh mẽ, hoặc viêm khớp kéo dài), gân không còn được giữ ở chỗ cũ nữa; nó trượt khỏi đỉnh đốt ngón tay xuống vùng lõm giữa các xương, hướng về phía ngón út. Vì gân hiện đang nằm lệch sang một bên thay vì ở phía trên, nó không thể duỗi thẳng ngón tay một cách hiệu quả từ tư thế gấp hoàn toàn; đồng thời gân này còn bị trượt qua trượt lại khi ngón tay cử động. Hiện tượng trượt, giật và yếu khả năng duỗi thẳng ngón tay chính là bản chất của vấn đề này.

Những biện pháp chúng tôi có thể áp dụng

Tại phòng khám của chúng tôi, bác sĩ Kieran Hirpara điều trị tình trạng này bằng cách xác nhận chẩn đoán thông qua việc đánh giá kỹ lưỡng và chụp hình ảnh nếu cần thiết. Với chấn thương mới xảy ra, chúng tôi thường bắt đầu bằng việc đeo nẹp, và cân nhắc phẫu thuật khi gân vẫn tiếp tục bị trượt hoặc khi chấn thương đã xảy ra từ lâu.

Tin vui là **nếu được phát hiện sớm, tình trạng này thường tự lành mà không cần phẫu thuật**. Điều quan trọng là phải ngăn gân bị trượt ra ngoài trong lúc màng bao gân tự phục hồi.

Đeo nẹp (phương pháp không phẫu thuật). Phương pháp điều trị phổ biến nhất là sử dụng chiếc nẹp nhỏ được thiết kế riêng, giúp giữ cho khớp ngón tay bị tổn thương không bị gấp quá mức, trong khi các ngón tay còn lại và các khớp ngón khác vẫn có thể cử động bình thường. Một dạng nẹp phổ biến là **nẹp cho phép chuyển động tương đối hay còn gọi là “nẹp kiểu yoke”**, giúp nâng ngón tay bị thương lên cao hơn một chút so với các ngón xung quanh; nhờ đó gân được giữ ở vị trí trung tâm dù người bệnh vẫn có thể sử dụng tay. Thông thường, người bệnh phải đeo nẹp trong khoảng sáu đến tám tuần. Nếu bắt đầu đeo nẹp trong vài tuần đầu sau khi bị chấn thương, phương pháp này sẽ mang lại hiệu quả tốt cho hầu hết mọi người.

Phẫu thuật. Trong trường hợp chấn thương đã kéo dài, nẹp không giúp cải thiện tình trạng, hoặc gân bị trật hoàn toàn ra khỏi vị trí, phẫu thuật là giải pháp cần thiết. Bác sĩ phẫu thuật sẽ khâu lại màng bao gân bị rách hoặc dùng một đoạn gân lân cận để tái tạo màng bao gân, giúp đưa gân trở lại vị trí đúng trên khớp ngón tay. Sau phẫu thuật, ngón tay sẽ được bảo vệ bằng nẹp trong một thời gian nhất định để hồi phục.

Những điều có thể mong đợi

Đối với các chấn thương nhẹ được điều trị bằng nẹp, tiên lượng khá tốt: hiện tượng gấp khớp sẽ hết, ngón tay lại có thể duỗi thẳng bình thường, và hầu hết mọi người đều phục hồi hoàn toàn khả năng sử dụng tay. Tuy nhiên, cần phải kiên nhẫn: nẹp phải được đeo trong nhiều tuần; nếu vận động tay quá sớm và quá mạnh, gân có thể bị trượt ra ngoài trước khi vết thương kịp lành.

Đối với những chấn thương cần phẫu thuật (thường là các ca chấn thương lâu ngày hoặc nghiêm trọng hơn), việc sửa chữa hoặc tái tạo gân thường giúp ngăn chặn tình trạng trật khớp và khôi phục chuyển động mượt mà; sau đó cần đeo nẹp và thực hiện vật lý trị liệu để phục hồi vận động cũng như sức mạnh của tay. Các võ sĩ

quyên anh, vỗ sủi vỗ thuật và các vận động viên khác thường có thể quay lại thi đấu, nhưng tay cần có thời gian hồi phục đầy đủ trước đã để tránh tình trạng tái phát.

Khi nào nên đi khám bác sĩ

- Các khớp ngón tay phát ra tiếng lắc cắc, kêu “click” hoặc bị kẹt khi bạn gấp và duỗi ngón tay, đặc biệt là sau khi đâm hoặc vận động mạnh: hãy đi khám sớm, vì việc đeo nẹp sớm là yếu tố quyết định trong điều trị.
- Khó khăn trong việc tự duỗi thẳng ngón tay khi nó đang ở tư thế gấp, hoặc ngón tay có xu hướng lệch về phía ngón út.
- Đau và sưng ở khớp ngón tay kéo dài không thuyên giảm, hoặc cảm giác như gân đang “nằm sai vị trí”.
- Chấn thương khớp ngón tay ở võ sủi quỳên anh hoặc vận động viên võ thuật: những chấn thương này thường bị bỏ qua do người bệnh cố gắng chịu đựng; việc điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt hơn nhiều.

Phân tích chi tiết hơn

Phần này đi sâu hơn so với những gì bạn cần biết để đưa ra quyết định điều trị. Chấn thương dây chằng sagittal band rất đáng để tìm hiểu thêm, vì đây là vấn đề liên quan đến gân duỗi thường bị bỏ sót; gân không bị rách mà chỉ bị dịch chuyển. Việc đeo nẹp sớm là yếu tố quyết định liệu có cần phải phẫu thuật hay không.

KHÔNG CÓ CHỖ NÀO BỊ ĐỨT; CHỈ CÓ CẤU TRÚC NÀO ĐÓ BỊ TRƯỢT RA KHỎI VỊ TRÍ

Gân duỗi chạy dọc mặt sau ngón tay, qua khớp ngón tay; nó được giữ ở vị trí trung tâm bởi một lớp mô mỏng ở hai bên, gọi là các dải mô dọc. Khi dải mô dọc phía quay bị đứt, gân sẽ trượt xuống vùng trũng giữa các khớp ngón tay.

Hậu quả của tình trạng này xuất phát trực tiếp từ cơ chế trên. Ngón tay có thể được giữ thẳng sau khi có người khác giúp duỗi ra, vì gân nằm trong vùng trũng vẫn có thể giữ ngón tay ở tư thế duỗi; tuy nhiên ngón tay không thể tự mình duỗi ra từ trạng thái cong, do gân đã bị dịch chuyển và mất đi hướng kéo cần thiết. Sự khác biệt giữa khả năng duỗi thụ động và chủ động này là yếu tố phân biệt chấn thương này với tình trạng đứt gân; cũng vì thế mà bàn tay đặt thẳng trên mặt bàn có thể trông hoàn toàn bình thường.

Các nguyên nhân điển hình gồm chấn thương do ngón tay bị gấp đột ngột khi đang duỗi thẳng, chấn thương trực tiếp vào vùng khớp ngón tay, tình trạng gấp phải ở các võ sủi quỳên anh; ngoài ra còn có thể xảy ra mà không cần chấn thương nào cả, như trong bệnh viêm khớp dạng thấp – khi lớp mô giữ gân dần mỏng đi theo thời gian khiến các gân dịch chuyển về phía ngón út.

VIỆC SỬ DỤNG NẸP CÓ HIỆU QUẢ NẾU ĐƯỢC THỰC HIỆN SỚM

Các bằng chứng về phương pháp điều trị mang tính chất mô tả hơn là số liệu, nhưng kết quả rất rõ ràng. Các chấn thương dây chằng ngang cấp tính **có thể được điều trị thành công bằng cách nẹp ngón tay bị tổn thương ở tư thế trung tính hoặc quá duỗi**, trong khi **những bệnh nhân bị chấn thương mãn tính hoặc những người không đáp ứng với phương pháp điều trị không phẫu thuật có thể cần được phẫu thuật khám nghiệm** [1].

Tư thế đặt nẹp là yếu tố quan trọng nhất. Loại nẹp cho phép các ngón tay chuyển động tương đối hoặc nẹp kiểu “yoke” giúp giữ ngón tay bị thương ở tư thế hơi duỗi ra so với các ngón tay lân cận; điều này giúp giảm áp lực lên dây chằng đang hồi phục, đồng thời cho phép người bệnh vẫn sử dụng được bàn tay. Đây là phương pháp cố định khá dễ chịu, và cũng là lý do khiến bệnh nhân thường tuân thủ điều trị tốt.

Yếu tố quyết định đến thời điểm điều trị là vì đây là chấn thương mô mềm, việc hồi phục phụ thuộc vào quá trình hình thành sẹo. Nếu được nẹp sớm, dây chằng có thể hồi phục ở độ dài phù hợp để giữ gân ở vị trí trung tâm. Ngược lại, nếu để lâu hàng tháng trời, dây chằng sẽ dài ra, gân tiếp tục bị trật khớp; lúc đó phương án còn lại chỉ còn là phẫu thuật tái tạo chứ không phải là hồi phục tự nhiên nữa.

TẠI SAO CẦN SỬA ĐỔI THAY VÌ GIỮ NGUYÊN HỆ THỐNG PHÂN LOẠI HIỆN TẠI

Các nghiên cứu gần đây tập trung vào việc làm rõ cách phân độ các chấn thương này; cụ thể là có **đề xuất điều chỉnh hệ thống phân loại phổ biến nhất** nhằm hướng dẫn điều trị và chuẩn hóa cách mô tả các trường hợp lâm sàng [2]. Điều này phản ánh thực trạng ngành y: các phương pháp điều trị đã được thống nhất phân nào, nhưng việc xác định chấn thương nào thuộc nhóm nào, và ai cần phẫu thuật vẫn đang được nghiên cứu.

Trên thực tế, mức độ khuyến nghị điều trị ở đây phụ thuộc nhiều vào kết quả khám lâm sàng chứ không phải mức độ phân độ. Việc gân có bị trật khớp khi ngón tay gấp lại hay không, và tình trạng này kéo dài bao lâu mới là yếu tố quyết định việc điều trị.

CHẤN THƯƠNG NÀY THUỘC NHÓM CÁC TỔN THƯƠNG DỄ BỊ NHẦM LẤN VỚI NHAU

Chấn thương dây chằng sagittal là một trong ba dạng tổn thương cơ chế duỗi kín, được phân loại dựa trên vị trí xảy ra tổn thương: tổn thương ở đầu ngón tay, tổn thương ở khớp giữa ngón tay và tổn thương dây chằng sagittal ở khớp ngón tay [3]. Mỗi dạng tổn thương đòi hỏi tư thế bó bột khác nhau; đồng thời, tình trạng ngón tay sưng phù ngay sau chấn thương cũng có thể gây hiểu lầm về chẩn đoán. Vì thời gian điều trị hiệu quả đối với tổn thương dây chằng sagittal sẽ hạn chế khi mô bắt đầu lành lại, nên việc phân biệt các dạng tổn thương này càng sớm càng quan trọng so với hai dạng còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Wu K, Masschelein G, Suh N. Điều trị chấn thương dây chằng ngang và trật khớp gân duỗi: một tổng quan có hệ thống. Hand (N Y). 2020;16(6):854-60. <https://doi.org/10.1177/1558944719895622>

- [2] Sivakumar B, Graham DJ, Hile M, Lawson R. Chấn thương dây chằng ngang: tổng quan và điều chỉnh hệ thống phân loại. J Hand Surg Am. 2022;47(1):69-77. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.09.011>
- [3] Lin JD, Strauch RJ. Các chấn thương mô mềm vùng cơ chế duỗi mà không có tổn thương hở (dạng móng tay gãy, dạng nút thắt và chấn thương dây chằng ngang). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018>