

Bệnh lý Osgood-Schlatter ở người trưởng thành: Báo cáo 2 ca bệnh phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Phenikaa

Nguyễn Bá Sơn, Ngô Xuân Tuấn, Nguyễn Anh Quân, Nguyễn Tuấn Anh

Bệnh viện Đại học Phenikaa

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Bá Sơn,
Bệnh viện Đại học Phenikaa
Tổ 5 Hòe Thị, Phường Xuân
Phương, TP Hà Nội
Điện thoại: 0987 572 858
Email: son.nguyenba@phenikaa-
uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/4/2026

Ngày chấp nhận đăng:
09/6/2026

Ngày xuất bản: 25/6/2026

Tóm tắt

Bệnh Osgood-Schlatter là tình trạng viêm điểm bám gân bánh chè tại lõi củ xương chày, thường gặp ở thanh thiếu niên và đa số đáp ứng với điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, các trường hợp kéo dài đến tuổi trưởng thành gây đau dai dẳng và hạn chế chức năng là hiếm gặp và có thể cần can thiệp phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp người trưởng thành không đáp ứng điều trị bảo tồn, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khớp. Trường hợp thứ nhất là người bệnh nam 41 tuổi với mảnh xương không liền và vôi hóa mỡ Hoffa; trường hợp thứ hai là người bệnh nữ 28 tuổi với đau và sưng vùng lõi củ xương chày sau hoạt động thể thao. Sau phẫu thuật, cả hai người bệnh phục hồi nhanh, hết đau và trở lại sinh hoạt bình thường sau 2 tháng theo dõi. Kết quả từ hai ca bệnh này bước đầu gợi ý rằng phẫu thuật nội soi khớp có thể là một lựa chọn can thiệp hiệu quả và ít xâm lấn đối với Osgood-Schlatter tồn tại ở người trưởng thành.

Từ khóa: Osgood - Schlatter, nội soi khớp, mảnh xương không liền, báo cáo ca bệnh.

Osgood-Schlatter disease in adult: A two-case report of arthroscopic surgery at Phenikaa University Hospital

Nguyen Ba Son, Ngo Xuan Tuan, Nguyen Anh Quan, Nguyen Tuan Anh

Phenikaa University Hospital

Abstract

Osgood-Schlatter disease is an inflammatory condition of the distal attachment of the patella tendon to the tibia. It is common in adolescents and most cases respond to conservative treatment. However, a small number

of patients remain symptomatic into adulthood, with persistent pain and functional limitation that may require surgery. We report two adult patients who did not respond to conservative management and were treated with arthroscopic surgery. The first case was a 41-year-old male with an ununited ossicle and calcification in Hoffas fat pad. The second case was a 28-year-old female with pain and swelling at the tibial tubercle after sports activity. After surgery, both patients showed good recovery, with pain relief and return to normal daily activities at 2 months. These preliminary findings suggest that arthroscopic surgery could be a safe, effective, and minimally invasive option for unresolved Osgood–Schlatter disease in adults.

Keywords: Osgood–Schlatter disease, arthroscopy, ununited ossicle, case report

Đặt vấn đề

Bệnh Osgood-Schlatter (Osgood – Schlatter disease, OSD) là tình trạng viêm điểm bám của gân bánh chè tại lõi củ xương chày do sự kéo lặp đi lặp lại. [1] Đây là nguyên nhân thường gặp gây đau vùng trước khớp gối ở trẻ em và thanh thiếu niên, đặc biệt ở những đối tượng tham gia hoạt động thể thao cường độ cao. Phần lớn trường hợp đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn và tự giới hạn sau khi đóng sụn tăng trưởng. [2]

Tuy nhiên, khoảng 5-10% người bệnh có thể tồn tại triệu chứng đến tuổi trưởng thành, thường liên quan đến mảnh xương không liền ở vị trí lõi củ xương chày, gây đau kéo dài và ảnh hưởng chức năng khớp gối. [3] Trong các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, phẫu thuật được chỉ định nhằm loại bỏ nguyên nhân cơ học. [4]

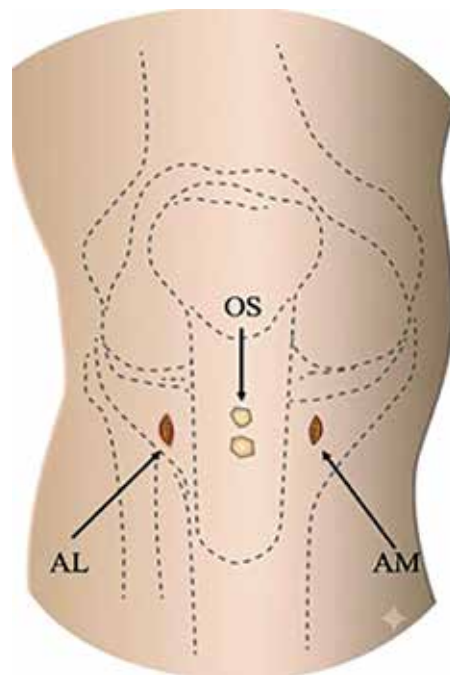
Trong đó, phẫu thuật mổ mở truyền thống hiệu quả nhưng có nhược điểm như xâm lấn lớn và thời gian hồi phục kéo dài. Gần đây, nội soi khớp được xem là phương pháp thay thế ít xâm lấn hơn, cho phép tiếp cận chính xác tổn thương và giảm sang chấn mô mềm.

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp OSD ở người trưởng thành được điều trị bằng phẫu thuật nội soi khớp nhằm mô tả quy trình kỹ thuật và bước đầu ghi nhận kết quả lâm sàng của phương pháp này.

Kỹ thuật phẫu thuật

Cả hai người bệnh đều được phẫu thuật với cùng một quy trình kỹ thuật: gây tê tuỷ sống, garo gốc đùi bằng garo hơi điện tử áp lực 300 mmHg.

Nội soi khớp được thực hiện thông qua hai cổng trước bên (AL) và trước trong (AM) tiêu chuẩn nhưng được đặt vị trí cao (nằm 1 cm bên ngoài và giữa gân bánh chè). Tư thế gối duỗi được áp dụng để tăng không gian làm việc giữa lõi củ xương chày và mặt sau gân bánh chè.



Hình 1. Hình ảnh minh họa vị trí cổng vào khớp gối

Dưới định vị của hệ thống C-arm kết hợp camera nội soi, lưỡi bào khớp được đưa qua cổng AL, tiếp cận vị trí mảnh xương và các vôi hoá qua khoang mỡ Hoffa, giữa mặt trước xương chày và mặt sau gân

bánh chè. Vị trí cố gắng vào cao giúp quan sát mặt sau gân bánh chè tốt hơn, kiểm soát dụng cụ dễ dàng và giảm thiểu tối đa nguy cơ gây rách hay tổn thương gân bánh chè khi bào mỡ Hoffa.

Các mảnh xương và nốt vôi hoá được lấy bỏ hoàn toàn bằng lưỡi mài xương nội soi có kiểm soát bằng hệ thống C-arm.

Thời gian phẫu thuật trung bình cho mỗi ca là 45 phút, lượng máu mất khoảng 50ml. Quá trình phẫu thuật không làm tổn thương gân bánh chè, do đó không cần thực hiện khâu phục hồi gân. Không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào trong và sau phẫu thuật ở cả hai ca bệnh.

Báo cáo ca lâm sàng

Ca lâm sàng 01

Người bệnh nam, 41 tuổi, có tiền sử mắc OSD từ nhỏ. Người bệnh nhập viện do tình trạng đau vùng trước khớp gối trái kéo dài trong nhiều năm, mức độ

đau tăng mạnh trong 06 tháng gần đây, đã được điều trị bảo tồn bằng thuốc giảm đau, chống viêm, nghỉ ngơi 02 đợt kéo dài 04 tháng nhưng không đỡ.

Qua thăm khám lâm sàng, ghi nhận điểm đau khu trú tại lồi củ xương chày trái, không có hiện tượng tràn dịch khớp. Các nghiệm pháp đánh giá độ vững của khớp gối, bao gồm nghiệm pháp Lachman, nghiệm pháp bán trật xoay khớp gối (Pivot shift test), dấu hiệu ngăn kéo trước đều cho kết quả âm tính. Tầm vận động (range of motion: ROM) khớp gối bị hạn chế do đau, ROM = 0°–100°. Đánh giá mức độ đau trước phẫu thuật rất đáng kể với thang điểm VAS là 7/10.

Kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối trái cho thấy hình ảnh một mảnh xương rời gây kích thích mô mềm xung quanh, kèm theo một khối vôi hóa nằm bên trong mỡ Hoffa có biểu hiện phản ứng viêm. Không ghi nhận các tổn thương đi kèm tại cấu trúc dây chằng chéo, sụn chêm hay sụn khớp.

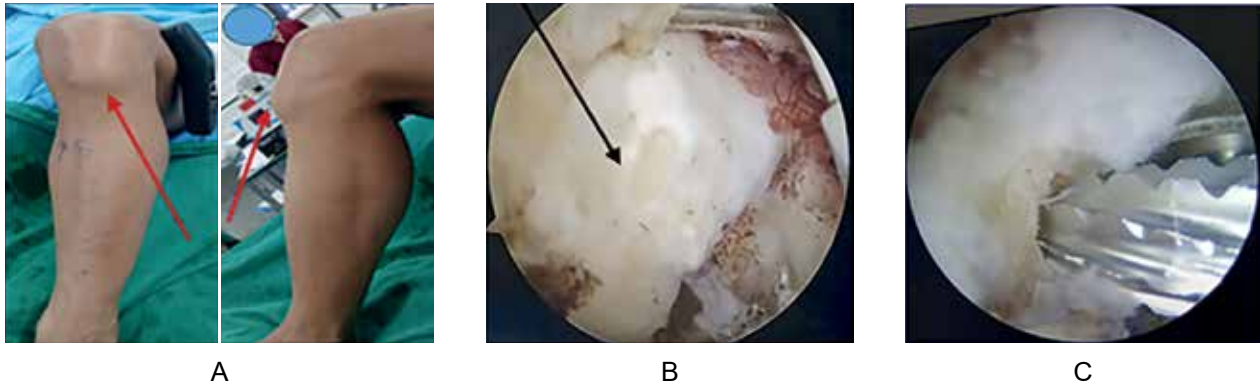


Hình 2. Hình ảnh tổn thương khớp gối trước phẫu thuật.

A. Hình ảnh tổn thương trên MRI; B. Hình ảnh tổn thương trên X-quang

Trong phẫu thuật, tiếp cận mảnh xương rời, khối vôi hóa bằng nội soi, dưới hỗ trợ của hệ thống C-arm. Tiếp cận theo hướng về phía lồi củ xương chày, trong khoang mỡ Hoffa, giữa

mặt trước xương chày và gân bánh chè. Lấy bỏ mảnh xương và khối vôi hóa bằng lưỡi mài nội soi kiểm soát dưới màn hình C-arm, bảo tồn gân bánh chè.



Hình 3. Hình ảnh tổn thương trong phẫu thuật

A. Hình ảnh tổn thương thực tế; B. Hình ảnh tiếp cận tổn thương trong nội soi; C. Hình ảnh xử trí tổn thương bằng lưới mài nội soi

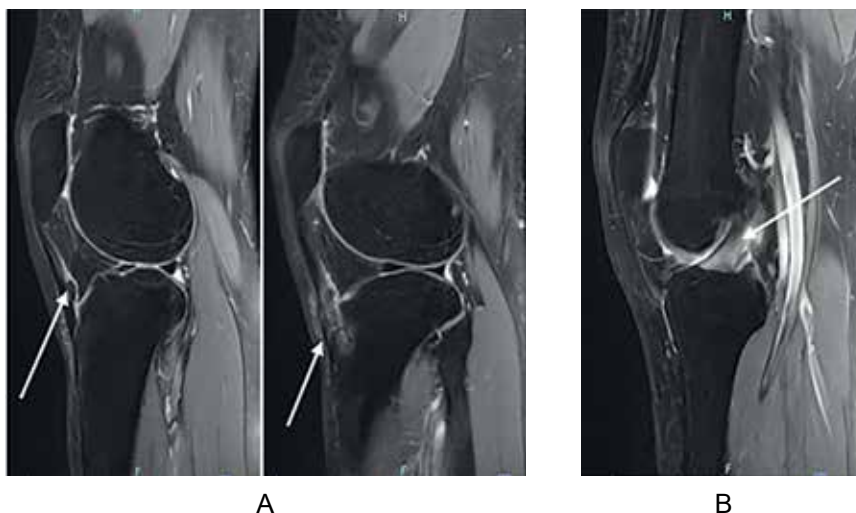
Sau phẫu thuật, khớp gối của người bệnh được bất động bằng nẹp gối dài tư thế duỗi hoàn toàn. Quá trình tập phục hồi chức năng được tiến hành sớm ngay sau mổ. Trong hai tuần đầu tiên, người bệnh được hướng dẫn đi lại bằng nạng và chỉ tỳ một phần trọng lượng cơ thể. Sau thời gian này, người bệnh được phép chịu tải toàn bộ trọng lượng và tập luyện để lấy lại tầm vận động (ROM) tối đa.

Tại thời điểm tái khám sau 2 tháng, kết quả chụp X-quang cho thấy mức độ phục hồi tốt. Các triệu chứng đau lâm sàng đã được giải quyết, người bệnh hoàn toàn không còn cảm giác đau (thang điểm VAS giảm xuống mức 0/10) khi tham gia các hoạt động thể thao như trước phẫu thuật.

Ca lâm sàng 02

Người bệnh nữ, 28 tuổi, có tiền sử mắc OSD từ thời thiếu niên. Người bệnh đau tăng dần tại vùng lồi củ xương chày trái, đặc biệt xuất hiện sau khi tham gia các hoạt động thể thao kéo dài, đã điều trị 03 đợt bảo tồn bằng thuốc giảm đau, chống viêm, nghỉ ngơi rải rác trong một năm không đỡ. Lần này, mức độ đau tăng, người bệnh quyết định nhập viện điều trị.

Khám lâm sàng ghi nhận điểm đau khu trú tại lồi củ xương chày trái, không sưng nề khớp. Các nghiệm pháp: Lachman, bán trục xoay khớp gối (Pivot shift), dấu hiệu ngăn kéo trước đều cho kết quả âm tính. ROM trước phẫu thuật đạt 0° – 120° . Mức độ đau trước phẫu thuật được đánh giá ở mức cao với thang điểm VAS là 6/10.



Hình 4. Hình ảnh tổn thương trên phim MRI khớp gối.

A. Khối vôi hóa phía sau gân bánh chè và viêm điểm bám gân lồi củ xương chày; B. Hình ảnh phù nề, đứt bán phần độ thấp dây chằng chéo trước

Hình ảnh MRI khớp gối trái phát hiện viêm điểm bám gân bánh chè, khối vôi hóa phía sau gân và đứt bán phần độ thấp dây chằng chéo trước. Tổn thương dây

chằng chéo trước được chỉ định điều trị bảo tồn. Người bệnh được phẫu thuật nội soi, tiến hành lấy bỏ hoàn toàn khối vôi hóa dưới hỗ trợ của hệ thống C-arm trong mổ.



A



B



C

Hình 5. Hình ảnh tổn thương trong phẫu thuật

A. Hình ảnh người bệnh ngay trước nội soi; B. Hình ảnh kiểm tra bằng C-arm ngay sau khi đã lấy bỏ khối vôi hóa;
C. Hình ảnh khối vôi hóa được lấy ra khỏi cơ thể

Sau 2 tháng phục hồi chức năng, người bệnh cải thiện lâm sàng rõ rệt. Mức độ đau giảm mạnh (thang điểm VAS từ 7/10 xuống 1/10), giúp người bệnh dần quay trở lại các hoạt động sinh hoạt thường ngày và các hoạt động thể thao trước phẫu thuật.

Bàn luận

OSD phần lớn trường hợp đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn và triệu chứng sẽ giảm dần sau khi đóng sụn tăng trưởng.

Theo các nghiên cứu gần đây, khoảng 5–10% người bệnh OSD có thể tiếp tục có triệu chứng ở tuổi trưởng thành, trong đó một số trường hợp cần can thiệp phẫu thuật khi điều trị bảo tồn thất bại. [5] Các biểu hiện thường gặp bao gồm đau khi quỳ gối, khi gập gối sâu hoặc khi vận động thể thao.

Trong nhiều năm, mổ mở vẫn là phương pháp phổ biến do cho phép bộc lộ trực tiếp tổn thương và đảm bảo loại bỏ hoàn toàn tổn thương (mảnh xương

rời, khối vôi hóa). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy mổ mở có thể gây đau sau mổ nhiều hơn, thời gian hồi phục kéo dài và nguy cơ tổn thương gân bánh chè hoặc sẹo lớn vùng trước gối. [5]

Trong khi đó, phẫu thuật nội soi khớp cho phép tiếp cận tổn thương thông qua các vết rạch da nhỏ, hạn chế tổn thương mô mềm và không cần rạch qua gân bánh chè. Theo nghiên cứu của Tsakotos và cộng sự (2020), nội soi khớp giúp giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian phục hồi và cho phép người bệnh quay lại hoạt động sớm hơn so với mổ mở. [3] Tương tự, Fujita và cộng sự (2022) báo cáo kỹ thuật với sự hỗ trợ của siêu âm, cho thấy kết quả tốt với ít biến chứng và cải thiện chức năng nhanh chóng. [6] Ngoài ra, phẫu thuật nội soi khớp còn cho phép đánh giá toàn bộ khớp gối, giúp phát hiện và xử trí các tổn thương nội khớp kèm theo nếu có. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi kinh nghiệm phẫu thuật viên

cao hơn và không gian thao tác hạn chế, đặc biệt khi mảnh xương nằm sát gân bánh chè.

Trong các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị OSD, sự khác biệt chủ yếu nằm ở vị trí cổng vào và đường tiếp cận tổn thương. Lee và cộng sự sử dụng ba cổng nội soi (AL, AM và superolateral) nhằm cải thiện khả năng quan sát vùng lõi củ xương chày. Trong khi đó, Lui đề xuất kỹ thuật proximal-distal portals, giúp tiếp cận trực tiếp mảnh xương và có thể khâu phục hồi gân bánh chè nếu cần. [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật sử dụng hai cổng tiêu chuẩn AL và AM đặt tương đối cao được lựa chọn nhằm tăng không gian thao tác giữa gân bánh chè và lõi củ xương chày, đồng thời giảm nguy cơ tổn thương gân bánh chè trong quá trình tiếp cận và lấy bỏ mảnh xương. [8] Cách tiếp cận này tương tự với kỹ thuật được mô tả trong nghiên cứu của Tsakotos và cộng sự (2020), cho thấy hiệu quả trong việc tiếp cận tổn thương và đảm bảo loại bỏ hoàn toàn mảnh xương. [3]

Kết quả sau phẫu thuật của người bệnh trong nghiên cứu này phù hợp với các báo cáo trước đây, bước đầu cho thấy nội soi khớp là phương pháp cho kết quả khả quan trong điều trị OSD tồn tại ở người trưởng thành, đặc biệt trong các trường hợp có khối vôi hóa hoặc mảnh xương không liền gây đau cơ học kéo dài.

Kết luận

Osgood-Schlatter tồn tại ở người trưởng thành là tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây đau và hạn chế chức năng kéo dài. Trong khuôn khổ của một báo cáo ca bệnh, nghiên cứu còn hạn chế về số lượng mẫu; tuy nhiên, có thể nhận định phẫu thuật nội soi khớp bước đầu cho thấy là một lựa chọn điều trị khả thi và ít xâm lấn, cho phép tiếp cận và loại bỏ hoàn toàn khối vôi hóa, mảnh xương rời. Phương pháp này có thể giúp cải thiện triệu chứng, phục hồi chức năng dễ hơn, mang tính thẩm mỹ do đường mổ nhỏ và nên được cân nhắc ở những người bệnh

không đáp ứng điều trị bảo tồn. Nghiên cứu này cũng là tiền đề để chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá sâu hơn trong tương lai.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đại học Phenikaa. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của người bệnh về việc sử dụng dữ liệu lâm sàng và hình ảnh cho mục đích nghiên cứu và công bố. Thông tin cá nhân được bảo mật theo quy định.

Cam đoan

Chúng tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng nhóm tác giả, không sao chép và chưa được công bố ở bất kỳ tạp chí nào khác.

Tài liệu tham khảo

1. Circi, E., Atalay, Y. & Beyzadeoglu, T. Treatment of Osgood-Schlatter disease: review of the literature. *Musculoskelet Surg* 101, 195-200 (2017).
2. Gholive, P.A., Scher, D.M., Khakharia, S., Widmann, R.F. & Green, D.W. Osgood Schlatter syndrome. *Curr Opin Pediatr* 19, 44-50 (2007).
3. Tsakotos, G., Flevas, D.A., Sasalos, G.G., Benakis, L. & Tokis, A.V. Osgood-Schlatter Lesion Removed Arthroscopically in an Adult Patient. *Cureus* 12, e7362 (2020).
4. Holden, S., et al. Is the Prognosis of Osgood-Schlatter Poorer Than Anticipated? A Prospective Cohort Study With 24-Month Follow-up. *Orthop J Sports Med* 9, 23259671211022239 (2021).
5. Preuss, F.R., et al. Osgood-Schlatter Disease: Ossicle Resection and Patellar Tendon Repair in a Symptomatic Adult. *Arthrosc Tech* 13, 103110 (2024).
6. Fujita, K., et al. Bursoscopic Ultrasound-Guided Ossicle Resection for Osgood-Schlatter Disease. *Arthrosc Tech* 11, e841-e846 (2022).
7. Zhi-Yao, L.I. Arthroscopic Excision of a Huge Ununited Ossicle Due to Osgood-Schlatter Disease in an Adult Patient. *J Orthop Case Rep* 3, 4-7 (2013).
8. McDonough, G.R. & Rossi, M.J. Arthroscopic Resection of Symptomatic Tibial Tubercle Ossicles for Recalcitrant Osgood-Schlatter Disease Using a 2-Portal Technique. *Arthrosc Tech* 11, e813-e818 (2022).