

Bài 8

MỘT SỐ LOẠI GÃY XƯƠNG (Củ triết)

MỤC TIÊU

1. Mô tả được các loại gãy xương thường gặp.
2. Trình bày được phương pháp điều trị gãy xương.

1. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY

1.1. Đặc điểm

- Gãy đầu dưới xương quay chiếm khoảng 50% các gãy xương nói chung.
- Gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở tuổi 50-60, nhất là phụ nữ mãn kinh.
- Là loại gãy gài, dễ chẩn đoán, dễ liền xương, nhưng việc điều trị không phải là đơn giản.

1.2. Phân loại

- Dựa vào cơ chế chia 2 loại chính:
 - + Gãy duỗi: do ngã chống tay, cổ tay duỗi là thường gặp nhất. Đại diện cho nhóm này là Pouteau- Colles; đoạn gãy xa di lệch lên trên, ra sau và ra ngoài.
 - + Gãy gấp: do ngã chống tay cổ tay gấp, loại này ít gặp hơn. Đại diện cho nhóm này là Goyrand- Smith; đoạn gãy xa di lệch lên trên, ra trước và ra ngoài.
- Ngoài ra còn chia theo vị trí gãy, gồm có:
 - + Gãy ngoài khớp.
 - + Gãy thấu khớp (trong đó có các loại như gãy bờ khớp trước, gãy mỏm trâm).

Gãy Pouteau - Colles và Goyrand - Smith là những gãy xương ngoài khớp, đường gãy đơn giản. Nếu đường gãy phức tạp nhiều mảnh và thấu khớp thì không xếp vào loại gãy này. Nếu một mảnh của bờ khớp trước bị gãy di lệch lên trên, làm trật khớp cổ tay ra trước thì được gọi là kiểu gãy Barton.

1.3. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Bệnh sử: chú ý nguyên nhân, cơ chế và tuổi.
- Triệu chứng lâm sàng.
- Phim X quang.

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: đau vùng cổ tay, vận động gấp duỗi hoặc sấp ngửa hạn chế.
- Triệu chứng thực thể:
 - + Sưng vùng cổ tay, ít khi thấy bầm tím, nếu gãy thấu khớp sẽ thấy bao khớp căng phồng.
 - + Ám đau nhói ở đầu dưới xương quay.
 - + Biến dạng:
 - Móm trâm quay lên cao, có thể ngang bằng móm trâm trụ (dấu Laugier).
 - Nhìn thẳng: trực cẳng tay kéo dài không qua ngón 3 mà lệch qua ngón 4. Biến dạng này còn được gọi là dấu hiệu lưỡi lê (đúng hơn là lưỡi lê cắm trên đầu súng) hay dấu hiệu bayonet là gãy.
 - Nhìn nghiêng:

Nếu là gãy duỗi: đầu dưới xương quay lệch ra sau tạo nên biến dạng hình lưng nĩa (hay mu thìa). Nếu là gãy gấp: di lệch ngược lại, cổ tay gấp về phía lòng nhiều hơn.

Ngoài ra cần tìm hiểu thêm các triệu chứng của thương tổn đi kèm:

Ám vào giữa khớp quay-trụ dưới, nếu đau tăng có thể bong khớp quay trụ dưới.

Ám móm trâm trụ nếu đau tăng có thể gãy móm trâm trụ.

Ám hổ lào nếu đau tăng có thể gãy xương thuyền.

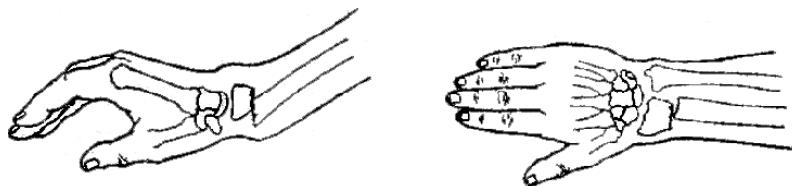
Ám phía trước cổ tay, nếu đau tăng và có dấu hiệu không duỗi thẳng được ngón 3, có thể là trật xương bán nguyệt.

1.3.2. X quang

Nên chụp đúng tư thế cẳng tay để ngừa. Phim xác định có gãy xương, đường gãy, di lệch, loại gãy và tổn thương đi kèm. Khi nghi có gãy xương thuyền nên chụp thêm phim có tư thế đặc biệt cho xương này.

- Gãy đầu dưới xương quay kiểu duỗi (Pouteau- Colles):
 - + Vị trí gãy: cách bờ khớp trước khoảng 2cm.

- + Đường gãy thường gãy ngang, không thấu khớp.
- + Di lệch; chồng ngắn; sang bên ra ngoài, ra sau; gấp góc mở ra sau.



Hình 8.1. Gãy đầu dưới xương quay và di lệch điển hình

- Gãy Goyrand- Smith:
 - + Vị trí và đường gãy như loại Pouteau- Colles.
 - + Di lệch: chồng ngắn; sang bên ra ngoài, ra trước; gấp góc mở ra trước.

1.4. Điều trị

Có nhiều phương pháp điều trị nhưng chọn phương pháp nào thì cần dựa vào loại gãy, khả năng di lệch thứ phát, tuổi và nghề nghiệp bệnh nhân.

Có 2 phương pháp chính là nắn xương và bó nẹp

1.4.1. Nắn xương

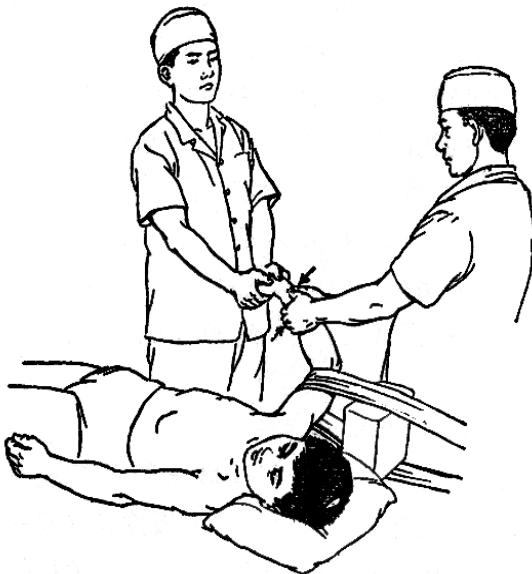
- Gây tê ổ gãy với 10ml novocain 1-2%, gây tê vùng, thuỷ châm tê hoặc gây mê.
- Nắn chỉnh: kéo sửa di lệch chồng trước và nắn đoạn gãy xa theo đoạn gãy gần. Có thể nắn bằng tay (2 người nắn) hoặc bằng khung (1 người nắn).

Chú ý: chỉ kéo 1 ngón cái để lực tác động thẳng vào đầu dưới xương quay, cẳng tay nửa sấp nửa ngửa. Kiểm tra hết di lệch chồng bằng đo chiều dài xương hoặc xem sự chênh lệch giữa 2 mõm trâm.

Gãy duỗi: nắn đoạn xa ra trước, cổ tay gấp về phía lòng 0- 10°.

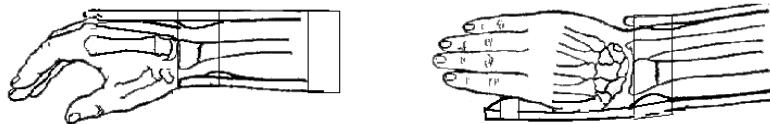
Gãy gấp: lăn đoạn xa ra sau, cổ tay duỗi 30 - 45°.

Nếu gãy không di lệch hoặc di lệch ít, có thể không cần nắn.



Hình 8.2. Gãy đầu dưới xương quay kiểu duỗi: kéo nắn di lệch đoạn gãy ngoại vi theo đoạn trung tâm

1.4.2. Bó nẹp



Hình 8.3. Phương pháp đặt nẹp và đệm trong gãy Poutau - Colles

Khi bảo tồn thất bại, phẫu thuật kết hợp xương có thể là: xuyên kim Kirschner; xuyên kim qua khe gãy (phẫu thuật Kapandji); xuyên 2-3 kim (có thể dùng kim Kirschner) qua khe gãy và đoạn gãy gần để chốt chặn đoạn gãy xa không cho di lệch, đặt nẹp ốc nhỏ, đặt cố định ngoài (dùng trong gãy hở và gãy nhiều mảnh).

1.5. Biến chứng và di chứng

1.5.1. Biến chứng sớm

- Chèn ống cổ tay: thể hiện bằng sự đè ép thần kinh giữa.
- Chèn ép thần kinh trụ và động mạch quay: ít gặp.
- Gãy hở: do xương gãy đâm ra.

1.5.2. Biến chứng muộn

- Can lênh: thường gặp; nếu di lệch nhiều xét thấy cần thiết sửa chữa thì chuyển điều trị phẫu thuật; nếu lệch ít: chấp nhận can lênh và tập vận động phục hồi chức năng.
- Khớp giả: rất hiếm
- Rối loạn dinh dưỡng: thường gặp nhất là hội chứng Sudeck, hội chứng vai bàn tay, gãy đau và mất chức năng vận động cổ tay bàn tay; rối loạn dinh dưỡng thường gặp do bệnh nhân thiếu tập luyện trong thời gian mang nẹp, nhất là điều trị theo phương pháp bó bột.

Sử dụng một trong các bài thuốc ngâm 15 đến 30 phút rồi tập luyện. Tránh xoa bóp thụ động càng làm rối loạn thêm dinh dưỡng tại chỗ, uống thuốc trong (bổ khí huyết, thông hoạt kinh lạc).

2. GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

2.1. Đại cương

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy phổ biến nhất ở lứa tuổi trẻ em (74% gãy xương ở trẻ < 10 tuổi; 50% các gãy vùng khuỷu). Đây là loại gãy có thể kèm theo biến chứng mạch máu thần kinh, đặc biệt có thể bị hội chứng Volkmann để lại di chứng nặng nề. Tuy tiên lượng xa về mặt cơ năng là tốt, nhưng di chứng hạn chế gấp đôi khuỷu kéo dài, cẳng tay vẹo trong (cubitus varus) còn rất phổ biến (35% đến 70%).

2.2. Nguyên nhân và cơ chế

- Gãy duỗi (96% đến 98%): trẻ ngã chống tay, khuỷu duỗi, đường gãy từ trước dưới đến sau trên, đầu gãy của đoạn trung tâm nhọn, di lệch ra trước đe dọa bó mạch và thần kinh cánh tay; đoạn ngoại vi di lệch ra sau.
- Gãy gấp (ít gặp ở trẻ em): trẻ ngã chống khuỷu, khuỷu gấp, đường gãy từ sau dưới đến trước trên, đầu gãy của đoạn trung tâm nhọn di lệch ra sau, có thể chọc thủng gân cơ tam đầu gây gãy hở.
- Đường gãy: đường gãy ngoài khớp, ngang hoặc chéo trên hai lồi cầu qua các hố khuỷu, hố vẹt.
- Di lệch:
 - + Gãy duỗi: đoạn ngoại vi di lệch ra sau, lên trên và vào trong (hiếm khi ra ngoài) do cơ tam đầu co kéo.
 - + Gãy gấp: ngược với di lệch của gãy duỗi (đoạn ngoại vi di lệch ra trước do cơ nhị đầu và cánh tay trước co kéo).
- Phân loại (theo Marion et Lagrange):
 - + Độ I: gãy một bên vỏ xương.
 - + Độ II: gãy cả hai lớp vỏ xương, không di lệch hoặc di lệch không đáng kể.
 - + Độ III: gãy di lệch nhưng các đầu gãy còn tiếp xúc với nhau.
 - + Độ IV: gãy với các đầu gãy di lệch xa nhau.

2.3. Triệu chứng lâm sàng

Trong trường hợp gãy duỗi điển hình:

- Cơ năng: đau nhiều vùng khuỷu, mất vận động khớp khuỷu.
- Thực thể: sưng nề vùng khuỷu, sau vài giờ có thể sưng nề gấp hai lúc thường. Có thể bầm tím vùng trước khuỷu (bầm tím đặc hiệu Kirmisson).

Nhin nghiêng: dấu hiệu "nhát rìu" phía sau khuỷu.

Sờ nắn thấy đau chói trên lồi cầu và có thể phát hiện tiếng lao xao, cử động bất thường khi làm động tác dạng, khép.

Các mốc giải phẫu bình thường, "tam giác khuỷu" bình thường.

- X quang: chụp hai tư thế thẳng và nghiêng cho phép xác định đường gãy và di lệch. Tuy nhiên muốn xác định di lệch xoay trong hay xoay ngoài cần chụp chéch.

2.4. Điều trị

2.4.1. Bảo tồn

Người ta thường dùng phương pháp bảo tồn là chính, chỉ phẫu thuật trong một số trường hợp hẫu hĩnh khi có gãy hở, biến chứng mạch máu làm rối loạn dinh dưỡng ngoại vi vùng gãy và liệt thần kinh ngoại biên không hồi phục.

Trong trường hợp nắn chỉnh không thành công, sưng căng nề, phồng dịch không cho phép nắn bó một thì... có thể kéo liên tục tại giường hoặc di động trên khung di động kiểu Pouliquen.

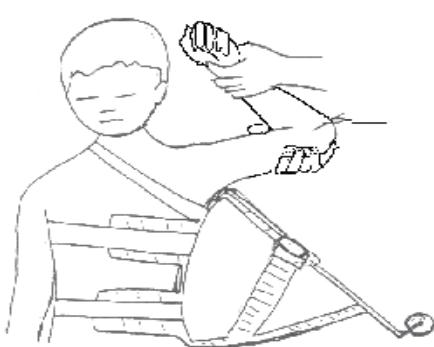
Phương pháp nắn chỉnh gãy trên lối cầu xương cánh tay trẻ em:

- Vô cảm: tốt nhất là gây mê vì nó giảm đau tuyệt đối; hoặc dùng một trong những phương pháp sau:
 - + Gây tê ổ gãy 8 đến 10ml xylocain 1%: giảm đau tốt. Cần phòng tránh nhiễm trùng ổ gãy.
 - + Thuỷ châm tê huyết: các huyệt gần ổ gãy như khúc trì, khúc trạch... hoặc các huyệt nằm trên các đường kinh đi qua ổ gãy như hợp cốc, cực tuyền.
- Thì 1: kéo theo trực cẳng tay, cẳng ngửa hoàn toàn. Lực kéo tăng dần và liên tục, nắn các di lệch trong - ngoài.
- Thì 2: từ từ gấp khuỷu, sấp dần cẳng tay đồng thời dùng ngón cái đẩy đoạn ngoại vi ra trước. Sấp cẳng tay và gấp khuỷu đến tối đa, sau đó duỗi dần đến 90°.
- Kiểm tra động mạch quay. Trong trường hợp động mạch bị chèn ép, sau khi nắn chỉnh mạch có thể phục hồi và ngoại vi vùng gãy hồng và ấm dần lên.

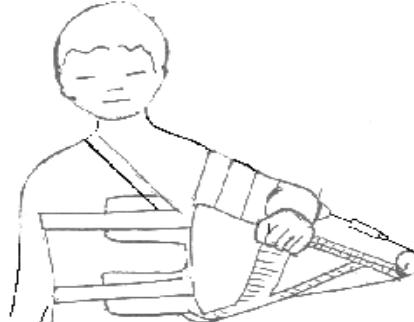
2.4.2. Phương pháp kéo liên tục

Dùng kim Kirchner xuyên qua mỏm khuỷu, cách đỉnh 1,5 đến 2cm, xuyên từ trong ra ngoài để chủ động tránh làm tổn thương dây thần kinh trụ. Kéo liên tục với lực 2,5 đến 3kg. Theo dõi sát trong tuần đầu, khi cần có thể nắn hỗ trợ bằng tay. Thời gian kéo liên tục 2 tuần, sau đó chuyển sang các phương pháp bất động thông thường.

Chụp X quang kiểm tra: 2 lần trong tuần đầu, sau đó mỗi tuần một lần.



Hình 8.4. Cố định khung vào thân

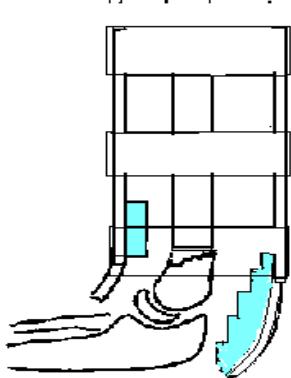


Hình 8.5. Cố định tay gãy vào khung, kéo liên tục

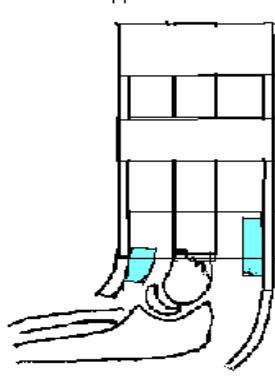
2.4.3. Phương pháp bất động

- Đối với gãy độ I, II và sau kéo liên tục, có thể bất động bằng hai nẹp to bản (rộng 4 đến 5cm, dày 0,5cm), đầu dưới được uốn cong theo hình giải phẫu đầu dưới xương cánh tay. Cố định nẹp bằng dây dán, chọn "dây cái" mềm làm dây, mặt phủ bông mềm áp vào da cho êm và thoáng nơi tiếp xúc; cuối mỗi dây có đinh một đoạn "dây đực" để dán thay cho nút buộc. Trên nẹp, tương ứng với nơi dây cái sẽ đè ngang qua cũng gắn những mảnh dây đực (bằng keo dán gỗ thông dụng...) để sau khi dán dây cái cố định, các nẹp được liên kết với nhau, không bị di lệch hoặc xộc xệch...

Độ chặt mỗi dây vừa đủ, không gây cản trở tuần hoàn, không lỏng tuột. Theo kinh nghiệm của chúng tôi: sau khi quấn đủ chu vi, xiết thêm từ 1 đến 1,5cm là vừa phải.

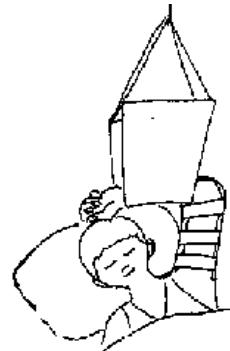
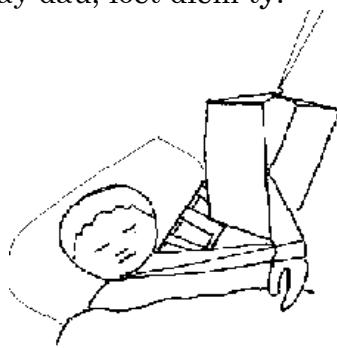


Hình 8.6. Cách đặt nẹp và đệm cho gãy duỗi



Hình 8.7. Cách đặt nẹp và đệm cho gãy gấp

- Theo dõi sau khi đặt nẹp: sau khi bó nẹp, bệnh nhân được hướng dẫn treo gác cao chi gãy tạo thuận lợi cho tuần hoàn trở về, giảm sưng nề. Treo cẳng tay với khuỷu gấp 90° khi đi lại; có thể dùng chăn, đệm, tường nhà, khung... để dựa cẳng tay; tốt nhất là treo tay khi nằm (hình 20).
- Quan sát theo dõi: sau nắn chỉnh và cố định, cần theo dõi chặt chẽ 1- 4 ngày, tránh thắt buộc quá chặt hoặc quá lỏng; các điểm tỳ đè trên mấu xương gây đau, loét điểm tỳ.



Hình 8.8. Phương pháp treo tay khi nằm

- Thời gian bất động ít nhất 3 tuần tính từ ngày nắn chỉnh, cố định.
- Hướng dẫn tập luyện phục hồi chức năng chi gãy (xem phần điều trị chấn thương theo YHCT).

2.3. Biến chứng

Tổn thương động mạch cánh tay: mạch quay yếu hoặc mất. Cần nắn ngay, sau 30 phút không có dấu hiệu phục hồi mạch quay cần can thiệp ngoại khoa.

Chèn ép khoang: do sưng căng nề, máu tụ. Bệnh nhân đau nhiều, đau tự nhiên như dao đâm, các ngón bị co rút gấp lại, kéo duỗi các ngón cũng gây đau đớn. Xử trí: nếu giai đoạn sớm thì cần nắn xương, theo dõi, treo gác tay cao; nếu giai đoạn muộn cần mổ giải ép để tránh mắc hội chứng Volmann (thoái hoá xương cùi chỏ, thần kinh do thiếu máu nuôi) để lại di chứng nặng nề.

Tổn thương các dây thần kinh ngoại biên (giữa, trụ, quay) xử trí nắn sớm để giải ép. Thông thường liệt thần kinh tự hồi phục sau 3 đến 4 tháng. Theo dõi, nếu sự phục hồi không tiến triển, cần phẫu thuật thăm dò.

Gãy hở: điều trị phẫu thuật hoặc bảo tồn tuỳ từng trường hợp.

Biến chứng muộn: hội chứng Volkmann, can lệch, khuỷu vẹo trong, viêm cơ cốt hoá làm cứng khớp khuỷu.

3. MỘT SỐ TRẬT KHỚP THƯỜNG GẶP

Trật khớp có thể xảy ra ở các khớp: vai, khuỷu, háng.

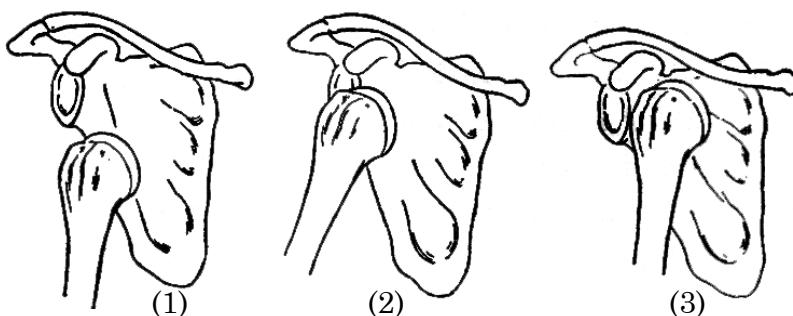
3.1. Triệu chứng chung

3.1.1. Cơ nắn

Đau vùng khớp bị trật, mất cơ năng và dấu hiệu quan trọng nhất là "dấu hiệu lò xo", nghĩa là khi đưa phần ngoại vi khớp trật sang vị trí khác, thả ra lại trở về vị trí cũ.

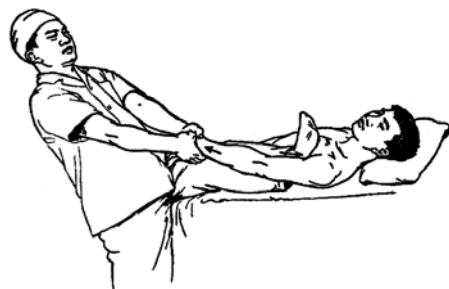
3.1.2. Trật khớp vai

Hầu hết các trường hợp trật khớp vai đều di lệch chỏm ra trước và xuống dưới. Có thể minh họa 3 loại sau đây:

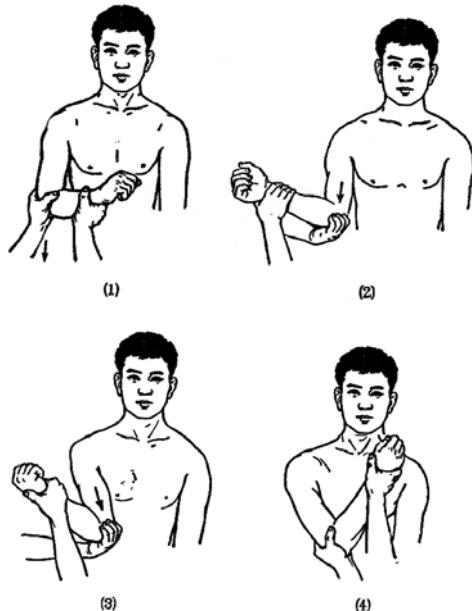


Hình 8.9. Trật khớp vai và các kiểu di lệch của chỏm: (1) xuống dưới; (2) trước - dưới; (3) trước - trong

Phương pháp nắn chỉnh:



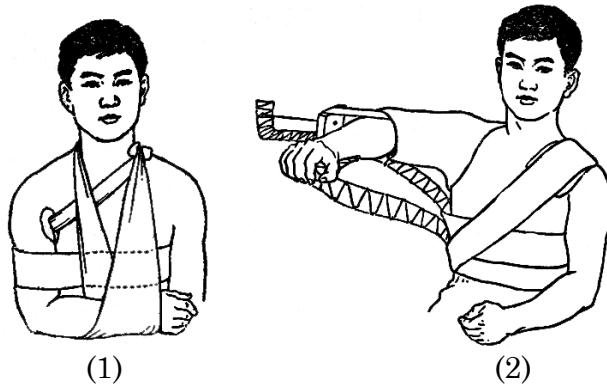
Hình 8.10. Phương pháp dùng chân nắn di lệch (Hypocrat)



Hình 8.11. Trật khớp vai, chỏm di lệch ra trước và 4 động tác cơ bản (kéo, nắn chỉnh) (L.Boehler)



Hình 8.12. Nắn trật khớp vai ứng dụng



Hình 8.13. Phương pháp cố định sau nắn chỉnh trật khớp vai:
(1) Cố định bằng băng và đệm; (2) Cố định bằng kéo liên tục qua da

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy điền chữ Đ cho câu đúng và chữ S cho câu sai

- Gãy đầu dưới xương quay có 4 loại Đ/S
- Điều trị bảo tồn bằng nắn xương và bó nẹp Đ/S
- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay chia làm 3 độ Đ/S
- Điều trị gãy trên lồi cầu xương cánh tay chủ yếu là phẫu thuật Đ/S

2. Điền cụm từ thích hợp vào chỗ trống

- Biến chứng muộn của gãy đầu dưới xương quay là.....lệch.....giả.....dưỡng.
- Biến chứng sớm của gãy đầu dưới xương quay là.....cổ tay.....tru.....quay.
- Biến chứng của gãy trên lồi cầu xương cánh tay là.....tồn.....tay.....chèn.....khoang, tổn thương.....ngoại biên, gãy.....

3. Mô tả được một số trật khớp thường gặp.