**Trật khớp háng**

I. Giải phẫu – Sinh lí khớp háng:

- Khớp háng là 1 khớp chỏm lớn nhất cơ thê, nằm sâu trong lớp cơ mông, có ổ cối sâu ôm gần hết ¾ chỏm xương đùi, có hệ thống dây chằng bao khớp giữ vững. 🡪 Vì vậy khi trật khớp háng thường kèm theo đa chấn thương. (hay có sốc).

- Là khớp giữa bẹn và mông, có nhiều cơ che phủ, vì vậy phẫu thuật vào khớp háng rất khó khăn.

- Góc cổ thân xương đùi bình thường xấp xỉ 1300

- Nuôi dưỡng chỏm xương đùi có 3 nguồn: ĐM dây chằng tròn, đm mũ (chính: tách từ đm đùi sâu), Đm thân xương đùi. Khi bị trật khớp háng, các động mạch này rất dễ bị tổn thương.

- Ổ cối do 3 phần của xương chậu( cánh chậu – ngồi – mu) tạo nên, khi vỡ ổ cối có di lệch gây trật khớp háng trung tâm.

- Quanh ổ cối có 1 sụn viền ổ cối, tham gia giữ khớp: khi bị trật thường gây bong diện sụn viền này.

- Động tác của khớp háng: gấp- duỗi(130/0/10), dạng-khép(50/0/30), xoay trong – xoay ngoài(50/0/45)

II. Trật khớp háng:

- Định nghĩa: trật khớp háng là sự di lệch bất thường giữa chỏm xương đùi và ổ cối của xương chậu, làm cho mặt khớp háng bị lệch lạc.

-Dịch tễ:

+ TKH ít gặp, chiếm 5% tổng số của trật khớp nói chung.

+ Gặp ở người trẻ khỏe 20-30 tuổi, ít gặp ở trẻ em và người già.

+ Nam > nữ (5/1)

- Nguyên nhân và cơ chế TKH:

+ Do chấn thương: hay gặp nhất, lực truyền từ gối qua đùi vào khớp háng gây trật khớp.

+ Do viêm xương khớp háng.

+ Do trật khớp háng bẩm sinh.

III. Phân loại TKH:

1. Theo kiểu trật: Có 3 loại trật khớp

- Trật ra sau: phổ biến, có 2 kiểu:

+ Trật ra sau lên trên: kiểu chậu.

+ Trật ra sau xuống dưới, kiểu ngồi.

- Trật ra trước: ít gặp

+ Trật ra trước, lên trên: kiểu mu.

+ Trật ra trước xuống dưới: kiểu bịt.

- Trật trung tâm (gãy trung tâm) có 2 nguyên nhân:

+ Do lực tác động lên mấu chuyển lớn, thúc chỏm vào trong làm vỡ hõm đáy khớp, chỏm xương tổn thương nặng.

+ Do vỡ xương chậu ở hõm khớp, chỏm bị di lệch vào trong.

2. Theo độ nặng: Dựa vào cách chia của Stewart và Milford, được ứng dụng nhiều trên lâm sàng:

- Độ 1: Trật khớp vững (Sau khi nắn không còn bị trật lại)

- Độ 2: Trật khớp kèm theo vỡ 1 phần xương chỏm, hoặc 1 phần ổ cối, nhưng sau khi nắn khớp vững.

- Độ 3: Tổn thương như độ 2, nhưng khớp không vững, bị trật lại.

- Độ 4: Trật khớp kèm theo gãy cổ xương đùi.

=> Độ 3,4: bắt buộc phải điều trị phẫu thuật.

IV Chẩn đoán và điều trị TKH do chấn thương:

1. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng:

- Hoàn cảnh: sau chấn thương, mà lực chấn thương từ khớp gối qua đùi vào khớp háng

- Cơ năng: Sau tai nạn, chấn thương thì bệnh nhân đau, mất vận động hoàn toàn khớp háng bên tổn thương.

- Toàn thân:

+ TKH do chấn thương thường kèm theo tình trạng đa chấn thương, nên thường có biểu hiện shock: bệnh nhân vật vã, kích thích hay lờ đờ, da xanh tái, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, lạnh đầu chi, mạch nhanh nhỏ, HA tụt kẹt, thở nhanh nông, thiểu niểu hoặc vô niệu -> cần hồi sức tích cực chống sốc.

+ Khám nhanh, phát hiện các tổn thương phối hợp, nếu có để xử trí kịp thời: CTSN, CTLN,…

- Thực thể:

+ Nhìn:

* Sưng nề vùng chậu hông bên tổn thương, gối bên trật lên cao hơn bên lành.
* Chi ở tư thế bắt buộc, tuỳ từng kiểu trật:
* Trật ra sau(kiểu chậu, kiểu ngồi): đùi gấp ít, đùi khép, xoay trong.
* Trật ra trước(kiểu mu, kiểu bịt): đùi gấp ít, đùi dạng, xoay ngoài.
* Trật lên trên (kiểu chậu, kiểu mu): đùi gấp nhẹ, chân ngắn ít.
* Trật xuống dưới (kiểu ngồi, kiểu bịt): đùi gấp nhiều, chân ngắn nhiều.

+ Sờ:

* Sau khi đã vô cảm, nếu sửa lại tư thế bắt buộc thì sẽ thấy dấu hiêu lò xo (dấu hiệu Pitton).
* Mấu chuyển lớn lên cao, làm thay đổi tương quan của các mốc xương vùng chậu – đùi: Đường Schoenecke, tam giác Bryant, đường Peter, đường Nelaton – Roser thay đổi.
* Sờ có thể thấy chỏm xương đùi ở vị trí trật khớp.

+ Đo: chiều dài tương đối đùi tổn thương ngắn hơn bên lành/chiều dài tuyệt đối không đổi.

- Ngoài ra:

+ Trật khớp háng kiểu chậu có thể chèn ép thần kinh, đặc biệt là TK hông to, do đó cần khám phát hiện dấu hiệu liệt vận động ở cẳng chân, bàn chân và mất cảm giác ở gan chân.

+ Khám toàn diện để phát hiện các tổn thương phối hợp: gãy xương, CTSN, CTBK, CTLN,…

b. Cận lâm sàng:

- CTM: HC, Hb, Hct giảm tuỳ mức độ mất máu (nếu có)

- Siêu âm Doppler nếu nghi ngờ tổn thương mạch.

- XQ khớp háng tổn thương:

+ Sau khi đã chống sốc (nếu có), tình trạng bệnh nhân đã ổn đinh (HA max > 90mmHg), chụp 2 phim thấy thẳng, nghiêng lấy hết xương chậu.

+ Hình ảnh tổn thương:

* Chỏm xương đùi bị trật ra khỏi ổ cối, ở vị trí tuỳ theo kiểu trật.
* Cổ xương đùi dài ra, góc cổ - thân xương đùi bình thường ( ~130o)
* Vòng cung cổ bịt bị gãy.
* Không thấy bóng mấu chuyển bé (vì đùi xoay trong, mấu chuyển bé lấp sau thân)

+ Ngoài ra: đánh giá có gãy mấu chuyển lớn kèm theo không.

- Chụp CT Scanner khớp háng tổn thương: Nếu có vỡ kèm khớp, vỡ chỏm để đánh giá chính xác tổn thương.

- Các xét nghiệm đánh giá tổn thương phối hợp: XQ phổi, Siêu âm ổ bụng, CT sọ não, … tuỳ từng tổn thương.

=> Chẩn đoán xác định = Lâm sàng + Cận lâm sàng

2. Chẩn đoán phân biệt với gãy cổ xương đùi:

- Lâm sàng: Có điểm đau chói tại ổ gãy (vùng tam giác Scapa), dấu hiệu lò xo (-).

- Chụp XQ xương đùi: thấy hình ảnh gãy cổ xương đùi / chỏm xương đùi vẫn nằm trong ổ cối.

3. Điều trị:

3.1 Nguyên tắc chung:

- Nếu bệnh nhân có sốc thì điều trị tích cực chống sốc: thở O2, giảm đau, hồi phục KLTH. Tình trạng bệnh nhân ổn định thì xử trí trật khớp háng.

- Nếu bệnh nhân không có sốc, cần xử trí trật khớp háng ngay, cũng là 1 biện pháp để phòng sốc.

- Điều trị các tổn thương phối hợp khác (nếu có).

3.2 Điều trị cụ thể:

\* Nguyên tắc 4 kì: Đưa chỏm xương đùi về vị trí giải phẫu bình thường và phục hồi chức năng khớp háng.

Nắn càng sớm càng tốt/nắn nhẹ nhàng, tránh làm hỏng sụn chỏm hoặc gãy cổ xương đùi.

a. Điều trị trật khớp háng mới: (2)

- Trật khớp háng đơn thuần:

+ Vô cảm, giãn cơ tốt (tốt nhất là gây mê toàn thân).

+ Nắn:

* Phương pháp Bochler: Cách nắn với kéo đai vải số 8.
* Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn nắn, cố định đại chậu vào bàn nắn, háng và gối gấp.
* Người nắn ngồi cùng bên với bn, 1 đai vải quàng qua cổ người nắn và qua gối bn, kéo thẳng đùi lên trời, đè cẳng chân bn xuống tạo lên lực chính qua đai vải.
* Tuỳ theo kiểu trật mà khép háng hay giạng háng cho phù hợp.
* Phương pháp Kocher: Tương tự như phương pháp Boehler, nhưng cho gối người nắn vào khoeo bn.
* Phương pháp Djenalidze – Stimson: (hiện nay ít làm)
* Cho bn nằm sấp, chân thẳng dưới mép bàn, háng – gối gấp 90­­o, có người giữ xương chậu
* Người nắn kê gối vải vào khoeo chân bn, nắn nhẹ nhàng theo chiều trọng lực, khớp tự vào.

+ Kết quả: khi chỏm xương được nắn về vị trí sẽ nghe thấy tiếng “khục” và khớp háng vận động dễ dàng, mất tư thế bắt buộc 🡪 Cần chụp XQ kiểm tra lại.

+ Bất động:

* Sau nắn chỉnh bệnh nhân bất động trên giường 2 tuần, bằng cách buộc 2 cổ chân với nhau, sau đó tập vận động khớp háng nhẹ nhàng rồi tập đứng tập đi.
* Khi trật khớp háng kèm vỡ màng ổ cối, thì nắn chỏm vào trước, còn mảnh vỡ ở phía sau trên của hõm khớp thì sẽ mổ phiên cố định về sau: nắn chỉnh + bột chậu – lưng – chân để 3 tuần.
* Lưu ý: Trật khớp háng thông thường nhiều khi nắn thất bại, vì chân chui qua lỗ rách bao khớp ra sau như cài khuy áo, bao khớp chit lấy cổ xương đùi => mở nắn sớm.

- Trật khớp háng kèm tổn thương chỏm xương đùi, ổ cối: (2)

+ Trật khớp háng kèm vỡ chỏm:

* Mổ trật khớp háng với vít xương xốp:
* Cố gắng đặt vít từ ngoài vào qua khối mấu chuyển
* Đôi khi đặt vít ngầm (vít để lại vĩnh viễn) từ trong ra ngoài.
* Ở người trung niên và người già, không phải lao động nặng => mở thay chỏm.

+ Trật khớp háng kèm vỡ ổ cối (Trật khớp háng trung tâm) (3)

* Điều trị không mổ: Trong trường hợp:
* Vỡ hõm khớp không di lệch hoặc di lệch < 2mm -> kéo tạ 5kg x 6-8 tuần.
* Gãy lệch ở nơi ít quan trọng.
* Có bệnh nội khoa cần điều trị trước.
* Có VTNT nơi dự kiến mổ.
* Người già loãng xương.
* Kéo liên tục:
* Chỉ định: Trật khớp háng trung tâm có vỡ hãm khớp và lõm sâu chỏm vào đáy ổ cối, vào tiểu khung.
* Kĩ thuật:
* Gây mê bệnh nhân.
* Kéo chân bên trật theo trục chi dưới, kiểm tra chiều dài 2 chân bằng nhau là được, rồi chụp XQ kiểm tra lại.
* Xuyên đinh Kirschuer qua lồi cầu xương đùi, kéo liên tục với tạ bằng 1/6 trọng lượng cơ thể trong 3 tuần.
* Mổ để nắn và kết hợp xương bằng nẹp vít khi
* Ổ cối vỡ nặng, di lệch > 2 mm, bệnh nhân trẻ
* Kéo tạ, nắn cấp cứu không kết quả.
* Gãy nặng với chỏm lún sâu vào hõm nhiều (sau mổ kéo tạ nhẹ, 3-4 tuần cho thương tổn sụn chỏm được nghỉ).

b. Điều trị trật khớp háng cũ: (trật khớp háng > 10 ngày)

- Nếu trật khớp háng <3 tuần: kéo liên tục 10 ngày, sau đấy nắn thử nhẹ nhàng.

- Nếu trật khớp háng > 3 tuần: mổ để đặt lại khớp

- Nếu trật khớp háng lâu năm: đã có sự thích nghi với 1 khớp tân tạo ở cành chậu, không nên mổ đặt lại khớp, mà phẫu thuật đục xương dưới mấu chuyển sửa lại trục chi.

V. Trật khớp háng sơ sinh:

1. Đại cương: (4)

- Định nghĩa: là tình trạng chỏm xương đùi của 1 hoặc cả 2 bên khớp háng bị trật ra khỏi vị trí bình thường của khớp háng, trước khi trẻ ra đời.

- Xảy ra ở nữ > nam, yếu tố nguy cơ cao là ngôi ngược và con so.

- Nguyên nhân: chưa sáng tỏ, 1 số giả thuyết: đột biến NST, MT của mẹ khi mang thai, tư thế thai nhi bất thường, không rõ nguyên nhân.

- Tỉ lệ bị dị tật 1/100 – 1/800 trẻ sơ sinh.

2. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng: Có thể phát hiện ngay sau sinh hoặc 1 vài tuần đầu sau sinh. Có 8 dấu hiệu phát hiện sớm ngay sua sinh.

- Chênh lệch chiều dài 2 chân: chân bên trật khớp háng ngắn hơn bên đối diện, nhưng sẽ khó phát hiện khi trật khớp háng cả 2 bên.

- Nếp lằn mông, đùi ở chân bên trật ít hơn và cao hơn bên lành.

- Bàn chân đổ ngoài, khi trẻ nằm duỗi chân.

- Dấu hiệu Galeazzi: Tư thế gấp gối, khớp gối bên trật thấp hơn.

- Hạn chế gấp và dạng khớp háng.

- Dáng đi khập khiễng: nếu trật khớp háng 2 bên.

- Nghiệm pháp Barlow: Khi gấp và khép háng, chỏm xương đùi trượt ra ngoài ổ khớp tạo nên tiếng kêu “lục cục”. (ở trẻ < 6 tháng tuổi)

- Nghiệm pháp Ortolam: Khi giạng và duỗi khớp háng, chỏm xương đùi trượt ra ngoài khỏi ổ khớp tạo nên tiếng kêu “lục cục” (ở trẻ < 6 tháng tuổi), người lại với test Barlow.

b. Cận lâm sàng:

- Chụp X- quang khớp háng: (phim thẳng, nghiêng) hình ảnh hõm khớp háng rỗng, chỏm xương đùi ở vị trí bất thường.

- Siêu âm khớp háng giúp chẩn đoán Trật khớp háng.

=> Chẩn đoán xác định = Lâm sàng + Cận lâm sàng

3. Điều trị Trật khớp háng bẩm sinh:

3.1. Nguyên tắc:

- Can thiệp sớm, ngay sau sinh.

- Can thiệp toàn diện: bó bột, bài tập vận động, nẹp chỉnh hình.

- Phẫu thuật chỉnh hình sớm khi điều trị bảo tồn thất bại.

3.2 Phương pháp điều trị chỉnh hình: = điều trị bảo tồn.

- Giữ trẻ ở tư thế: khớp háng giạng rộng và gối gấp:

+ Nếu dị tật nặng được phát hiện sớm ngay sau sinh, việc điều trị chỉ đơn giản là duy trì tư thế khớp háng giạng và đầu gối gấp trong 2 tháng, bằng các phương pháp: đóng bỉm vệ sinh/ dùng tã gấp dày/ cõng hoặc địu trẻ/ đặt trẻ nằm sấp khi ngủ.

+ Đối với trẻ bị tật này từ 1-6 tháng tuổi: điều trị nguyên nhân theo cách trên, thưưòng sau 3-4 tuần thì khớp háng sẽ trở về vị trí bình thường.

+ Tỉ lệ thành công 90 – 95 %

- Nẹp chỉnh hình:

+ Nẹp khớp háng làm bằng xốp mềm, điều trị trật khớp háng 1 bên hoặc 2 bên.

+ Thời gian đoe nẹp: ngay sua khi sinh đến khi trẻ 12 tháng tuổi. (liên tục đeo cả ngày và đêm trong 6 tháng đầu, đeo nẹp vào ban đêm trong 6 tháng tiếp theo)

- Bó bột:

+ Chỉ định: trẻ trật khớp háng bẩm sinh < 6 tháng tuổi.

+Thời gian bó bột: 2 tuần/đợt, khoảng 10-15 đợt.

+ Theo dõi sau bó bột tại nhà: nếu các ngón chân sưng, bầm, đau phải tháo bột ngay, tránh hoại tử. Sau tháo bột thì tắm rửa sạch sẽ, bôi cồn iot vào chỗ xước loét.

- Vận động trị liệu: làm các động tác giạng háng, xoay trong háng, gấp háng thụ động.

3.3 Phẫu thuật chỉnh hình: = Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định:

+ Từ khi sinh đến 18 tháng, trẻ bị trật khớp háng bẩm sinh không được can thiệp gì.

+ Nếu điều trị bảo tồn thất bại.

- Kĩ thuật Somerville tạo hình khớp háng: (Kĩ thuật Somerville)

+ Vô cảm: gây mê toàn thân, giãn cơ tốt.

+ Tiến hành:

* Rạch da nhỏ, cất nguyên uỷ cơ may, cơ thẳng đùi.
* Mở bao khớp hình chữ T, cắt dây chằng tròn, làm sạch ổ cối.
* Khâu ngắn bao khớp phía trước.

+ Chụp X-quang sau mổ để kiểm tra lại.

VI. Biến chứng và di chứng của Trật khớp háng:

1. Đối với trật khớp háng do chấn thương:

- Biến chứng sớm:

+ Gãy bờ ổ khớp, gãy cổ xương đùi do nắn chỉnh, nhất là ở người già bị thưa xương.

+ Tổn thương phần mềm: bầm giập cơ quanh khớp gây chảy máu, sưng nề vùng khớp.

+ Tổn thương thần kinh: Thần kinh hông to nếu trật ra sau, Thần kinh đùi hoặc thần kinh bịt với trật ra trước.

+ Các tổn thương vùng gối: Vỡ xương bánh chè, đứt dây chằng khớp cùng bên.

- Di chứng:

+ Hoại tử chỏm (5-10%)

* Hay gặp ở trật khớp háng cũ, do tổn thương mạch nuôi dưỡng chỏm.
* Do chân bị đè ép vào vị trì khác, làm chỏm bị méo mó, thoái hoá.

+ Thoái hóa khớp (20-30%): gặp ở trật khớp háng trung tâm, vì ổ cối méo mó, can xấu.

+ Vôi hóa quanh khớp: gây ảnh hưởng đến cơ năng của khớp.

+ Dính khớp và cứng khớp.

+ Trật khớp háng không được phát hiện, điều trị trở thành trật khơp scũ, không còn khả năng nắn chỉnh.

2. Đối với trật khớp háng bẩm sinh:

- Thoái hoá khớp háng bị trật: gây đau, làm dáng đi bất thường.

- Hai chân có chiều dài không cân xứng, làm trẻ chậm chạp, ảnh hưởng đến sinh hoạt hang ngày.

- Đối với trẻ gái, trật khớp háng sẽ làm biến đổi khung chậu, ảnh hưởng đến vấn đề sinh sản sau này.

- Gây gù, vẹo cột sống do tình trạng bất cân xứng của chi dưới.