TRẬT KHỚP VAI

I, Đặc điểm sinh lý- Giải phẫu khớp vai

- Khớp vai là 1 khớp chỏm cầu, vì thế hiệu độ vận động của khớp lớn.

- Đặc điểm:

+ Chỏm to, hõm khớp bé, có 1 sụn nền quanh khớp để tăng cường cho khớp.

+ Các phương tiện giữ khớp:

* Bao khớp rộng, lỏng lẻo.
* Ở phía trước mỏng, có các dây chằng tăng cường.

→ Điểm yếu là giữa dây chằng giữa và dây chằng dưới: Vì thế hay trật khớp vai kiểu trước trong dưới mỏm quạ.

+ Các động tác của khớp vai: giạng khép, đưa ra trước- sau, xoay ra ngoài- trong.

II, Trật khớp vai.

- Định nghĩa: Trật khớp vai là sự di lệch bất thường giữa chỏm xoay cánh tay và ổ chảo của xương bả vai; làm cho mặt khớp vai bị lệch lạc.

- Dịch tễ:

+ Là loại trật khớp thường hay gặp nhất, chiếm 60% tổng số trật khớp.

+ Thường gặp ở người trẻ khỏe, từ 20-40 tuổi (do có nhiều hoạt động mạnh và thể thao).

+ Tỉ lệ nam nhiều hơn nữ.

- Các yếu tố thuận lợi: ổ chảo nông/ chỏm xương cánh tay quá to/ các dây chằng bao khớp ở trước dưới yếu.

- Cơ chế, nguyên nhân gây trật khớp vai:

+ Ngã chống tay hoặc khuỷu, trong tư thế cánh tay dạng/ đưa ra sau và xoay ngoài: Chỏm có thể làm rách hay bong chỗ bám phía trước và dưới hõm khớp làm bong gờ sụn và bật khỏi hõm khớp.

+ Co rút cơ đột ngột và mạnh như: đẩy tạ, ném đĩa, ném lao,…

+ Cơ chế trực tiếp ít gặp.

- Có thể gặp trật khớp vai mới- cũ- tái diễn:

+ Mới: xảy ra sau chấn thương, các dây chằng bao khớp chưa bị xơ dính, có khả năng nắn chỉnh bảo tồn.

+ Cũ: sau tai nạn 3 tuần ( >10 ngày với khớp háng), không được nắn chỉnh hoặc nắn chỉnh không có kết quả, dây chằng bao khớp đã xơ dính, khớp còn khả năng nắm chỉnh bảo tồn.

+ Tái diễn: Trật khớp lặp đi lặp lại nhiều lần, tần suất > 10 lần.

III, Phân loại.

1, Trật khớp vai ra trước- vào trong: 95% các trường hợp trật khớp vai ra trước, xoay cánh tay xuống dưới và vào trong. Tùy vị trí chỏm xương cánh tay với mỏm quạ mà ta có các thể sau:

- Thể ngoài mỏm quạ: Chỏm xương cánh tay nằm ngay bờ trước hõm khớp. Đây là thể bán trật khớp, dễ nắn chỉnh.

- Thể dưới mỏm quạ: hay gặp, chỏm xương cánh tay nằm ngay dưới mỏm quạ.

- Thể trong mỏm quạ: chỏm xương cánh tay chọc sâu vào phía trong mỏm quạ.

- Thể dưới xương đòn: gây tổn thương lớn dây chằng bao khớp, gân cơ quanh khớp có thể kèm theo cả gãy xương. Chỏm xương nằm ngưới dưới xương đòn.

2. Trật khớp vai xuống dưới:

- Đứng thứ 2, chỏm xương cánh tay nằm ngay dưỡi hõm khớp.

- Gồm 3 thể:

+ Thể dưới hõm khớp thông thường: Thể này nhẹ hơn các thể khác. Phần trên của cổ giải phẫu nằm ở bờ dưới hõm khớp. Di lệch này thường không vững, có khuynh hướng tự chỉnh lại, chỏm xương trở về vị trí ổ khớp.

+ Thể dựng ngược: Cánh tay ở tư thế dạng quá mức.

+ Thể dưới cơ tam đầu: Là thể trung gian giữa trật khớp xuống dưới và ra sau. Chỏm xương cánh tay nằm phía sau gân cơ tam đầu.

3. Trật khớp vai ra sau: ít gặp, gồm:

- Thể dưới mỏm cùng: chỏm xương cánh tay trật ra sau và nằm ngay dưới mỏm cùng vai.

- Thể dưới gai: chỏm xương cánh tay trật ra sau quá mạnh, tổn thương quanh khớp lớn. chỏm xương nằm dưới gai vai.

4. Trật khớp vai lên trên: Rất hiếm gặp, thường kèm theo gãy mỏm cùng vai.

IV. Chẩn đoán xác định trật khớp vai.

1, Trật khớp vai ra trước - xuống dưới – vào trong.

a, Lâm sàng:

- Cơ năng: sau tai nạn, bệnh nhân đau và mất cơ năng khớp vai.

- Toàn thân: ít thay đổi.

- Thực thể:

+ Nhìn:

* BN đến khám: tay lành đỡ tay đau.
* Khớp vai có thể sưng nề
* Biểu hiện vùng vai bị tổn thương: vai bên tổn thương ngắn hơn/ mòm cùng vai dô/ vai vuông/ dấu hiệu mắc áo, dấu hiệu nhát rìu dưới mỏm cùng vai.
* Cánh tay dạng 30-40o, xoay ngoài.
* Rãnh delta – ngực đầy hơn, không rõ nét.

+ Sờ:

* Hõm khớp vai rỗng, sờ thấy chỏm xương cánh tay ở rãnh delta ngực, ở dưới mỏm quạ.
* Dấu hiệu lò xo: cánh tay dạng 30-40o, ép cánh tay vào thân thì BN đau, thả tay ra thì cánh tay về vị trí cũ. (dấu hiệu berger).

+ Đo:

* Thay đổi trục chi bị tổn thương, chiều dài tương đối chi tổn thương lớn hơn chi lành. (Từ mỏm cùng vai đến mỏm trên LCN xương cánh tay). Chiều dài tuyệt đối không thay đổi. (Từ cư lớn đến mỏm trên LCN xương cánh tay) → (chiều dài cánh tay bên tổn thương).
* Biên độ vận động khớp vai giảm hoặc mất hoàn toàn. (Bình thường: dạng khép: 90/0/20; đưa ra trước sau: 90/0/40; xoay ngoài – trong: 90/0/30).

- Khám phát hiện các tổn thương phối hợp:

+ Sờ nắn kĩ xương cánh tay: Có thể phát hiện điểm đau chói khi có gãy xương phối hợp.

+ Bắt mạch quay, trụ để đánh giá tình trạng mạch máu: Có thể giảm hoặc mất khi động mạnh cánh tay, động mạch nách bị chỏm xương chèn ép.

+ Bệnh nhân có thể có cảm giác đau, te bì toàn bộ chi bị tổn thương nếu chỏm xương chèn ép vào đám rối thần kinh cánh tay.

b, Chụp XQ khớp vai tổn thương:

- Chụp tư thế: thẳng, nghiêng và lấy hết khớp vai và khớp khuỷu.

- Hình ảnh:

+ Hõm khớp vai rỗng, chỏm xương cánh tay di lệch: ra trước – vào trong – xuống dưới mỏm quạ.

+ Có thể có bong mấu động to kèm theo.

2. Trật khớp vai xuống dưới ổ chảo:

- Lâm sàng: Cánh tay ngược lên trời, khuỷu gấp nhọn + bàn tay sờ đầu.

- XQ: Hình ảnh khớp vai rỗng, chỏm xương cánh tay trật xuống dưới ổ chảo.

3. Trật khớp vai ra sau:

- Lâm sàng: Dáng vẻ như một người ghê sợ gì không muốn đến gần.

+ Cánh tay khép, cẳng tay như dán chặt và nằm ngay trước lồng ngực.

+ Cổ - bàn tay duỗi tối đa.

- XQ:

+ Phim thẳng: Đọc không kỹ dễ tưởng khớp vai bình thường.

+ Phim nghiêng: Thấy rõ chỏm xương cảnh tay trật ra sau.

V. Các biến chứng của trật khớp vai.

1. Tổn thương thần kinh ( 15 % các trường hợp)

- Liệt đám rối thần kinh cánh tay: Thường gặp liệt 3 dây.

- Liệt thần kinh mũ: gây liệt cơ Delta là hay gặp nhất, 10% là liệt tạm thời, nếu liệt kéo dài > 3 tháng thì sẽ không hồi phúc (hiếm gặp).

- Tổn thương về thần kinh: gây liệt cơ nhị đầu, cơ ở bàn tay.

2. Tổn thương mạch máu: ( chiếm 1% các trường hợp)

- Có thể động mạch bị tắc do tổn thương nội mạc sau đụng dập/ bị rách bên do đứt gốc động mạch vai dưới.

3. Đau quanh khớp vai:

- Rất hay gặp ở người lớn tuổi sau trật khớp vai. Biểu hiện:

+ Bệnh nhân đau khớp vai khi cử động, đau dai dẳng, khó chịu cho sinh hoạt, lao động ngày.

+ Gây hạn chế cơ năng khớp vai.

- Ngày nay: Sử dụng chụp CT scanner, MRI: người ta xác định được các thương tổn phần mềm đai vai và can thiệp nội soi khớp vai nên di chứng đau quanh khớp vai được khắc phục.

4. Gãy xương: Gãy 1 phần xương bả vai/ cổ xương cánh tay hoặc mấu động to xương cánh tay.

VI. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn chỉnh chỏm xương cánh tay về đúng vị trí giải phẫu.

- Đảm bảo phục hồi chức năng khớp vai.

2. Điều trị thực thể: Tùy loại trật khớp vai mà chọn phương pháp thích hợp

a. Trật khớp vai mới: Nắn, bất động

- Vô cảm: Gây mê để nắn, thuốc giãn cơ.

- Nắn:

+ Phương pháp Hypocrate: Ngày nay vẫn sử dụng rộng rãi.

* Ưu điểm: Đơn giản, dễ làm, đạt hiệu quả cao.
* Kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa trên ván cứng. Bác sĩ ngồi cạnh bệnh nhân, cùng phía trật khớp vai, đặt gót chân vào hõm nách bệnh nhân để làm đối lực, 2 tay nắm cổ tay bên trật khớp của bệnh nhân, kéo theo trục chi, tạo thành 2 lực ngược nhau, đồng thời xoay cánh tay nhẹ nhàng vào trong.

+ Phương pháp Mothes:

* Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn.
* Dùng đai da hoặc vải bạt quàng qua nách bệnh nhân bên sai khớp, chéo qua vai lành, giao cho người trợ thủ 1 kéo giữ cố định.
* Trợ thủ 2, cầm hướng cổ tay bệnh nhân kéo theo trục chi, đồng thời đưa tay giạng dần ra, càng giạng nhiều càng tốt.
* Người nắn: Dùng 2 ngón tay cái đẩy chỏm xương về vị trí ổ khớp.

- Kết quả: Nắn thành công khi nghe thấy tiếng “khục”. Cử động sẽ thấy dễ dàng và hết tư thế bắt buộc.

- Sau nắn: Cần chụp XQ ngay để kiểm tra chỏm xương cánh tay đã về vị trí cũ chưa, có tai biến gãy xương không.

- Bất động: bằng băng Desault để 3-4 tuần, bệnh nhân trên 40 tuổi thì băng khoảng 2 tuần, sau đó tập vật lý trị liệu khớp vai.

b, Trật khớp vai cũ (đến muộn > 3 tuần)

- Từ 3-4 tuần: nắn thử theo phương pháp Hypocrate.

- Từ 4-8 tuần: nắn thử nhẹ nhàng, không cố gắng để nắn vì dễ gãy cổ xương cánh tay.

- Lớn hơn 8 tuần:

+ Không còn chỉ định nắn.

+ Mổ đặt lại khớp vai, găm kim Kirschuer hoặc bắt vít giữ trong 3 tuần, sau đó rút kim và tập phục hồi chức năng.

c. Trật khớp vai tái diễn.

- Đa số bị trong 2 năm đầu sau lần đầu tiên, càng ngày càng bị trật khớp nhiều hơn và do chấn thương nhẹ hơn.

- Nam > nữ.

- Điều trị bằng nắn, bất động theo phương pháp Kocher:

+ Chỉ định: Trật khớp vai tái diễn nhiều lần.

+ Chống chỉ định: Trật khớp vai lần đầu, và làm hỏng phần mềm do lực đòn bẩy co lại.

+ Nhược điểm: Tái diễn gãy xương.

+ Kỹ thuật:

* Bệnh nhân có thể ngồi trên ghế hoặc nằm ngửa trên bàn.
* 1 tay thầy thuốc caàm lấy cẳng tay, tay còn lại cầm phần khuỷu tay bệnh nhân bên trật khớp tiến hành chỉnh theo 4 thì:
* Thì 1: Đưa khuỷu tay gấp 90o, kéo theo trục cánh tay, đưa cánh tay khép vào thân người.
* Thì 2: Tiếp tục như thì 1, đồng thời xoay cẳng tay, cánh tay ra ngoài.
* Thì 3: Vẫn tiếp tục giữ các động tác ở thì 1,2 đồng thời đưa khuỷu khép quá vào trong và xoay cánh tay, cẳng tay ra ngoài quá mức.
* Thì 4: Xoay cánh tay, cẳng tay vào trong bằng cách vắt bàn tay bệnh nhân lên vai lành.

+ Nắn thành công khi nghe thấy tiếng “khục”, cử động thấy khớp vai cử động dễ dàng, hết tư thế bắt buộc.

+ Sau nắn:

* Chụp XQ kiểm tra ngay: Xem chỏm xương cánh tay đã về vị trí cũ chưa, có tai biến gãy xương không.
* Bất động bằng nẹp Desault, để 3-4 tuần, sau đó tập vật lý trị liệu khớp vai.

- Điều trị phẫu thuật: là chủ yếu

+ Can thiệp phần mềm:

* Kỹ thuật Bankert: phục hồi bao khớp phía trước: khâu chỗ rách bao khớp phía trước bằng các mũi khâu qua xương.
* Ghép cân căng đùi, tái tạo dây chằng bao khớp.
* Kỹ thuật Putti – Platt ( làm ngắn cơ dưới vai): cắt rời gânc ơ dưới vai cách chỗ bám tận 2,5cm, mở bao khớp, khâu chỗ rách vào trước ổ chảo, khâu chồng lên bên gân cơ dưới vai làm cho gân cơ này ngắn lại.

+ Can thiệp xương:

* Kỹ thuật Eden – Hybbinette: Chốt xương bờ trước dưới ổ chảo.
* Kỹ thuật Latarzet: Chuyển vị trí mẩu mỏm quạ có cơ bám.
* Cấy xương chậu để ghép tạo hình lại ổ chảo.