GÃY POTEAU – COLLES

I, Đại cương.

- Định nghĩa: là gãy ngang đầu dưới xương quay, trên khớp 3cm, ngoài khớp đầu dưới xương gãy di lệch điển hình: ra sau – lên trên – ra ngoài.

- Gọi gãy Poteau – colles:

+ Poteau: người đầu tiên mô tả.

+ Colles: người đầu tiên trình bày tổn thương giải phẫu bệnh, phương pháp điều trị.

- Đối tượng hay gặp: người già (loãng xương), và trẻ em (thường là bong sụn tiếp hợp).

- Nguyên nhân và cơ chế gãy:

+ Trước đây: do tay quay ô tô bật trở lại, đập mạnh và đầu dưới xương quay. Nay ít gặp.

+ Ngày nay thường gặp nhất (chấn thương gián tiếp): ngã chống tay, trong tư thế bàn tay duỗi hết mức.

- Giải phẫu bệnh:

+ Vị trí gãy: trên khớp xấp xỉ 3cm.

+ Đường gãy: ngang, hình răng cưa hoặc vát nhẹ.

+ Di lệch: đầu dưới xương gãy di lệch điển hình: ra sau – lên trên - ra ngoài.

II, Chẩn đoán xác định:

1, Lâm sàng:

- Cơ năng: sau tai nạn ngã chống tay, bệnh nhân thấy:

+ Đau chói vùng cổ tay.

+ Cơ năng cổ tay giảm nhiều hay ít, tùy thuộc tổn thương (gấp – duỗi – sấp – ngửa cổ tay).

- Toàn thân: ít thay đổi.

- Thực thể:

+ Nhìn:

* Bệnh nhân tay lành đỡ tay đau.
* Sưng nề vùng cổ tay, có hoặc không vết bầm tím.
* Dấu hiệu Velpeau: nhìn nghiêng, đầu dưới xương quay và bên tay di lệch ra sau, gồ lên, hình lưng đĩa.
* Nhìn thẳng: đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra ngoài, làm trục cẳng – bàn tay như hình lưỡi lê.
* Thấy đầu xương gãy nổi gồ dưới da.

+ Sờ:

* Ấn có điểm đau chói cố định tại ổ gãy.
* Sờ thấy đầu xương gãy nổi gồ dưới da.
* Dấu hiệu Laugier: mỏm trâm trụ lồi ra + mỏm trâm quay lên cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ.
* Dấu hiệu lạo xạo xương và cử động bất thường rất đặc hiệu cho gãy xương, nhưng không nên làm bệnh nhân đau, có thể gây tổn thương thêm.

+ Đo:

* Chiều dài tuyệt đối của cẳng tay bên tổn thương bằng bên lành (mỏm khuỷu đến mỏm trâm trụ).
* Chiều dài tương đối của cẳng tay tổn thương ngắn hơn bên lành (mỏm trên lồi cầu ngang xương cánh tay đến mỏm trâm quay).

- Khám phát hiện tổn thương phối hợp:

+ Gãy mỏm trâm trụ: ấn đau tăng.

+ Gãy xương thuyền: ấn hõm lào đau tăng.

+ Chèn ép hoặc tổn thương mạch quay: sờ mạch giảm hoặc mất.

+ Chèn ép tổn thương thần kinh giữa: giảm hoặc mất cảm giác 3,5 mặt gan tay tính từ ngón I, giảm hoặc mất cảm giác mặt mu các đốt 2, 3 ngón tay 2, 3 nửa ngoài đốt 2, 3 ngón 4 và nửa trong đốt 1 ngón 3, mất đối chiều ngón cái.

2, Cận lâm sàng:

2.1: XQ cẳng tay tổn thương:

- Yêu cầu:

+ Toàn thân ổn định, chi gãy đã được cố định.

+ Chụp 2 tư thế thẳng – nghiêng, lấy kết quả 2 khớp: cổ tay và khuỷu bên tổn thương.

- Hình ảnh tổn thương:

+ Đường gãy ngoại khớp, trên khớp xấp xỉ 3cm, đường gãy hình răng cưa hoặc vát nhẹ.

+ Phim thẳng:

* Đầu dưới xương gãy di lệch ra ngoài.
* Góc tạo bởi đường thẳng đi qua mặt khớp xương quay và đường thẳng nằm ngang: nhỏ lại hoặc đảo ngược. (bình thường 22o).
* Khoảng cách giữa mặt khớp xương quay và xương trụ âm. (bình thường xương quay thấp hơn xương trụ khoảng 2mm).
* Độ dài mặt khớp xương quay giảm. (điểm cao nhất đến điểm thấp nhất mặt khớp xương quay bình thường là 12mm).

+ Phim nghiêng:

* Đầu dưới xương gãy di lệch ra sau và lên trên.
* Góc khớp nghiêng: nhỏ lại hoặc đảo ngược, mở góc về phía mu tay. (bình thường góc tạo bởi đường đi qua mặt khớp xương quay và đường thẳng ngang xấp xỉ 11o, mở gốc về phía gan tay).

+ Phát hiện các tổn thương kèm theo: gãy mỏm trâm trụ, gãy xương thuyền,…

2.2 Siêu âm Doppler mạch: khi nghi ngờ tổn thương động mạch quay.

2.3 Công thức máu: HC, Hb, Hct giảm tùy mức độ, nếu có tổn thương mạch máu.

Chẩn đoán xác định = lâm sàng + cận lâm sàng.

III, Điều trị:

1, Nguyên tắc điều trị:

- Phục hồi giải phẫu tốt.

- Đảm bảo phục hồi cơ năng: gấp, duỗi, sấp, ngửa cổ tay.

2. Sơ cấp cứu:

- Bất động tốt.

- Khám toàn diện để phát hiện tổn thương phối hợp: chấn thương sọ não, chấn thương lồng ngực,…

- Phòng, chống sốc nếu có.

- Kháng sinh giảm đau, phòng uốn ván (nếu có xây xước da).

- Chuyển bệnh nhân đến cơ sở điều trị thực thụ.

3. Điều trị thực thụ: Chủ yếu là điều trị bảo tồn.

3.1 Điều trị chỉnh hình.

a, Nắn – bó bột:

- Vô cảm: gây mê với trẻ em, tê tại chỗ với người lớn.

- Nắn:

+ Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng, khuỷu gấp 90o, băng vải kéo 1/3 dưới cánh tay.

+ Cẳng tay bệnh nhân để sấp, kê vùng ổ gãy lên giá gỗ có đệm bông.

+ Người phụ: 1 tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục cẳng tay, 1 tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trụ.

+ Người nắn: dùng lòng bàn tay phải ấn mạnh xuống đầu dưới xương quay bệnh nhân, ấn xuống gan tay về phía trụ.

+ Người phụ: dần dần kéo cổ tay gấp dần về phía gan tay và nghiêng trụ.

- Bó bột: cẳng – bàn tay rạch dọc, gấp cổ tay 30 – 40o, nghiêng trụ 40 – 50o.

- Sau bó bột:

+ Chụp XQ lại ngay để kiểm tra kết quả nắn.

+ Sau 1 tuần, ổ gãy được kiểm tra lại bằng chụp XQ.

* Nếu có di lệch thứ phát trong bó bột thì thay bột + nắn chỉnh thêm.
* Nếu không di lệch, bột còn tác dụng giữ chặt, sẽ thay bột sau 2 – 3 tuần nữa: thay bằng bột cẳng – bàn tay khác ở tư thế sinh lý.

+ Sau bó bột: treo tay cao, tập vận động các ngón tay ngay.

+ Sau 6 -8 tuần sẽ tháo bột, tập phục hồi chức năng ngay, ở người già xương loãng nên tháo bột sớm hơn.

+ Lưu ý: việc nắn chỉnh lại sau 4 tuần rất khó khăn, nếu có di lệch phải mổ để nắn chỉnh.

b, Nắn chỉnh, găm đinh dưới máy huỳnh quang tăng sang: Theo Kapandji.

- Chỉ định: trường hợp mảnh thành xương ở phía bị chèn ép có “nhiều mảnh vụn”, nguy cơ di lệch thứ phát cao.

- Kỹ thuật:

+ Vô cảm: gây tê hoặc mê toàn thân.

+ Nắn chỉnh bằng tay như trên, đề đưa về đúng vị trí giải phẫu.

+ Găm kim:

* Rạch da 10 – 15mm để nhìn rõ mặt phẳng đứng ngang của đầu dưới xương quay, tránh làm tổn thương thần kinh quay.
* Dùng kim Kirschner, đường kính 1,5 – 2mm, găm vào ổ gãy bằng tay, tại các vị trí theo thứ tự:

Kim bên ngoài: giữa gân cơ quay cổ tay và cơ duỗi ngắn ngón cái.

Kim phía sau: bên trong trục ngón 2, giữa gân cơ: duỗi ngón cái và gân duỗi riêng ngón trỏ.

Kim thứ 3: bên trong trục ngón 3, giữa gân duỗi ngón 3 và ngón 4.

* Sau khi đi qua ổ gãy, kim cần hướng chéo lên cao, găm vào thành xương đối diện kim giữ thành xương bên này tránh di lệch trở lại. Góc nghiêng của kim 45 – 60o so với mặt phẳng ngang.

+ Kiểm tra dưới máy huỳnh quang tăng sang: độ vững của ổ gãy, trên phim thẳng – nghiêng.

+ Không được uốn cong kim/ cắt kim sát mặt da, ở trên lớp gân/ khâu lại vị trí rạch ra.

3.2 Điều trị phẫu thuật: Rất hạn chế.

- Chỉ định:

+ Khi điều trị chỉnh hình thất bại.

+ Khi kèm tổn thương cân phải phẫu thuật để xử trí: vết thương mạch máu – thần kinh.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Gây tê vùng hoặc mê toàn thân.

+ Garo hơi đặt ở cổ tay.

+ Bệnh nhân nằm ngửa, đặt tay lên 1 bàn tay con, vuông góc với bàn mổ.

- Kỹ thuật:

+ Đường mổ: thường ở phía trước. Có thể sử dụng đường mổ sau hoặc bên ngoài, sau đó đi vào phía trước và sau xương quay.

+ Bộc lộ phần dưới xương quay đến tận khớp cổ tay.

+ Nắn chỉnh và kết hợp xương bên trong:

* Mục đích nắn chỉnh: đưa về cấu trúc giải phẫu bình thường.
* Cố định xương: bằng nẹp vít ở mặ sau xương, để chống lại sự di lệch của mảnh gãy. Nep không đủ vững có thể găm kim Kirschner bổ sung vào mảnh vỡ

+ Tháo garo, kiểm tra cầm máu kĩ.

+ Khâu đóng da.

- Sau mổ:

+ Treo cẳng tay lên cao hoặc kê cao.

+ Tập vận động các ngón ngay.

+ Kháng sinh phòng nhiễm khuẩn, giảm đau, giảm phù nề.

+ Theo dõi và xử trí biến chứng: chảy máu, nhiễm khuẩn,…

IV. Biến chứng:

1, Rối loạn dinh dưỡng:

- Nguyên nhân: do chèn ép thần kinh giao cảm.

- Chẩn đoán:

+ Đau cổ tay liên tục, đau khi vận động cũng như khi nghỉ, có thể lan lên vai và khuỷu.

+ Cứng khớp cổ tay, liên đốt gần và bàn ngón.

+ Có thể có hội chứng Sudeck: da tím, sưng nề, xuất hiện các phỏng nước, vỡ loét nhiễm trùng,…

+ XQ: xương có hình ảnh mất chất vôi.

- Điều trị: kháng sinh, giảm đau, calcitonin, corticoid, luyện tập phục hồi chức năng.

2. Hội chứng ống cổ tay:

- Nguyên nhân: do can lệch chèn ép thần kinh giữa.

- Chẩn đoán:

+ Đau, tê, giảm cảm giác vùng thần kinh giữa chi phối.

+ Giảm dẫn truyền thần kinh trên EMG.

- Điều trị: Mở ống cố tay để giải phóng thần kinh giữa bị chèn ép.

3. Tổn thương gân:

- Đứt bàn phân hay hoàn toàn, hay gặp là gân duỗi dài ngón cái.

- Nguyên nhân: ít tổn thương xuất hiện muộn, khoảng 6 tháng sau khi gãy xương, do can lệch của xương quay đè lên gân. Khi do đầu dưới xương quay, mà chủ yếu do thầy thuốc găm kim qua gân, hoặc do mũi khoan qua gân hoặc chèn ép gân dưới nẹp.

- Xử trí: điều trị phẫu thuật.

4. Can lệch:

- Nguyên nhân: do điều trị chỉnh hình nắn – bó bọt, nhưng không được theo dõi.

- Chẩn đoán:

+ Có thể thấy trục, hạn chế vận động cổ tay.

+ XQ: hình ảnh can xương xấu, gây lệch trục chi.

- Xử trí:

+ Nếu di lệch ít ảnh hưởng ít đến cơ năng cổ tay: tập vận động cổ tay.

+ Nếu di lệch nhiều ảnh hưởng nhiều đến cơ năng cổ tay: phẫu thuật đặt lại xương.

5. Thoái hóa khớp.

- Gây nên đau, thường do gãy nội khớp.

- Điều trị: thuốc giảm đau + vật lý trị liệu.