GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. Giải phẫu cổ xương đùi:

1. Bè xương: Ward (1883) mô tả:

- Gồm 2 hệ thống bè xương

+ Hình vòm (ngoài) và hình quạt (trong)

+ Giữ 2 bè này có điểm yếu xương, dễ bị gãy là vùng tam giác Ward.

- Các bè hình quạt (trong):

+ Chịu lực, hướng đi phù hợp với hướng của lực nén, lực này tạo với đường thẳng đứng góc 260

+ Bè này đi từ bờ dưới cổ xương đùi (gọi là cung Adams) tỏa lên chỏm xương đùi theo hình quạt.

+ Cung Adams là vùng cần quạt, chất xương đậm đặc, rất vững.

- Cổ xương đùi hợp với thân xương 1 góc 130o.

- Bình thường:

+ Khi đứng thẳng: mỗi háng chịu ½ trọng lượng cơ thể.

+ Khi bước đi chân trụ chịu 2,5 trọng lượng cơ thể.

+ Khi chạm đất lúc chạy, chân chạm đất chịu lực trường bằng 5 lần P cơ thể.

- Khi mổ kết hợp xương, người mổ có thể tì đinh kim loại ở 2 vị trí: cung Adams và tâm chỏm (nơi các bè đan chéo nhau)

2. Chất xương:

- Ở người trẻ, xương vững chắc -> ít gãy cổ xương đùi.

- Người già, xương bị loãng (loãng nhiều nhất là bè phía trong của hệ vòm) => hay gãy cổ xương đùi, dù chỉ là 1 chấn thương nhẹ như ngã nghiêng.

3. Cấu trúc bao khớp:

- Là 1 bao xơ khỏe, “bao bọc hết chỏm và gần hết cổ xương đùi” (1 phần cổ xương đùi ở ngoài khớp)

- Phía trước bao khớp bám vào đường liên mấu chuyển, phía sau bám vào nửa ngoài của xương đùi.

- Khi gãy cổ xương đùi:

+Phần cổ xương đùi nằm trong khớp không tạo được can ngoại vi, sự liền xương chỉ còn nhờ vào màng trong xương.

+ Nước hoạt dịch không tham gia vào quá trình liền xương, mà nó làm tiêu máu tụ, ngắn các tế bào hình thành.

4. Mạch máu nuôi cổ xương đùi: rất nghèo nàn gồm 3 nguồn:

- ĐM dây chằng tròn: rất nhỏ, nuổi dưỡng ¼ chỏm, 1 số người không có hoặc xơ vữa sau 8 tuổi.

- ĐM mũ: được chia từ ĐM đùi sâu, từ bao khớp đến nuôi chỏm (nguồn chính)

- ĐM từ thân xương đùi, nền cổ lên nuôi.

II. Đại cương gãy xương đùi:

\* Định nghĩa: Là loại gãy nằm ở giữa chỏm và khối máu chuyển.

- Gồm:

+ Gãy trong khớp: Gãy dưới chỏm và gãy xuyên cổ (gãy cổ chính danh, nơi máu )

+ Gãy ngoại khớp: Gãy cổ - mấu chuyển (nền cổ), gãy liên mấu chuyển.

- Tuổi: ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất là >60 tuổi.

- Giới: nữ > nam (3/1)

- Nguyên nhân: do chấn thương hoặc do loãng xương ở người già.

III. Phân loại gãy cổ xương đùi và ƯDLS:

1. Phân loại phụ thuộc đặc điểm lâm sàng người bệnh:

- GCXĐ ở ngươì già: 1 số ít gãy cài nhau, phần nhiều là gãy di lệch.

- GCXĐ ở người trẻ tuổi (<40 tuổi)

- GCXĐ ở bn Paget, Pakinson, liệt ½ người, di căn K.

- GCXĐ sau chiếu xạ.

- GCXĐ kèm gãy TXĐ cùng bên.

- GCXĐ chẩn đoán muộn.

- GCXĐ do stress.

2. Dựa vào đưỡng gãy nội khớp hay ngoại khớp:

- Gãy nội khớp: gãy cổ chính danh và gãy dưới chỏm.

- Gãy ngoại khớp: gãy nền cổ, gãy liên mấu chuyển.

3. Dựa vào vị trí đường gãy, Linton chia 3 loại:

- Gãy dưới chỏm:

+ Vị trí đường gãy: ở ngay dưới sụn khớp của chỏm.

+ ƯDLS: tiên lượng nặng, dễ tiêu chỏm + điều trị thay chỏm, thay khớp háng.

- Gãy xuyên cổ (gãy cổ chính danh):

+ Vị trí đường gãy: ở giữa chỏm xương đùi và 2 mấu chuyển.

+ ƯDLS: điều trị mổ kết hợp xương.

- Gãy nền cổ:

+ Vị trí đường gãy: đi qua phần nền cổ, nối với 2 mấu chuyển.

+ ƯDLS:

* Tiên lượng tốt hơn 2 loại trên vì: ổ gãy nằm ngoài bao khớp, không bị ảnh hưởng bởi áp lực nội khớp và sự cấp máu vùng này tốt hơn.
* Điều trị: mổ kết hợp xương.

4. Theo góc cổ - thân: Trên lâm sàng có 2 loại:

- Gãy CXĐ cài nhau (gãy giạng) ít gặp.

- Gãy CXĐ rời nhau (gãy khép) hay gặp)

5. Dữ vào độ chếch của đường gãy (Góc an-pha tạo bởi diện gãy và mặt phẳng nằm ngang) Pauwels chia làm 3 loại:

- Pauwels I: α <30o

+ Tiên lượng tốt: Trọng lực còn ép nhiều vào ổ gãy.

+ Điều trị: bảo tồn, kết hợp xương xốp đơn thuần.

- Pauwels II: 30o ≤ α ≤ 70o

+ Tiên lượng dè dặt: 1 phần trọng lực rơi ra ngoài diện gãy

+ Điều trị: Kết hợp xương (đinh nẹp 1 khối, nẹp vít có ép)

- Pauwels II: α>70o

+ Tiên lượng: đường gẫy gần như đứng dọc, rất khó liền.

+ Điều trị: kết hợp xương (đinh nẹp 1 khối, nẹp vít có ép).

6. Dựa vào sự di lệch của ổ gãy: chủ yếu dựa trên XQ Garden chia làm 4 độ:

- Garden I:

+ Di lệch ổ gãy: Gãy 1 phần cổ, gãy cài nhau, các bè xương phía dưới cổ còn nguyên vẹn.

+ ƯDLS: dễ liền xương, có thể điều trị bảo tồn.

- Garden II:

+ Di lệch ổ gãy: Gãy hoàn toàn, không di lệch

+ ƯDLS: có thể điều trị bảo tồn.

- Garden III:

+ Di lệch ổ gãy:

* Gãy hoàn toàn, di lệch nhiều, nhưng diện gãy còn dính nhau.
* Bao khớp rách ở phía trước, còn liên tục ở phía sau, đầu ngoại vi xoay ngoài, đầu trung tâm xoay trong – lên trên.
* Các bè xương ở đoạn trung tâm và ngoại vi tạo thành 1 góc mở xuống dưới.

+ƯDLS: ít có khả năng liền

- Garden IV:

+ Di lệch ổ gãy:

* Chỏm khớp còn dính vào cổ, chỏm xoay tự do
* Rách bao khớp cả mặt trước – sau

+ ƯDLS:

* Trường hợp này các mạch máu nuôi dưỡng vùng cổ và chỏm xương dể bị tổn thương.
* Nếu điều trị phẫu thuật kết hợp xương thì nguy cơ có biến chứng: tiêu chỏm, khớp giả là rất cao.
* Ở nước ta hiện này, thường phân loại theo Pauwels.
* Từ phân loại trên ta thấy

+ Loại gãy có khả năng liền cao: Gãy nền cổ, gãy giạng, Garden 1-2, Pauwels 1

+ Loại gãy ít có khả năng liền: Gãy dưới chỏm, gãy khớp, Garden 3-4, Pauwels 2-3

IV. Giải phẫu bệnh – Sinh lý bệnh Gãy cổ xương đùi:

1. Giải phẫu bệnh:

- Tổn thương xương: phân loại theo Pauwels, phân loại theo Garden,…

- Tổn thương phần mềm:

+ Tổn thương dây chằng và bao khớp ảnh hưởng đến nuôi dưỡng khớp.

+ Đặc biệt là đứt mạch máu nuôi dưỡng chỏm, gãy càng sát chỏm càng dễ bị tiêu chỏm.

2. Sinh lý bệnh: Gãy cổ xương đùi là một gãy xương lớn trong cơ thể, hay bị ở người gia, nằm lâu, khó liền, nên gây ra nhiều nguy hiểm cả về toàn thân và tại khớp:

- Nguy hiểm tới tính mạng: bn có thể tử vong do các biến chứng:

+ Nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng cùng cụt gây loét do tỳ đè.

+ Suy tim, cao HA, các bệnh lý về máu tăng: viêm tách động mạch – tĩnh mạch.

- Nguy hiểm tới chức năng chi:

+ Tiêu chỏm: Càng gãy sát chỏm càng dễ bị hoại tử, vì nguồn nuôi chỏm còn lại là động mạch dây chằng tròn. (bình thường nuôi ¼ chỏm, ở 1 số người không có hoặc bị xơ vữa)

+ Khớp giả: do mạch nuôi kém, do loãng xương.

+ Thoái hoá khớp: cả chỏm xương đùi và ổ khớp méo mó, biến dạng.

+ Can lệch cổ xương đùi: cổ xương đùi gục, góc cổ - thân xấp xỉ 90o, làm háng khép, chân ngắn.

+ Vôi hóa quanh khớp.

V. Chẩn đoán xác định:

1. Hoàn cảnh:

- Thường sau ngã nghiêng đập vùng mấu chuyển xuống nền cứng.

- Hiếm hơn: gãy do xoắn vặn: tai nạn xảy ra khi chân bệnh nhân bị kẹt cố định dưới đất còn thân mình bị xoay làm đùi bị xoay ngoài mạnh.

2. Lâm sàng:

2.1: Gãy cổ xương đùi cài nhau (gãy giạng): Chiếm 30% tổng số trường hợp:

- Lâm sàng nghèo nàn, nhiều khi bị bỏ sót. Trước 1 bệnh nhân lớn tuổi, ngã đập hông dù vẫn đi lại được, cần phải chụp XQ ngay để kiểm tra cổ xương đùi.

- Cơ năng:

+ Sau tai nạn, bệnh nhân đau vùng háng, đau rất mơ hồ, khó xác định vị trí cụ thể.

+ Một số bệnh nhân vẫn đứng dậy đi lại được mặc dù đau vùng hông.

- Thực thể:

+ Không rõ biến dạng chi, khám kĩ có thể phát hiện chân gãy ngăn shơn chân lành, “háng dạng nhẹ, hơi xoay ngoài.”

+ Ấn đau nhẹ vùng tam giác Scapa: là dấu hiệu quan trọng giúp xác định gãy cài ở trên XQ có khi không rõ.

+ Gõ vào mấu chuyển lớn, gõ dồn gót: bệnh nhân đau vùng háng.

+ Các động tác của khớp háng làm bệnh nhân đau ít, nhưng vẫn vận động bình thường.

- Toàn thân: ít thay đổi, lưu ý khám phát hiện các bệnh lí trên toàn thân (đái tháo đường, tim mạch,…)

2.2. Gãy cổ xương đùi chính danh (gãy khép): chiếm 70% tổng số:

- Cơ năng:

+ Thường gặp sau 1 gãy cài không được chẩn đoán, điều trị.

+ Sau ngã đập vùng mông xuống nền cứng, bệnh nhân thấy đau vùng háng, bệnh nhân đứng dậy đi được 1 vài bước sau đó bệnh nhân ngã lại và mất cơ năng hoàn toàn.

+ Bệnh nhân nằm ngửa và không nhấc chân lên khỏi mặt giường, không duỗi được gối.

- Toàn thân: thường ít thay đổi. Lưu ý khám phát hiện các bệnh toàn thân (tim mạch phổi, đái tháo đường,…)

- Thực thể:

+ Nhìn:

* Biến dạng chi điển hình: chi ngắn, đùi khép, cằng- bàn chân xoay đổ ra ngoài, nhưng không đổ sát mặt giường, vì có bao khớp giữ, xấp xỉ 60o(khác với gãy xương đùi = 90o, chi lành xoay ngoài bình thường xấp xỉ 30o).
* Không duỗi thẳng gối được, không nhấc gót chân lên được.
* Vùng tam giác Scapa có thể thấy 1 chỗ hơi gồ lên do phần ngoài cổ xương đùi gãy di lệch vặn ngoài.
* Không sừng nề, khôn gmáu tụ bầm tím là do ổ gãy nỗi khớp. Nếu gãy ngoại khớp sẽ thấy máu tụ và sưng nề lan rộng ở vùng mấu chuyển lớn và lan tỏa.

+ Sờ:

* Ấn vùng tam giác Scapa, bệnh nhân đau chói ở ổ gãy.
* Có thể có tràn dịch khớp gối bên gãy (là dấu hiệu muộn)

+ Gõ: gõ nhẹ vào vùng mấu chuyển lớn, gõ đầu gót chân, bệnh nhân đau vùng gãy.

+ Đo:

* Mấu chuyển lớn lên cao trên đường Roser – Nelatan. (Đường thẳng nối 3 điểm: gai chậu trước trên, mấu chuyển lớn - ụ ngồi)
* Tam giác Bryaut bè hơn bên lành. (Cho bệnh nhân nằm ngửa, khớp háng duỗi 0o: tám giác Bryaut là tam giác vuông cân, 2 cạnh góc vuông được tạo nên bởi đường thẳng đứng chạy qua gai chậu trước trên và đường thẳng nằm ngang chạy qua mấu chuyển lớn.)
* Độ dài gai chậu trước trên đến mắt cá trong bên gãy ngắn hơn bên lành.

3. Cận lâm sàng:

a. Chụp XQ đùi bên tổn thương:

- Sau bất động, toàn trạng bệnh nhân ổn định. (HA>90mmHg)

- Yêu cầu:

+ Chụp lấy hết được khớp gối và khớp háng bên tổn thương.

+ Chụp 2 phim thẳng nghiêng:

* Phim thẳng: kéo nhẹ chân xuống dưới, xoay trong 20o
* Phim nghiêng: cho thấy độ di động rõ hơn.

- Đánh giá:

+ Phim thẳng: hiện rõ xương đùi và đường gãy, còn mấu chuyển bé chỉ lộ ra 1 ít mỏm sương, còn gốc thì lấp sau thân xương.

+ Phim nghiêng: cho thấy độ di động rõ hơn.

- Hình ảnh tổn thương:

+ Gãy giạng: có một vết đậm ở vùng cổ xương đùi cài nhau, thay đổi cấu trức bình thường của bè xương. (ở hệ quạt)

+ Gãy khép: Góc cổ - thân xương đùi bị thay đổi ( bình thường – 130o), vòng cung cổ - bịt bị gián đoạn, hai mấu chuyển xương đùi bịc he lấp.

b. Chụp MRI, CT Scanner vùng tổn thương : khớp háng:

- Đánh giá mức độ loãng xương, tổn thương phần mềm.

- Phát hiện tổn thương trong trường hợp XQ không rõ; bn đau không tạo tư thế để chụp XQ.

c. Các xét nghiệm khác: xác định tổn thương bệnh lí kèm theo.

- CTM: Hc, Hb, Hct giảm nếu có mất máu.

- XQ tim phổi.

- Điện tâm đồ.

- Đường máu,…

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

VI. Chẩn đoán phân biệt:

1. Gãy cổ xương đùi cài nhau: phân biệt với tổn thương phần mềm: dựa vào:

- Dấu hiệu bầm tím, giảm cơ năng.

- XQ cho tổn thương: không có hình ảnh gãy xương.

2. Gãy cổ xương đùi chính danh: phân biệt với:

- Trật khớp háng dựa vào:

+ Lâm sàng: háng gấp, khép, dấu hiệu lò xo (+)

+ XQ chi tổn thương: không có đường vỡ xương, chân bị trật ra khỏi ổ cối.

- Gãy liên mấu chuyển: dựa vào:

+ Lâm sàng: bầm tím, sưng nề gốc chi, bàn chân đỡ ngoài – sát mặt giường (dấu hiệu gãy ngoại khớp)

+ XQ chi tổn thương: hình ảnh đường gãy liên mấu chuyển.

VII Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Xử trí tổn thương. Cứu tính mạng bệnh nhân là ưu tiên hàng đầu, sau đó mới là phục hồi chức năng khớp háng.

-Tuỳ loại gãy, đến sớm hay muộn, toàn trạng bệnh nhân có biến chứng hay không mà chọn phương pháp thích hợp.

- Phẫu thuật thay khớp nhân tạo là phương pháp tốt nhất để điều trị gãy cổ xương đùi đến muộn, đặc biệt là khi đã có biến chứng tiêu chỏm, khớp giả, thoái hóa khớp.

- Phòng và xử trí các biến chứng do nằm lâu: loét cùng cụt, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu.

- Phòng và xử lí các di chứng: khớp giả, tiêu chỏm,…

2. Sơ cứu ban đầu:

- Bất động tốt bằng nẹp.

- Phát hiện đa chấn thương, xử trí các tổn thương nguy hiểm ngay đến tính mạng.

- Phòng và chống sốc (nếu có): truyền máu, truyền dịch,…

- Giảm đau: Morphin, Feldence (khi đã loại trừ các tổn thương khác).

- Vận chuyển nhanh tới cơ sở y tế, tuyến chuyên khoa.

3. Điều trị thực thụ:

3.1 Gãy xương không di lệch: (Gãy giạng, Pauwels I, Garden I, II)

a. Điều trị bảo tồn:

- Người trẻ, khỏe mạnh:

+ Bó bột chậu - lưng – chân cao hoặc bột Whitmann đến , đi nạng không tỳ trong 3 tháng.

+ Nhược điểm: liền xương kém, di lệch thứ phát 8-20%, hoại tử vô khuẩn (13-44%)

- Người già, thể trạng xấu: chỉ dùng giảm đau thong thường, bổ sung canxi. Tập vận động.

+ Tuần 1 và 2: Co duỗi chân nhẹ nhàng, nghỉ ngơi tại giường, tránh động tác nhấc gót , tránh ngồi xổm.

+ Tuần 3: Vận động nhẹ.

+ Tuần 4: Tập đi có tay vịn, leo cầu thang.

* Cần theo dõi, chụp XQ kiểm tra sau mỗi tuần.

b. Điều trị phẫu thuật: Kết hợp xương càng sớm càng tốt.

- Đóng nhiều đinh nhỏ, cố định bên trong: (dung 1 chùm đinh)

+ Kĩ thuật: Gẫy tê, soi với MHQ tăng sang, đóng kín qua da với chùm đinh nhỏ.

+ Ưu điểm: cố định được 1 phần, phẫu thuật nhẹ nhàng.

+ Nhược điểm: Cố định yếu – dễ di lệch thứ phát, hoại tử chỏm, toác chỗ gãy, phải có điều kiện TTB.

- Dùng nẹp DHS, CHS, có thể thêm 1 đinh gài bên trên cho khỏi xoay: khỏe hơn, chắc hơn dung 1 chùm đinh (DHS: Dynamic hip sereust: nẹp vít vùng khớp háng có sức ép)

3.2 Gãy di lệch: (Pauwels II, III; Garden III, IV; Gãy khép)

a. Điều trị bảo tồn:

- Phương pháp vận động sớm của Lucas – Championiere:

+ Mục đích: cứu sống bệnh nhân là chính.

+ Chỉ định: bn già yếu, mắc nhiều bệnh (ĐTĐ, suy tim ,…) không chịu đựng được cuộc phẫu thuật.

+ Kĩ thuật:

* Cho thuốc giảm đau, dựng bệnh nhân ngồi dậy sớm để tránh các biến chứng toàn thân.
* Đi nạng, không chú ý đến ổ gãy.

- Kéo liên tục: dùng trong trường hợp chờ mổ.

- Nắn – bó bột:

+ Chỉ định: Người trẻ, khỏe mạnh

+ Kĩ thuật:

* Vô cảm bằng gây tê 20 ml Novocain 2%, chọc vào ổ gãy, ngoài ĐM đùi, chọc sâu 4-5 cm.
* Nắn trên bàn chỉnh hình, dùng đai vải kéo đầu trên xương đùi sang bên ngoài, kéo dọc chi rồi xoay trong bàn chân tối đa, giảm sức kéo.
* Bó bột Whitmann (bột ngực-chậu-bàn chân, háng dạng 45o, bàn chân xoay trong tối đa) để 4-5 tháng.
* Tập đi với bột

+ Ưu điểm: tránh 1 cuộc phẫu thuật, rẻ, không đòi hỏi kĩ thuật cao.

+ Nhược điểm: tỉ lệ liền xương không cao. Bột bó lâu khiến bệnh nhân khó chịu. Biến chứng: khớp giả, loét…

b. Điều trị phẫu thuật:

- Mổ kết hợp xương:

+ Chỉ định: người trẻ tuổi, người lớn tuổi tiên lượng sống >5 năm, còn làm việc nặng.

+ Các phương pháp: Nẹp vít có ép DHS(tốt nhất để điều trị gãy nền – cổ), đinh 1 khối, bắt 2-3 vít xốp qua MHQ tăng sang.

- Thay khớp háng:

+ Chỉ định:

* Người >60 tuổi, tiên lượng có khả năng sống thêm >6 năm.
* Gãy sát chỏm, tiêu chỏm, khớp giả.
* Gãy cổ xương đùi có thoái hóa khớp(thay khớp toàn bộ)
* Gãy cổ xương đùi tới muộn >3 tuần.
* Toàn trạng kém, không hco phép phẫu thuật lần 2 lấy kim loại. (đinh, nẹp vít,…)
* Có bệnh lí kèm theo: loãng xương, thần kinh, tim mạch,… Trường hợp cần vận động sớm, ra viện sớm.
* Kết hợp xương thất bại.

+ Chống chỉ định: Có nhiễm khuẩn từ trước, bệnh lí viêm xương khớp, bệnh nhân còn trẻ - đang tuổi lao động.

+ Ưu điểm:

* Bệnh nhân dậy sớm, tập tỳ được ngay, tránh các biến chứng bất động lâu.
* Không có biến chứng: hoại tử vô khuẩn hay không liền xương như trong kết hợp xương.

+ Nhược điểm:

* Chỏm kim loại dùng lâu sẽ bị hỏng: mòn, trật khớp.
* Người lao động nhiều, nặng làm mài nhanh -> mổ lại.
* Biến chứng muộn: đau (chủ yếu), lỏng (XQ có vùng sáng quanh kim loại., chỏm lồi vào thẳng khớp háng (cần mổ lại thay toàn bộ khớp, vì háng bị đau khi xoay, khi tỳ) cốt hoà bất thường cạnh khớp.

+ Phương pháp:

* Thay thế khớp háng bán phần: chỏm đơn cực(chỏm Moorc) hoặc chỏm lưỡng cực (chỏm Bipolar)
* Thay thế khớp háng toàn bộ:
* Chỉ định: trường hợp tổn thương bề mặt khớp
* Mổ thay khớp: có xi măng hoặc không(bề mặt khớp), diện tiếp xúc vật liệu(kim loại, Ceramic,…), kích thước chỏm nhân tạo(ngày nay chỏm to, ít trật, làm bằng vật liệu ít mòn).

+ Sau mổ: Giạng đùi, chèn gối giữa 2 chân. Sau 2 ngày, tập cho bệnh nhân ngồi dậy. Một tuần sau tập đi với nạng nách.

- Các phương pháp khác:

+ Mổ ghép xương có cuống mạch, chỉ định khớp giả cổ xương đùi ở người trẻ.

+ Đục xương dưới mấu chuyển: thay đổi vị trí tỳ nén khi bị can lệch cổ xương đùi.

+ Bọc chỏm bằng kim loại.

+ Làm dính khớp.

\* Sau mổ:

- Theo dõi, điều trị phòng biến chứng toàn thân do nằm lâu, trật khớp, …

- Tập phục hồi chức năng vận động sớm.

- Kết hợp điều trị các bệnh phối hợp: tim mạch, đái tháo đường, …

VIII Các biến chứng:

1. Biến chứng toàn thân:

- Nhiễm khuẩn hô hấp:

+ Chẩn đoán:

* Ho, đau ngực, khó thở, ứ đọng đờm rãi
* Toàn thân: hội chứng nhiễm trùng (+)
* Khó thở, thở nhanh, rì rào phế nang giảm, ral ẩm, nổ rải rác 2 phế trường.
* Xét nghiệm: CTM (BC tăng cao, chủ yếu NEU) + XQ phổi(hình ảnh tổn thương viêm)

+ Điều trị: KS phổ rộng, phối hợp ( nhạy với vi khuẩn hay gặp nhiễm khuẩn hô hấp kết hợp điều trị triệu chứng, nâng coa thể trạng.

+ Phòng: vận động sớm, thay đổi tư thế, vỗ rung, tránh ứ đọng đờm rãi.

- Nhiễm khuẩn tiết niệu:

+ Chẩn đoán:

* Đái buốt, rắt, đục, mủ.
* Dấu hiệu nhiễm trùng(+\_)
* Vỗ hông lưng (+), thận to, …
* Xét nghiệm: CTM(BC tằng cao, chủ yếu NEU) kết hợp xét nghiệm nước tiểu(HC, BC, Pr niệu, cấy VK mọc, làm kháng sinh đồ)

+ Điều trị: Kháng sinh( tốt nhất theo kháng sinh đồ) nếu không dùng kháng sinh phổ rộng, phối hợp, đào thải qua thận, không độc với thận.

* Điều trị biến chứng: hạ sốt, dinh dưỡng, nâng cao thể trạng.

+ Phòng: vận động sớm, vệ sinh bộ phận sinh dục, uống nhiều nước, vitamin C, thủ thuật đặt sonde tiểu phải vô khuẩn.

- Suy tim, THA, các biến chứng mạch máu tăng (viêm tắc ĐM, TM)

+ Chẩn đoán: tuỳ vị trí viêm tắc mà biểu hiện bệnh cảnh khác nhau.

+ Phòng: phòng biến chứng tắc mạch(Aspergic)/ Điều trị các bệnh toàn thân(ĐTD, THA, RL mỡ máu, …)/ vận động sớm.

- Loét do tỳ đè:

+ Các vị trí loét do tỳ đè hay gặp: chẩm, bả vai, mông, cùng cụt, …

+ Xử trí: chăm sóc vệ sinh tốt/chống bội nhiễm(KS mỡ bôi tại chỗ, thay bằng, bột Tale)/dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

2. Biến chứng tại chỗ

- Tiêu chỏm:

+ Yếu tố nguy cơ: gãy sát chỏm(đặc biệt ở người già bị xơ vữa mạch, THA)/di lệch nhiều(dễ tổn thương mạch máu)/nắn chỉnh-can thiệp thô bạo, không đúng kĩ thuật.

+ Chẩn đoán:

* Xuất hiện trong vòng 3 năm đầu: đau khi đi lại, hạn chế vận động khớp háng, hỏng khớp, tàn phế.
* XQ
* Giai đoạn đầu: khó thấy tổn thương, phải so sánh 2 bên: đường viền chỏm thay đổi
* Giai đoạn sau: thấy rõ tổn thương: hình tam giác, lúm sâu vào chỏm, làm chỏm mất hình tròn.

+ Xử trí: thay chỏm hoặc làm dính khớp háng

- Can lệch cổ xương đùi:

+ Chẩn đoán:

Hay gặp ở người trẻ, đi lại khó khăn, khép háng gây ngắn chi.

XQ: cổ xương đùi gục, góc cổ thân xương đùi xấp xỉ 90o(bình thường là 130o)

+ Xử trí:

* Đục xương dưới mấu chuyển để thay đổi vị trí tỳ nén (gục cổ <90o)
* Phương pháp mổ đảo góc cổ - thân về 130o như bình thường

- Chậm liền – khớp giả:

+ Khái niệm: Khi > 4 tháng chưa liền là chậm liền, > 6 tháng chưa liền là khớp giả.

+Nguyên nhân: Do mạch máu nuôi dưỡng kém, do loãng xương, bệnh nhận không được điều trị hoặc điều trị không đúng.

+ Chẩn đoán:

* Bệnh nhận đi lại khó khăn, mỗi lần đi mấu chuyển lớn lại lồi lên, dấu hiêu “lục cục” xương ở khớp giả (khớp dính khít)
* Bệnh nhân không đi lại được(khớp giả lỏng lẻo), khi năm chân để sát mặt giường.
* XQ vùng khớp háng tổn thương. Hình ảnh: khe sáng giữa các đầu xương/khớp giả phì đại(can phì đại chân voi)/khớp giả xơ teo(hình ảnh xơ sẹo ở các đầu gãy của xương).

+ Xử trí: khớp giả cổ xương đùi:

* Người trẻ: mổ ghép xương có cuống mạch hoặc nếu không có tiêu chỏm thì mổ kết hợp xương, nếu tiêu chỏm thì thay chỏm.
* Người già: tuỳ khả năng sống thêm mà chọn cách xử lí phù hợp.

- Thoái hoá khớp háng, vôi hóa quanh khớp:

+ Chẩn đoán:

* Đau, hạn chế vận động khớp háng.
* XQ hình ảnh hẹp khe khớp, các chỏm xương đùi và ổ khớp méo mó, biến dạng.

+ Điều trị: thay khớp háng.