TRẬT KHỚP KHUỶU

1.Một số đặc điểm giải phẫu-sinh lý của khớp khuỷu

-Diện khớp khuỷu có 3 phần:

+Phần ngoài: lồi cầu tiếp nối chỏm quauy tạo khớp ‘cánh tay-quay’

+Phần trong: ròng rọc tiếp xúc vối hõm Sigma lớn tạo thành khớp ‘ cánh tay trụ’

+Xương quay và xương trụ tiếp xúc với nhau tạo thành khớp “ quay trụ trên’

-Gấp, duỗi là 2 động tác quan trọng và duy nhất của khớp khuỷu( sấp, ngửa là 2 động tác của cẳng tay)

2.Trật khớp khuỷu.

-Định nghĩa: là cả 2 xương cẳng tay(chỏm quay và chỏm khuỷu) trật ra khỏi đầu dưới xương cánh tay( ròng rọc và lồi cầu)

-Dịch tễ:

+Trật khớp khuỷu: đứng hàng thứ 2 sau trật khớp vai.

+Chiếm 20-25% tổng số trật khớp.

+Là loại trật khớp phổ biến nhất của trẻ em trên 5 tuổi

+Nam > Nữ

+Tay trái hay gặp hơn tay phải

-Cơ chế tổn thương: cơ chế chấn thương gián tiếp là chống tay, khuỷu duỗi tối đa và cẳng tay ngửa.

+Làm duỗi cẳng tay quá mức => Đứt dây chằng trước và bên của khớp.

+Mỏm vẹt bị trật xuống dưới và chạt ra phía sau ròng rọc.

-Giải phẫu bệnh:

+Phần mềm:

Các dây chằng ở trước trong bị đứt. Rất ít khi gặp đứt dây chằng vòng quanh chỏm quay.

Bao khớp bị rách

+Xương: có thể gặp tổn thương.

Vỡ 1 phần của đầu dưới xương cánh tay: vỡ lồi cầu ngoài, lồi cầu trong

Mỏm khuỷu.

-Phân loại:

+Trật khớp khuỷu ra sau: hay gặp nhất(90%)

+Trật khớp khuỷu ra trước:

Ít gặp

Thường kèm gãy mỏm khuỷu

+Trật khớp khuỷu sang bên

Do vỡ các lỗi cầu

Không bao giờ đơn độc, kèm kết hợp với trật khớp ra sau

* Lưu ý: lấy hướng di chuyển của chỏm quay và mỏm khuỷu để gọi tên loại trật khớp

Ví dụ: Trật khớp khuỷu ra sau: nghĩa là chỏm quay và mỏm khuỷu di chuyển ra sau, lên cao hơn đầu dưới xương cánh tay.

-Biến chứng của trật khớp khuỷu:

+Biến chứng sớm:

* Tổn thương thần kinh:
  + - Có thể bị 1 trong 3 sợi thần kinh: thần kinh giữa- trụ- thần kinh liên cốt trước.
    - Gặp 20% liệt thần kinh trụ => biểu hiện dấu hiệu vuốt trụ, mất cảm giác ngón tay 4,5.
    - Đa số thần kinh chỉ bị đụng dập nhẹ, hồi phục nhanh.
    - Nếu bị liệt sau nắn => Mổ thăm dò

Nếu bị liệt hơn 3 tháng=> Mổ thăm dò thần kinh.

* Tổn thương mạch máu:
  + - Động mạch cánh tay thường bị căng, đôi khi bị chèn ép, có khi bị tắc mạch muộn do dập nội mạc.
    - Xử trí: sau nắn trật, kiểm tra mạch không bình thường => Mổ kiểm tra, cắt nối chỗ dập, ghép tĩnh mạch kiểu đảo chiều

+Di chứng:

* Dính khớp khuỷu: gây hạn chế cử động khớp, cứng khớp ở tư thế xấu.
* Vôi hóa quanh khớp.

***Câu hỏi: Chẩn đoàn xác định và điều trị trật khớp ra sau?***

***Bài làm:***

-Định nghĩa: trật khớp khuỷu là tình trạng đồng thời cả 2 đầu trên xương trụ, xương quay bị trật khỏi ròng rọc và lồi cầu xương cánh tay.

I.Chẩn đoán xác định: trật khớp ra sau:

1.Lâm sàng:

-Cơ năng: sau tai nạn, bệnh nhân đau ở khuỷu, hẹn chế cơ năng của khớp khuỷu.

-Toàn thân: ít thay đổi

-Thực thể:

+Nhìn:

* Bệnh nhân vào viện: tay lành đỡ tay đau
* Sưng nề vùng khuỷu
* Dấu hiệu nhát rìu ngay trên mỏm khuỷu
* Cẳng tay ở tư thế gấp chứng 45º, cẳng tay như ngắn lại, cánh tay nhìn như dài ra.

+Sờ:

* Sờ trước nếp khuỷu thấy bờ xương tròn của đầu dưới xương cánh tay.
* Sờ sau khuỷu thấy:

Mỏm khuỷu nhô ra sau

Chỏm xương quay ở phía sau ngoài

Gần cơ tam đầu căng cứng

Mỏm khuỷu + mỏm trên lồi cầu + mỏm trên ròng rọc không còn hệ tam giác( tam giác Hueter: tư thế gấp khuỷu) => mà ngang nhau.

* Gấp duỗi khuỷu nhẹ: thả ra có dấu hiệu lò xo.

+Đo: chiều dài tương đối của cánh tay, cẳng tay ngắn hơn bên lành,chiều dài tuyệt đối không đổi.

+Vận động: có cử động bất thường sang 2 bên.

-Khám phát hiện cấc tổn thương phối hợp:

+Sờ nắn tỉ mỉ phát hiện điểm dau chói => phát hiện gãy xương phối hợp có thể gặp gãy phối hợp mỏm trên lồi cầu trong, mỏm khuỷu, mỏm vẹt, chỏm xương quay.

+Phát hiện tổn thương mạch máu- thần kinh: bắt mạch quay, mạch trụ ở cổ tay, khám vận động, cảm giác ở đầu chi bị tổn thương.

2.Cận lâm sàng:

-Công thức máu: HC,Hb,Hct: đánh giá mức độ mất máu( nếu có)

-Siêu âm doppler mạch:nếu nghi ngờ tổn thương mạch máu

-XQ khuỷu: 2 tư thế thẳng, nghiêng.

+Hình ảnh: đầu xương quay, xương trụ di lệch ra sau, lên cao hơn so với đầu dưới xương cánh tay.

+Có thể xác định có gãy xương kèm theo: đường gãy mỏm trên lồi cầu trong, mỏm vẹt, mỏm khuỷu, chỏm xương quay.

* Chẩn đoán xác định: Cận lâm sàng + Lâm sàng

II.Điều trị trật khớp khuỷu ra sau:

1.Nguyên tắc điều trị:

-Đứa khớp khuỷu bị trật về đúng với vị trí giải phẫu bình thường

-Đảm bảo phục hồi chức năng khớp khuỷu.

2.Điều trị cụ thể: tùy tổn thương mới, cũ và có phối hợp tổn thương khác không mà chọn phương pháp điều trị thích hợp.

2.1.Điều trị trật khớp khuỷu mới.

-Nguyên tắc: nắn- bất động.

-Vô cảm: gây mê toàn thân( vì thường gặp ở trẻ em)

-Nắn:

+Bệnh nhân nằm nghiêng hơi sấp trên bàn cứng, để khuỷu tay vuông góc, thõng bàn tay xuôi xuống, nắn theo chiều trọng lực.

+Người phụ nắn bàn tay bệnh nhân, kéo thẳng trục cẳng tay( bên tổn thương).

+Người nắn: giữ đầu dưới xương cánh tay, dùng các ngón cái đẩy mỏm khuỷu ra trước và xuống dưới, khuỷu gấp dần đến 90º.

+Kiếm tra xem gấp- duỗi có bình thường không, khi duỗi hết khớp cõ vững không và chụp XQ kiếm tra ngay.

-Bất động: nẹp bột cáng- cẳng tay- bàn tay, tư thế cẳng tay ngửa, khuỷu 90º, 10 ngày rồi cử động sớm.

+Sau 5-7 ngày, khám kiểm tra lại( chụp XQ): vì có trường hợp bị trật lại trong bột do khớp không vững cơ co kéo.

+Nắn vào kém vững do rách phần mềm nhiều, cho bất động 3-4 tuần, sau đó tập. Chú ý tập duỗi cho hết.

-Kết quả:

+Nếu gây mê mà không nắn vào được, thường do mảnh xương gãy kẹt vào khớp, do chèn phần mềm, phải mổ để nắn.

+Sau nắn khuỷu dễ bị cứng khớp hơn là bị mất vững, hay bị mất duỗi 5-10º

2.2.Điều trị trật khớp khuỷu ra sau cũ( là trật khớp trên 3 tuần)

-Do trật khớp trên 3 tuần luôn luôn ở tư thế xấu, khuỷu duỗi 0º, cẳng tay mất chức năng, vì thế buộc phải mổ.

-Kỹ thuật:

+3 tuần < trật khớp < 3 tháng: mổ đặt lại khớp.

+Trật khớp quá lâu, nếu đặt lại khớp sẽ biến dạng ở tư thế không mong muốn: Làm cứng khớp ở tư thế cơ năng( Khuỷu gấp 90º, cẳng tay trung gian)

2.3.Trật khớp khuỷu ra sau+ gãy xương( 12%)

-Trật khớp khuỷu và gãy mỏm trên lồi cầu trong:

+Mảnh gãy rất hay bị kẹt vào khớp.

+Bệnh cảnh: sau khi nắn khớp xong => cử động không mềm mạch, cho kiểm tra XQ => Phát hiện mảnh xương lụt vào khớp.

+Xử lí: mổ lấy mảnh xương kẹt.

-trật khớp khuỷu + gãy mỏm khuỷu: phân loại theo Colton: đơn giản và ứng dụng nhiều trên lâm sàng: chia làm 2 loại:

+Gãy không lệch: bó bột để khuỷu duỗi

+Gãy có di lệch: mổ kết hợp xương theo phương pháp Haubanage:

Kéo ép 2 đinh Kivschner, buộc vòng số 8 với chỉ thép.

Kết quả tốt 97%.

-Trật khóp khuỷu + gãy mỏm vẹt( chiếm 10% trật khuỷu)

+Regan chia gãy mỏm vẹt thành 3 kiểu:

Kiểu 1: bong xương ở đỉnh mỏm vẹt.

Kiểu 2: gãy xương rời ra ≤ 50%.

Kiểu 3: gãy xương rời ra > 50%, kèm trật khớp khuỷu.

+Xử lý:

Gãy độ 1: bất động 3-4 tuần, sau đó phục hồi chức năng.

Gãy độ 2-3: mổ cố định mảnh gãy với vít nhỏ.

-Trật khớp khuỷu + gãy chỏm xương quay

+Chiếm > 30% trường hợp trật khớp khuỷu

+Mason phân loại:

Kiểu 1: gãy không lệch

Kiểu 2: gãy rời 1 mảnh to di lệch

Kiểu 3: gãy vụn chỏm

Kiểu 4: gãy kèm trật chỏm quay, hoại tử chỏm quay.

+Chỉ định chung

Mảnh gãy di lệch < 2 mm => Điều trị bảo tồn.

Khi gãy vụn chỏm( kiểu 3) => Cắt bỏ chỏm( người lớn) hoặc thay bằng chỏm kim loại

Số còn lại => Cố gắng bảo tồn bằng kết hợp xương với vít cỡ bé.

+Kết quả:

Trật khớp khuỷu kèm gãy chỏm quay, kết quả cơ năng kém.

Theo Broberg: Bất động lâu bị cứng khuỷu

Tổn thương độ 3: trật khớp khuỷu + gãy mỏm vẹt + gãy chỏm quay => thường bị trật tái phát, kết quả xấu