

# Đại Cương Về Trật Khớp – Bài Giảng ĐHYD TPHCM

 Admin

---

Tác Giả: *ThS. BS. Trần Văn Bé Bảy – BM CTCH ĐHYD TPHCM*

Nguồn: *BM CTCH – PHCN (2005), Bài Giảng Bệnh Học Chấn Thương Chỉnh Hình – Phục Hồi Chức Năng, Lưu Hành Nội Bộ – ĐHYD TPHCM.*

---

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp là sự di lệch hoàn toàn hay không hoàn toàn các mặt khớp với nhau. Nguyên nhân thường gặp là chấn thương do một tác nhân tác động gián tiếp trên khớp hoặc do động tác sai tư thế của khớp. Trật khớp cũng có thể do bệnh lý nhưng rất ít gặp, vì vậy khi nói đến trật khớp thì đó là trật khớp chấn thương.

Trật khớp gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng nhiều nhất ở tuổi trẻ.

Tổn thương cơ bản của trật khớp là đứt, rách các dây chằng và bao khớp. Chẩn đoán trật khớp không khó, điều trị sớm thường dễ thành công và dự hậu tốt, điều trị muộn thì rất khó khăn và cơ năng thường kém. Ở nước ta còn gặp nhiều trật khớp cũ do còn nhiều cách chẩn đoán và điều trị sai lầm trong nhân dân (bỏ thuốc và bất động không đúng cách, khớp chưa được nắn hoặc bị trật lại mà không biết).

## 2. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU CỦA TRẬT KHỚP

Một đơn vị khớp gồm có 5 thành phần:

- Mặt sụn khớp với lớp xương dưới sụn và bao hoạt dịch
- Bao khớp và dây chằng.
- Cơ, gân quanh khớp.
- Thần kinh vận động và cảm giác cho khớp.
- Mạch máu nuôi dưỡng các thành phần trên.

Khi khớp bị trật, các thành phần trên sẽ bị tổn thương: bao khớp rách; dây chằng đứt; mạch máu đứt gây nên tụ máu trong khớp; thần kinh bị tổn thương gây đau, cơ gân thường không đứt và chính nó gây nên các triệu chứng biến dạng và dấu lò xo. Mặt sụn khớp nếu được nắn lại sớm thường không bị tổn thương, nếu để trật lâu ngày có thể gây nên hư sụn và gây ra hư khớp về sau. Một số trường hợp trật khớp háng còn gây nên biến chứng hoại tử chỏm xương đùi vì thiếu máu nuôi dưỡng.

### 3. PHÂN LOẠI TRẬT KHỚP

Người ta phân loại trật khớp theo 5 phương diện sau đây:

#### 3.1. Theo thời gian

Có 3 loại:

- Trật khớp cấp cứu: bệnh nhân đến khám trước 48 giờ sau khi bị tai nạn.
- Trật khớp đến sớm: bệnh nhân đến khám trước 3 tuần sau khi bị tai nạn.
- Trật khớp đến muộn (còn gọi là trật khớp cũ): các trường hợp bệnh nhân đến khám sau 3 tuần.

Cách phân loại này cho chúng ta khái niệm sẽ nắn khó hay dễ. Trật khớp đến muộn bao khớp rách có thể đã liền sẹo và ổ khớp bị lấp đầy bởi mô xơ, hơn thế nữa các cơ bị co rút sẽ làm cho việc nắn kín khó khăn. Mốc trật khớp cũ là 3 tuần là thời gian lành bao khớp. Tuy nhiên không phải đúng chính xác là 3 tuần mà thời gian này có thể  $\pm$  vài ngày. Có những trật khớp sớm hơn 3 tuần nhưng khó nắn và có những trật khớp sau 3 tuần vẫn có thể nắn lại được dễ dàng.

#### 3.2. Theo giải phẫu và X quang

Có 3 loại:

- Trật khớp hoàn toàn: Các mặt khớp không còn nhìn nhau, di lệch nhiều.
- Bán trật: Các mặt khớp di lệch không hoàn toàn.
- Gãy trật: Trật khớp kèm thêm gãy xương tại ổ trật khớp.

Dựa vào phim X-quang để phân loại về giải phẫu. Cách phân loại này cho biết mức độ phức tạp và khả năng nắn chỉnh trật khớp. Loại bán trật, các mặt khớp không trật hoàn toàn, chỉ bị cấp kênh, phải tìm nguyên nhân gây nên cấp kênh, hai mặt khớp bị cấp kênh sẽ làm cho sự vận động của khớp không được hoàn hảo, đôi khi gây ra hư khớp. Loại gãy trật là loại gãy phức tạp vì có thêm gãy xương trong ổ trật khớp có thể làm ổ khớp mất vững, dễ trật lại sau nắn hoặc không nắn chỉnh bảo tồn được mà đòi hỏi phải phẫu thuật.

#### 3.3. Theo mức độ tái phát

Có 3 loại:

- Trật khớp lần đầu.
- Trật khớp tái diễn: Khi khớp ấy bị trật từ lần thứ hai trở lên sau một thời gian lành. Thường gặp ở trật khớp vai.

– Trật khớp thường trực: Khớp thường xuyên bị trật sau một động tác. Thường gặp trong trật xương bánh chè do đứt dây chằng cánh trong. Xương bánh chè trật ra ngoài khi bệnh nhân gập gối và trở về vị trí cũ khi bệnh nhân duỗi gối.

Trật khớp tái diễn và trật khớp thường trực chỉ xảy ra ở một ít các khớp do đặc điểm về giải phẫu, việc điều trị thường là phẫu thuật để chỉnh sửa hoặc phục hồi các thương tổn giải phẫu đó.

### **3.4. Theo thể lâm sàng**

Có 4 loại:

- Trật khớp kín.
- Trật khớp hở: trật khớp có vết thương thông vào ổ khớp. Có 2 tổn thương chính là trật khớp và vết thương khớp.
- Trật khớp kèm biến chứng thần kinh, mạch máu. Ngoài trật khớp còn có tổn thương khác là mạch máu hoặc/và thần kinh cần phải được xử lý tốt.
- Trật khớp khoá (trật khớp kẹt): do có mảnh xương nhỏ bị vỡ và kẹt vào giữa 2 mặt khớp, gây nên sự nắn khớp khó khăn. Thường gặp trong trật khớp khuỷu có kèm gãy mỏm trên ròng rọc (mỏm trên lồi cầu trong).

### **3.5. Theo vị trí trật của chỏm hoặc hỏm khớp**

Đây là cách để chúng ta gọi tên một trật khớp, là hình dáng bên ngoài (các cách phân loại trên thể hiện nội dung bên trong). Dựa vào vị trí của chỏm hoặc hỏm khớp (đầu xa) có các loại trật ra trước, ra sau, vào trong, ra ngoài, lên trên, xuống dưới. Riêng khớp háng có kiểu trật trung tâm.

Khi gặp một trật khớp, ngoài hình thức là vị trí trật, chúng ta phải xác định nội dung nó thuộc loại nào theo cả 4 cách phân chia trên. Trong chẩn đoán nếu chỉ ghi là trật khớp thì có nghĩa là nó thuộc loại trật khớp kín, lần đầu, trật hoàn toàn và đến sớm hoặc cấp cứu.

## **4. CHẨN ĐOÁN TRẬT KHỚP**

Để chẩn đoán trật khớp, chúng ta dựa vào:

### **4.1. Bệnh sử**

- Hỏi kỹ cơ chế chấn thương, thông thường là chấn thương gián tiếp. Lực tác động kiểu đòn bẩy.
- Tuổi người bệnh: thường gặp ở người trẻ. Ở người già cùng một cơ chế chấn thương thì gặp nhiều gãy xương hơn vì xương bị mất chất vôi nên dễ gãy.

## 4.2. Triệu chứng lâm sàng

Ngoài các triệu chứng như sưng, đau, mất cơ năng, là những triệu chứng không đặc hiệu cần tìm 3 nhóm triệu chứng đặc hiệu của trật khớp gồm có:

- Biến dạng: Mỗi kiểu trật có biến dạng đặc hiệu của nó, gọi là biến dạng điển hình vì chỉ cần thấy biến dạng có thể chẩn đoán được có trật khớp. Trong gãy xương biến dạng có thể thay đổi theo tư thế của chi, còn trong trật khớp biến dạng không thay đổi nếu khớp chưa được nắn.
- Dấu ổ khớp rỗng: Hay là ổ khớp không có chỏm. Khi khám cần so sánh với bên lành để xác định.
- Dấu lò xo: Làm động tác thụ động ngược chiều với biến dạng, khi buông tay ra chi trật khớp sẽ bật trở lại tư thế biến dạng.

Dấu hiệu biến dạng và lò xo có thể bị mất nếu kèm theo gãy xương (gãy trật hoặc gãy xương đi kèm). Dấu hiệu ổ khớp rỗng chỉ gặp trong trật khớp hoàn toàn. Đây là dấu hiệu rất tin cậy, tuy nhiên những trường hợp đến muộn do chi sưng nề nhiều nên việc tìm triệu chứng này đôi khi rất khó khăn.

- X-quang: Phải chụp đủ cả 2 bình diện Mặt và Bên. Phim X-quang xác định trật khớp kiểu gì và có kèm gãy xương không (gãy trật hoặc kèm thêm gãy xương nơi khác)

## 5. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP

Nguyên tắc chung là: **NẮN – BẮT ĐỘNG – TẬP VẬN ĐỘNG**

Tuy nhiên cần chú ý các vấn đề sau đây:

- Phải khám toàn diện bệnh nhân để phát hiện những tổn thương khác nặng hơn có thể đi kèm cần điều trị trước.
- Phải xác định loại trật khớp trước khi điều trị, nhất là trật khớp kèm biến chứng thần kinh.
- Phải có đủ phim X-quang trước khi nắn khớp. Ngoài việc xác định trật khớp, phim X-quang còn cho biết kiểu trật khớp, các tổn thương xương phối hợp và để theo dõi điều trị.
- Khớp bị trật cần được nắn lại càng sớm càng tốt. Nắn sớm thường dễ nắn, dễ phục hồi, ít biến chứng.
- Khi nắn khớp không được gây đau. Phải gây tê ổ khớp, tê vùng hoặc gây mê.
- Thời gian bắt động khớp sau nắn dựa vào 2 yếu tố:
  - + Thời gian lành bao khớp, xương gãy.
  - + Sự phục hồi chức năng của khớp.

Thời gian bắt động thay đổi tùy mỗi khớp và loại trật khớp. Trong trật khớp đơn thuần, nếu khớp không dễ dàng bị trật lại sau khi nắn thì việc bắt động lâu dài sẽ không cần thiết

(không bất động lâu chờ cho bao khớp lành hẳn mà chỉ bất động tương đối và cho bệnh nhân tập vận động sớm).

– Trong trật khớp cũ có 2 vấn đề cần chú ý:

+ Bao khớp, gân cơ bị co rút.

+ Ổ khớp bị lấp đầy bởi mô xơ.

Cho nên việc nắn bảo tồn thường không đạt kết quả. Phải mổ để đặt lại hoặc tạo hình khớp.

Khi can thiệp phẫu thuật vào ổ khớp sẽ có một số bất lợi như:

+ Làm tổn thương thêm bao khớp và dây chằng.

+ Gây dính khớp.

+ Phải bất động lâu dễ bị cứng khớp.

+ Có thể bị nhiễm trùng và viêm khớp.

Vì vậy chỉ định phải cân nhắc, nếu sau mổ kết quả tốt hơn thì mới nên thực hiện.

## **6. CÁC TRẬT KHỚP THƯỜNG GẶP**

### **6.1. Chi trên**

– Khớp vai: Thường gặp nhất ở chi trên, tổn thương cơ bản là rách, dẫn bao khớp, các dây chằng bao khớp, sụn viền. Biến chứng hay gặp đi kèm liệt thần kinh mũ và thần kinh cơ bì (liệt cơ delta, cơ nhị đầu, cánh tay trước). Trật khớp tái diễn có thể gặp muộn về sau.

– Khớp cùng – đòn: có thể nhầm với gãy đầu ngoài xương đòn. Tổn thương cơ bản là đứt dây chằng cùng đòn và quạ đòn gây nên triệu chứng “phím đàn dương cầm”. Điều trị phải phục hồi các dây chằng này.

– Khớp khuỷu: Gặp nhiều sau trật khớp vai. Là loại khớp rỗng rọc, thường gặp trật ra sau. Khớp được giữ vững sau nắn nếu để gập, để duỗi dễ bị trật lại vì vậy gặp khá nhiều trật khớp cũ do bó thuốc và bất động ở tư thế duỗi. Trật khớp khóa là đặc điểm của trật khớp này do gãy mỏm trên rỗng rọc kèm theo có thể kẹt vào khe khớp gây khó nắn.

– Khớp quay – trụ trên: trật khớp đơn thuần hiếm gặp, thể hiện lâm sàng qua trật khớp cánh tay-quay và thường gặp trong gãy trật Monteggia. Tổn thương cơ bản là đứt dây chằng vòng và rách màng liên cốt. Do đi kèm với gãy xương trụ nên cần chú ý điều trị tốt gãy xương. Đa số phải mổ kết hợp xương trụ, đôi khi phải tái tạo dây chằng vòng.

– Khớp quay – trụ dưới: tổn thương cơ bản là đứt dây chằng tam giác, có thể gặp trật đơn thuần (có dấu phím đàn dương cầm) hoặc kèm theo gãy đầu dưới xương quay nhất là gãy trật Galéazzi.

- Khớp cổ tay, trật xương bán nguyệt: tổn thương là các dây chằng quanh xương bán nguyệt (gọi là trật quanh xương bán nguyệt)
- Khớp thang – bàn: khớp hình yên ngựa. Trật khớp này làm hạn chế động tác dạng ngón cái. Thường gặp trong gãy trật Bennett.
- Khớp bàn – ngón: Có biến dạng hình chữ chi (Z). Khớp bàn ngón I có 2 xương vùng, nắn không đúng kỹ thuật làm 2 xương này lọt vào khe khớp thì không thể nắn được nữa mà phải mổ để gỡ kẹt. Khớp bàn ngón II nếu trật chỏm xương bàn có thể bị kẹt bởi dây chằng ngang, tẩm sụn lòng, gân gấp, gân cơ giun, làm cho không thể nắn bảo tồn được mà phải mổ.

## 6.2. Chi dưới

- Khớp háng: là khớp lớn nhất cơ thể, có hõm khớp sâu nên nếu bị trật thường do lực chấn thương mạnh kiểu đòn bẩy. Đa số trật ra sau (80%), có thể kèm vỡ bờ sau ổ cối. Trật đơn thuần rất dễ chẩn đoán bằng lâm sàng. Nắn khớp cần vô cảm bằng gây mê.
- Khớp gối: ít gặp, lực chấn thương thường làm gãy lồi cầu và mâm chày. Loại trật khớp này cần được chú ý đến động mạch khoeo.
- Xương bánh chè: trật khớp do đứt các dây chằng cánh, vì vậy có loại trật thường trực.
- Khớp cổ chân: thường gặp trong gãy hai mắt cá. Cần chú ý gọng chày mác.
- Các khớp ở bàn chân: thường gặp gãy trật như gãy trật khớp Lisfranc, gãy trật các xương bàn chân.

(Xem thêm chi tiết trong các chương chấn thương mỗi vùng tương ứng)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BÙI VĂN ĐỨC – Trật khớp. Bài giảng Bệnh học ngoại khoa. Tập V. Trường Đại học Y Dược TP.HCM. trang: 345-365. 1989.
2. DUPUIS LECLAIRE – Pathologie médicale de l'appareil locomoteur. Chapitre 22. Edisen Maloine p: 477. 1986.
3. LEVON DOURSOUNIAN – Luxation de l'épaule. IMPACT Internat Avril-1988 p:53- 66.
4. L.BOEHLER – Kỹ thuật điều trị gãy xương (bản dịch của Nguyễn Quang Long) tập 2. Trang: 51-84 và 162-183. NXB Y Học 1980.
5. G.RIEUNAU – Luxation de l'épaule. Manuel de traumatologie. Masson et Cie Paris p: 95-102. 1970
6. CHARLES A. ROCKWOOD, JR. – Subluxation and dislocation about the shoulder. Rockwood and Green's fractures in Adults. vol.I. p: 722- 805. 1984.