

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP GỐI DO CHẤN THƯƠNG

Bác sĩ Lê Phúc

I. Đại cương

- Trật khớp gối do chấn thương là trật khớp ít gặp, tổn thương có nguy cơ đe dọa chi, vì vậy cần phải được điều trị cấp cứu.

II. Tổn thương giải phẫu

- Tổn thương thần kinh mạch máu phối hợp cần phải phát hiện sớm trong trật khớp gối.
- ACL hay PCL thường bị đứt trong hầu hết các trường hợp, và có tổn thương dây chằng bên, bao khớp, sụn chêm.
- Gãy gai chày, lồi củ xương chày, chỏm xương mác rất thường gặp.

III. Đánh giá lâm sàng

Sau khi nắn trật khớp phải đánh giá lại tổn thương dây chằng, quan trọng nhất là tổn thương mạch thần kinh.

- Tổn thương động mạch khoeo (20-60%): tổn thương động mạch do bị kéo căng ở hố khoeo khi trật khớp.
- Trật ra trước: duỗi ở mức 30° , rách bao khớp sau; rách động mạch khoeo ở mức duỗi 50° (nghiên cứu tử thi) .
- Tuần hoàn phụ không đủ nuôi sống chi khi động mạch khoeo bị đứt.
- Sự hiện diện của mạch mu chân, chày sau không thể loại trừ tổn thương mạch máu. Cần theo dõi vì có thể bị tắc mạch thứ phát.
- Trước hay sau khi nắn phải kiểm tra thần kinh mạch máu bởi vì huyết khối trong tổn thương nội mạch gây thiếu máu cục bộ sau đó.

- Tổn thương thần kinh mạc (10-35%): thường gặp trong kiểu trật ra sau ngoài có thể liệt nhẹ hoặc liệt hoàn toàn.
 - + 3 trong 23 trường hợp phục hồi hoàn toàn (bệnh nhân liệt nhẹ).
 - + 2 bệnh nhân phục hồi một phần.
 - + 18 bệnh nhân không phục hồi.
- Khi nghi ngờ, chụp động mạch chân đoán (nhất là tổn thương rách nội mạc mà trên lâm sàng dấu hiệu không điển hình).
- 86% bệnh nhân tắc nghẽn động mạch khoeo không được phẫu thuật tạo lưu thông mạch máu trễ hơn 8 giờ sẽ phải cắt cụt dưới gối hoặc trên gối. 10% bệnh nhân tái lập lưu thông máu trước 8 giờ vẫn phải cắt cụt chi.
- MRI rất cần thiết trong chẩn đoán chấn thương mô mềm.

IV. Phân loại

Dựa vào sự dịch chuyển của xương chày so với xương đùi.

- Trật ra trước: rất hay gặp 30-50%. Duỗi gối 30° bao khớp sau và PCL bị đứt, 50° động mạch khoeo bị đứt.
- Trật ra sau.
 - + Lưu ý: nguy cơ tổn thương mạch máu trong kiểu trật ra trước / sau > 40%.
- Trật ra ngoài.
- Trật vào trong.
- Thể phối hợp: trật ra ngoài hay vào trong + xoay.

V. Điều trị

- Trật ra trước: kéo chi kết hợp nâng đầu xương đùi.
- Trật ra sau: kéo chi kết hợp nâng đầu trên xương chày.
- Trật ra ngoài hay vào trong: kéo chi kết hợp đẩy xương chày vào trong hay ra ngoài.

- Thẻ phối hợp: kéo chi, đẩy xương chày, xoay chiều ngược lại.

+ Lưu ý: trật ra sau ngoài thường không nắn được vì bị chèn phần mềm (bao khớp hoặc dây chằng).

- Bất động: nẹp bột hoặc bột đùi bàn chân, góí gấp 20-30°.

- Sau 3-4 tuần, thay bột khác, tập đi nạng.

- Tháo bột sau 8-12 tuần, tập vận động khớp và cơ tứ đầu cho phép sử dụng nạng cho đến khi cơ tứ đầu giữ vững khớp.

Chỉ định phẫu thuật:

- Nắn kín thất bại..

- Trật hờ.

- Tổn thương mạch máu.

- Kẹt phần mềm.

- Trong tổn thương mạch máu nên cố định ngoài và tái lập lưu thông mạch máu.

V. Biến chứng

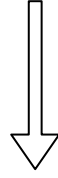
- Giới hạn vận động.

- Mất vững khớp gối.

- Hậu quả nhẹ hoặc nặng trong tổn thương mạch máu.

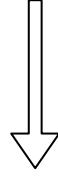
- Rối loạn cảm giác, vận động do tổn thương thần kinh.

Trật khớp gối do chấn thương

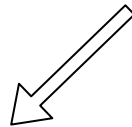


Đánh giá tổn thương thần kinh, mạch máu

Tình trạng cấp máu cẳng chân

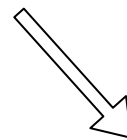


Nắn kín



Bộ đội bàn chân 8-12 tuần

Tiếp tục theo dõi thần kinh mạch máu



Mổ (nếu nắn thất bại) đặt lại khớp

Theo dõi thần kinh, mạch máu.