

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. ĐỊNH NGHĨA.

Thường xuyên, có thể bị từ lúc mới sinh đến người lớn.

Chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp do đập vào mồm vai.

Gãy 1/3 giữa nhiều nhất rồi đến 1/3 trong, 1/3 ngoài.

II. LÂM SÀNG

Đau, sưng, biến dạng vai đau, tay lạnh đỡ tay đau.

Nếu X- Quang chưa rõ, làm sàng rõ : không cần XQ lại cứ điều trị 7 ngày sau XQ lại.

Dạng lâm sàng gọi là giải trật khớp cùng đòn, cùng vai ở trẻ nhỏ mà là bong sụn tiếp hợp.

III. ĐIỀU TRỊ

Bảo tồn bằng đai số 8, phẫu thuật khi có biến chứng ở phổi, thần kinh, mạch máu.

Bất động từ 3 -4 tuần (khi hết đau), tái khám lại tuần đầu.

Không thể thao trước 8 tuần.

Thuốc giảm đau : Paracetamol 10mg – 15 mg/kg/4 giờ, không qua 60 mg/kg/24 giờ.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Đường gãy từ cổ phẫu thuật đến palette xương cánh tay

II. LÂM SÀNG

a. Hỏi;

- Trở sơ sinh có khó không ?
- Cơ chế té.
- Thời gian té.
- Đã sơ cứu, có hoặc không điều trị ở tuyến trước.

b. Lâm sàng:

- Cánh tay sưng, biến dạng, tay lạnh đỡ tay đau.
- Khám mạch quay, thần kinh cảm giác và vận động để phát hiện thần kinh, mạch máu bị tổn thương.

c. Cận lâm sàng:

XQ xương cánh tay thẳng nghiêng lấy 2 khớp.

III. ĐIỀU TRỊ

Chỉ định điều trị bảo tồn cho trẻ sơ sinh, gãy vững, trẻ 9 tuổi bằng các phương tiện như cố định thân ngực, bột treo, bột ngực cánh tay.

Tái khám mỗi tuần/ 3 tuần đầu, sau đó mỗi tháng cho đến khi xương liền hoàn toàn

Thuốc giảm đau:

- Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ.
- Diclofenac 2mg – 3mg/ kg/ ngày chia làm 2, 3 lần sau ăn.
- Ibuprofene 20mg -30mg/kg/ngày chia làm 3,4 lần sau ăn

Phẫu thuật cho trẻ lớn >9 tuổi: gãy không vững, đa chấn thương, gãy hở, gãy tổn thương thần kinh- mạch máu bằng đinh Rush, đinh Metaizeau, kéo liên tục (gãy nhiều mảnh).

Bất động 6 tuần.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản hoặc tê tủy
- Dùng C-arm kiểm tra nắn di lệch và xuyên 2 kim Kirschner từ lồi cầu ngoài khuỷu.

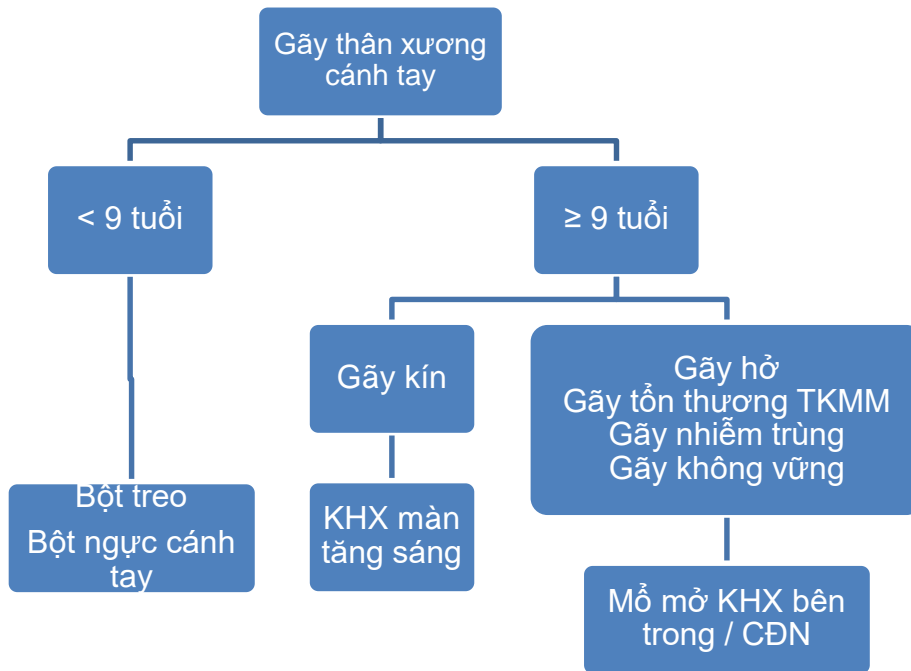
- Nẹp cánh bàn tay 4 tuần, 7 ngày cắt chỉ thay băng, tái khám mỗi tháng.

Nếu có tổn thương thần kinh thì mổ thám sát thần kinh

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

Lược đồ:



Đinh mềm nội tủy	Nẹp ốc cánh tay/ cẳng tay
Đinh Kirschner	Cố định ngoài
Đinh bẫy	Bột, gòn

3. GÃY TRÊN HAI LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Đường gãy qua lỗi cầu đầu dưới xương cánh tay, ngoài khớp.

Chiếm 40 -60% gãy vùng khuỷu, 4% gãy xương trẻ em.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hỏi cơ chế té, thời gian té, đã điều trị gì chưa?

Khuỷu tay sưng biến dạng, vết bầm nếp khuỷu, giới hạn vận động

Khám mạch quay, khám thần kinh quay, giữa, trụ

Theo dõi chèn ép khoang

2. Cận lâm sàng

XQ khuỷu tay thẳng, nghiêng để xác định xương gãy và độ di lệch
Siêu âm, doppler, MS CT mạch máu để xác định động mạch bị tổn thương.

3. Phân loại

Phân loại Garland có 3 độ và Wilkin bổ sung thêm bằng di lệch sang bên A hoặc B

- Độ I: gãy không di lệch
- Độ II: gãy di lệch, gập góc, có thể có di lệch sang bên, hai mặt gãy chạm nhau.
- Độ III: gãy di lệch nhiều, 2 mặt gãy không chạm nhau và chia thêm 3A: di lệch sau trong, 3B di lệch sau ngoài.

III. ĐIỀU TRỊ

Độ 1: bột cánh bàn tay hoặc xuyên kim C- Arm

Độ 2: nắn xuyên kim C-Arm, bột cánh bàn tay

Độ 3 : nắn xuyên kim C – Arm, bột cánh bàn tay hoặc mổ mở KHX (đỉnh hoặc nếp vít nếu trẻ lớn)

Chỉ định phẫu thuật độ 3, nắn thất bại, gãy có biến chứng thần kinh mạch máu, gãy hở, đa chấn thương, ...

1. **Kỹ thuật nắn xuyên kim C-arm:** bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản hoặc tê từng nách: nắn ổ gãy theo các bước sau: kéo dọc trục chỉnh di lệch chông ngấn, chỉnh di lệch sang bên và di lệch xoay, gập khuỷu dùng 2 ngón tay cái để nắn hoàn chỉnh di lệch chông ngấn, cố định ổ gãy bằng xuyên kim hoặc 2 kim phía ngoài, nếu được gãy thấp thì nên xuyên 2 kim

phía lồi cầu ngoài để tránh tổn thương thần kinh trụ. Bột cánh bàn tay rồi xẻ dọc bột, mang bột hoặc nẹp bột 1 tháng.

- 2. Kỹ thuật mổ nắn bằng đường cạnh ngoài khuỷu:** bệnh nhân nằm ngửa, rạch da đường cạnh ngoài khuỷu vô vách gian cốt giữa cơ 3 đầu và cơ cánh tay và cơ ngửa tay dài, tách màng xương vô ổ gãy tìm 2 trụ trong, ngoài lồi cầu, lấy máu cục, rửa ổ xếp xương gãy và cố định bằng 2, 3 kim kirschner. Bột cánh bàn tay rồi xẻ dọc bột, máng bột hoặc nẹp bột 1 tháng. VLTL sau khi bỏ bột.

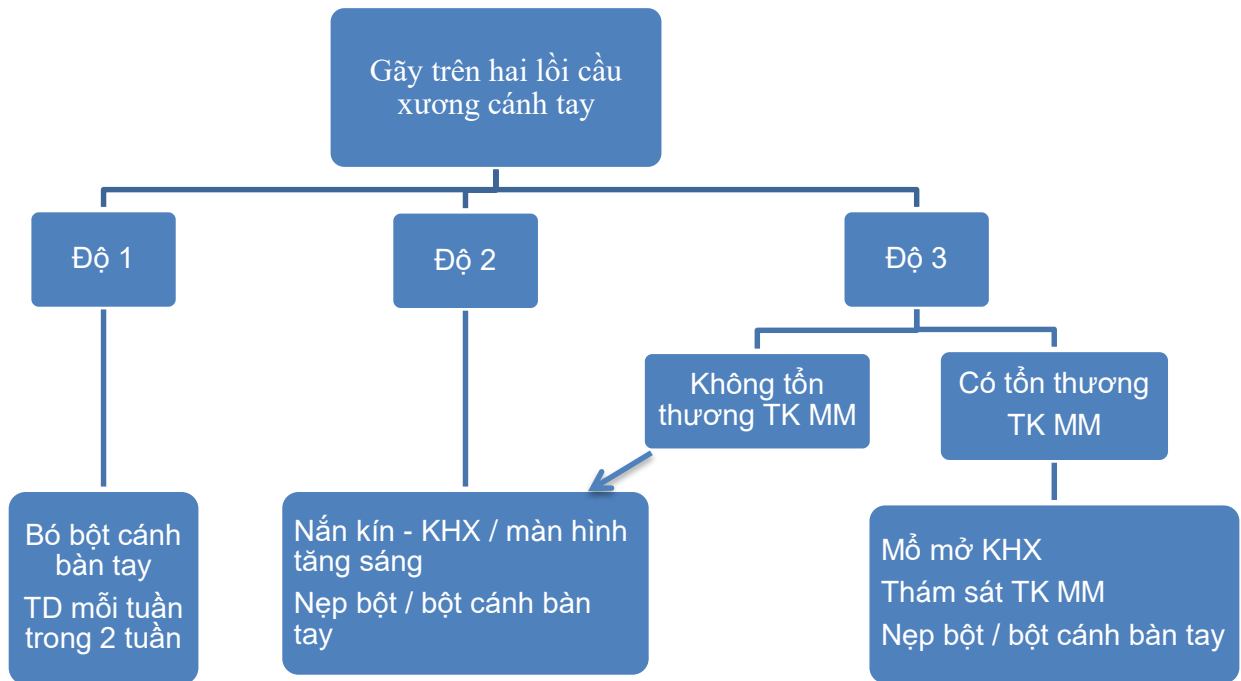
3. Biến chứng

Gãy hở, nhiễm trùng, hội chứng Volkmann, vẹo ngoài, cứng khớp.

IV. THUỐC SAU MỔ

- Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

Lược đồ:



Đinh Kirschner
Bột, gòn

4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Là loại gãy của khối lồi cầu ngoài, đường gãy từ ngoài cho xuống dưới vào trong rỗng rọc tương đương Harris Salter IV.

Chiếm 10-20% gãy vùng khuỷu trẻ em, đứng hàng thứ 3 sau gãy trên 2 lồi cầu, gãy ụ trên rỗng rọc.

Tuổi trung bình từ 6- 8 tuổi, đỉnh 6 tuổi

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Phân loại theo di lệch của Lagrange – Rigault

- Độ 1: gãy di lệch < 2 mm, nếu gãy không di lệch còn bản lề sụn thì ít di lệch nhưng rất khó phân biệt với độ 2 không di lệch.
- Độ 2: di lệch > 2mm + di lệch sang bên, xuống dưới.
- Độ 3: di lệch nặng + xoay mặt gãy ra ngoài 180^0

Lưu ý: ở trẻ nhỏ < 4 tuổi rất khó phân biệt không gãy xương với độ 1: độ 1 và độ 2.

Nếu có nghi ngờ cần bổ xung XQ thêm khuỷu nghiêng $\frac{3}{4}$ và XQ khuỷu lành để so sánh, XQ khớp có cản quang, MRI.

2. Phân loại theo Milch

Loại 1: đường gãy đi ngang qua sụn tăng trưởng tương đương Harris – Salter IV.

Loại 2: đường gãy vô trong không tổn thương nhân tăng trưởng, tương đương Harris – Salter II.

III. ĐIỀU TRỊ:

- Độ 1, độ 2 không di lệch : bột cánh bàn tay hoặc xuyên kim C-Arm.
- Độ 2 di lệch, độ 3 mở mở xuyên kim.
- Bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay nhẹ để giảm sức cơ ở lồi cầu ngoài.
- Rút đinh sau 6 tuần.

1. **Kỹ thuật phẫu thuật:** kỹ thuật mổ bằng đường cạnh ngoài khuỷu: bệnh nhân nằm ngửa, rạch da đường cạnh ngoài khuỷu vô vách gian cơ ngửa dài và cơ 3 đầu, tách màng xương vô lồi cầu ngoài , lấy máu cục, xếp lại xương và cố định bằng 2 kim kirschner phía ngoài.

Bột hoặc máng bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay 1 tháng, sau 2 – 3 tháng lấy dụng cụ.

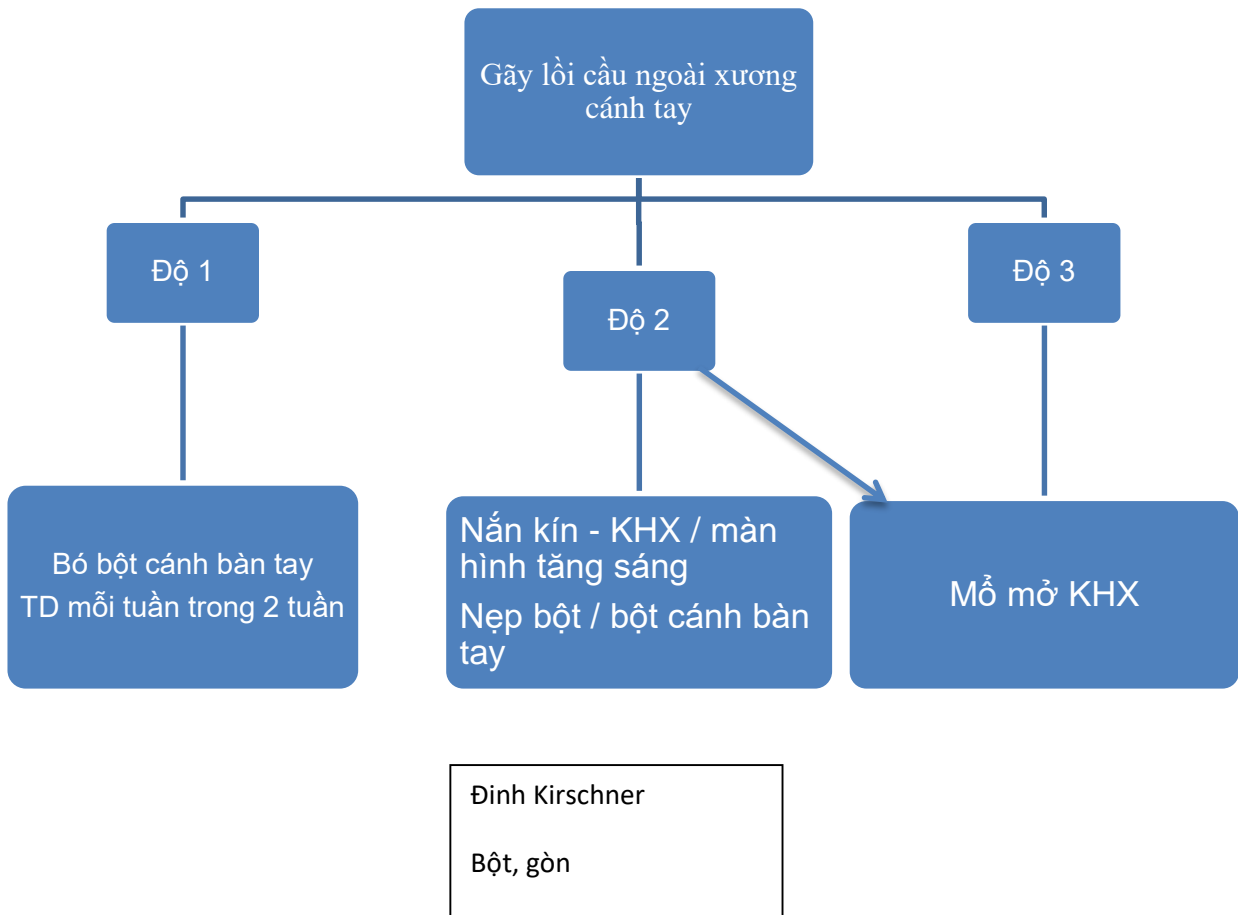
2. Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG:

Di lệch thứ phát, lệch trục, khớp giả (do không điều trị), phì đại lồi cầu, Cubitus valgus (liệt trụ muộn).

Lược đồ:



5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG QUAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy đầu trên xương quay ngang cổ phần hành xương.

Chiếm 5 -10% gãy vùng khuỷu, từ 4 tuổi đến trưởng thành.

Do té chống bàn tay, khuỷu valgus (tổn thương kết hợp gãy khác vùng khuỷu 30 -50%)

Thường nhất gãy Harris- Salter II đoạn gãy dưới di lệch ra ngoài hoặc sau ngoài và gãy ngang cổ.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Hỏi cơ chế té, thời gian té, đã điều trị gì chưa?
- Khuỷu sưng biến dạng, khuỷu bầm, giới hạn vận động, tay lạnh nâng tay đau.
- Khám động mạch và thần kinh xem có tổn thương không.

2. Cận lâm sàng

- XQ thẳng nghiêng khuỷu
- Xét nghiệm tiền phẫu.

3. Xếp loại

Xếp loại Judet (1962) : dựa vào độ nghiêng mặt khớp so với thân xương quay:

Loại I: gãy không di lệch.

Loại II: gãy di lệch sang bên <50% thân xương, gập góc < 30 - 35⁰.

Loại III: gập góc 30 – 60⁰.

Loại IV: gập góc > 60⁰ Metaizeau chia làm 2 nhóm : IVa: < 80⁰, IVb > 80⁰.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị:

- Loại I: bột cánh bàn tay 3 tuần
- Loại II: khuỷu duỗi, khép, kéo đẩy chỏm quay – bột cánh bàn tay, căng tay sấp.
- Loại III, IV: nắn bột, kỹ thuật Lerich, dùng kim Kirschner bẫy ổ gãy: Metaizeau, bột 3 -4 tuần.

Kỹ thuật phẫu thuật: kỹ thuật mổ bằng đường Boyd: bệnh nhân nằm ngửa, rạch da cho từ mồm lồi cầu ngoài chéo xuống xương trụ tách

vách cơ khuỷu và nhóm cơ duỗi ngón vào khớp nắn lại chỏm quay cố định bằng đinh kirschner hoặc lõi cầu ngoài chỏm quay, bột cánh bàn tay ngửa, kim để ngoài bột 23 tuần rút đinh, 4 tuần xẻ bột, tập VLTL hoặc xuyên kim từ mồm trâm quay lên chỏm quay 4 6 tháng rút đinh.

XQ kiểm tra mỗi tháng.

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:

Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ

Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.

Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.

- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg

- Kháng sinh sau mổ.

Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY MONTEGGIA

I. ĐỊNH NGHĨA

Bastila Monteggia 1814: gãy 1/3 trên xương trụ + trật ra trước chỏm quay.

Bado tập hợp nhiều loại gãy tương đương gọi là “ tổn thương Monteggia “.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng:

- Hỏi cơ chế té, thời gian té, đã điều trị gì chưa?
- Khuyết sưng, biến dạng.
- Khám thần kinh quay.

2. Cận lâm sàng:

- XQ khuyết thẳng, nghiêng sẽ thấy đường gãy và trật chỏm quay.
- Đường Stören (chữ I), trục xương quay luôn luôn đi qua trung tâm lõi cầu cánh tay ở mọi tư thế, đường xương trụ so với mặt phẳng nằm ngang cong > 1mm là có tổn thương.
- Xét nghiệm tiền phẫu.

3. Xếp loại Bado 1967, dựa vào vị trí chỏm gồm 4 loại:

- Loại 1 thể khuyết duỗi: chỏm trật ra trước + gãy thân xương trụ.
- Loại 2 thể gấp khuyết: chỏm trật ra sau + gãy 1/3 trên hoặc giữa trụ.
- Loại 3 thể khép: chỏm trật ra ngoài + gãy hành xương trụ.
- Loại 4: trật chỏm quay + gãy 2 xương cẳng tay.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Gây mê hoặc tê tủy nách.
2. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỏm quay + bột cánh bàn tay ở tư thế chỏm vững nhất:
 - Bado I: bột ngửa.
 - Bado II: khuyết duỗi một phần hoặc duỗi hoàn toàn là cần thiết.
 - Bado III: để xương trụ dang.
3. Bất động 45 ngày, kiểm tra mỗi tuần trong 3 tuần đầu.
4. Giảm đau sau nắn.

Điều trị phẫu thuật : khi nắn chỏm quay thất bại, xương trụ gãy không vững, gãy tạo hình (cần KHX trụ).

5. Kỹ thuật mổ bằng đường Boyd: bệnh nhân nằm ngửa, rạch da cho từ mõm lồi caafun goài chéo xuống xương trụ tách vách cơ khuỷu và nhóm cơ duỗi ngón, bộc lộ chỏm quay và xương trụ bị gãy, kết hợp xương trụ bằng kim kirschner hoặc bằng nẹp vis đồng thời nắn chỏm quay, rửa vết thương khô da, bột cánh bàn tay ngứa.

Bột 1 tháng, tập VLTL, lấy dụng cụ từ 4 -6 tháng sau mổ, XQ kiểm tra mỗi tháng.

6. Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:

Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ

Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.

Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.

- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg

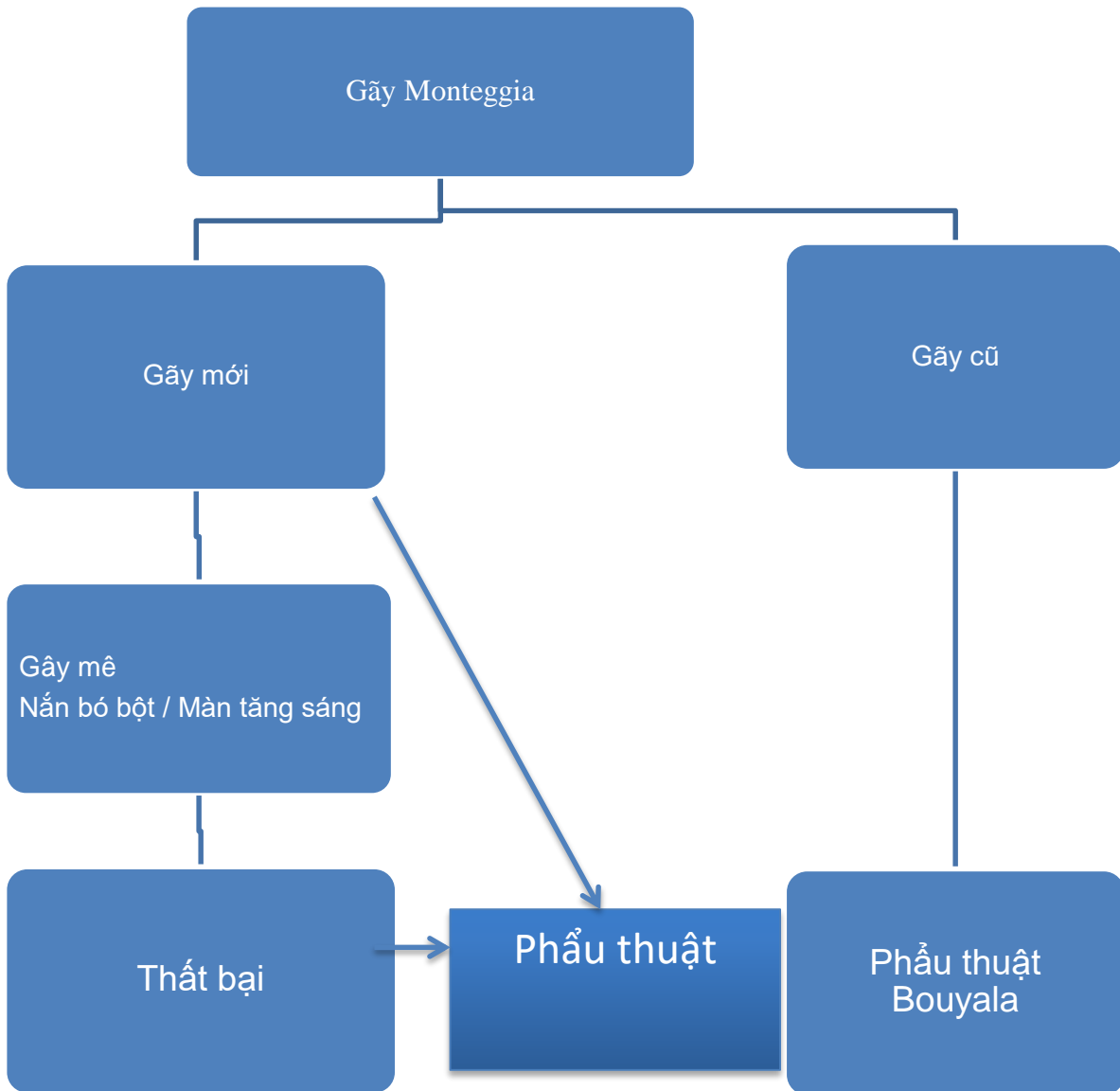
- Kháng sinh sau mổ.

Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG

Chỏm trật lại, nhiễm trùng vết mổ, lộ vis, liệt quay, cứng khớp,....

Lược đồ:



Đinh mềm nội tủy
Đinh Kirschner
Đinh bẫy

Nẹp ốc căng tay / nẹp mắt xích tạo hình
Cố định ngoài
Bột, gòn

7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY HAI XƯƠNG CẰNG TAY

I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy của 2 thân xương cẳng tay.

Theo thống kê 5% gãy xương trẻ em: ngưỡng 5 -8 tuổi do té tại nhà, ngưỡng 12 -14 tuổi do thể thao,...

Gãy đặc biệt ở trẻ em:

- (1) Gãy tạo hình đại thể không thấy được, khi có tổn thương xương trụ cần kiểm tra chỏm quay.
- (2) Gãy cành tươi (ở bên lồi) không tự điều chỉnh được cần bẻ cho gãy hoàn toàn sau đó bó bột.
- (3) Gãy hoàn toàn gần người lớn nhưng còn được bảo vệ bởi màng xương và ít gãy nhiều mảnh.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hỏi cơ chế té, thời gian té, đã điều trị gì chưa?

Cẳng tay biến dạng, sưng, gãy kín hay gãy hở, mất sấp ngửa.

Tìm mạch quay.

Di lệch dựa vào bản xếp loại Evans 1951 theo “ Nguyên tắc 1/3”: 1/3 trên, cẳng tay ngửa; gãy 1/3 dưới cẳng tay sấp; gãy 1/3 giữa cẳng tay trung tính.

XQ kiểm tra độ sấp ngửa bằng lồi củ cơ nhị đầu: ngửa hoàn toàn(90^0), mất hoàn toàn ra sau ở thể trung tính.

2. Cận lâm sàng

XQ cẳng tay thẳng, nghiêng.

Xét nghiệm tiền phẫu.

III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bảo tồn trẻ < 7 tuổi bằng gậy mê nắn bó bột cánh bàn tay.

Lưu ý thời gian bất động 2 tháng rưỡi đến 3 tháng. Kiểm tra XQ mỗi tuần/ 3 tuần lễ đầu sau đó mỗi tháng.

Chỉ định phẫu thuật >10 tuổi (định Rush, Metaizeau, Plaque – vis), khi gãy không vững, bảo tồn thất bại, di lệch thứ phát, đa chấn thương, chấn thương sọ não, trẻ không muốn mang bột đi học,....

Lấy dụng cụ từ 6 -8 tháng.

Kỹ thuật phẫu thuật: bệnh nhân nằm ngửa gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống, tay để trên đèn C-arm, kéo nắn các di lệch sau đó cố định bằng kim kirschner. Kim luồn từ cách mõm trên quay 1 cm lên chỏm quay và cách mõm dưới 2cm xuống mõm trên trụ. Trong trường hợp nắn không được thì rạch da nơi ổ gãy khoảng 3cm tìm 2 đầu xương gãy nắn lại dưới màn tăng sáng, bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay khoảng 1 -1.5 tháng khi có cal xương thì tháo nẹp cứng bàn tay đến khi xương liền hẳn, rút dụng cụ từ 6 -8 tháng.

Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:
 - Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
 - Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
 - Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
 - Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG

Nhiễm trùng vết mổ, giới hạn sấp.

8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy từ vùng liên mấu chuyển đến chỏm xương đùi gồm : gãy chỏm, cổ liên mấu chuyển,. Là loại gãy ít, khoảng 1% gãy xương trẻ em nhưng nặng và nhiều biến chứng.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Sau một chấn thương mạnh: chạy giỡn, trèo cây, thể thao, TNGT.

Đau chói vùng háng, đi không được, ngón chi, chân xoay ngoài hoặc trong.

2. Cận lâm sàng

XQ khớp háng 2 bên thẳng nghiêng.

MS CT, siêu âm.

Xét nghiệm tiền phẫu.

Phân loại theo Delbet (1907):

- Độ I: gãy bong sụn tiếp hợp chỏm xương đùi có kèm trật hay không trật khớp háng.
- Độ II: gãy nang cổ xương đùi có hoặc không di lệch.
- Độ III: gãy cổ mấu chuyển có hoặc không di lệch.
- Độ IV: gãy liên mấu chuyển.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Độ I:

- Không di lệch: bột bưng đùi bàn chân, trẻ em dưới 2 tuổi do có khả năng tự điều chỉnh.
- Có di lệch: cần phải nắn kín và xuyên kim không rang (kim có răng hoặc vít có thể gây ra hàn xương sớm ở trẻ dưới 3 tuổi).
- Nếu nắn thất bại: mổ nắn KHX.

2. Độ II: tốt nhất nên mổ cố định cho cả 2 trường hợp không hoặc có di lệch (kèm nắn) bằng kim có răng hoặc vis, sau đó bó bột bưng đùi bàn chân trong 6 – 12 tuần.

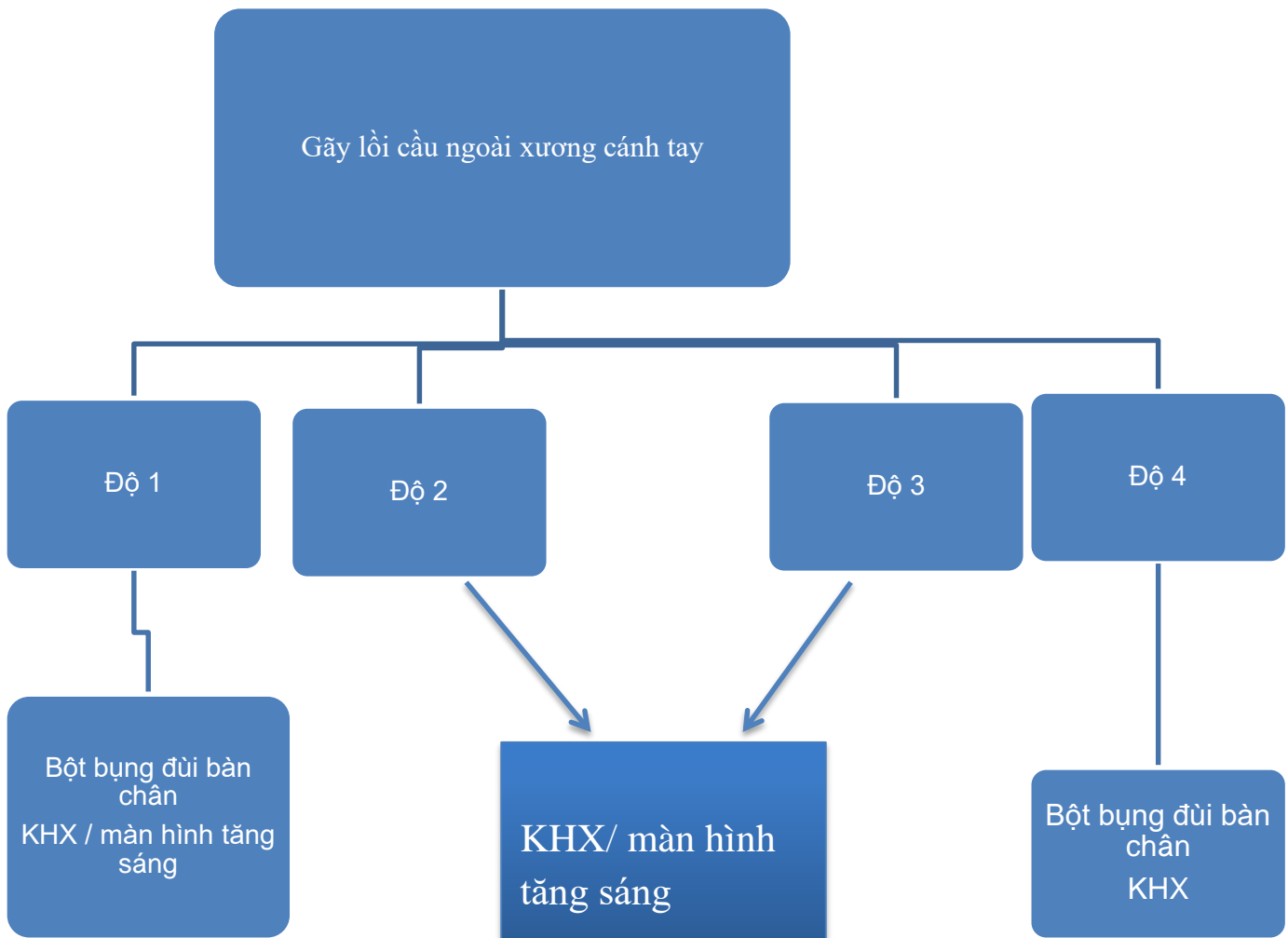
3. Độ III: đa số mổ và cố định bằng 3 vít trong đó có 2 vis đi thấp sát cựa xương (Calcar).

4. Độ IV: thường điều trị bảo tồn bằng kéo và bó bột; phẫu thuật khi bị đa chấn thương.
Thời gian bó bột từ 2 – 3 tháng: đi nặng không chống chân đau ít nhất 6 tháng (Bollini) khi mà đường gãy biến mất hoàn toàn và phải kiểm tra bằng Scintigraphie, MRI để xem chỏm không bị hoại tử.
5. Kỹ thuật phẫu thuật C-Arm: bệnh nhân nằm ngửa được gây mê nội khí quản hoặc tê tủy sống. Chân gãy được đặt trên khung kéo nắn, dùng c –arm kiểm tra khi nắn chỉnh hoàn toàn thì cố định bằng 2 vis xóp , có thể cố định thêm bằng đai chống xoay. Tái khám 1 -2 tháng, lấy vis sau 1 -2 năm.
6. Thuốc sau mổ
 - Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
 - Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
 - Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG:

- Hoại tử chỏm : Bollini 70% các loại mặc dầu được điều trị nhanh, đúng ở các trung tâm hiện đại. Gãy càng di lệch hoại tử càng nhiều.
- Khớp giả: ít hơn người lớn.
- Hạn sụn tăng trưởng: coxa vara, coxa valga.
- Cal xấu.

Lược đồ:



Vis xóp đặc/ rộng

Đinh Kirschner

Đinh bẫy

Nẹp ốc

Bột, gòn

9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy phần thân xương đùi.

Đứng hàng thứ 3 gãy xương trẻ em, 1/2000; xảy ra ở bé trai cao gấp 2,5 lần so với bé gái.

Từ 0 -4 tuổi: 49% té, tai nạn 12.5%.

Từ 6 – 10 tuổi: 70 % tai nạn, té 20 %, thể thao : 7%.

Từ 13 – 15 tuổi: 75 % tai nạn, thể thao 15 %, té 5%.

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hỏi sau một chấn thương mạnh, té cao, tai nạn, sinh khó.

Thời điểm chấn thương, điều trị sơ cứu trước đó.

Gãy kín hay gãy hở.

Gãy 1/3 trên (12 -20 %): đoạn gần di lệch gấp , dạng, xoay ngoài do cơ Psoas, hông giữa, cơ chậu máu chuyển lớn; đoạn xa chông ngắn, áp, xoay trong do cơ tứ đầu, cơ ụ ngồi căng chân, áp.

Gãy 1/3 giữa (60 – 70%): di lệch chông ngắn.

Gãy 1/3 dưới (6 – 20%): đoạn xa di lệch ra sau do cơ sinh đôi dễ có nguy cơ chèn ép thần kinh mạch máu.

2. Cận lâm sàng

XQ xương đùi thẳng, nghiêng. Siêu âm mạch máu, doppler.

Xét nghiệm tiền phẫu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc chung:

- Sơ sinh – 6 tháng: đai Pavlik.
- Từ 2 – 4 tuổi: gậy mẹ, bột bụng đùi bàn chân.
- Từ 8 – 13 tuổi: gậy mẹ đóng đinh nội tủy (Metaizeau, Rush).
- Từ 12 – 15 tuổi : có thể đóng đinh Kuntscher.

2. **Kỹ thuật phẫu thuật:** bệnh nhân nằm ngửa được gậy mẹ nội khí quản hoặc tê tủy sống. Chân gãy được đặt trên khung kéo nắn, dùng C- arm kiểm tra khi nắn chỉnh hoàn toàn thì cố định bằng 2 đinh Rush hoặc Metaizeau được luồn từ dưới lồi cầu đi ngang cực trên xương bánh chè. Trong trường hợp không nắn được thì mở da nang ổ gãy, nắn 2 đầu xương gãy có C-arm và luồn đinh.

Sau 3 -5 ngày xuất viện, tái khám mỗi tháng, rút đinh sau 6 – 12 tháng.

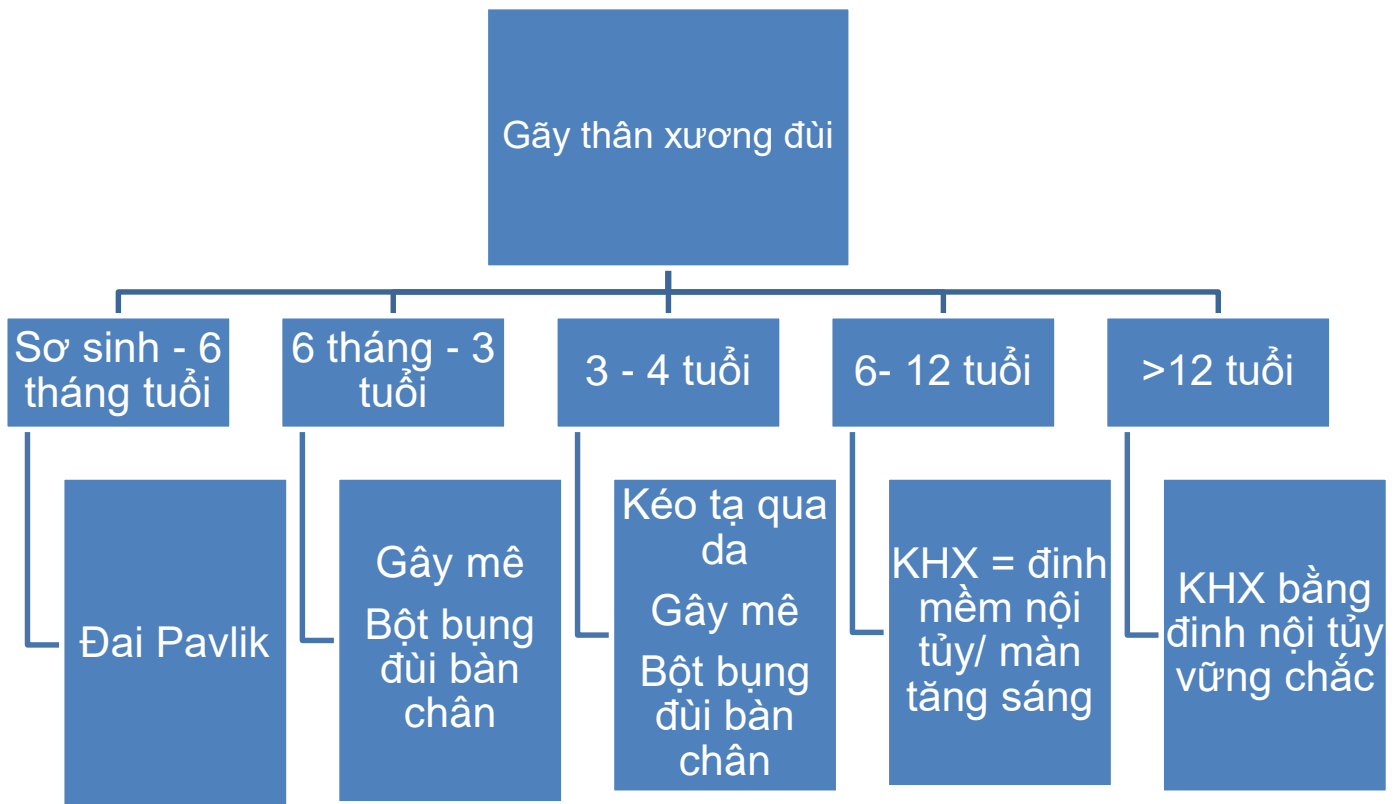
3. Thuốc sau mổ:

- Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG

Hội chứng Volkmann, lệch trục, chênh lệch chiều dài chi; loét da do kéo; nhiễm trùng.

Lược đồ:



10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy thân xương cẳng chân.

Đứng hàng thứ 3 sau gãy xương đùi và 2 xương cẳng tay. Bé trai chiếm 75%.

Sau gãy xương cần tìm các tổn thương khác : chèn ép khoang, gãy hở, loét da, tổn thương thần kinh, mạch máu, đa chấn thương,...

II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hỏi nguyên nhân tai nạn, thời gian bị tai nạn, tìm dấu sinh tồn.

Khám gãy kín hay gãy hở (đánh giá bằng phân loại Gustilo), cẳng chân bị biến dạng, bắt mạch cổ chân,..

2. Cận lâm sàng

XQ cẳng chân, CT, Doppler cẳng chân nếu mạch khó bắt hoặc CT mạch máu.

3. Phác đồ

Theo phân độ chung gãy thân xương trẻ em:

Độ 1: gãy không hoàn toàn hoặc gãy hoàn toàn không di lệch

Độ 2: gãy di lệch 1 thân xương

Độ 3: gãy 2 mặt gãy không chạm nhau.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Trẻ dưới 10 tuổi thường điều trị bảo tồn bằng bột đùi bàn chân 2 -2.5 tháng bằng cách gậy mê nắn hết các di lệch và bó bột đùi bàn chân, theo dõi bột tại bệnh viện 2 -3 ngày, tái khám mỗi tuần/ 3 tuần. Sau đó mỗi tháng, nếu thấy chân sưng đau phải xẻ bột theo dõi tiếp. Có thể tháo sau 6 -9 tuần.

2. Từ 10 tuổi có chỉ định phẫu thuật bằng các gậy mê nắn các di lệch sau đó luôn định Rush hoặc Metaizeau có kiểm tra dưới màn tăng sáng. Dưới 10 tuổi chấp nhận di lệch chông 5 – 10mm. Trên 10 tuổi tránh di lệch chông ngắn.

Khi sụn tăng trưởng vùng khuỷu đã hàn (13 tuổi ở bé gái; 15 tuổi ở bé trai) có thể KHX bằng dụng cụ giống người lớn.

Đối với gãy hở độ 1,2 thì cắt lọc rồi bó bột, chờ vết thương liền, xét nghiệm bình thường mổ KHX thì 2 hoặc KHX liền tay tùy thuộc kinh

nghiệm đánh giá của phẫu thuật viên; đối với gãy hở độ 3 thì cắt lọc và đặt cố định ngoài.

3. Thuốc sau mổ

- Giảm đau:
Paracetamol 10mg – 15mg/kg/4 giờ
Diclofenac 2mg – 3mg/kg/ ngày chia 2 – 3 lần sau ăn.
Tramadol 1mg -2mg/kg/ lần, chia 3 -4 lần/ngày.
- Kháng sinh trước mổ: Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg
- Kháng sinh sau mổ.
Cefuroxim 30 mg – 60mg/ kg.

IV. BIẾN CHỨNG

Loét da (gãy hở, kéo da, chồi xương dưới da, nhiễm trùng chân đinh)
Biến chứng thần kinh, mạch máu; hội chứng chèn ép khoang; cal xấu;
khớp giả; lệch chiều dài chi,..

Lược đồ:

Gãy hai xương
cẳng chân

