

# 1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BẢ VAI

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Chiếm 3-5 % gãy xương vùng vai
- Hầu hết là chấn thương năng lượng cao
- Thường có tổn thương phối hợp ( 90 % gãy xương bả vai có tổn thương phối hợp).
- Hầu hết được điều trị bảo tồn.
- Điều trị phẫu thuật : gãy ổ chảo, gãy mỏm cùng vai, gãy thân xương bả vai di lệch nhiều.

## II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng

- Chấn thương năng lượng cao.
- Sung đau , bầm máu , biến dạng vùng vai.
- Cánh tay áp vào thân mình . Khó thở ( nếu có tràn dịch , khí kèm theo ) .

### 2. Cận lâm sàng

- XQ vai tư thế thẳng ( AP View ) , tư thế bên ( Lateral ) , tư thế nách ( Axillary View ) .
- XQ phổi thẳng ( gãy xương sườn , TDMP , ... ) .
- CT Scan vai tái tạo 3 chiều.

### 3. Phân độ

Theo Dravkovic và Danholt chia làm 3 type :

- Type I : gãy thân xương bả vai.
- Type II : gãy các mỏm xương ( mỏm quạ , mỏm cùng ) .
- Type III : gãy góc trên : cổ , ổ chảo xương bả vai.

## III . ĐIỀU TRỊ

### 1. Chỉ định

#### a. Bảo tồn

- Hầu hết các trường hợp gãy cổ và thân xương bả vai.
- Bất động 2-3 tuần bằng đai vai chi trên , đai Desault , ...
- Tập vận động khớp vai khi hết đau .
- Tập vận động chủ động khi xương bả vai lành trên XQ.

#### b. Phẫu thuật

-Gãy ổ chảo

+Di lệch 4mm.

+Bán trật , mất tương thích khớp vai.

-Gây thân xương bả vai.

Theo Cole và cộng sự :

+Gây thân xương bả vai di lệch trên 2cm ( Lateralization ).

+Gập góc thân xương > 45° trên Y- View.

+Góc cổ thân <22° .

+Gãy thân xương bả vai kèm gãy xương đòn hoặc phức hợp mỏm cùng- xương đòn.

## **2. Chống chỉ định**

-Shock chấn thương.

-Tổn thương kèm theo : CT cột sống cổ , dập phổi , tràn khí , dịch màng phổi.

## **IV . CHUẨN BỊ**

### **1. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ kết hợp xương cho xương chi trên.

- Bộ nẹp vít khóa mắt xích , đầu dưới xương quay , vít xóp , ...

### **2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến , biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( tổn thương thần kinh quay, khớp giả, tai biến do gãy tê đám rối, ... ). Nhịn ăn trước 6 giờ .

### **3. Hồ sơ bệnh án**

Ghi đầy đủ, chi tiết các lần thăm khám , hội chẩn , giải thích cho người bệnh và gia đình.

## **V. TIẾN HÀNH**

### **1. Vô cảm Mê NKQ**

### **2. Tư thế BN**

- Nằm nghiêng : nếu đường mổ phía sau.

- Nằm ngửa : nếu đường mổ phía trước.

### **3. Đường mổ**

-Judet

- Đường Delta ngực.

#### **4.Kỹ thuật**

-Bộc lộ ổ gãy.

- Làm sạch ổ gãy

-Cố định tạm bằng Kirchner

- Nắn KHX bằng nẹp vít ( gãy thân xương ) , vít xóp , vít xóp rộng ( gãy ổ chảo ) , pp néo ép , nẹp vít ( gãy mỏm cùng ) .

#### **VI . THEO DÕI SAU MỔ**

- Bất động sau mổ : đai vai CT , Desault , ... 1-3 tuần .

-Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần.

-Tập có kháng lực : XQ lạnh xương.

## 2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI

### I. ĐỊNH NGHĨA

Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai .

- Khớp vai có tầm vận động lớn do mặt khớp chỏm xương cánh tay lớn gấp 3 lần mặt khớp ổ chảo xương bả vai nên khớp dễ vận động và dễ trật khi chấn thương.
- Khớp chỉ di lệch vào trong , gần với trục cơ thể , kết hợp với ra trước ra sau chứ không có di lệch ngoài ( do cơ ngực kéo chỏm xương cánh tay vào trong ).

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Trật khớp vai ra trước

##### a. Lâm sàng

- Cơ năng : đau , sưng , mất vận động chủ động khớp
- Thực thể biến dạng :

- Cánh tay dạng , xoay ngoài .
- Trục cánh tay lệch vào trong
- Mấu cùng với nhô ra tạo nên vai vuông.
- Mất rãnh Delta - ngực , bề dày trước sau vai tăng.
- Dấu ổ khớp rỗng.
- Dấu lò xo.

##### b . Cận lâm sàng

- XQ vai thẳng , tịt thể nách .
- CT Scan .

#### 2. Các thể trật khớp vai khác

##### a. Gãy trật

- Trật khớp kèm gãy máu động lớn.
- Trật khớp kèm gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay
- Trật khớp kèm gãy ổ chảo xương bả vai .

##### b . Trật khớp cũ > 3 tuần

##### c . Trật khớp vai tái hồi

### III , ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### a . Chỉ định

– Nắn trật khớp vai là chỉ định đầu tiên cho tất cả các loại trật khớp . Nắn càng sớm càng dễ và hiệu quả càng cao.

- Đai vai : BN <20 tuổi : 3-4 tuần  
BN >20 tuổi : 2-3 tuần .

## **b. Thuốc**

- Giảm đau
- Kháng viêm NSAID.
- Chườm lạnh 20 phút / lần , 4-8 lần / ngày

## **c. Tái khám**

### **d. Tập VLTL**

- Sau 1 tuần , 3 tuần , 1 tháng , 3 tháng , 6 tháng .
- Chụp XQ kiểm tra , tập VLTL .

## **2. Điều trị nội trú**

### **a . Chỉ định**

- Bảo tồn
- Trật khớp vai ra trước đơn thuần ( hoặc kèm gãy mào động lớn ) .
- Đai vai : BN < 20 tuổi : 3-4 tuần  
BN > 20 tuổi : 2-3 tuần.

– Phẫu thuật

### **Mổ mở**

Trật khớp vai ra trước đơn thuần ( hoặc kèm gãy mào động lớn) nắn trật thất bại .

- Gãy trật , trật khóa ,
- Trật cũ > 3 tuần
- Đai vai : 6 tuần .

-Thuốc

- Giảm đau .
- Kháng viêm ,
- Chườm lạnh 20 phút / lần , 4-8 lần / ngày .

### **b . Tái khám**

### **c. Tập VLTL**

- Sau 1 tuần , 3 tuần , 1 tháng , 3 tháng , 6 tháng .

- Chụp XQ kiểm tra , tập VLTL

#### **IV.BIẾN CHỨNG**

Tổn thương tủy thần kinh , mạch máu .

Cứng khớp vai ,

- Thoái hóa khớp vai.

### 3. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI

#### I. ĐỊNH NGHĨA

- Trật khớp vai là trật khớp giữa chỏm xương cánh tay và ổ chảo xương bả vai.

- Khớp vai có thể trật đi trật lại nhiều lần do điều trị không tốt ở lần trật đầu tiên gọi là trật khớp vai tái hồi.

#### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Khớp vai có thể trật đi trật lại nhiều lần do điều trị không tốt ở lần trật đầu tiên. Các tổn thương gây nên như: tổn thương xương chỏm, xương cánh tay, bờ ổ chảo, rách bao khớp, bong tróc sụn viền. Điều trị loại gãy này đều phải phẫu thuật có thể mổ mở hay mổ nội soi

##### 1. Lâm sàng

- Bệnh sử: số lần trật, nghề nghiệp

- Cơ năng: đau, sưng, mất vận động chủ động khớp.

- Thực thể biến dạng:

- Cánh tay dạng, xoay ngoài.
- Trục cánh tay lệch vào trong
- Mấu cùng với nhô ra tạo nên vai vuông.
- Mất rãnh Delta - ngực, bề dày trước sau vai tăng.
- Dấu ổ khớp rộng.
- Dấu lò xo.
- Test e sợ (+).

##### 2. Cận lâm sàng

- XQ vai thẳng, tự thể nách.

- CT Scan . MRI

#### III. ĐIỀU TRỊ-THEO DÕI-TÁI KHÁM

##### 1. Điều trị ngoại trú

Chỉ định phẫu thuật.

##### 2. Điều trị nội trú

a. Chỉ định

LMổ mở ( phẫu thuật Brightow - Latarjet ).

- Bony Bankart > 25 %
- Hill - Sachs > 20 %
- Tổn thương phần mềm rộng

- Bệnh lý động kinh
- Trật > 50 lần.
- Không thể mổ nội soi.

-Mổ nội soi

- Bony Bankart -25 %.
- Hill - Sachs 20 %.
- Tổn thương phần mềm ít.
- Tổn thương chóp xoay , SLAP.

### **b. Chống chỉ định**

- Bệnh lý thần kinh cơ
- BN từ chối mổ
- Đai vai ; 6 tuần.

### **c.Thuốc**

- Kháng sinh
- Giảm đau
- Kháng viêm
- Chườm lạnh 20 phút / lần , 4-8 lần / ngày .

### **d. Tái khám**

### **e . Tập VLTL**

- Sau 1 tuần , 3 tuần , 1 tháng , 3 tháng , 6 tháng.
- Chụp XQ kiểm tra , tập VLTL

## **IV . BIẾN CHỨNG**

Tổn thương từng thần kinh , mạch máu.

- Cứng khớp vai.
- Thoái hóa khớp vai



## 4. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

### I. ĐỊNH NGHĨA

- Gãy xương đòn là chấn thương thường gặp ở đai vai với khoảng 35-43 % các trường hợp, gặp ở mọi lứa tuổi. Gãy xương đòn thường do đập trực tiếp hoặc té chống tay, chủ yếu cho cơ thể chấn thương gián tiếp mà nguyên nhân chủ yếu ở Việt Nam là tai nạn giao thông.

- Gãy xương thường xảy ra ở 1/3 giữa xương đòn ( 76-82 % ), gãy đầu ngoài và đầu trong ít gặp hơn tuy nhiên chấn thương thường phức tạp và điều trị khó khăn hơn.

### I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sưng đau mất có năng khớp vai ( không giơ tay lên đầu được ).
- Vai xệ, tay lạnh đỡ tay đau.
- Sở thấy xương gãy gồ lên dưới da ( biến dạng kiểu bậc thang ).
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo
- Đo chiều dài mòm cùng - xương ức ngắn hơn xương lành.

#### 1. Cận lâm sàng

XQ xác định loại gãy và đường gãy, nhất là các gãy ở đầu ngoài và đầu trong xương đòn. Để thấy rõ đường gãy trong nhiều trường hợp khó, cần chụp xương đòn ở tư thế chiếu chệch  $40^\circ$ , hình ảnh xương đòn không chồng lên các xương sườn.

#### 2. Phân loại

Theo Allman chia làm ba vùng theo giải phẫu nói chung để mô tả gãy xương đòn. Tuy nhiên không tiên lượng được các di lệch, gãy nát hay tổn thương.

Craig đã cải biên phân loại của Allman và Neer như sau:

- Nhóm I : gãy 1/3 giữa xương đòn phổ biến nhất chiếm 80 % tổng số, đa số vững.
- Nhóm II : gãy 1/3 ngoài chiếm 12-15 % tổng số. Có năm loại:
  - + Loại I : di lệch tối thiểu, gãy giữa dây chằng cùng đòn và dây chằng quạ đòn.
  - + Loại II ; di lệch thứ phát vì gãy ở trong dây chằng quạ đòn, chia ra:
    - + Loại IIA : các dây chằng nón và thang còn.
    - + Loại IIB : dây chằng nón rách, dây chằng thang còn.

- + Loại III : gãy diện khớp .
- + Loại IV : gãy ở trẻ em , dây chằng còn bám nguyên thùng xương , di lệch đầu xa .
- Nhóm III : gãy 1/3 trong chiếm khoảng 5 % .
- + Loại I : di lệch tối thiểu .
- + Loại II : di lệch nhiều ( dây chằng rách ) .
- + Loại III : Nội khớp .
- + Loại IV : bong rời đầu xương ở trẻ em .
- + Loại V : gãy vụn.

-Phân loại của Robinson

Loại I : gãy đầu trong

+ Loại IA : không di lệch , chia làm hai nhóm : A1 gãy ngoài khớp , A2 gãy phạm khớp

+ Loại IB ; di lệch , chia làm hai nhóm : B1 gãy ngoài khớp , B2 gãy phạm khớp.

Loại II : gãy thân xương

+ Loại IIA : không di lệch , chia làm hai nhóm : A1 không gập góc , A2 gập góc.

+ Loại IIB : di lệch , chia làm hai nhóm : di lệch đơn giản hay mảnh thứ 3 hình chêm , B2 nhiều tầng hoặc gãy nát.

Loại III : gãy đầu ngoài

+ Loại IIIA : không di lệch , chia làm hai nhóm : A1 gãy ngoài khớp , A2 gãy phạm khớp

+ Loại IIIB : di lệch , chia làm hai nhóm : B1 gãy ngoài khớp , B2 gãy phạm khớp.

### **III . ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

##### **a . Chỉ định, phương pháp điều trị**

Chỉ định

- Hầu hết gãy xương đòn đều điều trị bảo tồn , tuy nhiên không nên áp dụng cho tất cả các trường hợp gãy . Nên lựa chọn điều trị thích hợp cho từng bệnh nhân và tùy vào loại thương tổn .
- Nhìn chung các trường hợp gãy kín xương đòn không di lệch hoặc di lệch ít có thể điều trị bảo tồn .
- Phương pháp : đai số 8.

Mục đích để xương đòn không di động ( không gây đau ) khi bệnh nhân tập vận động khớp vai , Đại số 8 làm bằng thun tốt hơn dùng băng bột vì nó luôn luôn ôm sát xương đòn trong mọi tư thế . Thời gian khoảng 4-6 tuần.

Dán băng keo thun ( băng thuy dinh ) : để hạn chế bớt sự di động của xương đòn nên không gây đau . Một số người bệnh bị dị ứng với băng keo gây ngứa lở , cần tháo bỏ và dùng phương pháp khác .

### **b. Thuốc sử dụng**

Kháng viêm , giảm đau Nonsteroid , Thuốc bổ xương Canxi D.

### **c.Theo dõi tái khám**

Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động chủ động , ...

Tái khám sau 1 tuần , 3 tuần , 6 tuần , 12 tuần.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a . Chỉ định , phương pháp điều trị**

- Bảo tồn

- Gãy kín xương đòn không di lệch hay di lệch ít , có tổn thương phối hợp như gãy xương sườn , gãy xương bả vai , hoặc có vấn đề hô hấp , tim mạch cần theo dõi .

- Gãy xương đòn trên bệnh nhân có bệnh mãn tính kiểm soát không tốt như THA , ĐTĐ không thể phẫu thuật được .

-Phẫu thuật

- Không liền : chỉ định chính , mở cố định bên trong với định nội tủy hay nẹp vít và ghép xương .

- Bị tổn thương thần kinh , mạch máu , nên mổ sớm và kết hợp xương ngay .

- Gãy đầu ngoài xương đòn .

- Hai đầu gãy xa nhau do chèn phần mềm , đầu gãy nhọn chọc vào cơ Delta , cơ thang , nắn không được có khi chọc thủng da.

- Vai bập bênh : gãy hai nơi xương đòn và cổ phẫu thuật xương bả vai làm chỗ gãy không vững

- Gãy hở .

Những yếu tố khác :

- Đa thương đòi hỏi bệnh nhân mang được sức nặng và sử dụng chỉ trên sớm .

- Bệnh nhân muốn nhanh chóng trở lại hoạt động bình thường : vận động viên thể thao chuyên nghiệp hay bán chuyên nghiệp .

- Về mặt thẩm mỹ .

### **b.Thuốc sử dụng :**

- Kháng sinh kháng phổ rộng dự phòng trước mổ .

- Kháng viêm , giảm đau Nonsteroid

### **c.Theo dõi**

- Vết thương sau mổ , cắt chỉ sau 10-14 ngày .
- Hướng dẫn tập vận động chủ động sau mổ .

**d. Tải khám** sau 1 tuần , 3 tuần , 6 tuần , 12 tuần .

## **IV . BIẾN CHỨNG**

### **1. Biến chứng sớm**

- Chọc thủng da - > gây hở ,
- Đè ép hoặc chọc thủng bó mạch dưới đòn : xuất hiện khối máu tụ to , mất mạch quay , Cần xử trí khẩn cấp về mạch máu .
- Tổn thương đám rối thần kinh cánh tay : do đè ép , kéo giãn hoặc đứt . Bệnh nhân mất cảm giác và liệt hoàn toàn hoặc một phần vận động chi trên .

### **2. Biến chứng muộn**

- Can lệch : rất khó tránh vì rất khó cố định xương không di lệch thứ phát sau khi nắn . Thường can lệch này không ảnh hưởng nhiều đến chức năng , chỉ xấu về thẩm mỹ nhất là đối với phụ nữ và trẻ em ( mặc áo cổ rộng ) . Đối với trẻ con can lệch không đáng ngại vì còn tự điều chỉnh . Một số can lệch quá xấu về thẩm mỹ hoặc đe dọa chọc thủng da bởi chồi xương có thể mổ đục bớt chồi xương .
- Khớp giả : hiếm gặp, vì xương đòn gãy dễ liền do màng xương dày chắc, khi bị gãy xương chỉ bị rách mà không đứt hẳn , nếu can thiệp bằng phẫu thuật có nguy cơ bị khớp giả . Cần điều trị bằng kết hợp xương , ghép xương .
- Đơ cứng khớp vai ( hội chứng viêm quanh vai ) do ít tập vận động hoặc do tổn thương các gân cơ xoay.

## 5. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

### I. ĐẠI CƯƠNG

-Trật khớp cùng đòn ( TKCD ) xảy ra do lực đập trực tiếp lên vai với cánh tay khép hoặc do gián tiếp té ngã trên cánh tay duỗi vì vậy TKCD là loại chấn thương thường gặp , đặc biệt ở người trẻ do va chạm trong thể thao .

-Hiện nay tại Việt Nam do tình hình tai nạn giao thông tăng lên đặc biệt là xe gắn máy 2 bánh gây té đập vai gây ra nhiều tổn thương khớp cùng đòn .

### II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1.Lâm sàng:

- Sưng , đau vùng khớp cùng đòn
- Đầu ngoài xương đòn nhô cao , dấu phím đàn .

#### 2. Cận lâm sàng

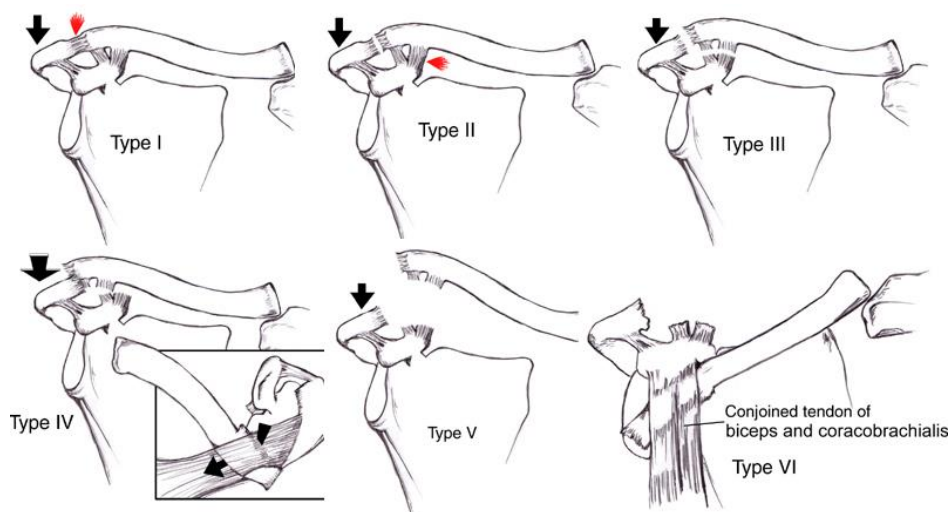
- XQ khớp cùng đòn 2 bên .
- XQ vai tổn thương và không tổn thương tư thế hock nách .

#### 3. Phân độ

Gồm 6 độ theo Rockwood

Độ	Dây chằng CD	Dây chằng quạ đòn	Cân Thang-Delta	Khoảng cách quạ đòn tăng trên X quang	Độ rộng khớp cùng đòn trên X-Quang	Nắn khớp CD
I	Bong gân	Còn nguyên	Còn nguyên	Bình thường (1.1 to 1.3cm)	Bình thường	
II	Đứt	Bong gân	Còn nguyên	<25%	Rộng	Được
III	Đứt	Đứt	Đứt	25%-100%	Rộng	Được
IV	Đứt	Đứt	Đứt	Tăng lên	Đầu ngoài xương đòn di lệch ra sau	Không
V	Đứt	Đứt	Đứt	100%-300%		Không
VI	Đứt	Còn nguyên	Đứt	Giảm xuống		Không

Bảng IV , 5 . Phân loại tổn thương khớp cùng đòn theo Rockwood.



Hình IV.5.1 : Phân loại trật khớp cùng đòn theo Rockwood .

### III . ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN

Chỉ định

-Độ I, độ II.

-Độ III : nếu bệnh nhân không thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề , thể thao cần vận động với nhiều .

Phương pháp điều trị : mang đai treo tay 4-6 tuần.

Thuốc : NSAID , Paracetamol.

Chương trình tập vật lý trị liệu.

Theo dõi.

Tái khám : mỗi 2 tuần .

### IV . ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

#### 1.Chỉ định

- Độ III : nếu bệnh nhân thuộc nhóm trẻ tuổi hoặc có ngành nghề , thể thao cần vận động với nhiều.

- Độ IV , V , VI.

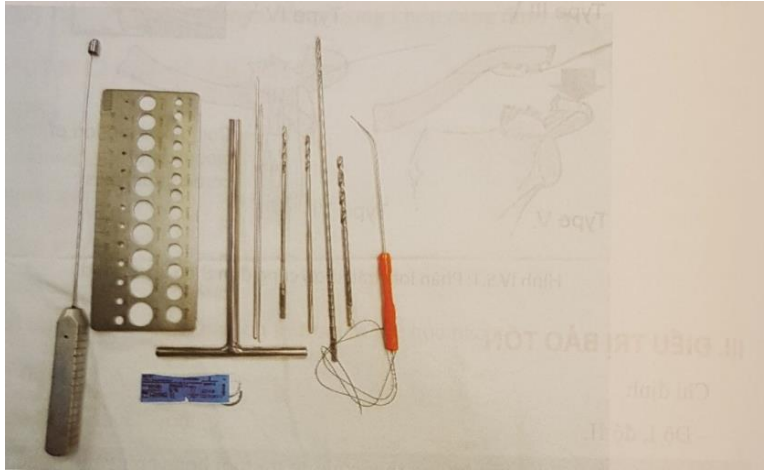
#### 2.Phương pháp phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật tái tạo dây chằng quạ đòn 2 bó.

• Dụng cụ phẫu thuật thiết yếu ( Hình IV 5.2 ) :

+ Dụng cụ lấy gân , dụng cụ đo đường kính và chiều dài gân .

- + Micro Suture Lasso Needle để giúp luồn mảnh ghép qua các đường hầm xương.
- + Khoan điện , mũi khoan 2.5mm , 3.5mm , 4.0mm , 4.5mm và 5.0mm .
- + Kim Kirschner 1.8-2.0mm .
- + Dụng cụ chữ T để giúp nắn khớp .
- + Chỉ bện không tan số 2 .



Hình IV.5.2 . Các dụng cụ phẫu thuật thiết yếu ( từ trái sang phải : dụng cụ lấy gân , đo gân , dụng cụ chữ T để giúp nắn khớp , kim Kirschner , các mũi khoan và Micro Suture Lasso needle , phía dưới là chỉ Fiber wire số 2 )

- Tư thế bệnh nhân trước mổ : BN nằm ngửa nửa nằm nửa ngồi ( Beach Chair ) . Tay bên vai đau được để tự do để có thể nắn chỉnh khớp cùng đòn được dễ dàng . Bờ trong xương bả vai sát mép bàn mổ , kê một gối nhỏ bên dưới.

Phương pháp vô cảm

Tê vùng liên cơ bậc thang hoặc gây mê nội khí quản khi không thể làm phương pháp trên .

#### **Các bước phẫu thuật :**

- Đường rạch da bắt đầu ở bờ sau xương đòn và phía trong khớp cùng đòn khoảng 3.5cm , kéo dài xuống dưới tới mỏm quạ theo đường Langer . Có thể kéo dài đường mổ ra sau ngoài nếu cần . Rạch tới lớp cân thang -Delta , bóc tách vạt da ngay trên lớp cân này . Cắt cân thang - Delta ngay ranh giới giữa bám tận của cơ thang mặt sau xương đòn và nguyên ủy cơ Delta mặt trước xương đòn , tách cân để bộc lộ 1/3 ngoài xương đòn , cắt mô mềm bộc lộ khớp cùng đòn , lấy hết mô xơ nếu có , cắt bỏ sụn chêm rách , tách cơ Delta bộc lộ mỏm quạ.

Khoan 3 đường hầm xương tại vị trí giải phẫu 2 bó dây chằng quạ đòn tại xương đòn và mỏm quạ, vị trí :

+ Đường hầm bó nón : 40-45mm phía trong khớp cùng đòn và sát bờ sau xương đòn . Ngoài ra có thể sờ thấy lõi củ conoid ở mặt dưới xương đòn .

+ Đường hầm bó thang : phía ngoài đường hầm bó nón 20-25mm hơi ra phía trước . III

+ Đường hầm tại mỏm quạ: điếm vào phía trong sát gốc mỏm quạ hướng ra trước ngoài.

- Khoan đường kính bằng đường kính gân làm dây chằng tái tạo cộng với 2 hoặc 3 sợi chỉ bền không tan Fiberwire số 2 khoan rộng thêm (0,5mm ( thường là 4,0-4,5mm ) .

- Gân làm dây chằng tái tạo có thể lấy từ gân gan tay dài 2 bên , cân mạc đùi , gân gấp nông ngón 3 hoặc gân Hamstring .

- Luồn dây chằng tái tạo và 2 hoặc 3 sợi chỉ Fiber số 2 qua 3 đường hầm , sử dụng dụng cụ Micro Suture Lasso Needle hỗ trợ.

- Nắn khớp cùng đòn : nếu nắn nhẹ nhàng thì không xuyên kim Kirschner từ mỏm cùng qua xương đòn để cố định khớp .

Cột 2 hoặc 3 sợi chỉ Fiber , cột và may dây chằng tái tạo trên 1/3 ngoài xương đòn

- Bó dây chằng qua đường hầm bó nón kéo ra ngoài may vào mô mềm ở mỏm cùng vai để tái tạo phần trên dây chằng cùng đòn .

- Đóng vết mổ : cân thang - Delta phải đóng lại cẩn thận.

- Sau mổ bệnh nhân được mang đai vai chi trên .

-Chương trình tập vật lý trị liệu phục hồi chức năng sau mổ ( hướng dẫn bệnh nhân tự tập ở nhà nếu ở xa , không thể tới bệnh viện tập hàng ngày ) .

- Trong 6-8 tuần đầu mang đai vai chi trên , chi bỏ ra khi tập.

- 4-6 tuần đầu tập đưa trước sau và dang vai dưới 90 ° .

- Sau 4-6 tuần tập lấy lại biên độ thụ động khớp vai .

- Sau 6 tuần tập lấy lại biên độ chủ động khớp vai .

- Trở lại công việc sau 3 tháng .

- Có thể chơi thể thao lại sau 6 tháng .

Theo dõi :

- XQ : thẳng , tư thế nách cả 2 khớp cùng đòn .

Đánh giá 2 chỉ số :

+ Khoảng cách quạ đòn ( CC ) trên phim thẳng .



+ Khoảng cách cùng đôn ( AC ) trên phim nách .

Đánh giá vào thời điểm trước mổ, ngay sau mổ ( chỉ phim thẳng ) , 8, 12 tuần, 6 tháng , 12 tháng và 24 tháng sau mổ.

• Thuốc : kháng sinh phòng ngừa trước mổ và sau mổ 3 ngày .

Tái khám vào các thời điểm 1 tuần, 4 tuần, 6 tuần, 12 tuần, 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau mổ.

## **6. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chiếm 5 % các gãy xương .
- Hầu hết là chấn thương năng lượng cao .
- Tổn thương phối hợp : Chấn thương cột sống cổ , xương sườn , vùng vai.
- 80 % được điều trị bảo tồn.
- 20 % điều trị phẫu thuật.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

- Chấn thương năng lượng cao
- Sung đau , bầm máu , biến dạng vùng vai
- Cánh tay áp vào thân mình
- Khó thở ( nếu có tràn dịch , khi kèm theo )
- Tổn thương vùng TK .

#### **2. Cận lâm sàng**

- XQ vai tư thế thẳng ( AP view ) , tư thế bên ( Lateral ) , tư thế nách ( Axillary View )
- XQ phối thẳng ( gãy xương sườn , TDMP , ... )
- CT Scan vai tái tạo 3 chiều .

**3. Phân độ** theo Neer , phân độ dựa trên các mảnh gãy gồm : chỏm xương cánh tay , máu động lớn , máu động nhỏ và thân xương cánh tay .

- Gãy 2 mảnh .
- Gãy 3 mảnh
- Gãy 4 mảnh .
- Gãy trật .

### **III . ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Chỉ định**

##### **a. Bảo tồn**

Theo Neer :

- Gập góc cổ thân xương cánh tay  $< 45^\circ$  .
- Di lệch các mảnh gãy  $< 1$  cm
- Bất động 1-3 tuần bằng đai vai CT , đai Desault , tập vận động ngón tay , cổ tay , gập khuỷu.
- Tập vận động khớp vai sau 3 , 4 tuần .
- Tập vận động có kháng lực sau 3 tháng .

##### **b . Phẫu thuật**

- Gãy di lệch góc cổ thân xương cánh tay  $> 45^\circ$
- Di lệch mảnh gãy  $> 1\text{cm}$ .
- Gãy máu động lớn di lệch  $> 5\text{mm}$ .

## 2. Chống chỉ định

- Shock chấn thương .
- Tồn thương kèm theo : CT cột sống cổ , dập phổi , tràn khí , dịch màng phổi .

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên .
- Nẹp vít thường , nẹp vít khóa, định chốt, vít xoắn , đinh Kirchner , chỉ thép , chỉ bền không tan , ...

### 2. Người bệnh

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật , các tai biến , biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( tồn thương thần kinh quay , khớp giả , tai biến do gãy tê đám rối , ... ) . Nhịn ăn trước 6 giờ .

### 3. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ , chi tiết các lần thăm khám , hội chẩn , giải thích cho người bệnh và gia đình.

## V. TIẾN HÀNH

Vô cảm : tê vùng thần kinh , mê NKQ

Tư thế BN :

- Nằm ngửa C- Arm .
- Beach chair / C - Arm .

Đường mổ

- Xẻ cơ Delta .
- Đường delta ngực

Kỹ thuật

- Bộc lộ ổ gãy .
- Làm sạch ổ gãy .
- Cố định tạm bằng Kirchner .
- Kiểm tra C - Arm
- Nắn KHX bằng nẹp vít , vít xoắn , pp néo ép , nẹp vít ( gãy máu động lớn ) , khâu xuyên xương
- Kiểm tra C- Arm 2 tư thế trước sau và nách ,

- Khâu tăng cường gân chóp xoay bằng chỉ bện không tan trong trường hợp gãy nhiều mảnh , BN loãng xương , ...

## **VI. THEO DÕI SAU MỔ**

- Bất động sau mổ : đai vai CT , Desault 1-3 tuần .
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần .
- Tập có kháng lực : XQ lành xương .

## 7. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

### I. ĐẠI CƯƠNG

Chiếm 3 % các gãy xương .

Hầu hết là chấn thương năng lượng cao .

Tổn thương phối hợp chấn thương vùng vai , khuỷu , xương cẳng tay , ...

- Tổn thương TK quay thường gặp trong gãy 1/3 trên thân xương cánh tay .

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sưng đau, biến dạng cánh tay. Chú ý các tổn thương kèm theo , đặc biệt gãy xương cẳng tay ở trẻ em .

- Khám đánh giá tổn thương TK quay.

#### 2. Cận lâm sàng

- XQ cánh tay thẳng và nghiêng .

-CT Scan trong trường hợp có tổn thương sụn khớp đầu trên hoặc dưới xương cánh tay .

#### 3. Phân độ

- Theo xương : theo vị trí gãy : 1/3 trên , giữa , dưới xương cánh tay .

- Theo phần mềm theo phân loại Gustilo.

### III . ĐIỀU TRỊ

#### 1. Chỉ định :

##### a. Bảo tồn

-Chồng ngắn < 3cm .

- Gập góc < 20°

- Xoay < 30°

- Bất động bằng bột treo , hoặc bột Velpeau 6-8 tuần .

##### b . Phẫu thuật

- Điều trị phẫu thuật phụ thuộc vào 3 yếu tố ( Mckee ) :

- Loại gãy .
- Tổn thương phối hợp .
- Tình trạng BN .

Tiêu chuẩn vàng trong điều trị phẫu thuật gãy thân xương cánh tay :

- Phục hồi chiều dài thân xương .
- Trục xương .

- Di lệch xoay .
- Chỉ định
- Loại gãy : + Chông ngắn > 3cm .
- + Gập góc > 20° ,
- + Xoay 30 ° .
- + Gãy nhiều mảnh ,
- + Gãy bệnh lí ,
- + Gãy kèm tổn thương khớp vai , khuỷu .
- Tổn thương phối hợp :
- + Gãy hở .
- + Tổn thương mạch máu , TK .
- + Có gãy xương cẳng tay cùng bên .
- + Gãy 2 xương cánh tay .
- + Gãy chi dưới đòi hỏi cánh tay phải chịu sức nặng .
- + Bỏng
- + Gãy xương do đạn bắn .
- + Kết hợp với cứng khớp vai , khuỷu .
- Tình trạng BN :
- + Đa chấn thương ,
- + CT đầu ( chỉ số Glasgow = 8 ) .
- + CT ngực ,
- + Bất lợi về cơ thể ,

## 2. Chống chỉ định

Shock chấn thương .

## IV . CHUẨN BỊ

### 1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên ,
- Nẹp vít thường , nẹp vít khóa , định chốt , nẹp mắc xích ( trường hợp gãy gần khuỷu ) . Người bệnh: Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật , các tai biến , biến chứng có thể gặp trong rôi , ... ) . Nhịn ăn trước 6 giờ .

1. Hồ sơ bệnh án Ghi đầy đủ , chi tiết các lần thăm khám , hội chẩn , giải thích cho người bệnh và gia đình.

## **V. TIẾN HÀNH**

Vô cảm : tê tòng thân kinh , mê NKQ ,

Tư thế BN

- Nằm ngửa .
- Nghiêng 90° ,
- Đường mổ
- Đường Henry .
- Đường sau khuỷu ,
- Đường bên .
- Kỹ thuật
- Bộc lộ ổ gãy .
- Làm sạch ổ gãy ,
- Bộc lộ TK quay nếu sử dụng đường mổ sau .
- Thảm sát TK quay nếu có tổn thương .
- Nén ép trong trường hợp gãy nhiều mảnh .
- Kết hợp xương .
- Kiểm tra C - Arm trong trường hợp gãy gần đầu trên hoặc đầu dưới xương cánh tay

## **VI. THEO DÕI SAU MỔ**

- Bất động sau mổ : đai vai CT , Desault , ... 1-3 tuần .
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần .
- Tập có kháng lực : XQ lành xương .

## **8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY LÒI CÀU NGOÀI - TRONG XƯƠNG CÁNH TAY**

### **A. GÃY LÒI CÀU NGOÀI**

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Là loại gãy ít phổ biến chiếm khoảng 10 % gãy DDXCT.
- Hầu hết ở độ tuổi trung niên .
- Khoảng 20 % có tổn thương phối hợp trật khớp , đứt dây chằng bên ngoài , gãy chỏm quay ) .

#### **II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

##### **1. Lâm sàng**

- Nguyên nhân thường gặp là té ngã.
- Sưng đau , bầm máu , ít biến dạng khuỷu .

##### **2. Cận lâm sàng**

- XQ thẳng và nghiêng.
- CT Scan trong trường hợp gãy phức tạp , nhiều mảnh mặt khớp.

##### **3. Phân độ**

- Type 1 ( Hahn - Steintal ) : gãy LCN đường gãy dưới xương xóp thường gặp hơn
- Type II : hiếm gặp hơn ( Kocher- Lorenz ) gãy LCN bao gồm cả xương dưới sụn .
- Type III : cũng là tổn thương ít phổ biến với đường gãy liên quan đến cả LCT hoặc cả 2 LC .

#### **III . ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Bảo tồn**

Gãy di lệch ít

##### **2. Phẫu thuật**

Điều trị phẫu thuật cho phép BN tập vận động sớm .

##### **3. Chống chỉ định**

Bệnh lí nội khoa liên quan đến gây tê hoặc mê .

#### **IV. CHUẨN BỊ**

##### **1. Phương tiện**

- Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên .
- Kirschner , vít , Herbert or Acutrak crew , nẹp vít ....



## **2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật , các tai biến , biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( tổn thương thần kinh quay , khớp giả , tai biến do gây tê đám rối ... ) . Nhịn ăn trước 6 giờ

## **3. Hồ sơ bệnh án**

Ghi đầy đủ , chi tiết các lần thăm khám , hội chẩn , giải thích cho người bệnh và gia đình.

## **V. TIẾN HÀNH**

### **1. Vô cảm**

Tê vùng thần kinh , mê NKQ .

### **2. Tư thế BN**

- Nằm ngửa .
- Nghiêng 90°

### **3. Đường mổ**

- Đường sau khuỷu .
- Đường bên ( Kocher ) .

### **4. Kỹ thuật**

- Bộc lộ rãnh Kocher .
- Bộc lộ ổ gãy.
- Làm sạch ổ gãy .
- Cổ định tạm bằng Kirschner.
- Kết hợp xương bằng Kirschner , vít , Herbert or Acutrak Crew , nẹp vít , ...

## **VI . THEO DÕI SAU MỔ**

- Bất động sau mổ : bột cảnh bàn tay 4 tuần .
- Tập vận động có trợ giúp sau 4 tuần .
- Tập có kháng lực : XQ lành xương .

## **B. GÃY LỖI CẦU TRONG**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chiếm khoảng 15 % gãy đđxct .
- Gãy LCT thường gặp hơn và thường di lệch xa do nhóm cơ duỗi kéo

- Ít có tổn thương trật khớp kèm theo ở trẻ nhỏ. Chỉ 1/4 có trật khớp ở người lớn

.

- Thường xảy ra ở trẻ nam , nguyên nhân thường do tai nạn thể thao.

## **II. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị bảo tồn đối với trường hợp ít di lệch , bất động bằng bột khoảng 2 tuần với khớp gấp 90 ° và cẳng tay sấp .

- Gãy di lệch hơn 1cm hay kẹt khớp nên điều trị phẫu thuật để tránh giảm lực cầm nắm của cẳng bàn tay , chèn ép TK trụ và mất vững khớp .

- Phương tiện : Anchor Suture , vít xoắn , K , khâu xuyên xương .

## **9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN LÒI CÀU XƯƠNG CÁNH TAY**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Chiếm 2 % các gãy xương .
- Gãy đầu dưới xương cánh tay vẫn còn là thách thức mặc dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật và dụng cụ KTX .
- Thường gãy liên quan đến mặt khớp và thường gặp ở người lớn tuổi có loãng xương .
- Chức năng khớp kém vì cứng khớp , đau và yếu .
- Chức năng khuỷu bình thường nhờ tiến bộ về dụng cụ , kỹ thuật mổ và chương trình tập phục hồi chức năng
- Hầu hết được điều trị phẫu thuật .

### **II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

- Chấn thương năng lượng thấp .
- Thường gặp ở người lớn tuổi .
- Sung đau , biến dạng khuỷu .

#### **2. Cận lâm sàng**

- XQ khuỷu thẳng và nghiêng .
- CT Scan trong trường hợp gãy phức tạp , nhiều mảnh mặt khớp .

#### **3. Phân độ**

Theo Mehne và Matta :

- Gãy T cao
- Gãy " T " thấp
- Gãy " Y " .
- Gãy " H " .
- Gãy Lamda trong .
- Gãy Lamda ngoài .

### **III . ĐIỀU TRỊ Hầu hết được điều trị phẫu thuật**

#### **1. Chỉ Định**

##### **a . Bảo tồn**

- Có bệnh nội khoa kèm theo
- Người già yếu

-Bất động bằng bột cảnh bàn tay ôm vai , đai vai CT , đai Desault .

## **b. Phẫu thuật**

Tiêu chuẩn vàng trong điều trị là phục hồi giải phẫu mặt khớp và KHX vững chắc cho phép tập phục hồi chức năng sớm .

## **2.Chống chỉ định**

Shock chân thương.

## **IV . CHUẨN BỊ**

### **1.Phương tiện**

Bộ dụng cụ kết hợp xương chi trên.

- Nẹp vít thường , nẹp vít khóa , nẹp mắt xích thường , khóa , đinh Kirshner , chỉ thép , vít xóp ....

### **2. Người bệnh**

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật , các tai biến , biến chứng có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật ( tổn thương thần kinh quay , khớp giả , tai biến do gây tê đám rối , ... ) . Nhịn ăn trước 6 giờ .

### **3. Hồ sơ bệnh án**

Ghi đầy đủ , chi tiết các lần thăm khám , hội chẩn , giải thích cho người bệnh và gia đình.

## **V. TIẾN HÀNH**

-Vô cảm Tê tòng thần kinh , Mê NKQ

-Tư thế BN

• Nằm ngửa .

• Nghiêng 90°

-Đường mổ

- Đường Henry .
- Đường sau khuỷu
- Đường bên .

- Kỹ thuật

• Bộc lộ , đánh dấu TK trụ

• Cắt khuỷu hoặc xẻ có 3 đầu hình V ngược .

• Bộc lộ ổ gãy .

• Làm sạch ổ gãy .

- Kết hợp xương LLC bằng vít xóp .
- Cố định tạm trụ trong và ngoài bằng Kirschner .
- Đặt nẹp KHX ở trụ trong và ngoài .

## **VI . THEO DÕI SAU MỔ**

- Bất động sau mổ ; đai vai CT , Desault , ... 1-3 tuần
- Tập vận động khớp vai có trợ giúp sau 3 tuần .
- Tập có kháng lực : XQ lành xương.

## 10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY CHỖM QUAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Chỗm quay được tính từ cổ xương quay trở lên , mặt khớp trên lõm hình đĩa tiếp khớp với chỗm con xương cánh tay và mặt khớp nằm viền xung quanh chỗm quay tiếp khớp với hõm sigma nhỏ của đầu trên xương trụ .

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau , sưng , cứng vùng khuỷu và cẳng tay
- Biến dạng khuỷu
- Hạn chế gấp duỗi khuỷu , sấp ngửa cẳng tay . Đau chói vùng chỗm quay .

#### 2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng , nghiêng
- CT Scan khuỷu

#### 3. Phân độ

Theo Mason:

Loại I : gãy không di lệch .

- Loại II : gãy chỗm xương quay có di lệch .
- Loại III : gãy chỗm xương quay nhiều mảnh
- Loại IV : gãy chỗm xương quay kết hợp sai khớp khuỷu .

### III , ĐIỀU TRỊ - THEO DỖI - TÁI KHẮM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### a . Chỉ định , phương pháp điều trị

- Chỉ định : bệnh nhân trẻ tuổi , gãy ít hoặc không di lệch , ...
- Phương pháp : bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay .
- Điều trị bảo tồn ( loại I , bệnh nhân lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa ) : băng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90 trong 6 tuần .
- Phẫu thuật ( loại II , III , IV ) : mổ nắn KHX hoặc bỏ chỗm hoặc thay chỗm .

##### b. Thuốc sử dụng

- Acetaminophen 500mg ngày uống 3 lần , mỗi lần 1 viên .
- Kháng viêm : Alphasitrymotrypsin ngày ngậm dưới lưỡi 3 lần , mỗi lần 2 viên.

c. Theo dõi ( nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi tại nhà ) Sưng , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay .

##### d. Tái khám

- Khám ngay khi có các dấu hiệu sưng , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay .

- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp
- Chụp Xquang kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám
- Thuốc giảm đau , kháng viêm , Canxi , ...

Thời điểm tái khám

- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám , thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám .

## **2. Điều trị nội trú**

### **a . Chỉ định , phương pháp điều trị vật tư tiêu hao**

Bảo tồn

- Loại I , bệnh nhân lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90 trong 6 tuần .
- Bột bó , gòn bó bột
- Phẫu thuật
- Gãy loại II , III , IV bằng mổ nắn KHX hoặc bỏ chỏm hoặc thay chỏm .
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay :
- Đinh Kirschner răng các loại , vis 1.5-2mm , Vis rỗng 2.5-3mm , nẹp Vis khóa cho chỏm quay.

### **b . Thuốc sử dụng ( ghi cụ thể hàm lượng , thời gian dùng)**

- Kháng sinh dự phòng trước mổ .
- Kháng viêm , Giảm đau .

### **c . Theo dõi nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi**

- Sưng , đau sau mổ . Chảy máu vết mổ .
- Vận động các ngón tay . Bắt mạch quay , dấu bấm móng , màu sắc da vùng mổ và đoạn xa .

### **d.Tái khám**

sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp , ...

- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám .
- Kiểm tra vận động cảm giác chi
- Tập vận động chi .
- Thuốc kháng sinh , giảm đau , kháng viêm , Canxi , ...
- Thời điểm tái khám .

-Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám , thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám .

#### **IV . BIẾN CHỨNG**

Nhiễm trùng vết mổ , viêm xương , ... Tổn thương mạch máu , thần kinh .

-Khớp giả .

- Hạn chế vận động chi , teo cơ , cứng khớp , ..



## 11. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG TRỤ

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Đầu trên xương trụ gồm có mỏm khuỷu , mỏm vẹt , 2 mỏm này liên tục với nhau tạo thành hõm sigma lớn tiếp khớp với rãnh rọc xương cánh tay , mặt ngoài đầu trên xương trụ có hõm sigma nhỏ tiếp khớp với chỏm xương quay .

### II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Hạn chế động tác duỗi khớp khuỷu , không duỗi được cẳng tay hoàn toàn
- Đau chói MK .
- Giãn cách giữa 2 đầu gãy .
- Di động đoạn trung tâm
- Đường Hunter thay đổi .
- Tam giác Hunter thay đổi ( đảo ngược )

#### 2. Cận lâm sàng

- XQ khuỷu thẳng , nghiêng .
- CT Scan khuỷu .

#### 3. Phân độ

- Mỏm khuỷu theo Mayo
- Độ 1 : gãy không di lệch , IA không có mảnh rời , IB có mảnh rời .
- Độ II : gãy di lệch , IIA không mảnh rời , IIB có mảnh rời .
- Độ III : gãy trật khuỷu , IIIA không mảnh rời , IIIB có mảnh rời .
- Mỏm vẹt theo Regan - Morrey
- Độ I : gãy đỉnh mỏm vẹt nhỏ hơn 2mm
- Độ II : gãy nhỏ hơn 50 % chiều cao mỏm vẹt
- Độ III : gãy lớn hơn 50 % chiều cao mỏm vẹt .

### III . ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI - TÁI KHÁM

#### 1 Điều trị ngoại trú

##### a. Chỉ định , phương pháp điều trị

- Chỉ định : bệnh nhân trẻ tuổi , gãy ít hoặc không di lệch , ....
- Phương pháp : bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay .

##### b. Thuốc sử dụng

Kháng viêm Alphatrymotrypsin : ngày ngậm dưới lưỡi 3 lần , mỗi lần 2 viên .

**c.Theo dõi** ( nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi tại nhà ) .

Sung,tê, lạnh tím các đầu ngón tay

**d.Tái khám**

- Khám ngay khi có các dấu hiệu sung , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay

-Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp , ..

-Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám .

- Thuốc giảm đau , kháng viêm , Canxi , ...

- Thời điểm tái khám ,

-Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám , thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám

**2. Điều trị nội trú**

**a . Chỉ định , phương pháp điều trị** ( vật tư tiêu hao )

- Bảo tồn

• Gãy ít hoặc không di lệch , bệnh nhân lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90 trong 6 tuần ,

• Bọt bó , gòn bó bột .

- Phẫu thuật :

Gãy di lệch và có mảnh rời bằng mổ nắn KHX

• Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay .

• Đinh Kirschner , đinh răng các loại , chỉ thép , nẹp vis khóa đầu trên xương trụ , các loại vít xóp , vít vỏ , ...

**b. Thuốc sử dụng** ( ghi cụ thể hàm lượng , thời gian dùng )

Kháng sinh dự phòng trước mổ .

Kháng viêm .

Giảm đau .

**c . Theo dõi** ( nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi )

- Sung , đau sau mổ .

Chảy máu vết mổ .

– Vận động các ngón tay .

- Bắt mạch quay , dấu bấm móng , màu sắc da vùng mổ và đoạn xa .

**d.Tái khám**

Tái khám sau 1 tuần , 1 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp

-Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám

-Kiểm tra vận động cảm giác chi .

-Tập vận động chi ,

-Thuốc kháng sinh , giảm đau , kháng viêm , Canxi , ...

-Thời điểm tái khám .

-Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám .

#### **IV . BIẾN CHỨNG**

Nhiễm trùng vết mổ , viêm xing , .. Tổn thương mạch máu , thần kinh . - Khớp giả . Hạn chế vận động.

## **12. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN HAI XƯƠNG CẰNG TAY**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

- Thân xương quay được tính từ cổ chỏm quay tới ranh giới giữa hành xương và thân xương .
- Thân xương trụ được tính từ mỏm vẹt tới cổ đầu xa xương trụ .

### **II . TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

- Đau , sưng , cứng vùng cẳng tay
- Biến dạng cẳng tay .
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay .
- Đau chói vùng xương gãy .

#### **2. Cận lâm sàng**

XQ cẳng tay thẳng , nghiêng .

#### **3. Phấn độ**

Thường không có phân loại đơn độc mà theo thứ tự

- Gãy xương gì ( quay , trụ ) .
- Vị trí gãy ( 1/3 trên , giữa , dưới ) .
- Đường gãy ( ngang , chéo , nhiều mảnh ) .
- Tổn thương khớp quay trụ ( trên , dưới ) .
- Gãy kín hay hở
- Biểu hiện phần mềm trước đó .
- Biến dạng xương trước đó .
- Chất lượng xương

### **III . ĐIỀU TRỊ - THEO DỐI - TẢI KHÁM**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

##### **a . Chỉ định , phương pháp điều trị**

Chỉ định : bệnh nhân gãy không di lệch , bệnh nhân lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa

- Phương pháp : bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay.

##### **b. Thuốc sử dụng**

Acetaminophen 500mg : ngày uống 3 lần , mỗi lần 1 viên

- Kháng viêm Alprazolam : ngày ngậm dưới lưỡi 3 lần , mỗi lần 2 viên

### **c.Theo dõi**

Sung , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay

### **d.Tái khám**

- Khám ngay khi có các dấu hiệu sung , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay .
- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp ...
- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám .
- Thuốc giảm đau , kháng viêm , Canxi.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a . Chỉ định , phirung nháp điều trị**

- Bảo tồn
- Bệnh nhân gãy không di lệch , lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bản tay khuỷu 90 trong 6-8 tuần .
- Bọt bó , gòn bó bột , Phẫu thuật
- Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay
- Gãy di lệch bằng mô nãn KHX .
- Nẹp + vít các loại cho cẳng tay , đinh Kirschner các loại , chỉ thép .....

### **b. Thuốc sử dụng**

Kháng sinh dự phòng trước mổ .

- Kháng viêm , - Giảm đau , .

### **c.Theo dõi**

- Mạch , nhiệt độ huyết áp
- Sung , đau sau mổ .
- Chảy máu vết mổ .
- Vận động các ngón tay .
- Bắt mạch quay , dấu bấm móng , màu sắc da vùng mổ và đoạn xa .

### **d. Tái khám Tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp , ...**

- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám .
- Kiểm tra vận động , cảm giác chi .
- Tập vận động chi
  - Thuốc kháng sinh , giảm đau , kháng viêm , Canxi ...

#### **IV . BIẾN CHỨNG**

Nhiễm trùng vết mổ , viêm xương ... Tổn thương mạch máu , thần kinh . Khớp giả , Hạn chế vận động chi , teo cơ , cứng khớp.

## 13. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Đầu dưới xương quay được tính từ điểm nối giữa hành xương và thân xương đầu xa xương quay ( khoảng 5cm từ mỏm trâm quay trở lên ) . Đầu dưới xương trụ tính từ cổ đầu xa xương trụ trở xuống .

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau , sưng , cứng vùng cổ tay
- Biến dạng cổ tay
- Hạn chế sấp ngửa cẳng tay
- Đau chói vùng xương gãy .

#### 2. Cận lâm sàng

XQc thẳng nghiêng .

#### 3. Phân độ

Có nhiều phân loại cho gãy đầu dưới xương quay nhưng phân loại cho gãy đầu dưới 2 xương thì ít

#### *Phân loại của AO / OTA và Fernandez*

Loại I : khớp quay trụ dưới không tổn thương , bao gồm gãy đỉnh mỏm trâm trụ và gãy cổ đầu dưới xương trụ không lệch .

- Loại II : khớp quay trụ dưới trật nhẹ hoặc trật do rách TFCC hoặc gãy nền mỏm trâm trụ -Loại III : tổn thương khớp không vững , gãy trật gồm hõm signa hoặc đầu xương trụ .

AO / OTA thêm :

- Q1 : trật khớp quay trụ dưới ( gãy nền mỏm trâm trụ ) .
- Q2 : gãy đơn thuần cổ xương trụ .
- Q3 : gãy nhiều mảnh cổ xương trụ .
- Q4 : gãy đầu xương trụ
- Q5 : gãy đầu và cổ xương trụ .
- Q6 : gãy xương trụ đầu gần tới cổ .

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỐI - TÁI KHẮM

#### 1.Điều trị ngoại trú

##### a.Chỉ định , phương pháp điều trị

-Chỉ định : bệnh nhân gãy ít hoặc không di lệch , bệnh nhân lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa.

- Phương pháp : bó bột hoặc nẹp bột cánh bàn tay .

**b , Thuốc sử dụng** Acetaminophen 500 mg : ngày uống 3 lần , mỗi lần 1 viên .  
Kháng viêm Alphasitrymotrypsin , ngày ngậm dưới lưỡi 3 lần , mỗi lần 2 viên ,  
Canxi bồi bổ.

**c. Theo dõi**

Sưng , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay .

**d. Tái khám**

– Khám ngay khi có các dấu hiệu sưng , tê , lạnh , tím các đầu ngón tay .

- Nếu không có gì tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp .

-Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám .

-Thuốc giảm đau , kháng viêm , Canxi , ...

**2. Điều trị nội trú**

**a. Chỉ định , phương pháp điều trị**

-Bảo tồn

• Bệnh nhân gãy ít di lệch hoặc không di lệch , lớn tuổi , nhiều bệnh nội khoa bằng bó bột cánh bàn tay khuỷu 90 trong 6-8 tuần .

• Bọt bó , gòn bó bột .

- Phẫu thuật: Gãy di lệch bằng mổ nắn KHX .

• Bộ dụng cụ phẫu thuật căng tay

• Nẹp + vít chữ T đầu dưới xương quay các cỡ , đinh Kirschner các loại , đinh răng , chỉ thép .

- Máy C - Arm .

**b. Thuốc sử dụng**

- Kháng sinh dự phòng trước mổ .

- Kháng viêm . - Giảm đau , 228

**c .Theo dõi:** Mạch , nhiệt độ, huyết áp

- Sưng , đau sau mổ .

- Chảy máu vết mổ .

-Vận động các ngón tay

-Bắt mạch quay , dấu bám móng , màu sắc da vùng mổ và đoạn xa .

**d. Tái khám**

Tái khám sau 1 tuần , 2 tuần kế tiếp , 2 tuần tiếp , ...

- Chụp XQ kiểm tra ổ gãy mỗi lần khám ,

-Kiểm tra vận động cảm giác chi .

-Tập vận động chi

-Thuốc kháng sinh , giảm đau , kháng viêm , Canxi

**IV . BIẾN CHỨNG**



Nhiễm trùng vết mổ , viêm xương ...

Tổn thương mạch máu , thần kinh .

Khớp giả , hạn chế vận động chi , teo cơ , cứng khớp.

## 14. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG THUYỀN CỔ TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương thuyền là một loại gãy xương thường gặp nhất ở hàng xương cổ tay, chiếm khoảng 15% các chấn thương vùng khuỷu.

Vị trí gãy thường gặp là: eo xương thuyền (65%), cực gần xương thuyền (25%), cực xa (10%) (thường gặp ở trẻ em)

Cơ chế chấn thương té chống tay cổ tay duỗi quá mức và nghiêng quay

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Sưng đau vùng cổ tay
- Ấn đau nhiều ở hố lồi
- Đau nhiều lồi củ xương thuyền vùng cổ tay.

#### 2. Cận lâm sàng XQ:

3 tư thế xương thuyền

- Xquang thẳng nghiêng
- Xquang duỗi cổ tay  $30^\circ$ , nghiêng trụ  $20^\circ$ .

Xquang sấp cổ tay  $45^\circ$ , Nếu XQ vẫn không phát hiện gãy xương thuyền mà vẫn nghi ngờ gãy thì nên chụp lại XQ sau 14-21 ngày.

- MRI: chỉ định:

- Nhạy nhất trong chẩn đoán trong vòng 24 giờ sau gãy xương thuyền khó chẩn đoán, Xác định nhanh gãy xương và tổn thương dây chằng kèm theo.
- Đánh giá tình trạng tưới máu vào xương (cực gần).

-CT Scan với lát cắt 1 mm.

- Không hiệu quả bằng MRI trong chẩn đoán gãy xương thuyền khó phát hiện.
- Có thể dùng để đánh giá vị trí gãy xương, kích thước mảnh gãy, và quá trình lành hay không lành xương.

#### 3. Phân loại

- Gãy cực xa
- Gãy eo xương thuyền
- Gãy cực gần

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI - TÁI KHÁM.

#### 1. Điều trị ngoại trú

## **a . Chỉ định , phương pháp điều trị**

Chỉ định :

- Gãy vững không di lệch .

Bệnh nhân có XQ bình thường , nhưng khám vẫn nghi ngờ gãy xương

-Phương pháp điều trị

Bó bột cánh bàn tay ôm ngón cái sau 6 tuần có thể cắt bột cứng bàn tay ôm ngón cái . Thời gian bó bột phụ thuộc vào vị trí gãy :

+ Gãy eo cực xa : 3 tháng

+ Gãy eo giữa : 4 tháng .

+ Gãy cực gần 5 tháng .

- Tiên lượng : Tiêu di lệch < 1 mm tỉ lệ lành xương là 90 % .

## **b . Thuốc sử dụng**

Giảm đau : Acetaminophen , NSAID , thuốc ức chế TKTW .

- Giảm sưng : Alphachymo và Serratiopeptid .

-Canxi : ống , viên .

## **c . Theo dõi**

Lành xương , các triệu chứng chèn ép bột

## **d.Tái khám**

Sau 1 tuần , 3 tuần , 6 tuần , 2 tháng . Tại mỗi thời điểm khám chụp XQ kiểm tra , hướng dẫn tập vật lý trị liệu cho bệnh nhân .

## **2. Điều trị nội trú**

### **a. Chỉ định , phương pháp điều trị**

- Chỉ định

- Gãy cực gần xương thuyền .

Di lệch > 1mm .

- Biến dạng gập góc 15°

- Góc quay nguyệt > 15° .

- Gập góc xương thuyền > 35° .

- Gãy xương thuyền kèm trật quanh nguyệt .

- Gãy nát nhiều mảnh .

- Gãy mất vững đường gãy thẳng đứng hay chéo

- Gãy không di lệch nhưng bệnh nhân muốn mổ để giảm thời gian lành xương để quay lại làm việc hay chơi thể thao.

-Phương pháp điều trị

- Xuyên kim Krischner qua da .

- Mổ mở và xuyên kim Krischner có răng hay sử dụng vít rộng xương thuyên nén ép .

#### **b . Thuốc sử dụng**

- Kháng sinh : Penicillin phổ rộng , Cephalosporin .

-Giảm đau : Acetaminophen , NSAID , thuốc ức chế TKTW .

- Giảm sưng : Alphachymo và SeTrathiopeptid . - Canxi : ống , viên .

#### **c. Theo dõi**

Sau mổ bó bột hay nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón cái .

Theo dõi các biến chứng nhiễm trùng sau mổ .

**d. Tái khám** Sau 1 tuần , 3 tuần , 6 tuần , 2 tháng . Tại mỗi thời điểm khám chụp XQ kiểm tra .

#### **IV . BIẾN CHỨNG**

Không lành xương.

## 15. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP QUANH NGUYỆT

### I. ĐỊNH NGHĨA

Gãy trật quanh nguyệt là dạng tổn thương bao gồm các dây chằng quay thuyền cả , dây chằng gian cốt thuyền nguyệt và dây chằng gian cốt tháp nguyệt. Các gãy xương như gãy xương mỏm trâm quay , gãy xương thang , xương thuyền , xương cá , xương tháp kèm trật xương nguyệt ra sau hoặc ra trước. Tổn thương này gây ra mất vững khớp cổ tay và cùng các nguy cơ biến chứng nặng khác vùng cổ tay .

### I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Cổ tay đau kéo dài .
- Cổ tay biến dạng .
- Tê ngón tay I , II , III , và 1/2 ngón IV .
- Hạn chế vận động cổ tay .
- Hạn chế vận động các ngón tay .
- Sức nắm hai tay giảm .

#### 2 , Cận lâm sàng

##### a . X - Quang cổ tay thẳng

- Vòng cung cổ ( cung Giluta ) tay bị gián đoạn .
- Khoảng thuyền nguyệt trên 3mm ( dấu Terry - Thomas )
- Xương nguyệt có hình dạng tam giác , chòong lên xương cả
- Xương cả có thể di chuyển lên trên nằm vào khoảng giữa xương thuyền và xương nguyệt

##### b. X - Quang cổ tay nghiêng

Xương nguyệt bị đẩy ra trước .

- Xương cả nằm sau xương nguyệt , sát bờ dưới của đầu dưới xương quay .

#### 3. Phân độ

Theo thời gian , Larsen và cộng sự chia trật quanh nguyệt thành 3 nhóm :

- Cấp tính ; < 1 tuần : khả năng nắn được khớp và tiên lượng lành xương và dây chằng tốt
- Bản cấp : 1-6 tuần : khả năng nắn được khớp và tiên lượng lành xương và dây chằng mức trung bình
- Mãn : > 6 tuần : khó nắn được khớp và tiên lượng lành xương và dây chằng kém .
- Theo tổn thương giải phẫu , trật quanh nguyệt chia làm hai nhóm :
- Tổn thương cung nhỏ : trật xương nguyệt .
- Tổn thương cung lớn : gãy một hoặc nhiều xương xung quanh xương nguyệt , kèm trật quanh nguyệt

### III . ĐIỀU TRỊ - THEO DỖI – TÁI KHÁM

#### 1.Điều trị ngoại trú

Nắn trật và bất động bằng nẹp bột căng bàn tay tạm thời trong lúc chờ điều trị thực thụ.

#### 2. Điều trị nội trú

##### a . Chỉ định , phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao )

- Bảo tồn
- Nắn kín và nẹp bột .
- Chỉ định : không có chỉ định khi điều trị thực thụ ,
- Kết quả : chức năng kém , trật lại rất phổ biến ,
- Phẫu thuật • Trật khớp quanh nguyệt < 8 tuần
- + Gãy trật : mổ nắn trật cố định khớp nguyệt tháp bằng kim Kirschner răng 1.2 mm , 1.25mm , hoặc 1.5mm .
- + Kết hợp xương thuyền bằng kim Kirschner răng 1.2mm , 1.25mm hoặc vít rộng ,
- + Nẹp bột căng bàn tay ôm ngón 1 trong 2 tuần .
- + Bó bột căng bàn tay ôm ngón 1 trong 6-8 tuần .
- + Trật khớp : mổ nắn trật cố định khớp nguyệt tháp bằng kim Kirschner răng 12 mm , 2.5mm , hoặc 1,5mm . Khâu hoặc tái tạo dây chằng thuyền nguyệt bằng chỉ bền không tiêu hoặc chỉ neo ,
- + Nẹp bột căng bàn tay ôm ngón 1 trong 6 tuần .
- Trật khớp quanh nguyệt 8- 12 tuần
- + Mổ nắn trật thành công thì điều trị giống như với trật khớp quanh nguyệt < 8 . tuần .

- + Mổ nắn trật thất bại .
- + Điều trị cứu vãn : lấy bỏ hàng trên cổ tay , hàn khớp cổ tay , hoặc thay khớp cổ
- Trật khớp quanh nguyệt > 12 tuần ; điều trị cứu vãn
- + Mổ lấy bỏ hàng trên cổ tay .
- + Mổ hàn khớp cổ tay . + Mổ thay khớp cổ tay

### **b.Thuốc sử dụng**

ghi cụ thể hàm lượng , thời gian dùng

Thuốc giảm đau ,

Thuốc kháng viêm . Thuốc hỗ trợ lưu thông máu . Nhóm Vitamin , khoáng chất hỗ trợ điều trị - Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày.

### **c.Theo dõi**

Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi , Theo dõi nhiễm trùng , lành xương , trật khớp lại , hoại tử xương thuyền , hoại tử xương nguyệt , thoái hóa khớp cổ tay .

Thời gian theo dõi 2 năm .

### **d.Tái khám:**

Thời điểm tái khám :

-2 tuần : chụp XQ kiểm tra , cắt chỉ , bó bột căng bản tay ôm ngón 1 , tập vật lý trị liệu .

-8 tuần : chụp XQ kiểm tra , cắt tháo bột , rút kim cố định nguyệt thép , tập vật lý trị liệu . - Cứ mỗi 3 tháng tái khám chụp XQ kiểm tra một lần cho tới 2 năm . Nếu có dấu hiệu khớp giả , hoại tử xương thuyền , xương nguyệt thì chụp MRI cổ tay để chẩn đoán xác định ,

## **IV . BIẾN CHỨNG**

Nhiễm trùng . Trật lại . Khớp giả xương thuyền ,

- Thoái hóa khớp cổ tay .

Hoại tử xương thuyền , xương nguyệt.

## 16. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG BÀN TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy 1 hay nhiều xương các xương bàn tay từ I - V ,

Phân loại theo giải phẫu : gãy chỏm , thân , nền xương bàn

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Cơ chế chấn thương trực tiếp ( lực đè , đập vào bàn tay ) hoặc gián tiếp ( lực dọc trục các xương bàn tay ) ,

Triệu chứng đau chói , sưng nề , bầm tím , biến dạng ( gồ xương mu tay , ngắn xương , lệch trục ngón tay ) , sờ có thể thấy lạo xạo xương , cử động bất thường ở ổ gãy .

#### 2. Cận lâm sàng

X - Quang thường quy bàn tay tư thế thẳng , nghiêng , có thể chụp thêm tư thế chéo  $45^\circ$  tư thế nửa sấp hoặc ngửa ,

#### 3. Phân độ

Phân loại gãy kín , gãy hở .

### III . ĐIỀU TRỊ - THEO DỐI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### a . Chỉ định , phương pháp điều trị

Chỉ định

- Các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên , nếu XQ kiểm tra sau bó bột chấp nhận  $\rightarrow$  điều trị ngoại trú ,

- Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém , có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật  $\rightarrow$  điều trị ngoại trú .

-Phương pháp điều trị

- Nắn chỉnh các di lệch , bó bột căng bàn tay ôm ngón 1 ( nếu gãy xương bàn I ) hoặc bó bột căng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy . Chú ý giữ ngón 1 ở tư thế dạng + đối , các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt  $60-70^\circ$  , cổ tay duỗi  $15-20^\circ$  . Thời gian bó bột trung bình là 4 tuần .



- Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì làm nẹp bất động ( nẹp bột hoặc nẹp vải ) , khi các triệu chứng trên ổn định sẽ bỏ bột sau ( thường sau 1 tuần )

### **b. Thuốc sử dụng**

Kháng sinh ( nếu có vết thương ) : Ampicycline + Sulbactam , Amoxicillin + Acid Clavuramic , Cephalosporin thế hệ 1 , II , III , nhóm Quinolone

-Kháng viêm giảm đau NSAID : Piroxicam , Meloxicam , Diclofenac , Celecoxib , Etoricoxib , Loxoprofen . Giảm đau ; Acetaminophen +/- Codein , Flotafening ( Idarac ) , Tramadol . Chống phù nề : Alpha Chymotrypsine , Serratiopeptidase .

-Canxi , Vitamine C , Vitamin D3 ,

**c . Theo dõi:** Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà : sưng nề , căng , bầm tím , đau tăng lên ; các ngón tay lạnh , tím , tê , mất cảm giác cần trở lại bệnh viện ngay .

- Thời gian theo dõi tại nhà : tái khám sau 7 ngày , 2 tuần , 3-4 tuần nếu không có triệu chứng bất thường.

### **d.Tái khám**

sau 1 tuần , chụp xquang kiểm tra

## **2. Điều trị nội trú**

### **a . Chỉ định , phương pháp điều trị**

Chỉ định

- Các trường hợp gây kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện → làm nẹp bột cẳng bàn tay ( có thể ôm ngón 1 hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy ) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề ,

Khi tình trạng ổn định 2 nắn , bỏ bột → điều trị ngoại trú . Nếu chèn ép khoang tăng nặng phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy .

- Các trường hợp gãy hở nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương ở cố định xương gãy .

- Các trường hợp gãy kín được điều trị bảo tồn thất bại ( ngón I : gập góc > 20-30 độ cấp kênh mặt khớp > 1mm , xoay , các ngón dài : gập góc > 20 ° , chỏm xương bàn V > 45 ° , di lệch > 1/2 thân xương , xoay , cấp kênh mặt khớp > 1mm ) nhập viện phẫu thuật kết hợp xương .

-Phương pháp phẫu thuật : tùy từng trường hợp có thể sử dụng : .

Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng , nẹp bột bằng bàn tay ôm ngón I ( nếu gãy xương bản I ) hoặc bột căng bàn tay kèm nẹp nhóm Iselin cố định ngón tay có xương gãy . Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối , các ngón tay dài ở tư thế gấp khớp bàn đốt 60-70 ° , cổ tay duỗi 15-20 % .

Mỏ mẫn + kết hợp xương bằng kim Kirschner , chỉ thép , vít , nẹp vít hoặc khung bất động ngoài ,

- Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau nỏ trong 3-4 tuần .

+ Thuốc sử dụng

Kháng sinh : Ampicycline- Sulbactam : Amoxicillin + Acid Clavuronic , Cephalosporin thế hệ I , II , III , nhóm Quinolone , Clindamycine , Metronidazole .

Kháng viêm , giảm đau NSAID : Piroxicam , Meloxicam , Diclofenac , Celecoxib , Etoricoxib . Loxoprofen

### **. C. Theo dõi**

- Các dấu hiệu : sưng nề , căng vết mổ → kê cao tay , cắt bớt môi chỉ thoát lưu máu tụ

- Thời gian theo dõi tại bệnh viện : tùy tình trạng vết mổ , thường từ 1-3 ngày .

### **d.tái khám**

- Tái khám sau 1 tuần , 2 tuần ( cắt chỉ ) , 4 tuần ( XQ ) , 6 tuần , 8 tuần ( XQ ) 3-6 tháng ( XQ ) , 1 năm ( XQ ) .

- Sau 3-4 tuần bỏ nẹp bột , tập vật lý trị liệu .

- Thời điểm lấy dụng cụ : khi có can xương , thường sau mổ 1,5-3 tháng ,

- Thuốc như trên , khi bớt đau , bớt sưng thì dùng Can xi , Vitamin D3 .

## **IV . BIẾN CHỨNG**

### **1. Biến chứng sau điều trị bảo tồn**

-Chèn ép khoang

-Can lệch Khớp giả .

### **2. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật**

- Nhiễm trùng .

-Can lệch .

- Khớp giả

## **17. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP BÀN ĐÓT NGÓN TAY**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

## **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

### **1. Lâm sàng**

- Sưng, đau, biến dạng khớp bàn đốt.
- Cử động bất thường.
- Hạn chế vận động.

### **2. Cận lâm sàng**

Chụp XQ tư thế thẳng, nghiêng.

### **3. Phân độ**

## **III. ĐIỀU TRỊ – THEO DÕI – TÁI KHÁM**

### **1. Điều trị ngoại trú**

#### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định: trật kín mới.
- Phương pháp điều trị: nắn kín, bó bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay Iselin.
- Chụp XQ kiểm tra.

#### **b. Thuốc sử dụng**

#### **c. Theo dõi**

Theo dõi các dấu hiệu chèn ép bột như sưng, đau, bầm tím, tê bì đầu ngón tay.

#### **d. Tái khám**

- Sau 1 tuần.
- Sau 3 tuần.
- Chụp XQ kiểm tra mỗi lần tái khám.

### **2. Điều trị nội trú**

#### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)**

- Bảo tồn
- Nắn kín bó bột hoặc nẹp bột cẳng bàn tay Iselin.
- Chụp XQ kiểm tra.
- Tái khám sau 1 tuần, chụp xquang kiểm tra. . Giữ nẹp 3 tuần, chụp XQ kiểm tra. .  
Tập vật lý trị liệu.
- Phẫu thuật
- Trật hở
- + Mổ cắt lọc, nắn trật, xuyên kim, khâu dây chằng, bao khớp.

+ Nẹp bột căng bàn tay Iselin.

- Trật kín

+ Nếu nắn kín thất bại tiến hành mổ nắn trật, khâu dây chằng bao khớp, xuyên kim cố định.

+ Nẹp bột căng bàn tay Iselin ngón.

- Tái khám sau 1 tuần, chụp xquang kiểm tra.

- Giữ nẹp 3 tuần, chụp XQ kiểm tra.

- Tập vật lý trị liệu.

- Phẫu thuật

- Trật hở

+ Mổ cắt lọc, nắn trật, xuyên kim, khâu dây chằng, bao khớp.

+ Nẹp bột căng bàn tay Iselin.

- Trật kín

+ Nếu nắn kín thất bại tiến hành mổ nắn trật, khâu dây chằng bao khớp, xuyên kim cố định.

+ Nẹp bột căng bàn tay Iselin ngón.

+ Rút kim sau 3 tuần.

+ Tái khám sau 1 tuần, 3 tuần, mỗi lần tái khám chụp XQ kiểm tra.

+ Tập vật lý trị liệu.

### **b. Thuốc sử dụng**

- Thuốc giảm đau.

- Thuốc kháng viêm không steroid NSAIDs

- Thuốc kháng viêm dạng men.

- Thuốc hỗ trợ lưu thông máu.

- Nhóm Vitamin, khoáng chất hỗ trợ điều trị.

- Có thể kết hợp các nhóm thuốc hỗ trợ phòng và chống viêm loét dạ dày.

### **c. Theo dõi**

- Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi.

- Theo dõi nhiễm trùng, trật lại.

### **d. Tái khám**

- Sau 2 tuần, cắt chỉ.

- Sau 3 tuần, tháo nẹp tập vật lý trị liệu.

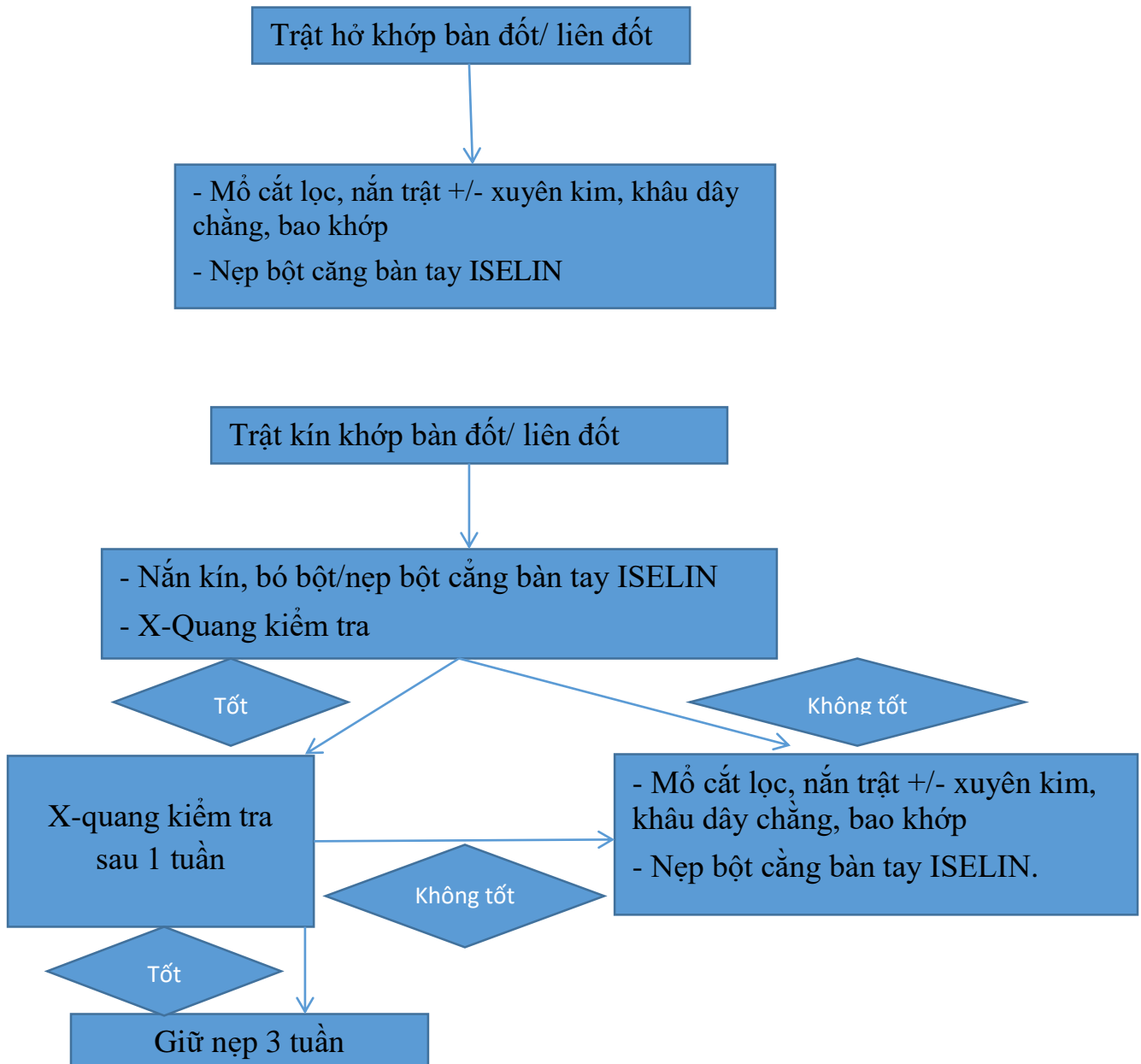
#### IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng.

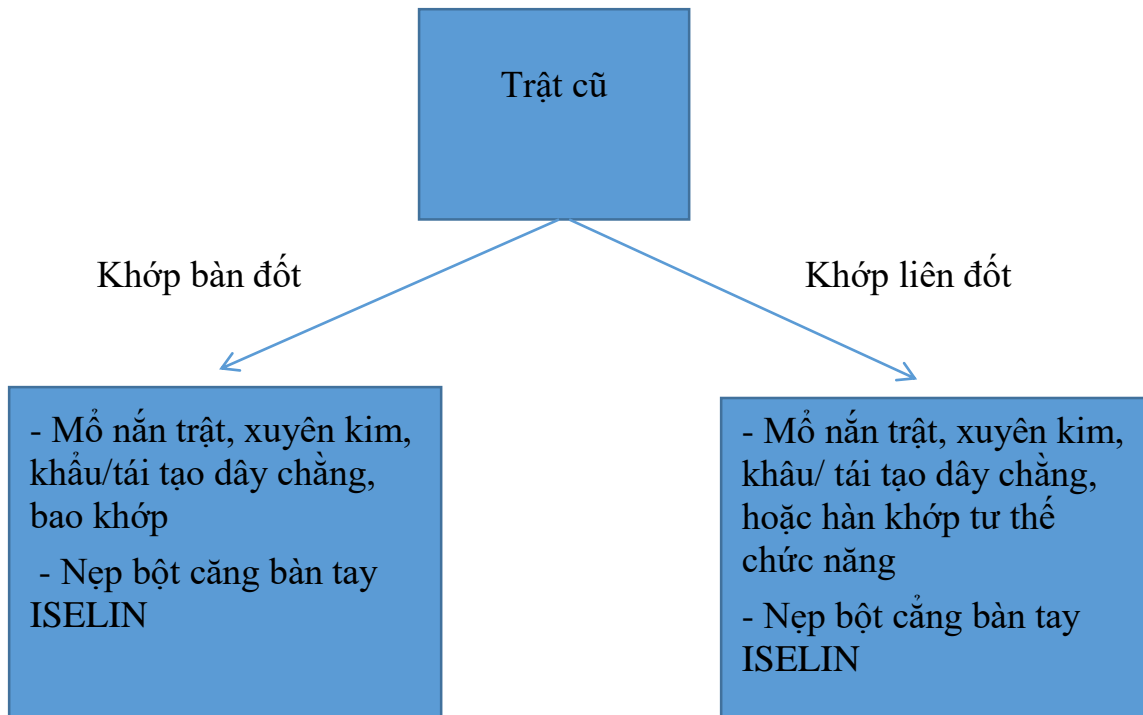
- Trật lại.

- Thoái hóa khớp bàn ngón.

\* Lược đồ:



\* Lược đồ:



## 18. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG NGÓN TAY (S62.5)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Là gãy 1 hay nhiều xương các xương đốt ngón tay từ ngón I-V.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Cơ chế chấn thương thực tiếp (lực đè, đập vào bàn tay) hoặc gián tiếp (lực dọc trục các ngón tay).
- Triệu chứng: đau chói, sưng, bầm tím, biến dạng (gồ xương, lệch trục ngón tay), sờ có thể thấy lạo xạo xương, cử động bất thường ở ổ gãy.

#### 2. Cận lâm sàng

- XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng với vị trí các ngón tay tách nhau, có thể chụp thêm tư thế chệch  $45^\circ$  tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

#### 3. Phân độ

- Phân loại gãy kín, gãy hở.
- Phân loại theo giải phẫu: ngón I gồm 2 đốt gần và xa (đốt 1, 2), ngón II – V gồm 3 đốt gần, giữa, xa (đốt 1, 2, 3).
- Phân theo gây chòm, thân, nên đốt ngón.

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI - TÁI KHÁM

#### . 1. Điều trị ngoại trú

##### a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Chỉ định • Phần lớn các trường hợp gãy kín đều có chỉ định điều trị bảo tồn đầu tiên, nếu XQ kiểm tra sau bó bột chấp nhận 2 điều trị ngoại trú.
- Các trường hợp bệnh nhân có tổng trạng kém, có các bệnh lý nội khoa không cho phép phẫu thuật và các trường hợp bệnh nhân từ chối nhập viện để phẫu thuật » điều trị ngoại trú.
- Phương pháp điều trị
- Nắn chỉnh các di lệch, bó bột căng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương đốt 1 ngón I) hoặc bột/nẹp bột căng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy (nếu gãy xương đốt 1, 2 các ngón dài). Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đối, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt  $60-70^\circ$ , cổ tay duỗi  $15-20^\circ$ . Thời gian bó bột trung bình là 3-4 tuần.
- Trường hợp sưng nề nhiều hoặc có tổn thương da cần chăm sóc vết thương thì phi,

rửa sạch, băng vết thương và làm nẹp bất động (nẹp bột hoặc nẹp vải) kèm Iselin cố định ngón tay gãy.

- Các trường hợp gãy đốt xa không ít di lệch chỉ cần cố định riêng ngón tay với nẹp nhôm, thời gian 3 tuần.

### **b. Thuốc sử dụng**

- Kháng sinh (nếu có vết thương): Ampicycline + Sulbactam: Amoxicillin + Acid clavuronic: Cephalosporin thế hệ I, II, III; nhóm Quinolone.

- Kháng viêm giảm đau NSAID: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib. Etoricoxib, Loxoprofen.

- Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Flotafenine (Idarac), Tramadol.

- Chống phù nề: Alpha Chymotrypsine, Serratiopeptidase.

- Canxi, Vitamine C, Vitamin D3.

### **c. Theo dõi**

- Các dấu hiệu cần theo dõi tại nhà: sưng nề, căng, bầm tím, đau tăng lên; các ngón tay lạnh, tím, tê, mất cảm giác » cần trở lại bệnh viện ngay.

- Thời gian theo dõi tại nhà: tái khám sau 1 tuần, 2-3 tuần nếu không có triệu chứng bất thường.

### **d, Tái khám**

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần, 3-4 tuần.

- X quang kiểm tra sau 1 tuần (nếu có di lệch thứ phát cần nắn lại hoặc chuyển qua điều trị phẫu thuật), 3-4 tuần (tháo bột).

- Trong thời gian còn đang bó bột: chỉnh sửa lại bột (nếu cần) trong tuần đầu, hướng dẫn bệnh nhân kê cao tay, vận động các ngón tay tự do.

- Sau khi tháo bột: Nếu còn đau ở gãy thì băng dính ngón gãy với ngón lành thêm 1-2 tuần và hướng dẫn bệnh nhân tập vật lý trị liệu cổ tay và các ngón tay để phục hồi tầm vận động và sức nắm của bàn tay.

- Thuốc như trên, khi bớt đau, bớt sưng thì dùng Canxi, Vitamin D3.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định

- Các trường hợp gãy kín nhưng có dấu hiệu đe dọa chèn ép khoang hoặc có các tổn thương khác kèm theo cần theo dõi tại bệnh viện -> làm nẹp bột căng bàn tay (có thể ôm ngón I hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú



kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định 2 tuần, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép khoang tăng nặng -> phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy.

- Các trường hợp gãy hở nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy.

- Các trường hợp gãy phạm khớp (chỏm, nền) có di lệch >1mm, di lệch xoay, gây bán trật khớp -> có chỉ định phẫu thuật.

- Các trường hợp gãy kín không vững, được điều trị bảo tồn thất bại (gập góc, xoay gây lệch trục ngón tay -> nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.

- Phương pháp phẫu thuật

Tùy từng trường hợp có thể sử dụng:

- Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp thể ôm ngón I hoặc kèm nẹp nhôm Iselin tùy xương gãy) + điều trị nội trú kháng viêm + chống phù nề. Khi tình trạng ổn định 2 tuần, bó bột, điều trị ngoại trú. Nếu chèn ép khoang tăng nặng • phẫu thuật giải ép khoang +/- cố định xương gãy. Các trường hợp gãy hở 9 nhập viện để phẫu thuật cắt lọc làm sạch vết thương + cố định xương gãy.

• Các trường hợp gãy phạm khớp (chỏm, nền) có di lệch >1mm, di lệch xoay, gây bán trật khớp 9 có chỉ định phẫu thuật. .

• Các trường hợp gãy kín không vững, được điều trị bảo tồn thất bại (gập góc, xoay gây lệch trục ngón tay -> nhập viện phẫu thuật kết hợp xương.

- Phương pháp phẫu thuật

Tùy từng trường hợp có thể sử dụng:

• Nắn chỉnh các di lệch + xuyên kim Kirschner qua da dưới màn tăng sáng, nẹp bột cẳng bàn tay ôm ngón I (nếu gãy xương bàn I) hoặc bột cẳng bàn tay kèm nẹp nhôm Iselin cố định ngón tay có xương gãy. Chú ý giữ ngón I ở tư thế dạng + đôi, các ngón tay dài ở tư thế gập khớp bàn đốt 60-70°, cổ tay duỗi 15-20°.

• Mở nắn + kết hợp xương bằng kim Kirschner, chỉ thép, vít, nẹp vít hoặc khung

bất

động ngoài.

• Nẹp bột hoặc nẹp vải nâng đỡ sau mổ trong 3-4 tuần.

## **b. Thuốc sử dụng**

- Kháng sinh: Ampicycline + Sulbactam, Amoxicillin + Acid Clavuronic, Cephalosporin thế hệ I, II, III, nhóm Quinolone, Clindamycine, Metronidazole.
- Kháng viêm giảm đau NSAID: Piroxicam, Meloxicam, Diclofenac, Celecoxib, Etoricoxib, Loxoprofen,...
- Giảm đau: Acetaminophen +/- Codein, Floctafenine, Tramadol.
- Chống phù nề: Alpha Chymotrypsine, Serratiopeptidase. - Canxi, Vitamine C, Vitamin D3.

## **c. Theo dõi**

- Các dấu hiệu: sưng nề, căng vết mổ 2 kê cao tay, cắt bớt mỗi chỉ thoát lưu máu tụ
- Thời gian theo dõi tại bệnh viện: tùy tình trạng vết mổ, thường từ 1-3 ngày.

## **d. Tái khám**

- Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần (cắt chỉ), 4 tuần (XQ), 6 tuần, 8 tuần (XQ) 3-6 tháng (XQ), 1 năm (XQ).
- Sau 3-4 tuần 2 bỏ nẹp bột, tập vật lý trị liệu.
- Thời điểm lấy dụng cụ: khi có can xương, thường sau mổ 1.5-3 tháng.
- Thuốc: Như trên, khi giảm đau, giảm sưng thì dùng Canxi, Vitamin D3

## **IV. BIẾN CHỨNG**

### **1. Biến chứng sau điều trị bảo tồn**

- Chèn ép khoang.
- Can lệch.
- Khớp giả.

### **2. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật**

- Nhiễm trùng.
- Can lệch.
- Khớp giả.

\* Lược đồ:



## Khớp bàn đốt

- Mổ nắn trật, xuyên kim, khâu/tái tạo dây chằng, bao khớp  
- Nẹp bột cứng bàn tay  
ISELIN

## Khớp liên đốt

- Mổ nắn trật, xuyên kim, khâu/ tái tạo dây chằng, hoặc hàn khớp tư thế chức năng  
- Nẹp bột cứng bàn tay  
ISELIN

## 19. THỰC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG DẬP NÁT BÀN TAY (SQT)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Vết thương dập nát bàn tay là tổn thương nặng của da, mô mềm và xương của bàn tay. thường do cơ chế dập hoặc do tai nạn giao thông.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Cơ chế chấn thương thường trực tiếp: lực đè, đập vào bàn tay (do máy đập, máy ép, máy cuốn, cưa, hoặc do tai nạn giao thông với xe đè vào bàn tay, bàn tay chà sát với mặt đường,...)

- Triệu chứng:

- Vết thương mô mềm dập nát bàn tay, có thể lộ gân, xương, cơ,... Chảy máu ít hay nhiều tùy thuộc tổn thương.
- Biến dạng bàn tay, ngón tay: gập góc, lệch trục, đứt gân lìa, đứt lìa,...
- Tình trạng tưới máu của các ngón tay: màu sắc (hồng, trắng nhợt, tím tái), búp ngón đầy hoặc móp, đầu nhấp nháy móng nhanh (<2 giây) hoặc chậm (>2 giây).
- Cảm giác đầu ngón tay: bình thường, giảm cảm giác, mất cảm giác.

#### 2. Cận lâm sàng

XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng, có thể chụp thêm tư thế chệch 45° tư thế nửa sấp hoặc nửa ngửa.

#### 3. Phân độ

– Phân loại gãy hở theo Gustilo cải biên với độ III khi có vết thương >2cm. Sự phục hồi chức năng của bàn tay tốt chỉ đạt 21%. Tổn thương loại IIIB hoặc IIIC có chức năng kém trong 92%.

- Phân loại Swanson chia 2 loại vết thương bàn tay:

- Loại I: vết thương sạch.
- Loại II: vết thương nhiễm, dựa trên 3 tiêu chuẩn: vết thương nhiễm bẩn ngay từ đầu, vết thương hở >24 giờ trước khi được điều trị, bệnh nhân có bệnh hệ thống. Các vết thương loại II không được đóng kín da thì đầu.

## **II. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**

### **1. Điều trị ngoại trú**

#### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định Điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện.
- Phương pháp điều trị
  - Tuần 1-2: chăm sóc vết thương, kê tay cao, tập nhẹ trong nẹp.
  - 14 ngày: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp.
  - Tuần 3-6: tập thụ động và chủ động trong nẹp.
  - Tuần 6: bỏ nẹp, tập thụ động và chủ động.
  - XQ kiểm tra (nếu có tổn thương xương): sau 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần,..
  - Có thể mổ lấy dụng cụ KHX (nếu có) sau khi có can xương (từ 3-6 tháng).

#### **b. Theo dõi**

Dấu hiệu cần theo dõi:

- Đau.
- Sự lành vết mổ.
- Kiểm tra vận động, cảm giác chi.
- Tập vận động chi.

Thời gian theo dõi: mỗi 1-2 tuần.

#### **c. Tái khám**

- Thời điểm tái khám: mỗi 1-2 tuần.
- Thuốc sử dụng:
  - Thuốc giảm đau:
    - + Acetaminophen, Panadol, Efferalgan,... uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.
    - + Acetaminophen + Codein (Efferalgan Codein) uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.
    - + Tramadol HCL 37.5 + Paracetamol 325 mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày.
  - Thuốc kháng viêm Non-Steroid
    - + Diclofenac (Voltaren 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.
    - + Meloxicam (Mobic) 7.5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
    - + Piroxicam, Brexin 20mg,...: uống 1 viên/ ngày.
    - + Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày.
    - + Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày.

- Thuốc giảm sưng
  - + Alphachymotrypsin (Alphachoay), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
  - + Diosmin 450mg – Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/n...
  - + Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc hỗ trợ dạ dày
  - + PPI 20mg (Omeprazol,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
  - + Anti - H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
- Thuốc nâng đỡ tổng trạng
  - Vitamin C 0.5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày.
  - Cận lâm sàng: XQ thường quy bàn tay tư thế thẳng, nghiêng.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a, Phương pháp điều trị**

- Phẫu thuật càng sớm càng tốt: rửa sạch + cắt lọc các mô dập nát, hoại tử.
- Cố định các xương gãy bằng khung bất động ngoài hoặc xuyên kim Kirschner bên trong. Hạn chế sử dụng nhiều dụng cụ kết hợp xương như nẹp vít khi nguy cơ nhiễm trùng cao. Nếu mất đoạn xương cũng cần cố định chiều dài xương, chờ ổn định sẽ ghép xương thì 2. Chú ý giữ khoảng cách kẽ ngón I - II tư thế dạng để có thể phục hồi chức năng bàn tay dễ dàng hơn.
- Các tổn thương phần mềm (mạch máu, thần kinh, gân, cơ) phải được thám sát toàn diện, nếu có thể được thì khâu nối ngay thì đầu. Trường hợp dập nát mất đoạn có thể mổ thì 2 sau khi tình trạng vết thương ổn định.
- Việc đóng da tùy vào độ sạch và mức độ tổn thương mô mềm. Trong trường hợp vết thương thiếu da, cần ưu tiên che phủ các mô quan trọng (mạch máu, thần kinh, xương, gân).
- Giữ ẩm vết thương, khi đánh giá vết thương sạch cần che phủ phần thiếu da bằng các vật da hoặc ghép da (tùy trường hợp).
- Nếu đánh giá vết thương dơ, nguy cơ nhiễm trùng cao cần cấy dịch + thử kháng sinh đồ sớm trước khi sử dụng kháng sinh.
- Nếu dập nát nhiều + tím tái » khâu mỗm cụt.

### **b. Dụng cụ, vật liệu cần thiết**

- Khung bất động ngoài dùng cho bàn tay, ngón tay.
- Kim Kirschner các loại (có răng 1.0mm, 1.2mm, 1.25mm, kim trơn 1.5mm, 1.6mm, 1.8mm, 2.0mm).
- Chỉ thép nhỏ.
- Các loại chỉ tan chậm, chỉ nylon.

### **2. Thuốc sử dụng**

Cháng sinh: kháng sinh tĩnh mạch trước và sau mổ 5 ngày, 1 trong các loại sau:

- Unasyn 1.5g (Ampicilline + Sulbactam) 1 lọ x 3 lần/ngày, TMC.
- Amoxicilline + Clavulanic acid (Augmentin 1.2g) 1 lọ x 2 lần/ngày, TMC.
- Cephalosporine thế hệ 3, 1g, 1 lọ x 2-3 lần/ngày, TMC.
- Aminoglycoside thế hệ 2-3, 1g/ ngày, TB.
- Trường hợp nếu có nguy cơ nhiễm trùng cao thì phối hợp:
  - + Ciprofloxacin (Ciprobay) 200mg/100mL TMC, sau khi ổn định chuyển sang dạng uống.
  - + Metronidazole 500mg/100mL, 1-2g/ngày, TTM.
  - + Một số trường hợp nếu có nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh trùng thì sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Kháng viêm
  - Diclofenac (Voltaren)
    - 75mg, 1-2 ống/ngày, TB.
    - 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.
  - Meloxicam (Mobic)
    - 15mg, 1 ống, TB.
    - 7.5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày
  - Piroxicam:
    - + Brexin 20mg,... : uống 1 viên/ngày.
    - + Felden,...: 1 ống/ngày, TB.
  - Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày.
  - Etoricoxib (Arcoxia) 90mg /120mg, uống 1 viên/ngày.
- Giảm đau
  - Acetaminophen
    - Perfalgan, Parakabi, Parazacol.... g \* 2-3 chai/ngày, TTM.
    - Panadol, Efferalgan... uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.
  - Acetaminophen + Codein (Efferalgan Codein) uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.
  - Tramadol HCL 37.5 + paracetamol 325 mg (Ultracet) uống 1.viên x 3-4 lần/ngày.
- Giảm sưng
  - Alphachymotrypsin (Alphachoay ), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
  - Diosmin 450mg – Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.
  - Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc hỗ trợ dạ dày
  - PPI 20mg (Omeprazol,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
  - Anti – H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
- Thuốc nâng đỡ tổng trạng

- Canxi D 0.6g, 1 viên x 2 lần/ngày.
- Calcitriol 0.25mcg, 1 viên x 2 lần/ngày.
- Vitamin C 0.5g, 1 viên x 2 lần/ngày.
- Alendronat 70mg 1 viên/tuần,...
- Dịch truyền: Amino Acid (Aminoplasma), Lipofundin, Lactate Ringer, NaCl, Glucose...)
- Thuốc hỗ trợ tưới máu ngoại biên: Naftidrofuryl (Praxilene), Aspirin, Heparin.

#### **d, Theo dõi**

- Sinh hiệu.
- Tình trạng vết mổ.
- Vận động các ngón tay.
- Tình trạng tưới máu bàn tay, ngón tay: màu sắc da, nhấp nháy móng, độ căng của búp ngón.
- Tình trạng nhiễm trùng vết thương.
- Nếu có hoại tử, nhiễm trùng tiến triển cần mổ cắt lọc lại. Khi ổn định sẽ lên kế hoạch mổ che phủ vết thương.
- Khi mô mềm lành, không nhiễm trùng 2 mô để giải quyết tiếp các tình trạng tổn thương xương và mô mềm (nếu cần).
- Tập vật lý trị liệu: kích thích điện nếu có khâu thần kinh, tập vận động chống cứng khớp, siêu âm chống dính gân cơ.

#### **e. Tái khám**

Tái khám sau 1 tuần, 2 tuần kế tiếp, 2 tuần tiếp,...

- Kiểm tra vận động cảm giác chi.
- Tập vận động chi.
- Thuốc kháng sinh, kháng viêm, giảm đau và sung,...

### **IV. BIẾN CHỨNG**

#### **1. Biến chứng sớm**

- Chảy máu.
- Nhiễm trùng.
- Hoại tử.

#### **2. Biến chứng muộn**

- Không lành xương.
- Can lệch.
- Cứng khớp.
- Dính gân.
- Teo cơ.

- Di chứng tổn thương thần kinh.

- Mất chức năng bàn tay.

\* Lược đồ:



Vết thương dập nát bàn tay

Cắt lọc - thám sát

Dập nát nhiều,  
tím tái

Còn tươi máu, mất mô  
che phủ

Tươi máu tốt, tổn thương xương,  
gân, mạch máu thần kinh

Khâu mồm  
cụt

Cắt lọc + rửa kỹ  
Đắp gạc ẩm  
Cấy dịch – KSD (nếu  
ngghi ngờ nhiễm trùng)

- Xuyên kim / bất động ngoài
- Khâu nối mạch máu / TK (nếu  
được)
- Khâu nối gân (nếu được) Cấy  
dịch
- KSD (nếu nghi ngờ nhiễm trùng)

Ghép da Vạt  
da

Vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng

- Nối / ghép thần  
kinh (nếu cần)
- Nối / ghép gân  
(nếu cần)
- Ghép xương (nếu  
cần)

## 20. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐỨT GÂN GẬP - GÂN DUỖI Ở BÀN TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Là sự mất liên tục của 1 hay nhiều gân gập (và/hoặc gân duỗi) của các ngón tay do vết thương vùng bàn tay. .

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Tồn thương gân gập

- Vết thương ở mặt lòng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tồn thương gân gập khi không gập ở tư thế chức năng trong trạng thái nghỉ của bàn tay.

- Bệnh nhân không chủ động gập được cả khớp liên đốt gần và liên đốt xa (khi đứt cả gân gập nông và sâu) hoặc có thể gập chủ động khớp liên đốt gần nhưng không gập được khớp liên đốt xa (nếu chỉ đứt gân gập sâu).

- Kiểm tra tình trạng tồn thương mạch máu (màu sắc đầu chi, nhấp nháy móng) và thần kinh cảm giác (cảm giác 2 bên đốt xa ngón tay).

- Tồn thương gân duỗi

- Vết thương ở mặt lưng bàn tay hoặc ngón tay, ngón tay bị nghi ngờ có tồn thương gân duỗi khi không duỗi chủ động được ngón tay và không giữ được tư thế duỗi của ngón tay khi người khám đã duỗi thụ động ngón tay đó. .

- Khi vết thương ở mặt lưng khớp liên đốt gần ngón tay, bệnh nhân không duỗi đưa chủ động khớp liên đốt gần nhưng có thể giữ được tư thế duỗi ngón sau khi được duỗi thụ động 2 đứt dải trung tâm gân duỗi.

### 2. Phân độ

- Tồn thương gân gập: theo 5 vùng (hình vẽ)

- Vùng I: là nơi bám tận của các gân gập sâu.

- Vùng II: nơi gân gập sâu và gân gập nông cùng đi trong ống tạo bởi hệ thống ròng rọc và các xương ngón tay (no man's land). Đây là vùng khó điều trị do nguy cơ dính giữa 2 gân và dính với hệ thống ròng rọc.

- Vùng III: vùng có cơ giun bám vào gân gập sâu (lòng bàn tay).

- Vùng IV: trong ống cổ tay.

- Vùng V: ở cổ tay.

– Tồn thương gân duỗi: 8 vùng (ngón I: 5 vùng)

- Vùng I: khớp liên đốt xa: nơi bám tận gân duỗi.

- Vùng II: ngang đốt 2 các ngón dài (đốt 1 ngón I).

- Vùng III: khớp liên đốt gần các ngón dài: dải trung tâm gân duỗi.

- Vùng IV: ngang đốt 1 các ngón dài (xương bàn ngón I).

- Vùng V: ngang khớp bàn đốt các ngón dài.

- Vùng VI: mu bàn tay.

Vùng VII: cổ tay, trong các khoang của mạc giữ gìn duỗi.

- Vùng VIII: cẳng tay.

### **III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

##### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định: điều trị bệnh nhân hậu phẫu đã xuất viện.

- Phương pháp điều trị tập vật lý trị liệu sau mổ.

- Tuần 1: chăm sóc vết thương, tập nhẹ trong nẹp động.

- Tuần 2: cắt chỉ, tiếp tục tập thụ động và chủ động trong nẹp.

- Tuần 3-5: tập vận động và chủ động trong nẹp.

- Tuần 6: bỏ nẹp tập thụ động và chủ động theo hướng dẫn nhân viên vật lý trị liệu.

##### **b. Theo dõi**

- Dấu hiệu cần theo dõi:

- Đau.

- Sự lành vết mổ.

- Kiểm tra vận động, cảm giác chi

- Tập vận động chi.

- Thời gian theo dõi: mỗi 1-2 tuần.

##### **c. Tái khám**

- Thời điểm tái khám: mỗi 1-2 tuần.

- Thuốc sử dụng:

- Thuốc giảm đau:

+ Acetaminophen, Panadol, Efferalgan,... uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày

+ Acetaminophen + Codein (Efferalgan Codein) uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.

+ Tramadol HCl 37.5

+ Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày

Thuốc kháng viêm Non - Steroid + Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.

+ Meloxicam (Mobic) 7.5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.

+ Piroxicam, Brexin 20mg,...: uống 1 viên/ ngày.

+ Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày.

##### **c. Tái khám**

- Thời điểm tái khám: mỗi 1-2 tuần.

- Thuốc sử dụng:

- Thuốc giảm đau:

- + Acetaminophen, Panadol, Efferalgan,...: uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày
- + Acetaminophen
- + Codein (Efferalgan Codein) uống 0.5-1g x 1-3 lần/ngày.
- + Tramadol HCl 37.5 +Paracetamol 325mg (Ultracet) uống 1 viên x 3-4 lần/ngày •
- Thuốc kháng viêm Non - Steroid
- + Diclofenac (Voltaren) 75mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.
- + Meloxicam (Mobic) 7.5mg, uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
- + Piroxicam, Brexin 20mg, uống 1 viên/ ngày. + Celecoxib (Celebrex) 200mg, uống 1 viên/ngày.
- + Etoricoxib (Arcoxia) 90mg/120mg, uống 1 viên/ngày.
- Thuốc giảm sưng
- + Alphachymotrypsin (Alphachoay ), uống 1-2 viên x 2-3 lần/ngày.
- + Diosmin 450mg – Hesperidin 50mg (Daflon) 500mg, uống 1 viên x 2-3 lần/ngày.
- + Ginkgo Biloba 40mg, uống 1 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc hỗ trợ dạ dày
- + PPI 20mg (Omeprazol,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
- + Anti – H2 (Ranitidin,...), uống 1 viên x 1-2 lần/ngày.
- ngay
- Thuốc nâng đỡ tổng trạng
- + Vitamin C 0.5g, uống 1 viên x 2 lần/ngày.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a. Chỉ định, phương pháp điều trị**

- Chỉ định

- Tất cả các trường hợp vết thương bàn tay có tổn thương gân gấp gân duỗi đều có chỉ định phẫu thuật cắt lọc vết thương và khâu nối gân ngay trong cấp cứu.
- Nếu vết thương bàn tay gây tổn thương cả gân gấp nông và sâu ở vùng II thì ưu tiên khâu nối gân gấp sâu.
- Trong trường hợp vết thương dập nát, mất đoạn gân, nguy cơ nhiễm trùng cao thì cắt lọc sạch và khâu vết thương. Dự tình trạng da ổn định sẽ nối gân sau.
- Trường hợp có kèm tổn thương gãy xương cần kết hợp xương và nối gân đồng thời,
- Luôn phải kiểm tra tình trạng mạch máu và thần kinh cảm giác của ngón tay, cô ống khâu nối tối đa có thể để chức năng của bàn tay có thể phục hồi tốt nhất.

-Chỉ khâu gân

Khâu lõi gân dùng chỉ không tan 3.0 hay 4.0 tùy kích thước gân. Khâu màng gân dùng , không tan 5.0 hay 6.0 tùy kích thước gân.

-Phương pháp khâu nối gân: đường mổ bộc lộ gân gập.

## 21. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RÁCH CHÓP XOAY

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Là hiện tượng rách 1 hay nhiều gân chóp xoay, gân bám vào đầu trên xương cánh tay để vận động khớp ổ chảo cánh tay.

#### 1. Lâm sàng

-Đau : đau mặt ngoài khớp vai , lan xuống cánh tay nhưng thường không quá khuỷu , đau nhiều về đêm , không thể nằm tựa lên vai đau .

- Yếu , mỗi khi vận động , đặc biệt là các động tác giờ tay quá đầu

Quan sát thấy teo cơ vùng sau vai trong giai đoạn muộn

-Ấn đau lan tỏa vùng máu động lớn và máu động bé

-Nghiệm pháp Joke : cánh tay bệnh nhân dạng và xoay trong kháng lại lực từ của người khám . Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân đau và yếu so với tay đối bên , thường gặp trong cách cơ trên gai .

-Nghiệm pháp Patte : gập khuỷu  $90^\circ$  , vai dạng  $90^\circ$  , xoay ngoài cánh tay có đối kháng . Dương tính khi yếu và đau , biểu hiện của rách gân dưới gai hoặc tròn bé .

-Nghiệm pháp Gerber " bệnh nhân ngồi hay đứng , khuỷu gập  $90^\circ$  , bàn tay để sau lưng , kéo tay bệnh nhân ra sau khỏi lưng 5-10cm . Nếu bệnh nhân không giữ tay được và đau vai là nghiệm pháp dương tính , thường gặp trong cách gần dưới vai ,

#### 2. Cận lâm sàng 1

##### a. X - Quang

- X - Quang thẳng : tay trung tính , xoay trong và xoay ngoài , Tư thế chéch  $45^\circ$  ( chữ Y )

#### 3. MRI

Chỉ định MRI dựa vào : thời gian và độ nặng , tuổi và mức độ hoạt động , và nhu cầu của bệnh nhân .

-Chẩn đoán vẫn chưa rõ qua thăm khám và khai thác bệnh sử ,

- Không đáp ứng với điều trị bảo tồn và cần đánh giá chính xác , tổn thương ,

- Lên kế hoạch phẫu thuật .

- Có thể chụp MRI ngay khi bệnh nhân đến khám nếu có chấn thương và giảm chức năng chi nặng và các bệnh nhân là vận động viên thể thao có đau kéo dài.

##### c . Siêu âm

### **3. Phân độ**

#### **a . Theo độ dày và vị trí**

- Rách một phần ở mặt khớp .
- Rách 1 phần ở mặt dưới mỏm cùng vai ,
- Rách trong gân .
- Rách toàn phần ,

#### **b , Theo kích thước**

- Rách nhỏ < 1cm .
- Rách vừa 1-3cm ,
- Rách lớn 3-5cm .
- Rách rất lớn > 5cm .

#### **C. Theo hình dạng**

- Hình liềm .
- Hình chữ U.

Hình chữ L

Rách rất lớn

### **III . ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI - TẢI KHÁM**

#### **1.Điều trị ngoại trú**

##### **a . Chỉ định , phương pháp điều trị**

Khi chưa có chỉ định phẫu thuật .

##### **b . Thuốc sử dụng ( ghi cụ thể hàm lượng , thời gian dùng )**

Kháng viêm không phải Steroid : Etoricoxib ( Arcoxia ) , Diclofenac ( Voltaren ) , Meloxicam ( Mobic ) , Celecoxib ( Celebrex ) , Piroxicam ( Brexin ) ....

Giảm đau : Paracetamol , Tramadol HCl 37,5 + Paracetamol 325mg ( Ultracet ) , Floctafenine 200mg ( Idarac ) .

Giãn cơ : Eperisone Hydrochloride ( Myonal ) . Mephenesin ( Decontractyl ) . Tolperisone Hydrochloride ( Mydocalm ) .

Thay đổi lối sống Nghỉ ngơi , tránh các yếu tố thúc đẩy bệnh lý .

##### **d . Tập vật lý trị liệu**

##### **e . Theo dõi ( Nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi tại nhà )**

Dấu hiệu đau , yếu vai , hạn chế vận động khớp vai.

**f. Thời điểm tái khám :** mỗi tuần . Điều chỉnh tăng giảm liều thuốc tùy tình trạng bệnh nhân . Có thể chụp MRI đánh giá lại sau 8 tuần .

Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám

## **. 2 , Điều trị nội trú**

Chỉ định , phương pháp điều trị vật tư tiêu hao

-Bảo tồn

Thuốc : kháng viêm , giảm đau , giãn cơ , thuốc bảo vệ dạ dày .

• Vật lý trị liệu : vận động tập , siêu âm , chiếu đèn hồng ngoại .

## **b.Phẫu thuật**

- Chỉ định

Những bệnh nhân có bệnh sử chấn thương và rách chóp xoay được xác định bằng MRI

• Những bệnh nhân không có tiền căn chấn thương , đau vai tiến triển , có rách chóp xoay được xác định trên MRI , không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4- 6 tháng

• Phương pháp phẫu thuật

+ Nội soi thám sát , cắt lọc , mài mỏm cùng , khâu chóp xoay ,

+ Mổ mở , mini open khâu chóp xoay , tái tạo mỏm cùng . •

Vật tư tiêu hao

+ Chỉ neo , các ống nhựa , đầu đốt , lưỡi cắt , lưỡi mài chuyên dụng ,

**b . Thuốc sử dụng** ( ghi cụ thể hàm lượng , thời gian dùng )

Đai vai chỉ trên ôm gôi .

**c . Theo dõi** ( nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi , thời gian theo dõi )

- Sau mổ : tổng trạng , đau vết mổ , nhiễm trùng vết mổ , biến chứng thần kinh mạch máu . – Mỗi lần tái khám ; đau , vận động khớp vai , rách lại .

## **1. Tái khám**

- Thời điểm tái khám : tuần 1-2-4-8-12 ,

- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám : công thức máu , chức năng gan , chức năng thận , XQ .

## **IV . BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng vết mổ ,

- Tổn thương thần kinh - mạch máu ,



- Cứng khớp vai – Nhổ neo chỉ , Rách lại.

## **22. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG SỤN VIÊN SAU TRÊN (SLAP)**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

- Tổn thương sụn viên sau trên.
- Nguyên nhân:
  - Tai nạn xe mô tô.
  - Té ngã cánh tay dang.
  - Lực kéo cánh tay khi gắng sức kéo vật nặng.
  - Động tác nhanh và mạnh của cánh tay trên đầu.
  - Trật khớp vai.
  - Vận động viên ném lao, vật.

Chú ý : Ở BN >40 tuổi rách sụn viên sau có thể là tiến trình bình thường theo tuổi.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Triệu chứng**

- Có cảm giác khớp vai bị khóa (locking), popping, bị kéo chặt (catching) và đụng gập (grinding)
- Đau khi vận động khớp vai hay giữ ở tư thế đặc biệt.
- Đau khi nâng vật nặng, đặc biệt là động tác qua đầu.
- Giảm sức mạnh của vai.
- Có cảm giác khớp vai bị trật (pop out of joint).
- Giảm tầm vận động khớp vai.
- Giảm động tác qua đầu, có cảm giác dead arm.

Khám:

- Tầm vận động khớp vai.
- Sức cơ.
- Độ vững khớp vai.
- Khám loại trừ cột sống cổ và chấn thương đầu.
- Các test.
- Speed test
- Yergason sign.

#### **2. Cận lâm sàng**

-XQ khớp vai.

- MRI.

### **3. Phân độ**

Snyder chia 4 type:

Type I: chiếm 21%. Rách nhiều mảnh bờ tự do của sụn viền sau.

Type II: chiếm 55%. Tách chỗ bám gân nhị đầu vào ổ chảo của sụn viền sau.

Type III: chiếm 9%. Rách bucket – handle.

Type IV: chiếm 10%. Type III và rách dọc gân nhị đầu.

## **III. ĐIỀU TRỊ - THEO DĨI – TÁI KHÁM**

### **1. Điều trị ngoại trú**

a. Điều trị bảo tồn

b. Thuốc

-Giảm đau.

- Kháng viêm.

c. Tái khám.

d. Tập VLTL

- Tập phục hồi vận động và sức mạnh khớp vai.

- Tập căng dẫn bao khớp vai.

- Tập tăng cường sức mạnh khớp vai với sự hỗ trợ của thuốc giảm đau và tránh tổn thương thêm.

- Thời gian tập 3-6 tháng.

### **2. Điều trị nội trú**

a. Chỉ định

- Bảo tồn.

- Phẫu thuật trong trường hợp bảo tồn thất bại.

•Nội soi: Tùy phân độ, tuổi, mức độ vận động, và các tổn thương khác trong khám nội soi.

• Cắt sụn viền rách.

• Đính lại nơi bám.

• Cắt chỗ bám gân nhị đầu.

b. Thuốc – Giảm đau. - Kháng viêm.

c. Tái khám

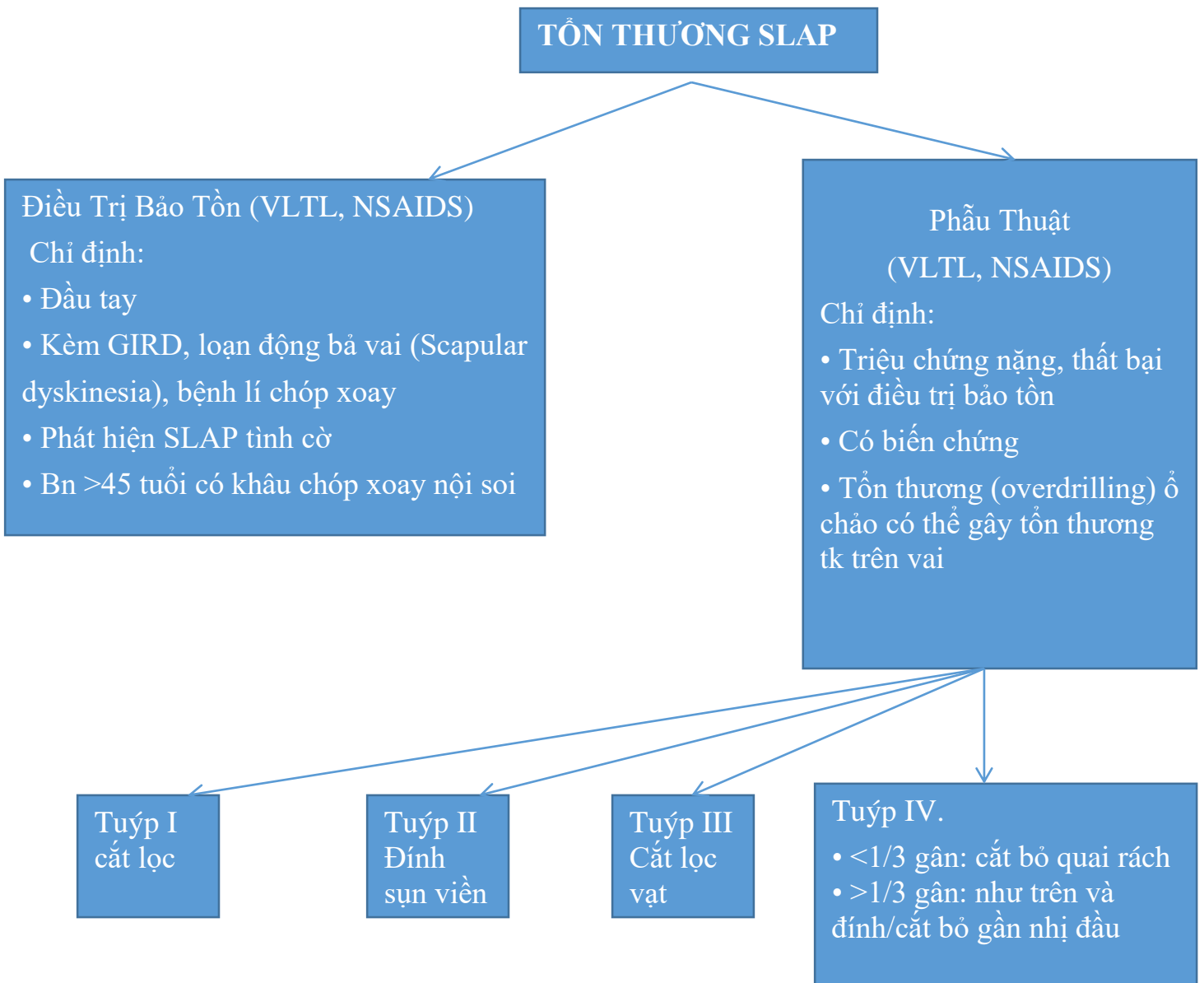
d. Tập PHCN

- Bất động 2-4 tuần sau phẫu thuật.
- Tập phục hồi tâm vận động khớp vai, tập sức mạnh vai và gân chóp xoay sau 4-6 tuần.
- Vận động nặng hoặc thể thao sớm nhất sau 3, 4 tháng.

#### IV. BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng.
- Chảy máu, cục máu đông.
- Cứng khớp vai.
- Tổn thương mạch máu, TK.

\* **Lược đồ:**



## 23. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM CHÓP XOAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm chóp xoay là hiện tượng viêm của 1 hoặc nhiều gân chóp xoay, là nhóm gân bám vào đầu trên xương cánh tay để làm vận động khớp ổ chảo - cánh tay.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Đau:

- Đau mặt ngoài khớp vai, lan xuống cánh tay nhưng thường không quá khuỷu.
- Đau nhiều về đêm, làm thức giấc, không thể nằm tựa lên vai đau.
- Đau xuất hiện khi nâng tay lên hoặc hạ tay xuống, khi đưa tay ra sau lưng..
- Đau xuất hiện khi nâng tay lên hoặc hạ tay xuống, khi đưa tay ra sau lưng.
- Âm thanh lụp cụp nhẹ khi nâng tay lên.
- Cứng khớp vai.
- Yếu, mỗi khi vận động, đặc biệt là các động tác gơ tay quá đầu.
- Quan sát thấy teo cơ vùng sau vai trong giai đoạn muộn.
- Ấn đau lan tỏa vùng máu động lớn và máu động bé.
- Nghiệm pháp Jobe: cánh tay bệnh nhân dạng và xoay trong kháng lại lực tì của người khám. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân đau và yếu so với tay đối bên, thường gặp trong cách cơ trên gai.
- Nghiệm pháp Patte: gập khuỷu 90°, vai dạng 90°, xoay ngoài cánh tay có đối kháng. Dương tính khi yếu và đau, biểu hiện của rách gân dưới gai hoặc tròn bé.
- Nghiệm pháp Gerber: bệnh nhân ngồi hay đứng, khuỷu gập 90°, bàn tay để sau lưng, kéo tay bệnh nhân ra sau khỏi lưng 5-10cm. Nếu bệnh nhân không giữ tay được và đau vai là nghiệm pháp dương tính, thường gặp trong rách gân dưới vai.

#### 2. Nguyên nhân

- Nội tại: do bản thân gân.
- Thoái hóa: thường gặp nhất, tiến triển: viêm - rách bán phần - rách rộng.
- Chấn thương: lực va chạm mạnh, lực căng.
- Phản ứng: ứ đọng Canxi trong gân.
- Ngoại lai: do các cấu trúc lân cận.
- Mỏm cùng cấu trúc mỏm cùng, gai xương.
- Túi hoạt dịch dưới mỏm cùng.

### 3. Cận lâm sàng

#### a. X-Quang

- XQ thẳng tay trung tính, xoay trong và xoay ngoài.
- Tư thế chệch 45° (chữ Y).

#### b. MRI

- Chỉ định MRI dựa vào thời gian và độ nặng, tuổi và mức độ hoạt động, và nhu cầu của bệnh nhân.
- Chẩn đoán vẫn chưa rõ qua thăm khám và khai thác bệnh sử.
- Không đáp ứng với điều trị bảo tồn và cần đánh giá chính xác, tổn thương.
- Lên kế hoạch phẫu thuật.
- Có thể chụp MRI ngay khi bệnh nhân đến khám nếu có chấn thương và giảm chức năng chi nặng và các bệnh nhân là vận động viên thể thao có đau kéo dài.

#### c. Siêu âm

### 4. Phân độ

#### a. Teo cơ trên gai trên MRI theo Thomazeau

- Giai đoạn 1: bình thường/teo cơ nhẹ. Tỷ lệ choáng chỗ khuyết trên gai (0.6 – 1.0)
- Giai đoạn 2: teo cơ trung bình. Tỷ lệ choáng chỗ khuyết trên gai (0.4 – 0.6)
- Giai đoạn 3: teo cơ nặng. Tỷ lệ choáng chỗ khuyết trên gai (<0.4)
- Tỷ lệ choáng chỗ khuyết trên gai  $R = S1/S2$

S1= diện tích cơ trên gai

S2= diện tích toàn bộ khuyết trên gai.

#### b. Thoái hóa mỡ theo Goutallier tiên lượng độ nặng, giai đoạn 3 và 4 có ít cơ hội hồi phục chức năng:

- Giai đoạn 0 : cơ bình thường.
- Giai đoạn 1: một số dải mỡ.
- Giai đoạn 2: teo cơ, tầm nhuận <50% mỡ.
- Giai đoạn 3: teo cơ, tầm nhuận 50% mỡ.
- Giai đoạn 4: teo cơ, tầm nhuận >50% mỡ.

## III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

### 1. Điều trị ngoại trú

#### a. Chỉ định

Khi chưa có chỉ định phẫu thuật

*b, Thuốc sử dụng*

Meloxicam (Mobia)

- Kháng viêm không phải Steroid: Etoricoxib (Arcoxia), Diclofenac (Voltaren), cicam (Mobic), Celecoxib (Celebrex), Piroxicam (Brexin),...

Giảm đau: Paracetamol, Tramadol HCl 37,5 + Paracetamol 325mg (Ultracet), Floctafenine 200mg (Idarac).

- Giãn cơ: Eperisone Hydrochloride (Myonal), Mephenesin (Decontractyl), Tolperisone Hydrochloride (Mydocalm).

*c. Thay đổi lối sống*

- Nghỉ ngơi, tránh các yếu tố thúc đẩy bệnh lý.

- Chườm lạnh.

*d. Tập vật lý trị liệu*

*e, Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)*

*Dấu hiệu đau, yếu vai, hạn chế vận động khớp vai.*

*f. Tái khám*

- Thời điểm tái khám: mỗi tuần.

- Điều chỉnh tăng giảm liều thuốc tùy tình trạng bệnh nhân.

- Có thể chụp MRI đánh giá lại sau 8 tuần.

- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám.

## **2. Điều trị nội trú**

a. Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)

- Bảo tồn:

• Thuốc: kháng viêm, giảm đau, giãn cơ, thuốc bảo vệ dạ dày.

• Vật lý trị liệu: vận động tập, siêu âm, chiếu đèn hồng ngoại

- Phẫu thuật.

• Chỉ định: những bệnh nhân không có tiền căn chấn thương, đau vai tiến triển, có viêm chóp xoay và khoảng dưới mỏm cùng được xác định trên MRI, không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tháng.

• Phương pháp phẫu thuật nội soi thám sát, cắt lọc, mài mỏm cùng, mài khớp cùng

đòn +/-khâu chớp xoay.

- Vật tư tiêu hao: chỉ neo, các ống nhựa, đầu đốt, lưới cắt, lưới mài,... chuyên dụng.

b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)

- Đại vai chi trên ôm gối.

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)

- Sau mổ: tổng trọng, đau vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng thần kinh mạch mở,

- Mỗi lần tái khám: đau, vận động khớp vai, rách lại.

d. Tái khám

- Thời điểm tái khám: tuần 1-2-4-8-12.

- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám thuốc cụ thể sử dụng trong mỗi lần tái khám: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, XQ.

#### **IV. BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng vết mổ.

- Tổn thương thần kinh - mạch máu.

- Cứng khớp vai.

- Nhỏ neo chỉ.

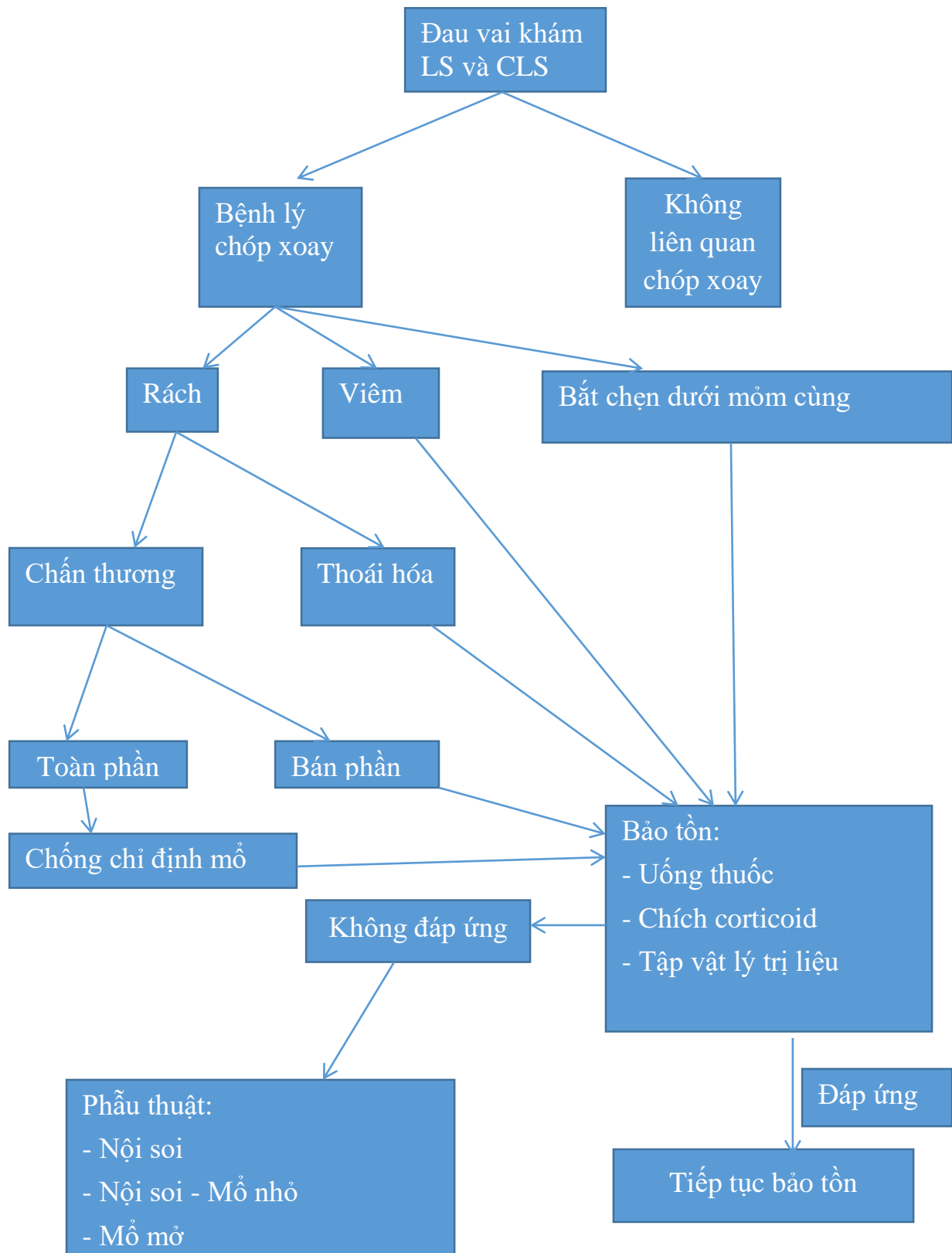
- Rách lại.

Ghi chú:

Phần thuốc sử dụng và vật tư tiêu hao: Phần thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao trong phác đồ ghi tổng quát. Sau mỗi phác đồ có phần phụ lục “Danh mục thuốc sử dụng và vật tư tiêu hao” ghi cụ thể tên thuốc, hàm lượng, thời gian dùng. Vật tư tiêu hao ghi rõ tên dụng cụ, số lượng.

\* **Lược đồ:**





## 24. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BẮT CHẶN - VIÊM HOẠT DỊCH DƯỚI MỖM CÙNG VAI.

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng bắt chẹn dưới mỏm cùng là thuật ngữ chỉ tình trạng đau mặt trước ngoài vai do chóp xoay, túi hoạt dịch, gân nhị đầu bị chèn ép bởi mỏm cùng, dây chằng cùng quạ và khớp cùng đòn khi gập tay ra trước.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau mặt trước ngoài của vai, bệnh nhân có thể xác định được vùng đau, đau có thể lan xuống nơi bám cơ Denta, đau thường vào ban đêm, nhất là khi nằm nghiêng bên vai đau hoặc ngủ tư thế đưa tay quá đầu.
- Triệu chứng điển hình là khó đưa tay ra sau lưng và yếu các cơ vùng vai.
- Nếu để kéo dài có thể gây rách chóp xoay, làm yếu vai, do đó bệnh nhân không thể đưa tay lên cao,
- Thăm khám: trước tiên thăm khám loại trừ chèn ép rễ cổ.
- Nếu nghi ngờ có bắt chẹn dưới mỏm cùng với nên dùng các nghiệm pháp chuyên biệt.
- Dấu Neer: người khám đứng sau lưng bệnh nhân dùng tay kèm chặt xương bả vai trong khi nâng và gập tay bệnh nhân ra trước thụ động.
- Dấu Hawkins: vai bệnh nhân gập thụ động  $90^\circ$ , khuỷu gập  $90^\circ$  và xoay trong cánh tay.

#### 2. Cận lâm sàng

##### a. X-Quang

- XQ thẳng.
- XQ tư thế chữ Y.
- Đánh giá hình thể mỏm cùng và độ dày trên phim tư thế chữ Y rất quan trọng.
- Cộng hưởng từ: có thể loại trừ những bệnh lý phối hợp, nó còn có thể cho hình ảnh rất rõ về chóp xoay: viêm, rách bán phần hay rách toàn phần, có teo cơ, tẩm nhuận mỡ hay không. Đánh giá khớp vai, gân nhị đầu, sụn viền và bề mặt sụn khớp, giải phẫu học xương, phù nề, hoại tử chỏm vô mạch.

##### b. MRI

- Chỉ định MRI dựa vào: thời gian và độ nặng, tuổi và mức độ hoạt động, nhu cầu của bệnh nhân.

- Chẩn đoán vẫn chưa rõ qua thăm khám và khai thác bệnh sử.
- Không đáp ứng với điều trị bảo tồn và cần đánh giá chính xác, tổn thương. .
- Lên kế hoạch phẫu thuật.
- Có thể chụp MRI ngay khi bệnh nhân đến khám nếu có chấn thương và giảm chức năng chỉ nặng và các bệnh nhân là vận động viên thể thao có đau kéo dài.

c. Phân độ: Theo Neer

- Độ I: phù nề và xuất huyết, tuổi dưới 25, có khả năng hồi phục.
- Độ II: xơ hóa và viêm gan, tuổi 25-40, đau tái phát khi hoạt động.
- Độ III: có các gai xương và rách gân, tuổi trên 40, tiến triển đến mất chức năng.

## II. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

### 1. Điều trị ngoại trú

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

Bảo tồn: Nên xem xét điều trị bảo tồn trước khi quyết định phẫu thuật. Đa số bệnh nhân bắt chẹn điều trị thành công với bảo tồn (trừ các tổn thương do cấu trúc: vôi hóa dây chằng qua cùng, chóp xoay, thoái hóa máu động lớn,...). Chương trình điều trị gồm tập vật lý trị liệu, thay đổi các hoạt động, thuốc kháng viêm, chích Corticoid vào khoang dưới mỏm cùng. Nhấn mạnh tầm quan trọng của tập vật lý trị liệu đúng chương trình và đúng chuyên gia đa số cho kết quả tốt, không cần phải phẫu thuật.

*b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)*

- Kháng viêm không phải Steroid: Etoricoxib (Arcoxia), Diclofenac (Voltaren), Meloxicam (Mobic), Celecoxib (Celebrex), Piroxicam (Brexin),...
- Giảm đau: Paracetamol, Tramadol HCl 37.5 + Paracetamol 325mg (Ultracet), Floctafenine 200mg (Idarac).
- Giãn cơ: Eperisone Hydrochloride (Myonal), Mephenesin (Decontractyl), Tolperisone Hydrochloride (Mydocalm).

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)

Các dấu hiệu phản ứng thuốc: chóng mặt, buồn nôn, đau dạ dày.

d. Tái khám

- Thời điểm tái khám: tuần 1-2-4-8-12.
- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, XQ.

### 2. Điều trị nội trú

a. *Chỉ định, phương pháp điều trị (vật tư tiêu hao)*

- *Bảo tồn*

Các bệnh nhân không có tiền căn chấn thương, qua thăm khám nghĩ đến hội chứng bất chẹn và đã loại trừ rách chóp xoay.

- *Phẫu thuật*

• *Chỉ định*

Những bệnh nhân không có tiền căn chấn thương, đau vai tiến triển, có viêm chỏn xoay và khoảng dưới mỏm cùng được xác định trên MRI, không đáp ứng với điều trị bảo tồn sau 4-6 tháng. Lợi thế của nội soi là phẫu thuật ít xâm lấn không làm tổn thương cơ Denta. Điều này làm cho phục hồi sau mổ và khả năng tập vật lý trị liệu sau mổ tốt. Nội soi cũng cho phép đánh giá toàn bộ khớp và khả năng khảo sát các bệnh lý.

• *Phương pháp phẫu thuật*

Nội soi thám sát, cắt lọc, mài mỏm cùng, mài khớp cùng đòn + khâu chóp xoay.

• *Vật tư tiêu hao*

Chỉ neo, các ống nhựa, đầu đốt, lưỡi cắt, lưỡi mài... chuyên dụng

. b. *Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)*

- *Thuốc sử dụng: ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng.*

- *Kháng viêm không phải steroid: Etoricoxib (Arcoxia), Diclofenac (Voltaren), Meloxicam (Mobic), Celecoxib (Celebrex), Piroxicam (Brexin)....*

- *Giảm đau: Paracetamol, Tramadol HCl 37.5 + Paracetamol 325mg (Ultracet), Floctafenine 200mg (Idarac).*

- *Giãn cơ: Eperisone Hydrochloride (Myonal), Mephenesin (Decontractyl), Tolperisone Hydrochloride (Mydocalm).*

c. *Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)*

- *Theo dõi: nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà.*

- *Dấu hiệu đau, yếu vai, hạn chế vận động khớp vai.*

d. *Tái khám*

- *Thời điểm tái khám: mỗi tuần.*

- *Điều chỉnh tăng giảm liều thuốc tùy tình trạng bệnh nhân.*

- *Sau mổ: tổng trọng, đau vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, biến chứng thần kinh mạch máu.*

- *Có thể chụp MRI đánh giá lại sau 12 tuần.*

- Các cận lâm sàng cần thiết trong mỗi lần tái khám, thuốc cụ thể sử dụng trong nó lần tái khám.

#### **IV. BIẾN CHỨNG**

- Nhiễm trùng. - Giải ép không đủ.

Giải ép quá mức, làm tổn thương khớp cùng đòn hoặc nơi bám cơ Denta.

## **25. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ĐÚT ĐẦU DÀI GẦN NHỊ ĐẦU**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

- Đút đầu dài gần nhị đầu làm giảm sức mạnh cánh tay và đau khi sử dụng lực cánh tay
- Một số trường hợp vẫn còn chức năng cánh tay được điều trị bảo tồn.
- Điều trị phẫu thuật trong trường hợp cần phục hồi sức mạnh cánh tay.
- Có thể cách 1 phần hay hoàn toàn.

Nguyên nhân:

- Chấn thương:
  - Té ngã cánh tay dang quá mức.
  - Nâng vật quá nặng.
- Quá tải:
  - Tổn thương lặp đi lặp lại.
  - Vấn đề tầm vận động khớp vai: viêm gân, bắt chẹn, tổn thương gân chóp xoay,...
- Yếu tố nguy cơ:
  - Tuổi.
  - Những vận động nặng trên đầu: đấu vật, cử tạ,...
  - Quá tải khớp vai: bơi lội, tennis, bóng chày,...
  - Hút thuốc.
  - Điều trị bằng Corticoid.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Triệu chứng**

- Đau đột ngột vùng cánh tay trên.
- Quá tải khớp vai: bơi lội, tennis, bóng chày,...
- Hút thuốc.
- Điều trị bằng Corticoid.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Triệu chứng**

- Đau đột ngột vùng cánh tay trên.
- Có thể nghe tiếng pop hay snap.
- Co thắt cơ nhị đầu khi sử dụng cánh tay.

- Bầm tím từ giữa cánh tay đến khuỷu.
- Đau vùng vai và khuỷu.
- Yếu vùng vai và khuỷu.
- Gập duỗi khuỷu khó khăn.
- Dấu “Popeye”.

## **2. Khám**

- Đau, biến dạng cánh tay (dấu Popeye).
- Rách 1 phần: giữ cơ nhị đầu, BN đau khi gập duỗi khuỷu.
- Có thể có rách gân chóp xoay kèm theo.

## **3. CLS**

- XQ: để loại trừ các tổn thương ở vùng vai và khuỷu.
- Siêu âm gân nhị đầu.
- MRI: chẩn đoán đứt 1 phần hay hoàn toàn gân nhị đầu.

## **III. ĐIỀU TRỊ – THEO DÕI – TÁI KHÁM**

### **1. Điều trị ngoại trú**

#### **a. Điều trị bảo tồn**

- Người già.
- Mức độ vận động thấp.
- Không có tổn thương gân chóp xoay kèm theo.

#### **b. Thuốc**

- Giảm đau.
- Kháng viêm.
- Nghỉ ngơi.
- Chườm lạnh khoảng 20 phút để tránh sưng phù. Tránh chườm trực tiếp trên da.

#### *C. Tái khám*

#### **d. Tập VLTL**

- Bất động bằng đai CT.
- Tập phục hồi tầm vận động và sức mạnh cánh tay.

### **2. Điều trị nội trú**

#### **a. Chỉ định phẫu thuật**

- Đính lại chỗ bám gân vào xương bằng chỉ neo.

- PP key hole.

*b. Thuốc*

- Kháng sinh.

- Giảm đau.

- Kháng viêm,

*c. Tái khám*

*d. Tập PHCN*

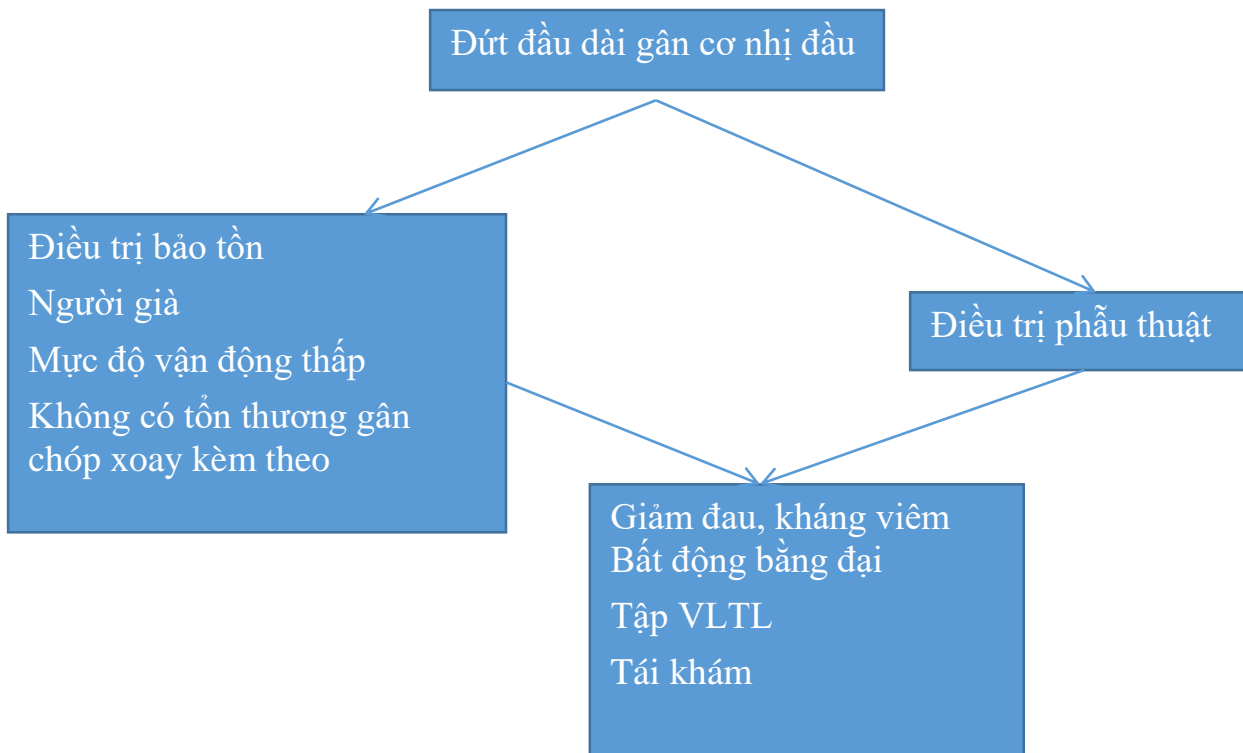
- Bất động sau mổ bằng băng đai CT.

- Tập phục hồi tâm vận động và sức mạnh cánh tay.

#### **IV. BIẾN CHỨNG**

Đứt lại gân nhị đầu.

\* **Lược đồ:**





## 26. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LỖI CẦU NGOÀI

### 1. ĐỊNH NGHĨA

Được mô tả như là quá trình viêm, nhưng tổn thương bị rách vì thế, chủ yếu ở nguyên ủy cơ duỗi cổ tay quay ngấn.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Đau vùng ngoài khuỷu.
- Đau tăng lên khi duỗi cổ tay quay và ngửa cẳng tay có kháng lực hoặc khi cầm vật nặng, thường xảy ra vận động viên không chuyên.

#### 2. Cận lâm sàng

- XQ: bình thường, thỉnh thoảng có viêm gân cơ hóa.
- MRI: tăng bề dày gân trên T1 và T2.
- Giải phẫu bệnh: hình ảnh mô chưa trưởng thành giống tăng sản nguyên bào sợi mạch máu.

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị bảo tồn

- Nghỉ ngơi, nẹp.
- Chườm đá.
- Vật lý trị liệu (siêu âm, kích thích điện, vận động trị liệu kéo giãn và tăng cường sức cơ).
- Thuốc kháng viêm Non-steroid (Meloxicam, celecoxib, Piroxicam..) hoặc chích Steroid tại chỗ (Diprospa, Dectancyl,...)
- Tác dụng phụ của chích Steroid tại chỗ, teo mô mềm, giảm sắc tố da, nhiễm trùng vùng chích.

#### 2. Điều trị phẫu thuật

##### a. Chỉ định:

Không đáp ứng với điều trị bảo tồn từ 6-12 tháng.

- Phẫu thuật: Cắt bỏ mô thoái hóa và làm nhám bề mặt qua phẫu thuật mổ hở hoặc nội soi.
- Tỷ lệ thành công: 98- 99% cải thiện trong vòng 3-4 tháng.
- Phương pháp vô cảm: Tê vùng.

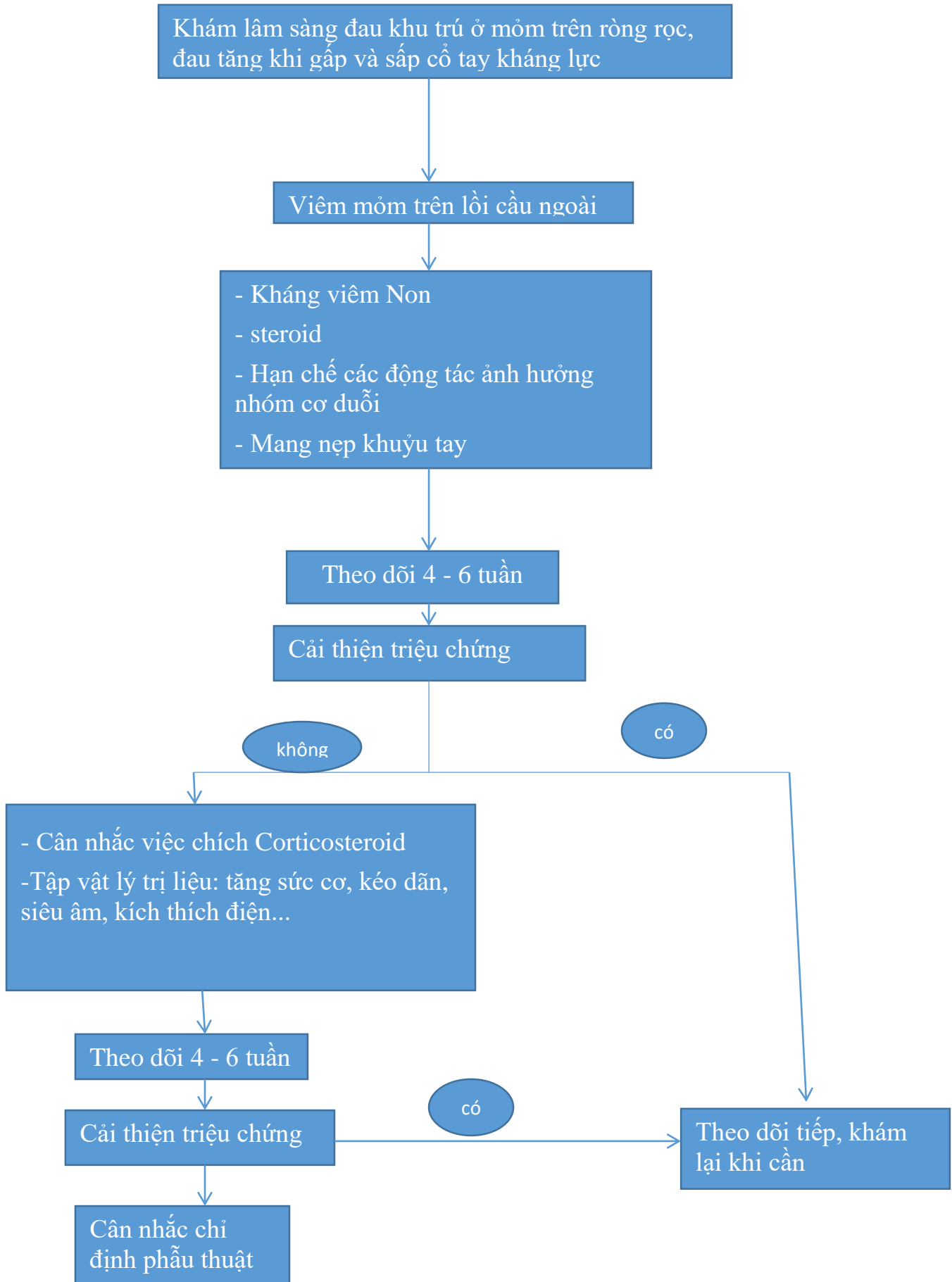
##### b. Biến chứng

- Nhiễm trùng.
- Tổn thương thần kinh quay.

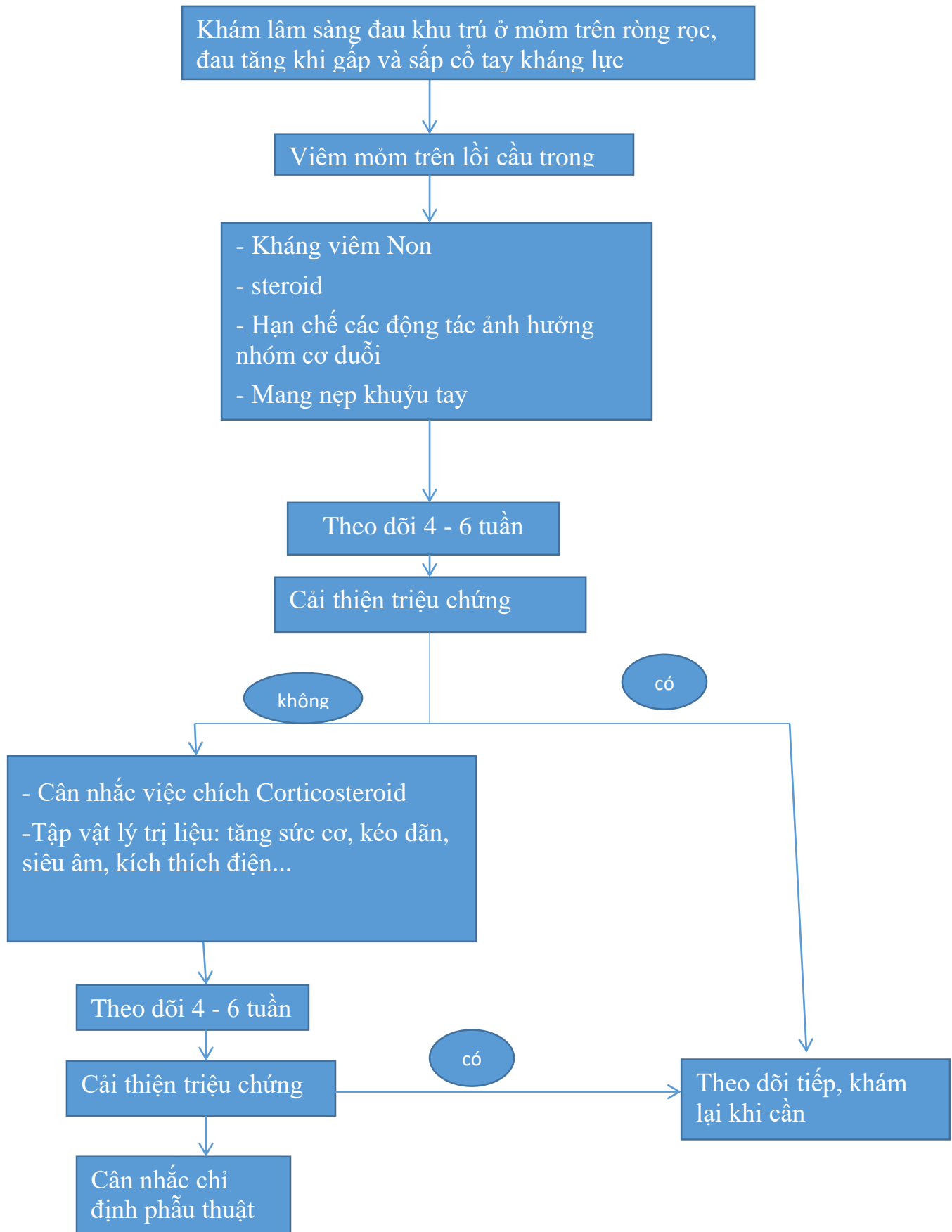
### **3. Hậu phẫu**

- Nẹp bất động 1 tuần.
- Sau đó tập phục hồi tầm vận động khớp khuỷu và tăng dần sức cơ và đạt được bình thường khoảng 3 tháng.

**\* Lược đồ:**



## 27. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LỖI CẦU TRONG



## 28. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỐNG GUYON

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ống Guyon là hậu quả của chèn ép thần kinh trụ trong cấu trúc sợi hình Áng tam giác dài khoảng 1.5cm ở cổ tay. Thành của ống này gồm dây chằng ngang cổ tay nông ở phía trước, dây chằng ngang cổ tay sâu ở phía sau, xương đậu và dây chằng đầu - móc ở phía trong.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Di cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh trụ: ngón 5 và 1/2 trong ngón 4.
- Bệnh nhân có teo cơ gian cốt mu tay hoặc có dấu vuốt trụ.
- Dấu Tinel của thần kinh trụ ở cổ tay dương tính.
- Test Froment dương tính ở tay tổn thương.

#### 2. Cận lâm sàng

Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng chèn ép thần kinh trụ ở ống Guyon và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác tuy nhiên độ đặc hiệu không cao.

#### 3. Phân độ

Tùy theo điện cơ được phân thành mức độ rất nặng, nặng, trung bình và nhẹ

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, thoáng qua, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ gian cốt.
- Đeo nẹp vải cứng bàn tay ở tư thế trung tính.
- Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh, sử dụng dụng cụ rung lắc nhiều (máy khoan).
- Thư giãn cổ tay khi dùng máy vi tính lâu.

##### b. Thuốc sử dụng

- NSAIDs: giúp giảm kích thích thần kinh.
- Vitamin B6 có thể dùng trong 6-12 tuần.
- Steroid

##### c. Theo dõi

- Theo dõi nếu dấu hiệu tể tăng nặng khi nghỉ/làm việc.

*d. Tái khám*

- Sau 2-4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

## **2. Điều trị nội trú**

### **a. Chỉ định**

- Phẫu thuật khi teo cơ gian cốt, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

- Phương pháp phẫu thuật

- Đánh dấu vị trí xương đầu và mỏm xương móc (1cm lên trên và ra ngoài so với xương đầu).

- Rạch da cong nhẹ bắt đầu từ khoảng giữa xương đầu và mỏm xương móc.

- Đường rạch mở rộng lên trên hướng cổ tay đi về phía quay của gân gấp cổ tay trụ.

- Khi đường rạch da qua cổ tay nên zig zag để tránh sẹo co rút.

- Bộc lộ thần kinh trụ từ đoạn gần đến đoạn xa. Xác định thần kinh trụ ở gần mạc giữ gân gấp và đi theo nó qua ống Guyon bằng cách vén gân gấp cổ tay trụ và dây chằng đầu - móc. Cắt dây chằng, cơ gan tay ngắn và mô sợi để giải ép thần kinh trong suốt ống Guyon.

### **b. Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao**

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.

- Thuốc giảm đau, kháng viêm.

- Thuốc tê.

- Chi Nylon 3.0 hay 4.0, chi Viryl 2.0 hay 3.0 chi Chromic Catgut 3.0.

- Dao 15 hay 10.

### **c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)**

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật.

*d. Tái khám*

Sau 1 tuần.

## **IV. BIẾN CHỨNG**

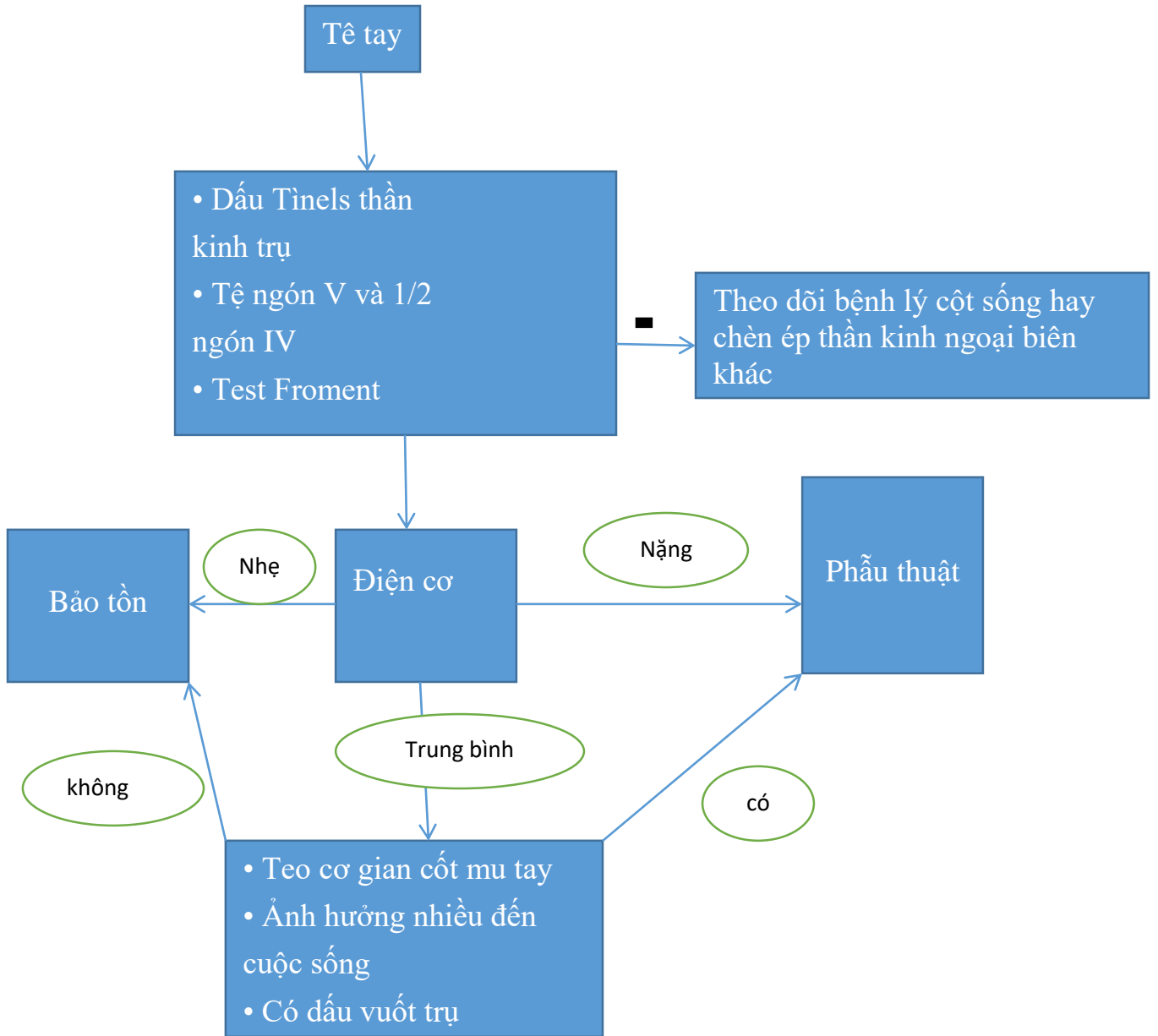
- Chảy máu

- máu tụ.

-Nhiễm trùng.

- Tổn thương thần kinh trụ khi giải ép.

\* **Lược đồ:**



## 29. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ống cổ tay lần đầu tiên được mô tả bởi Paget năm 1854 là tình trạng chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp nhất ở chi trên, là hậu quả của việc thần kinh giữa bị chèn ép trong ống cổ tay.

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

- Dị cảm vùng phân bố cảm giác của thần kinh giữa: ngón I, II, III và 1/2 ngoài ngón IV.
- Thường làm bệnh nhân giật mình thức giấc bởi cảm giác tê hay bỏng rát.
- Bệnh nhân có cơ mô cái teo so với bên đối diện.
- Dấu Tinel dương tính khi gõ vào vị trí thần kinh giữa tại cổ tay.
- Test Phalen dương tính khi gập cổ tay 90° trong khoảng thời gian 60 giây.

#### 2. Cận lâm sàng

Điện cơ thường được dùng để chẩn đoán hội chứng ống cổ tay và các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại biên khác tuy nhiên độ đặc hiệu không cao.

#### 3. Phân độ

Phân độ tùy theo điện cơ được phân thành mức độ rất nặng, nặng, trung bình và nhẹ.

### III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

##### a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Khi bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống và sinh hoạt, không có teo cơ mô cái.
- Đeo nẹp vải căng bàn tay về đêm.
- Tránh hoạt động lặp đi lặp lại của cổ tay, cầm nắm mạnh.

##### b. Thuốc sử dụng

- NSAIDs.
- Vitamin B6.
- Steroid.

##### c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)

##### d. Tái khám



2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

## **2. Điều trị nội trú**

### *a. Chỉ định, phương pháp phẫu thuật*

-Phẫu thuật: khi teo cơ mỏ cái, khi triệu chứng tê, đau thường trực, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

- Rạch da bắt đầu ở đường giữa ở phía trên nếp gấp xa cổ tay, kéo dài khoảng 3cm hướng về phía bờ trụ ngón III.

-Bộc lộ dây chằng ngang cổ tay bằng cách vén các sợi chạy song song của cân gan tay và vén mô mỡ của cơ mỏ út.

-Cắt dây chằng ngang và sau đó dùng kéo Metzenbaum cắt lên trên 2cm đoạn xa của mạc căng tay trước.

- Nếu thần kinh giữa dính vào mặt dưới của dây chằng ngang, có thể tiến hành bóc vỏ bao thần kinh.

- Đóng vết mổ từng lớp và băng ép.

### *b. Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao*

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.

- Thuốc giảm đau, kháng viêm.

- Thuốc tê.

- Chỉ Nylon 3.0 hay 4.0, chỉ Viryl 2.0 hay 3.0 chỉ Chromic Catgut 3.0.

- Dao 15 hay 10.

### *c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)*

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật

### *d. Tái khám:*

Sau 1 tuần

- NSAIDs.

- Vitamin B6.

- Steroid.

## **IV. BIẾN CHỨNG**

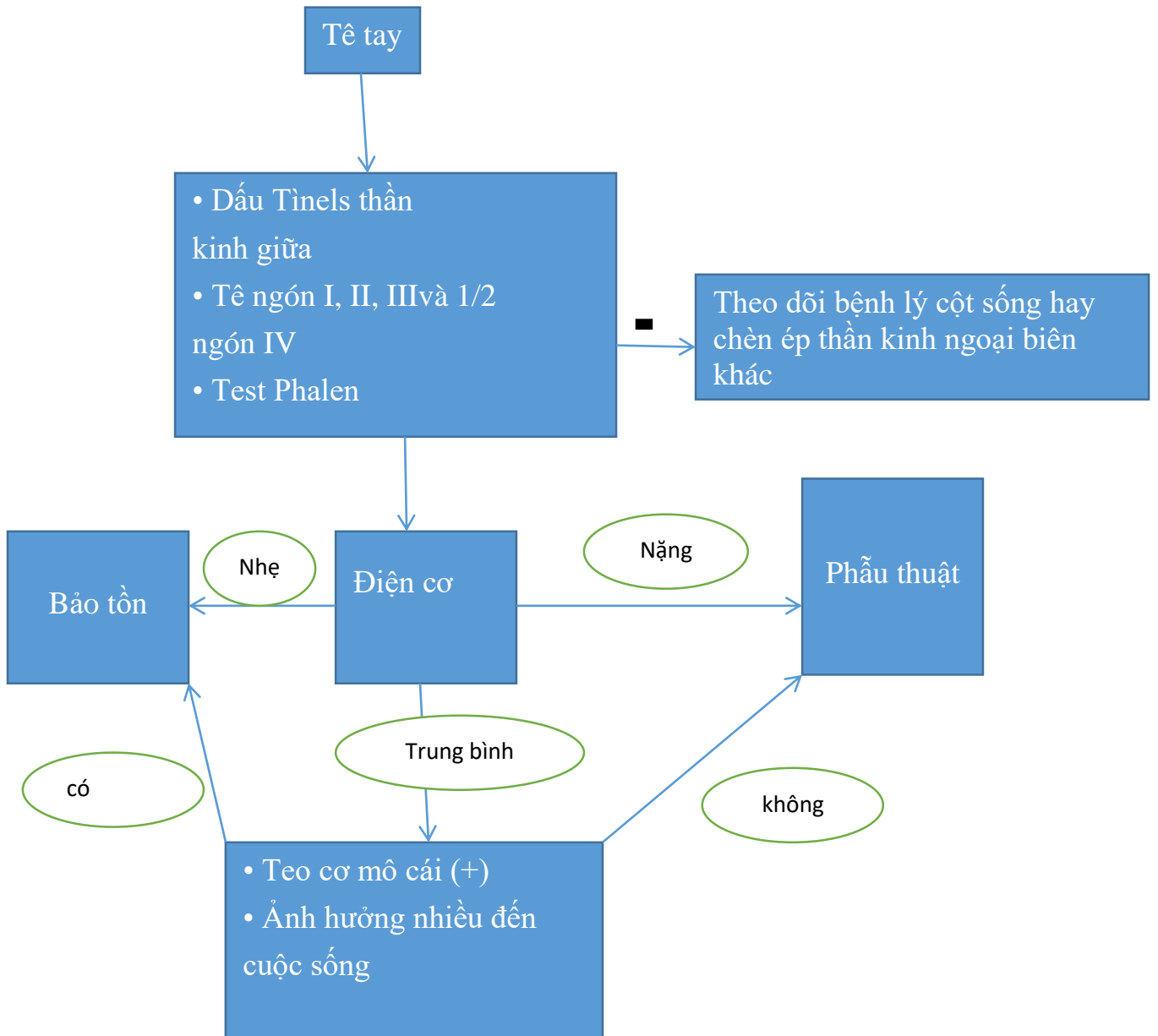
- Chảy máu

- máu tụ.

- Nhiễm trùng.

- Tổn thương thần kinh giữa khi giải ép

**\* Lược đồ:**



## **30. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG VOLKMAN**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Vào năm 1881 Richard von Volkmann đã lần đầu tiên mô tả tình trạng này, ghi nhận vận động và co rút chi sau khi bằng chặt một chi bị chấn thương.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

Biến dạng của bàn tay do hậu quả của co rút và xơ hóa của cơ ngoại lai và cơ nội tại bàn tay. Có thể có biến dạng dư trương lực nội tại (gập khớp bàn ngón, duỗi khớp liên đốt) nhưng đa phần các trường hợp là thiếu trương lực nội tại đã đến biến dạng dạng vuốt (duỗi khớp liên đốt và gập khớp liên đốt).

#### **2. Cận lâm sàng**

Điện cơ có thể phát hiện tổn thương thần kinh trụ hay giữa kèm theo.

#### **3. Phân độ**

Tùy theo điện cơ được phân thành mức độ rất nặng, trung bình và nhẹ dựa trên phân độ của Seddon và Tsuge.

- Độ nhẹ: co rút nhẹ hay cục bộ giới hạn ở cơ gấp ngón sâu, ảnh hưởng đến 2,3 ngón. Cơ nội tại không ảnh hưởng và không có biến dạng cố định. Đa phần các trường hợp nhẹ là do co rút do thiếu máu gặp ở bệnh nhân trưởng thành còn trẻ bị chấn thương dập hay gãy xương vùng cẳng tay.

- Độ trung bình: thường gặp, liên quan đến cơ gấp các ngón sâu và gấp ngón cái dài. Ít gặp hơn đó là gấp ngón nông, gấp cổ tay quay và trụ. Cổ tay và ngón I gấp và tay có biến dạng vuốt do co rút của gân gấp các ngón tay dài. Bệnh lý chèn ép thần kinh có thể xuất hiện và là hậu quả của gân cơ co rút làm chèn ép thần kinh tại các nơi thần kinh chui dưới dây chằng hay vòm sợi. Thần kinh giữa thường bị chèn ép nhất thường là ở trẻ cân cơ nhị đầu, sấp tròn, gấp các ngón nông hay trong ống cổ tay. Thần kinh trụ chèn ép trong ống cánh tay hay giữa 2 đầu của cơ gấp cổ tay trụ. Thần kinh quay hiếm khi bị chèn ép nhưng cũng có thể bị chèn ép ở vòng Frohse hay trong cơ ngựa. Hầu hết các trường hợp co rút độ trung bình là hậu quả của gãy trên 2 lồi cầu xương cánh tay thường gặp ở trẻ 5 đến 10 tuổi.

- Mức độ nặng: ảnh hưởng cả cơ gấp và cơ duỗi. Các biến chứng rất hay gặp bao gồm lát chức năng thần kinh, can lệch hay khớp giả của gãy xương cẳng tay, sẹo xấu co rút vua da, Thường là hậu quả của thiếu máu kéo dài khi tổn thương động mạch cánh tay và chèn ép từ bên ngoài kéo dài.

### **III. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Ở các bệnh nhân bị mức độ nhẹ, đến sớm, chỉ ảnh hưởng 2,3 ngón tay.
- Đeo nẹp vải duỗi cổ tay và các ngón tay chủ động và thụ động.
- Tập vận động tăng sức mạnh cơ nội tại của ngón
- Tập tránh làm hẹp kẽ ngón.

b, Thuốc sử dụng

- NSAIDs.
- Vitamin B6: có thể dùng trong 6 đến 12 tuần.
- Steroid.

c. Theo dõi

d. Tái khám

Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

## **2. Điều trị nội trú**

a. Chỉ định

b. Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật: ở các trường hợp nhẹ đến trễ có thể sờ thấy gân căng dưới da hoặc các trường hợp trung bình/nặng.

- Rạch da vùng tổn thương bằng đường uốn lượn dọc theo mặt trước cẳng tay.
- Xác định và bảo vệ động mạch quay, thần kinh giữa, động mạch thần kinh trụ.
- Kéo cơ gấp ngón nông và gấp cổ tay quay ra ngoài, gấp cổ tay trụ vào trong để bộc lộ cơ gấp sâu các ngón.
- Bộc lộ và cắt bỏ các vùng cơ xơ chai cứng cũng như dây đàn. Thường bị ảnh hưởng nhất là gân gấp sâu ngón III và IV. .
- Nếu cơ sấp tròn co rút, có thể cắt bỏ. Nếu ngón III, IV bị xơ cứng, có thể phải kéo dài gân. Tiến hành kéo dài gân chữ Z ở 2/3 dưới cẳng tay.
- Bắt đầu kéo dài gân bằng đường rạch ở đoạn gân, ở đoạn tiếp giáp gân cơ, phải đảm bảo đủ chiều dài gân để có được sự chỉnh sửa vừa ý. May gân bằng chỉ không tan 4-0.
- Sau mổ bất động cẳng tay ngửa, cổ tay duỗi và các ngón được chỉnh sửa duỗi hợp lý.

c. Thuốc sử dụng, vật tư tiêu hao

- Kháng sinh dự phòng trước mổ.

- Thuốc giảm đau, kháng viêm.
- Thuốc tê. .
- Chi Nylon 3.0 hay 4.0, chi Viryl 2.0 hay 3.0 chi Chromic Catgut 3.0.
- Dao 15 hay 10.

d.Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)

Theo dõi tụ máu, chảy máu sau mổ trong ngày đầu sau phẫu thuật

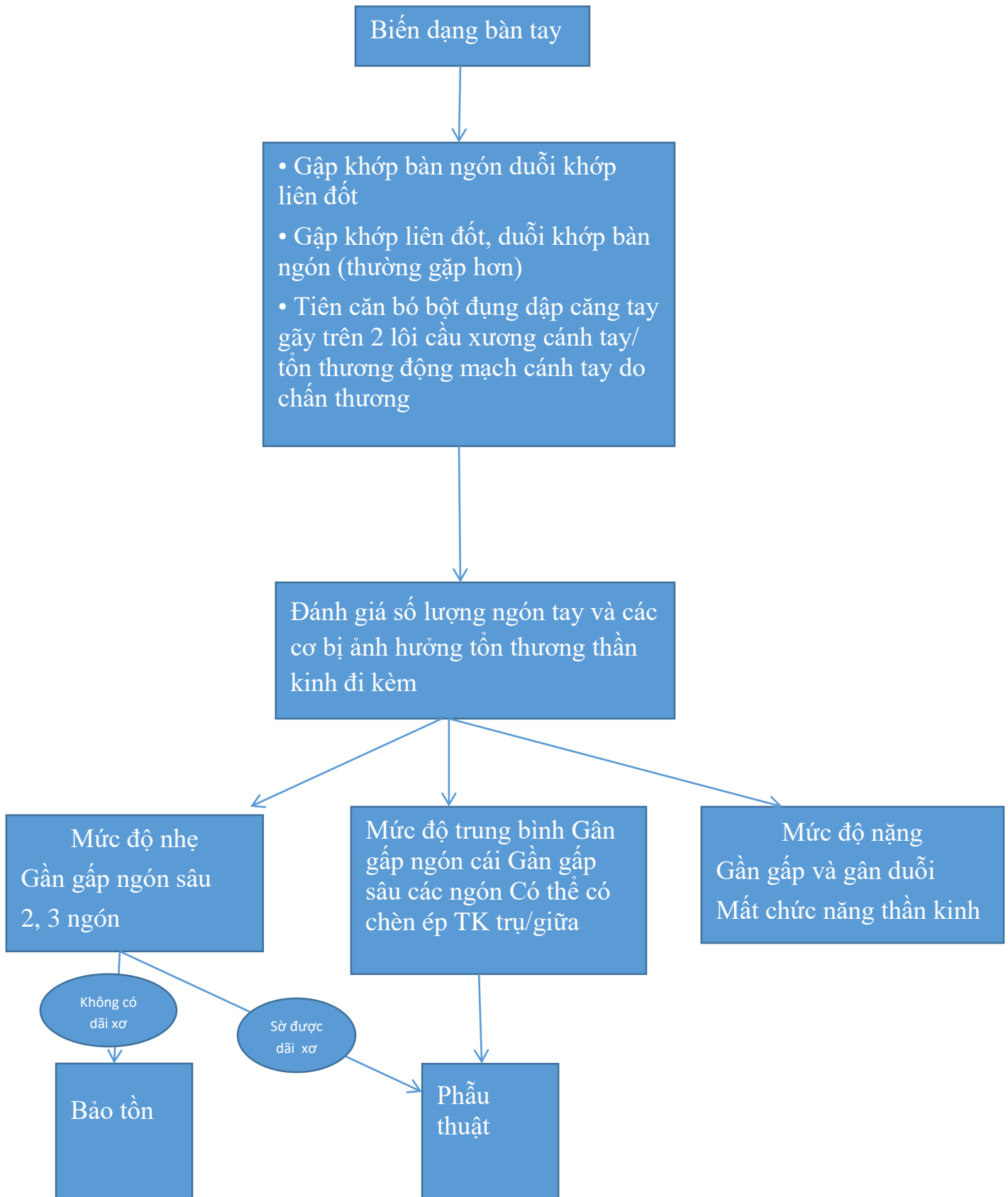
*e. Tái khám Sau 1 tuần.*

- NSAIDs.
- Vitamin B6.
- Steroid.

#### **IV. BIẾN CHỨNG**

- Chảy máu
- Máu tụ.
- Nhiễm trùng.
- Tổn thương thần kinh.

**\* Lược đồ:**



## **31. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM BAO GÂN DẠNG NGÓN I (DEQUERVAIN)**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm hẹp bao hoạt dịch gân dạng dài và duỗi ngón I.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

Lâm sàng:

- Thường liên quan đến hoạt động quá mức hoặc thấp khớp.
- Đau và ấn đau ở mỏm trâm quay.
- Đau tăng lên khi nắm ngón và nghiêng trụ cổ tay (nghiệm pháp Finkelstein).

### **III. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Điều trị bảo tồn**

- Nẹp.
- Thuốc kháng viêm Non - Steroid (Meloxicam, Celecoxib, Piroxicam,...) hoặc chích Steroid (Dipropan, Dectancyl) tại chỗ hầu hết thành công trong 6 tuần đầu.

#### **2. Phẫu thuật**

- Giải ép khoang gân duỗi thứ 1.
- Kết quả không mong muốn sau phẫu thuật.
- Tổn thương nhánh thần kinh quay nông, bán trật gân.

## **32. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY BẬT.**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Viêm hẹp bao gân gấp dẫn đến gây nên mất khả năng duỗi ngón tay.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

Lâm sàng:

- Đau khi ấn hoặc gấp duỗi ngón tay ở vùng khớp bàn ngón.
- Có thể cảm giác kẹt gân hoặc sờ thấy cục u di chuyển khi gấp duỗi ngón tay.

### **III. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Điều trị bảo tồn**

- Nẹp ngón tay thẳng.
- Thuốc kháng viêm Non - Steroid (Meloxicam, Celecoxib, Piroxicam,...) hoặc chích Steroid tại chỗ: Betamethasone Dipropionate + Betamethasone Na Phosphate (Diprospan), Dectancyl,... ..

#### **2. Phẫu thuật**

Cắt ròng rọc A1.



## **33. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG KIỂU KHUY ÁO (BOUTONNIERE DEFORMITY)**

### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Biến dạng kiểu khuy áo là biến dạng mà ngón tay có tư thế gấp khớp liên đốt gần và quá duỗi khớp bàn ngón và khớp liên đốt xa. Nó được đặc trưng bởi rách hoặc đứt dải trung tâm gân duỗi ngay tại hoặc gần nơi bám tận gần cuối làm mất duỗi chủ động của khớp liên đốt gần.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

Ban đầu ngón tay đau và sưng ở khớp liên đốt gần. Khớp này có thể không duỗi thẳng chủ động ra hoàn toàn được, nhưng ngón tay có thể duỗi thụ động dễ dàng. Cuối cùng, sự mất cân bằng dẫn đến hình dạng điển hình của ngón tay là biến dạng kiểu khuy áo.

#### **2. Chẩn đoán**

– Chẩn đoán dựa vào lâm sàng với biến dạng đặc trưng là gấp khớp liên đốt gần và duỗi khớp liên đốt xa.

- Khi mất từ 15-20 duỗi của khớp liên đốt gần với tư thế cổ tay và khớp bàn ngón gấp hoàn toàn gợi ý có tổn thương dải trung tâm gân duỗi.

- Một khi nghi ngờ có biến dạng kiểu khuy áo thì có thể dùng test Elson để cố định khớp liên đốt gần ở tư thế 90° gấp và nói BN duỗi ngón tay. Bệnh nhân còn dài trung sẽ duỗi khớp này mạnh nhưng một khi khớp này bị giữ chặt ở 90° thì bệnh nhân sẽ đ thể duỗi được khớp liên đốt xa. Ngược lại, BN bị đứt dải trung tâm gân duỗi sẽ không thể duỗi được khớp liên đốt gần nhưng duỗi được khớp liên đốt xa.

#### **3. Cận lâm sàng**

XQ thường gồm các tư thế: trước sau, nghiêng và chéch nên được thực hiện. XQ sẽ thấy gãy xương mặt lưng của đốt giữa có kèm trật khớp hoặc bán trật khớp liên đốt gần.

#### **4. Phân độ**

-Biến dạng kiểu khuy áo có thể là kết quả của các tổn thương như: đứt gân, bong giật, Lh hoặc chấn thương kín dải trung tâm gân duỗi ở nơi bám tận. Ngoài ra cũng có thể hồng, viêm khớp dạng thấp, có thất Dupuytren, bệnh lý bẩm sinh.

-Hệ thống phân loại Nalebuff có 3 giai đoạn: dựa vào khả năng gấp thụ động khớp PIP và tình trạng của mặt khớp. .

• Giai đoạn 1: viêm màng hoạt dịch khớp PIP, duỗi khớp hoàn toàn hoặc mất dưới nhẹ. .

- Giai đoạn 2: biến dạng gấp đáng kể khớp PIP, khớp này có thể còn mềm mại hoặc đã cứng khớp.
- Giai đoạn 3: phá hủy khớp PIP.

## II. ĐIỀU TRỊ - THEO DÕI – TÁI KHÁM

### 1. Điều trị ngoại trú

#### a. Chỉ định, phương pháp điều trị

- Hầu hết biến dạng kiểu khuỷu áo có thể điều trị bảo tồn với nẹp nhằm tăng độ duỗi của khớp liên đốt gần và gấp hoàn toàn chủ động khớp liên đốt xa. Biến dạng này nếu được chẩn đoán sớm (3 tuần), tổn thương kín, không bị cứng khớp thì có thể điều trị bảo tồn.

- Thời gian mang nẹp liên tục khoảng 6 tuần rồi mang thêm vài tuần nữa vào ban đêm.

#### b. Thuốc sử dụng

Thuốc kháng viêm, giảm đau đường uống hoặc chích.

#### c. Theo dõi

- Khi duỗi khớp PIP thụ động đạt được tới 0<sup>o</sup> thì khớp này sẽ được giữ ở tư thế quối 0<sup>o</sup> trong nẹp trong 6 tuần và khớp bàn ngón, khớp liên đốt xa để tự do.

- Sau 6 tuần, nếu độ duỗi khớp PIP vẫn duy trì là 0<sup>o</sup> thì bắt đầu cho tập khớp này không quá 300 trong tuần đầu rồi tăng thêm 20 mỗi tuần. Các bài tập gắng sức thì không Ich hợp. Nẹp mang thêm 2-4 tuần vào ban đêm.

#### d. Tái khám

- Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

- Độ nắn chỉnh khớp trong nẹp có thể được đánh giá bằng phim XQ nghiêng.

### 2. Điều trị nội trú

#### a. Chỉ định

– Phẫu thuật

Mục đích của điều trị phẫu thuật nhằm giảm đau, sửa các tổn thương một phục hồi nhiều nhất chức năng khi có thể. Chỉ định phẫu thuật khi:

- Độ II, III theo hệ thống Nalebuff.
- Tổn thương hở, cấp.
- Thất bại với điều trị bảo tồn trên 6 tháng.
- Mất vững mặt lòng của khớp liên đốt gần.

Gãy trật khớp.

- Ngoài ra khi biến dạng khuỷu áo do chấn thương được chẩn đoán là đứt, rách, hoa cắt ngang dải trung tâm thì cũng nên phẫu thuật bộc lộ và khâu lại. - Phương pháp điều trị

---

- Phương pháp điều trị

- Giải phóng nơi bám tận gân.

- Tái tạo dải trung tâm.

- Hàn khớp.

b. Thuốc sử dụng Kháng viêm, giảm đau tùy theo mức độ của bệnh nhân.

c. Theo dõi Vật lý trị liệu tăng cường thêm.

d. Tái khám

- Lần đầu sau một tuần để đánh giá tình trạng vết mổ, do nắn chỉnh khớp.

- Sau 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

- Độ nắn chỉnh khớp có thể được đánh giá bằng phim XQ nghiêng.

#### **IV. BIẾN CHỨNG**

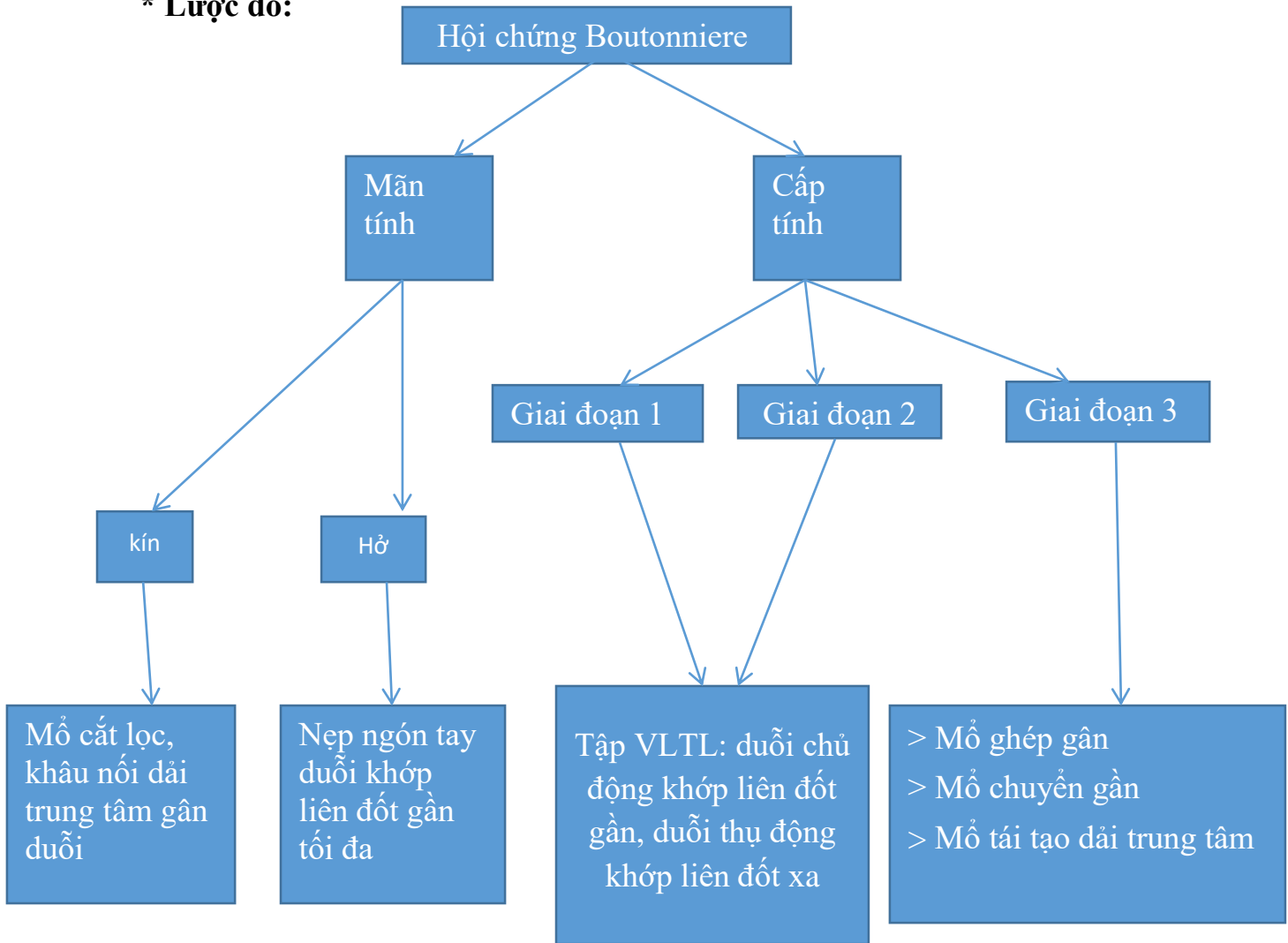
Biến chứng của phẫu thuật như: không nắn chỉnh hết được biến dạng, cứng khớp, giảm chức năng, nhiễm trùng, thất bại dụng cụ.

Biến dạng khuỷu áo.

- Điều trị bảo tồn: độ I, tổn thương sớm, kín, không cứng khớp.

- Điều trị phẫu thuật: độ II, III, tổn thương hở, gãy trật, mất vững mặt lòng, thất điều trị bảo tồn.

**\* Lược đồ:**



## **34. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGÓN TAY HÌNH BÚA (MALLETT FINGER)**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Tổn thương ngón tay hình búa là tổn thương do chấn thương mất duỗi chủ động khớp liên đốt xa gây ra bởi sự bong giật, đứt, hoặc xé rách gân ở nơi bám tận hoặc là gãy nền đất xa nơi có gân bám vào.

### **II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng**

Tổn thương có thể thấy trong thể thao hoặc sinh hoạt. Ngoài ra tổn thương cũng có thể xảy ra tự nhiên ở người có bệnh lý mạch máu collagen hoặc viêm khớp dạng thấp. Bệnh nhân sưng, đau ở khớp liên đốt xa sau chấn thương, ngón tay có tư thế là gấp khớp liên đốt xa và mất duỗi chủ động.

#### **2. Cận lâm sàng**

Chụp ở hai tư thế là thẳng và nghiêng. Cần chú ý mảnh xương bị bong giật tại nền đốt xa mặt lưng và bán trật của khớp liên đốt xa.

#### **3. Phân độ**

Phân loại theo Doyle

Loại I

Tổn thương kín+mảnh xương bong giật mặt lưng

Loại II

Tổn thương hở (rách da)

Loại III

Tổn thương hở (Bào mòn sâu gồm da và mô gân)

Loại IV

Ngón tay hình búa kèm gãy xương

A= Tổn thương sụn tiếp hợp đốt xa (ở bệnh nhi)

B = Mảnh gãy xương từ 20% - 50% mặt khớp (người lớn)

C = Mảnh gãy xương trên 50% mặt khớp (người lớn).

### **III. ĐIỀU TRỊ - THEO DỐI – TÁI KHÁM.**

#### **1. Điều trị ngoại trú**

a. Chỉ định

Ngón tay hình búa không có tổn thương xương hoặc có tổn thương nhưng nhỏ hơn 1/3 mặt khớp thì có thể điều trị bảo tồn. Đó thường là ngón tay mất duỗi chủ động khớp liên đốt xa, những duỗi thụ động hoàn toàn, không kèm biến dạng cổ cò (Swan - Neck) được điều trị với nẹp giúp giữ khớp liên đốt xa.

*b. Thuốc*

Kháng viêm, giảm đau.

*c. Theo dõi*

Giữ nẹp liên tục trong 6-8 tuần và thêm 2-4 tuần vào ban đêm hoặc ban ngày khi làm việc nặng. Bệnh nhân có khớp bị cứng thì thời gian mang nẹp có thể rút ngắn lại. Bệnh nhân mà được điều trị trễ thì thời gian mang nẹp cần lâu hơn.

*d. Tái khám*

- Sau 2-4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.
- Độ nắn chỉnh khớp trong nẹp có thể được đánh giá bằng phim XQ nghiêng.

## **2. Điều trị nội trú**

*a. Chỉ định, phương pháp điều trị*

-Điều trị phẫu thuật khi biến dạng kem gãy xương trên 1/3 mặt khớp hoặc có bán trật một lòng của khớp liên đốt xa hiện diện. Ngoài ra các trường hợp biến dạng hở như độ II, III theo phân loại của Doyle cũng cần phẫu thuật để xử lý phần mềm. Ngoài ra phẫu thuật cũng được chỉ định khi bệnh nhân không thích ứng với nẹp.

- Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật cho biến dạng này như: các kỹ thuật nắn kín và hở xuyên kim qua da, khóa duỗi khớp, hàn dính gân (Tenodesis) hoặc dùng chi thép theo kiểu Tension Band.

*b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)*

Kháng viêm, giảm đau.

*c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi)*

- Sung, bầm, dấu hiệu nhiễm trùng vùng tổn thương.
- Mức độ duỗi của khớp liên đốt xa được phục hồi.

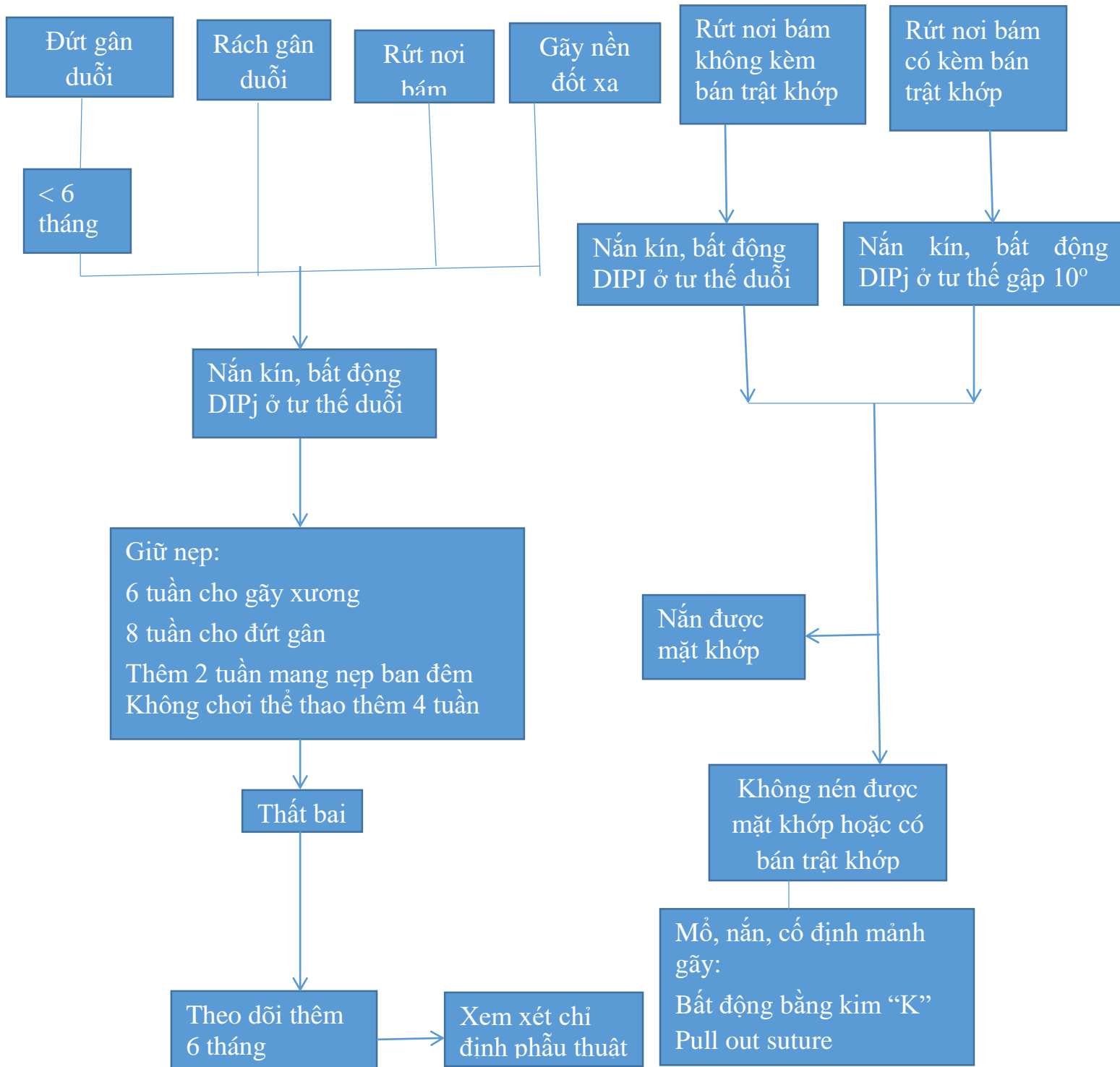
*d. Tái khám*

- Sau 1 tuần: theo dõi tình trạng mô mềm.
- Dụng cụ sẽ được rút sau khoảng 3 tuần rồi mang nẹp thêm 6 tuần nữa.
- Tái khám sau đó mỗi 2 đến 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị.

## **IV. BIẾN CHỨNG**

- Các biến chứng về da khi dùng nẹp như: loét, biến dạng móng, mất đuôi trở lại. Ngoài ra cũng có biến chứng của phẫu thuật như: nhiễm trùng, biến dạng móng, cấp kênh mặt khớp, thất bại dụng cụ, đau kéo dài.
- Ngón tay hình búa: không có tổn thương xương hoặc có tổn thương nhưng nhỏ hơn 1/3 mặt khớp: điều trị bảo tồn với nẹp giúp giữ khớp liên đốt xa.
- Ngón tay hình búa: biến dạng kèm gãy xương trên 1/3 mặt khớp hoặc có bán trật về mặt lòng, biến dạng hở như độ II, III hoặc không thích ứng với nẹp: điều trị phẫu thuật.

**\* Lược đồ:**





## 35. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG CỔ NGŨNG (Swan Neck Deformity)

### I. ĐỊNH NGHĨA

Biến dạng cổ ngỗng được đặc trưng bởi gấp khớp bàn ngón (MCP), quá duỗi khác liên đốt gần (PIP) và gấp khớp liên đốt xa (DIP).

### II. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

#### 1. Lâm sàng

Biến dạng này có thể gây cho khớp ngón tay cảm thấy đau và sưng. Khóa ngón, quá duỗi khớp PIP, gấp khớp DIP. Trong những trường hợp nặng, ngón tay không thể gấp chủ động được khớp PIP..

#### 2. Cận lâm sàng

Chụp ở cả 2 tư thế là thẳng và nghiêng. Xem sự thẳng trục, tổn thương khớp, và loại trừ gãy xương.

#### 3. Phân độ

Phân loại theo Nalebuss (1989):

- Loại I:

- Khớp PIP còn mềm mại ở tất cả vị trí, không đau.
- Không có căng cơ hội tại hoặc mất chức năng.

- Loại II:

- Khớp PIP bị giới hạn ở một vài tư thế.
- Căng cơ hội tại.
- Vận động khớp PIP bị giới hạn khi duỗi khớp MCP kèm nghiêng trụ.

- Loại III:

- Gấp khớp PIP bị giới hạn ở tất cả vị trí.
- XQ gần như bình thường.

Loại IV: Cứng khớp PIP và XQ biểu hiện rõ rệt.

### II. ĐIỀU TRỊ - THEO DỠI – TÁI KHÁM

#### 1. Điều trị ngoại trú

*a. Chỉ định, phương pháp điều trị*

- Mục đích: Nẹp chống lại biến dạng cổ ngỗng (Anti - Swan Neck Splints: ASNS) trực thiết kế để chỉnh hoặc nắn biến dạng này và cải thiện chức năng bàn tay bằng cách cho phép gấp hoàn toàn khớp PIP và tránh quá duỗi.

- Chỉ định:

- Loại I và II: khi khớp PIP được chỉnh tới  $0^\circ$ , dùng nẹp trên tới khớp PIP ở tư thế gấp, và khóa ở  $10^\circ$  duỗi nhằm tránh căng các cơ hội tại và mô mềm khác.
- Loại III: khi khớp PIP không chỉ được tới  $0^\circ$ , nẹp này cũng có thể được dùng nhằm làm giảm độ quá duỗi của khớp, giúp ngón tay gấp trong tầm vận động có thể nhằm cải thiện chức năng.

*b. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)*

*Kháng viêm, giảm đau.*

c. Theo dõi (nêu rõ các dấu hiệu cần theo dõi, thời gian theo dõi tại nhà)

-Tầm vận động chủ động và thụ động: AROM/PROM.

- Sức cầm nắm.

d. Tái khám Sau 4 tuần nhằm đánh giá:

- Độ biến dạng khớp.

- Độ cứng khớp.

-Chức năng bàn tay.

*2. Điều trị nội trú*

*a. Chỉ định phẫu thuật*

*Có biến dạng khớp (loại IV).*

*b. Phương pháp điều trị*

- Hàn khớp với ngón trỏ và ngón giữa.

- Thay khớp cho ngón nhẫn và ngón út.

- Ngoài ra còn có các thủ thuật khác.

*c. Thuốc sử dụng (ghi cụ thể hàm lượng, thời gian dùng)*

*Kháng sinh dự phòng, kháng viêm, giảm đau.*

*d, Theo dõi*

*e. Tái khám*

- Thăm khám hậu phẫu: đánh giá tình trạng vị trí phẫu thuật, phù, cảm giác, đau, mức ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày.

- Tuần 1 tới tuần 4:

• Gấp và duỗi chủ động đến mức giới hạn của nẹp.

• Gấp thụ động khớp PIP và khớp MCP.

- Tuần 6: Gấp và duỗi thụ động tất cả các khớp.
- Tuần 8: tăng trương lực cầm/nắm.

#### IV. BIẾN CHỨNG

Nhiễm trùng, phù nề, đau, đứt lại nơi đính gân, sẹo, giới hạn vận động, đứt chỗ đính gân.

##### \* Lược đồ:

Loại	Mô tả	Điều trị
I	Khớp PIP còn mềm mại ở tất cả vị trí, không đau Không có căng cơ nội tại hoặc mất chức năng	Nẹp hình số 8 nhằm tránh duỗi quá mức. Các thủ thuật gân (chuyên dải bên) nếu được sử dụng nhằm tránh duỗi tĩnh.
II	Khớp PIP bị giới hạn ở một vài tư thế: - Căng cơ hội tại. - Vận động khớp PIP bị giới hạn khi duỗi khớp MCP kèm nghiêng trụ	Giống loại I kèm giải phóng cơ nội tại.
III	Gấp khớp PIP bị giới hạn ở tất cả vị trí X quang gần như bình thường	Nén chỉnh khớp PIP với nẹp tạm thời có kèm hoặc không giải phóng cơ nội tại
IV	Cứng khớp PIP và X quang biểu hiện rõ rệt	Hàn khớp dành cho ngón trỏ hoặc ngón giữa. Thay khớp cho ngón nhẫn và ngón út

# BIÊN DẠNG NGÓN TAY CỔ NGŨNG

## Loại I

Khớp PIP còn mềm tất cả vị trí, không đau

Không có căng cơ nội tại hoặc mất chức năng.

Nẹp số 8 nhằm tránh duỗi quá mức

Các thủ thuật gân (chuyển dải bên) nếu cần để tránh duỗi tĩnh.

## Loại II

Khớp PIP bị giới hạn ở 1 vài tư thế  
Căng cơ nội tại

Vận động khớp PIP bị giới hạn khi duỗi khớp MCP kèm nghiêng trục.

Giống loại I kèm giải phóng cơ nội tại.

## Loại III

Gấp khớp PIP bị giới hạn ở tất cả các vị trí.

X-quang gần như bình thường.

Nắn chỉnh khớp PIP với nẹp tạm thời có kèm hoặc không giải phóng cơ nội tại.

## Loại IV

Cứng khớp PIP và X-quang biểu hiện rõ rệt.

Hàn khớp dành cho ngón trỏ hoặc ngón giữa. Thay khớp cho ngón nhẫn và ngón út.