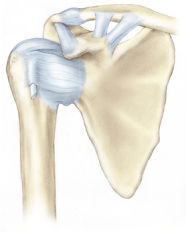


Ths Bs Phạm Ngọc Nhân

I. Giới thiệu chung:

Xẹp ng đòn là một xẹp ng dài, thường nên phần trên của đai vai. Thân xẹp ng dẹt, cong hình chữ S. Phía ngoài khớp vai khớp vào mỏm cùng vai, phía trong khớp vai khớp vào xẹp ng ức. Điểm yếu của xẹp ng đòn là khớp nối giữa 1/3 ngoài và 1/3 trong thân xẹp ng.



Điểm u ngoài, xẹp ng đòn nối với xẹp ng vai qua khớp cùng đòn, dây chằng cùng đòn, dây chằng quỳ đòn và dây chằng cùng quỳ. Dây chằng cùng đòn nằm trên bao khớp cùng đòn, tăng cường thêm điểm u ngoài cho bao khớp, bám vào mặt trong của mỏm cùng vai và xẹp ng đòn ở vị trí # 6mm tính từ khớp cùng đòn. Dây chằng quỳ đòn gồm có 2 bó (Trapezoid, conoid), xuất phát từ phần mỏm quỳ xẹp ng vai và bám vào mặt dưới của xẹp ng đòn, dây chằng trapezoid nằm ở phía ngoài, bám vào mặt dưới của xẹp ng đòn cách khớp cùng đòn khoảng 2cm, dây chằng quỳ đòn bám vào mặt dưới của xẹp ng đòn, cách khớp cùng đòn 4mm.

Khoảng cách bình thường giữa mặt dưới của xẹp ng đòn và mỏm quỳ (khoảng quỳ - đòn) là 1,1-1,3cm.

Điểm u trong xẹp ng đòn khớp vào xẹp ng ức qua khớp ức đòn. Khớp ức đòn là một khớp hoạt động và được cấu thành bởi các dây chằng ức đòn trước, ức đòn sau, sườn đòn và liên xẹp ng đòn.

Đi u tr gấ x ng đòn

Vi t b i Biên t p viên

Th năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - L n c p nh t cu i Th năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

Ngoài ra x ng đòn cũng là n i bám c a m t s c vùng vai nh : C c đòn ch m, bó tr c c Delta và c thang, do v y tùy theo v trí gấ x ng, s co kéo c a các c t o ra các l c bi n d ng khác nhau.

II. Gấ x ng đòn

Gấ x ng đòn là m t ch n th ng th ng g p v i t n su t kho ng 1/1000 m i năm và chi m 2.6% đ n 5% các tr ng h p gấ x ng. H u h t gấ x ng đòn x y ra ở nam tr c 25 tu i, sau đó gi m đ n và r t ít g p ở tu i 35-55 r i tăng đ n tr l i. ở ph n , t n su t gấ x ng đòn ng i đ i 25 tu i và trên 75 tu i là nh nhau

Gấ 1/3 gi a x ng đòn chi m t l 69%- 82% t t c các tr ng h p gấ x ng đòn. Gấ 1/3 gi a x ng đòn th ng g p ở tr em và thanh niên v i l c ch n th ng có năng l ng cao gây gấ nhi u m nh, di l ch nhi u. ở ng i trên 70 tu i th ng do năng l ng th p và x ng gấ ít di l ch.

1. Ch n đoán :

a. Lâm sàng: Có d u hi u gấ x ng. C n l u ý các t n th ng m ch máu, th n kinh, đ m r i th n kinh cánh tay, tràn khí, tràn máu màng ph i

b. X quang:

+ Ch p phim ng c : Đ phát hi n tràn máu- khí màng ph i, gấ x ng s n. M t vài tác gi khuyên ch p phim c t s ng đ lo i tr gấ x ng s n l.

+ X ng đòn :

- Phim th ng v i đ u đèn nghiêng 45 đ . Rowe đ ngh phim nên l y c đ u trên x ng

Đi u tr gãy x ng đòn

Vi t b i Biên t p viên

Th năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - L n c p nh t cu i Th năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

cánh tay, x ng vai và vùng ph i trên

- Đ i v i gãy đ u ngoài x ng đòn, Neer đ ngh ch p thêm t th 2 bên tay xách n ng 10 pound, nghiêng tr c, nghiêng sau 45 đ đ đánh giá m c đ di l ch
- M t s tr ng h p có th kh o sát b ng CT scan, đ t bi t là gãy đ u trong x ng đòn

c. Phân lo i: Ch a có m t h th ng phân lo i gãy x ng đòn nào đ c ch p nh n r ng rãi.

Phân lo i Thomson: D a trên v trí gãy, di l ch và các bi n ch ng th n kinh m ch máu

- Type I : T n th ng kh p cùng đòn
- Type II : Gãy 1/3 ngoài x ng đòn
- Type III: Gãy 1/3 gi a x ng đòn
- Type IV: Gãy 1/3 trong x ng đòn
- A : Di l ch không hoàn toàn
- B : Di l ch hoàn toàn, có/hay không có mảnh r i
- C : T n th ng m ch máu th n kinh

Thomson đ c bi t u ý lo i gãy IIIB, có nguy c kh p g a cao n u đi u tr b o t n vì th ng có c thang chèn gi a gãy.

Phân lo i ATO:

- 15A, 15B, 15C
- 15B1, 15B2, 15B3

Phân lo i Robinson: GXĐ đ c phân thành type 2A (x ng gãy th ng tr c), 2B (di l ch) và 2A1 (không di l ch), 2A2 (g p góc), 2B1 (có mảnh r i nh), 2B2 (gãy 2 , ho c nhi u m nh)

2. Đi u tr :

Đi u tr gấ x ng đòn

Vi t b i Biên t p viên

Th năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - L n c p nh t cu i Th năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

Đi u tr gấ x ng đòn đã đ c th c hi n t th i Hippocrate. Tuy nhiên, tr ng h p gấ x ng đòn do th thao đ u tiên đ c báo cáo vào năm 1702 sau cái ch t c a William III vì gấ x ng đòn và v t úi gi phình đ ng m ch đ i đòn. Nói chung, hi n nay có 2 ph ng pháp chính đ đi u tr gấ x ng đòn là đi u tr b o t n và đi u tr b ng ph u thu t

a. Đi u tr b o t n:

M c tiêu c a đi u tr gấ x ng đòn là ph c h i i ch c năng c a kh p vai nh tr c khi b gấ x ng.

- Ch đ nh: Gấ x ng đòn không di l ch hay di l ch ít (đ i 15mm)
- K thu t: Có r t nhi u k thu t đi u tr b o t n gấ x ng đòn nh ng 2 ph ng pháp th ng đ c s đ ng nh t hi n nay là treo tay (sling) và băng s 8 (Figure-8-bandage)



Đi u tr b ng treo tay làm b nh nhân đ ch u h n là băng s 8, tuy nhiên không có s khác bi t v t l li n x ng và c 2 ph ng pháp đ u không c đ nh đ c gấ sau khi đã n n ch nh.

B nh nhân c n đ c b t đ ng t 2- 6 tu n. Sau 2-4 tu n b nh nhân có th v n đ ng nh kh p vai nh ng không nên đ a tay quá đ u. Các ho t đ ng nâng tay cao quá đ u, ch i th thao, lao đ ng n ng ch đ c th c hi n khi đã có đ u hi u li n x ng trên lâm sàng và X quang

Lubbert và c ng s đã nghiên c u vai trò c a siêu âm xung th p trong vi c làm li n x ng 101 b nh nhân gấ x ng đòn và nh n th y r ng siêu âm không có vai trò trong vi c làm tăng t l li n x ng

Đi u tr gãy x ng đòn

Vi t b i Biên t p viên

Th năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - L n c p nh t cu i Th năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

b. Đi u tr ph u thu t:

+ Ch đ nh:

@ Theo đ c đi m c a gãy x ng:

- Di l ch > 2cm
- Ch ng ng n > 2cm
- Gãy nhi u mnh
- Gãy nhi u t ng
- Gãy h
- Đe d a ch c th ng da
- Khám th y x ng b vai sai v trí hay l t ra

@ Các t n th ng ph i h p:

- T n th ng m ch máu c n khâu n i
- Gi m ch c năng th n kinh ti n tri n
- Có gãy x ng hay t n th ng chi trên cùng bên
- Gãy nhi u x ng s n lân c n
- Kh p vai “ b p b nh”
- Gãy 2 x ng đòn

@ Các y u t b nh nhn:

- Đa ch n th ng c n v n đ ng s m chi trên
- B nh nhn mong mu n s m có l i ch c năng chi

Davies nghiên c u h i c u 56 bn đi u tr gãy x ng đòn b o t n v i th i gian theo dõi 1-2 năm, đánh giá kh năng lao đ ng và sinh ho t, nh n th y 22/56 bn gi m c năng kh p vai và đ ngh nên đi u tr ph u thu t đ c i thi n k t qu đi u tr

Điêu trị gãy xương đòn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - Lần cập nhật cuối Thứ năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

Nowak và cộng sự đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân 208 bị gãy xương đòn với thời gian theo dõi 9-10 năm, cho thấy tỷ lệ khớp gối là 15% trong các trường hợp gãy di lệch hoàn toàn và cho rằng cần xem xét chế độ nhồi máu trộng khoa các trường hợp gãy xương đòn di lệch

Trong một nghiên cứu kết quả điều trị 2144 trường hợp gãy xương đòn từ 1975 đến 2005 các tác giả nhận thấy tỷ lệ khớp gối là 15,1% với điều trị bệnh nhân và từ 2-2,2% nếu điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít hoặc đinh vít. Từ kết quả nghiên cứu này, các tác giả đề xuất chế độ nhồi máu khớp xương cho các gãy xương đòn di lệch, tuy nhiên phải xem xét lại, bởi hầu hết các nghiên cứu này đều có mức tin cậy III hoặc IV

Các đánh giá tiên lượng dựa trên bệnh nhân còn thiếu và khả năng chi phí cũng như là sự cần thiết của khớp vai sau điều trị bệnh nhân gãy xương đòn di lệch. Lenza trên cơ sở tổng hợp các dữ liệu điều trị bệnh nhân và phẫu thuật gãy xương đòn di lệch và cho rằng cần phải có thêm nghiên cứu có độ tin cậy mức I hoặc II khi có khuyến cáo với điều trị bệnh nhân hay phẫu thuật các gãy xương đòn di lệch

+ Kết luận:

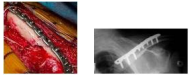
- **Kết hợp xử lý gãy đòn bằng đinh vít hay nẹp vít** được thực hiện với thời gian bệnh nhân nằm ngửa hoặc tư thế “beach chair”, đầu cúi nghiêng về phía dưới di lệch. Đặt một túi hơi dưới xương vai để giúp nâng xương và quan sát được vùng vai sau ngoài khi KHX bằng đinh vít. Cánh tay cũng cần chú ý bịt để giúp kéo nâng thêm trong các trường hợp cần thiết



Rạch da bằng đường xương đòn có thể làm giảm sự kích thích lên sụn và dây chằng gây và đặt nẹp vít trí trường di lệch. Xác định và bệnh nhân nhánh thần kinh trên đòn nếu có thể được.

- Kết xử lý gãy nẹp vít

Đ t n p v trí tr c trên (trên m t cắ c a x ng) t o ra s v ng ch c sinh c h c h n nh ng n i khác, tuy nhiên đ t n p v trí tr c d i cũng thành công v m t lâm sàng. Các thu n l i khi đ t n p tr c d i là ít có kh năng gây t n th ng ph i, màng ph i, bó m ch d i đòn khi b t vít và v lý thuy t cách đ t n p này ít gây ra s kích thích v i implant. Đ t n p v trí tr c d i cũng có m t s b t ti n. Đó là c n ph i bóc tách thêm mô m m và khó t o hình n p h n, dù n p t o hình tr c cho t ng v trí gãy đã có s n



S d ng n p DCP 3,5 mm ho c n p có đ c ng t ng t v i 6 vố cho m i đ u gãy là lý t ng nh t. Các n p bán ng (semitubular), n p m ng th ng không đ v ng và không nên s d ng. N p d o (Reconstruction plates) d t o hình thíc h p v i x ng đòn h n cũng đã đ c s d ng thành công nh ng cũng có nhi u th t b i đã đ c báo cáo. N p khóa th ng không c n thi t và cũng không th y có u đi m h n n p truy n th ng nh ng giá r t đ t.

M t nghiên c u đi u tr 64 bn GXĐ, già trên 60 tu i b ng n p truy n th ng và n p khóa, cho th y t l 3,4% b kh p gi cho c 2 nhóm, có 4 BN đi u tr b ng n p không khóa b l ng n p, vì v y, n p khóa ch nên s d ng cho các bn loãng x ng.

Sau khi KHX n p vít đ v ng, BN có th v n đ ng kh p vai không h n ch ngo i tr đ ng tác đ a tay quá đ u trong 4 -6 tu n sau m cho đ n khi có đ u hi u li n x ng trên X quang

- K t h p x ng đnh n i t y:

Trong h n 40 năm qua, có r t nhi u lo i đnh n i t y đ c dùng đ KHX đòn: Đnh Hagie, đnh Hagie c i ti n, đnh Knowles, đnh Kirchner, đnh steimann, đnh đàn h i, vít x p, vít Herbett. Nhi u c i ti n v implant cũng nh v k thu t đã làm h i sinh ph ng pháp đng đnh n i t y đi u tr GXĐ. So v i n p vít, k thu t đnh n i t y ít c n bóc tách mô m m h n, th m m h n do đ ng m nh và đ tháo implant h n, tuy nhiên KHX đnh n i t y có nguy c di trú v t li u m c dù v i t l th p do có nhi u thay đ i v k thu t và implant (lateral – end locking nuts).

Thị năm, 03 Tháng 7 2014 07:54 - Liên cấp nhứt cử i Thị năm, 03 Tháng 7 2014 08:46

8 / 9

Đi u tr ấ gãy x ả ng đòn

Vi ấ t ả i Bi ấ n t ả p vi ấ n

Th ả năm, 03 Th ả ng 7 2014 07:54 - L ả n c ả p nh ả t cu ả i Th ả năm, 03 Th ả ng 7 2014 08:46

