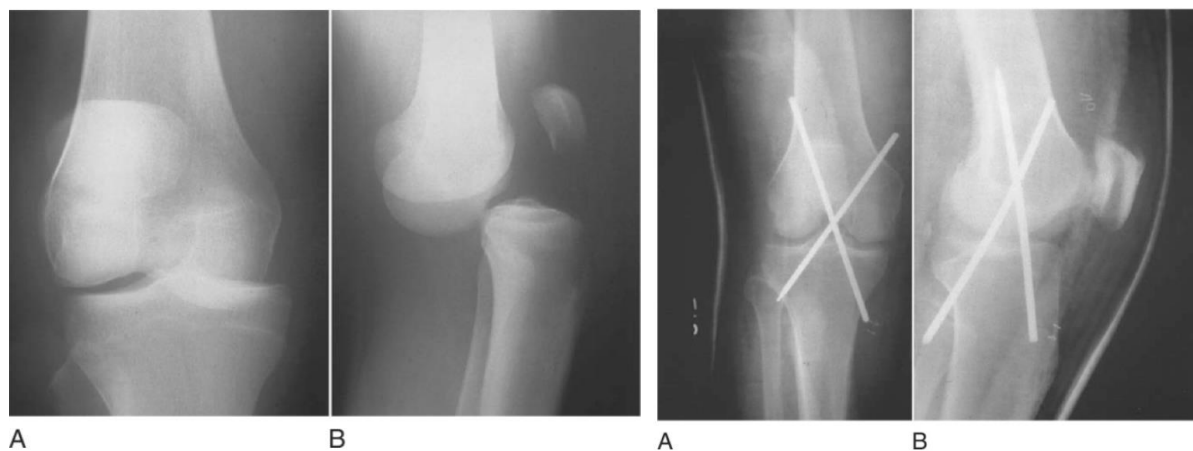


TRẬT KHỚP GỐI

BS. Nguyễn Văn Chương

Khoa Khám chuyên khoa, BV. CTCH TP.HCM

Trật khớp gối là chấn thương hiếm gặp và có vẻ gia tăng hàng năm, trong 1 báo cáo 22 trường hợp trật khớp gối, Kennedy nhấn mạnh tần suất trật khớp gối có thể cao hơn trong thực tế bởi vì rất nhiều khớp gối bị trật đã được tự nắn tại hiện trường mà không được báo cáo về loại trật này.



Trật khớp gối có thể được biểu hiện bằng trật ra trước, sau, trong, ngoài hay xoay; tùy thuộc sự dịch chuyển của xương chày đối với xương đùi. Trật xoay được biểu hiện như trước trong, trước ngoài, sau trong, hay sau ngoài.

Trật khớp gối là một cấp cứu chỉnh hình thực sự. Rất nhiều báo cáo đã nhấn mạnh đến tổn thương lan tỏa của dây chằng và khả năng bị biến chứng mạch máu của tổn thương này. Đánh giá tức thì và sửa chữa sớm bất kỳ tổn thương mạch máu của tổn thương này luôn được đề nghị.

Tần suất của tổn thương mạch máu trong trật khớp gối thay đổi từ 0% trong những báo cáo của Conwell và Alldredge đến 40%, theo những báo cáo của Shields, Mital và Cave.

Sick và King xem lại 61 trường hợp trật khớp gối cấp tính được điều trị tại bệnh viện và phát hiện 21% những bệnh nhân này có tổn thương động mạch khoeo.

Một vài trung tâm sử dụng chỉ số cánh tay, cổ chân để đánh giá tổn thương mạch máu, nhưng chúng tôi đề nghị động mạch đồ nếu có yêu cầu nắn lại khớp gối. Khi có nghi ngờ tổn thương động mạch khoeo, cần khám kỹ lưỡng bao gồm động mạch đồ, và mổ thám sát sớm.

Kennedy báo cáo đã phát hiện 1 bệnh nhân có bàn chân ấm trong khi huyết khối tắc mạch đang hình thành.

Sự mất mạch ở mạch máu bàn chân; nhạy cảm đau, sưng và bầm tím vùng hố khoeo, lạnh và bàn chân bị tím là những dấu hiệu lâm sàng nguy hiểm được biết rõ và khi những dấu hiệu lâm sàng này xuất hiện thì chỉ định cho sự cần thiết thám sát mạch máu tức thời.

Kết quả thường tốt nhất khi sửa chữa mạch máu và nắn lại khớp gối trong vòng 6–8 giờ sau khi bị tổn thương. Tỷ lệ đoạn chi khoảng 11%, nếu mạch máu được sửa chữa phục hồi trong vòng 6 giờ. Tỷ lệ đoạn chi tăng lên 86% nếu phục hồi mạch máu chậm trên 8 giờ.

Kennedy đã báo cáo 7 trường hợp bị tổn thương động mạch khoeo trong 22 trường hợp bị trật khớp gối, và 5/7 trường hợp bị tổn thương động mạch khoeo là đoạn chi trên gối. Meyers và cộng sự đã hồi cứu 33 bệnh nhân, 10 bệnh nhân bị tổn thương động mạch khoeo, có 3 trường hợp phải đoạn chi.

Trong một báo cáo của Sisk và King, 13/61 trường hợp khớp gối bị trật (21,5%) có tổn thương mạch máu được xác định bằng động mạch đồ, phục hồi mạch máu bằng nối trực tiếp hay ghép thành công trong 8 khớp gối; và đoạn chi 5 trường hợp, trong đó 3 trường hợp có sự chậm trễ trong chẩn đoán tổn thương mạch máu.

Tổn thương thần kinh xảy ra từ 16-43% của trật khớp gối thần kinh hông khoeo ngoài bị tổn thương nhiều nhất và tiên lượng của thần kinh phục hồi phải thận trọng. Trong một bài báo cáo của Meyer và cộng sự, 14 trường hợp của 43 trật khớp gối có tổn thương thần kinh hông khoeo ngoài, 12/14 trường hợp không có sự phục hồi thần kinh hông khoeo ngoài ngay thời điểm lúc khám. Trong báo cáo của Sisk và King, thần kinh hông khoeo ngoài bị tổn thương trong 10/61 trật khớp gối chiếm tỷ lệ 16,4%; thần kinh hông khoeo ngoài phục hồi có 3 trường hợp, 4 trường hợp không thay đổi, 2 trường hợp bị đoạn chi vì tổn thương mạch máu và 1 trường hợp không theo dõi được.

Trật khớp gối có thể được nắn hoàn toàn bằng nắn kín sau khi khớp gối được nắn; và bất động khớp gối ở tư thế duỗi là những điều trị tạm thời.

Tuần hoàn mạch máu, thần kinh được kiểm tra thường xuyên trong 5 đến 7 ngày.

Có thể dùng đinh để xuyên qua rãnh liên lồi cầu của xương đùi đến lồi củ mâm chày, dùng để đảm bảo tránh trật lại khớp gối trên 1 cái nẹp hoặc sau khi sửa chữa mạch máu.

Xuyên kim cố định khớp nên thận trọng, vì có thể bị nhiễm trùng chân đinh hoặc bị gãy đinh.

Chúng tôi thấy rằng xuyên kim qua khớp gối để cố định khớp gối có hiệu quả khi bao khớp sau bị rách hoàn toàn, bảo vệ khớp gối sau nắn sẽ đồng trục khi gối duỗi tối đa. Đinh được để từ 4 đến 6 tuần và tập vật lý trị liệu bắt đầu.

Bất động ngoài dành cho gãy trật hở khớp gối với tổn thương phần mềm nhiều, hay khớp gối không vững sau phẫu thuật phục hồi mạch máu.

Trong trường hợp trật khớp gối là trật sau ngoài, nắn trật không được vì có chèn của bao khớp như đã được mô tả bởi Watson Jones và Anderson.

Trong trường hợp lồi cầu trong xương đùi chui qua bao khớp bị rách được mô tả bởi Brennan, Quinlan và Sharrard.

Shields và cộng sự phát hiện ra rằng rách dây chằng bên và gân cơ chân ngỗng cũng ngăn cản việc nắn trật.

Khi một nắn trật kín không được; mổ mở theo một con đường phía trong gối thì cần thiết; tuy nhiên đường mổ tùy thuộc loại trật. Những cấu trúc kẹt vào khớp được lấy ra và phục hồi.

Trong trật khớp gối hoàn toàn; có 2 dây chằng chéo thường bị rách. Hơn nữa, dây chằng trong và dây chằng ngoài cũng bị đứt hoàn toàn.

Quyết định sửa chữa lại dây chằng bằng mổ bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện của những tổn thương xương khác, tổn thương mạch máu và vết thương hở. Nếu có thể được, dây chằng nên được phục hồi sớm.

Trong một báo cáo của Sick và King, nếu phục hồi dây chằng sớm kết quả lâu dài tốt (88%) hơn là bất động đơn thuần (64%). Tuy nhiên, nếu phục hồi không thể được như là tổn thương đòi hỏi phục hồi mạch máu, hay là tổn thương là vết thương hở lớn; kết quả có thể tốt nếu như không mổ.

Nẹp dài được mang hai tuần. Tập cơ chủ động được bắt đầu trong nẹp.

Bệnh nhân không được phép mổ vì lý do tuổi, hoạt động mang những bệnh lý kém, theo dõi lâu dài; bệnh nhân bị cứng gối nhiều hơn là lỏng gối.

Rất nhiều phẫu thuật viên ủng hộ việc mổ sớm của các tổn thương khớp gối, và những kết quả báo cáo bởi Sisk và King ủng hộ phương pháp này.

Kennedy kết luận phục hồi sớm những tổn thương dây chằng mang lại kết quả tốt.

Shields và cộng sự phát hiện 11/12 khớp gối được điều trị phục hồi dây chằng, mang lại kết quả tốt. Trái lại; 9/11 khớp gối được điều trị mà không phục hồi dây chằng, theo dõi lâu dài thấy kết quả không tốt.

Shields và cộng sự kết luận: trật khớp gối được nắn kín, theo sau phục hồi dây chằng là sự chọn lựa điều trị tốt.

Meyers và cộng sự phát hiện 16 bệnh nhân được điều trị phục hồi dây chằng sớm, 13/16 trường hợp có kết quả tốt và khá, ngược lại chỉ có 3 trường hợp có kết quả trung bình và xấu. Trong 13 trường hợp được điều trị bằng nắn kín chỉ có 1 trường hợp khá và 12 trường hợp có kết quả trung bình và xấu.

Khi trường hợp mổ mở được chọn lựa, phẫu thuật viên phải chuẩn bị để phục hồi dây chằng bên trong, bên ngoài, trước và sau. MRI có thể là một công cụ quý giá cho kế hoạch trước mổ.

Tweddle và cộng sự trong một nghiên cứu của 17 trường hợp trật khớp gối trong bệnh nhân bị đa chấn thương nhận thấy rằng MRI có hiệu quả hơn trong chẩn đoán sự lan rộng của tổn thương dây chằng hơn là thăm khám lâm sàng.

Lonner và cộng sự phát hiện khám lâm sàng thì chính xác hơn.

Sai lầm thường gặp trong nghiên cứu trên, tổn thương dây chằng bên ngoài được phát hiện bằng MRI thì khám lâm sàng không phát hiện được; trong trật khớp gối, các dây chằng trên hoặc chéo thường bị giật đứt hơn là rách toàn phần.

Tổn thương góc sau trong của gối đặc biệt gây ra nhiều phiền toái và phải được điều trị sớm (từ 2-3 tuần) để tránh các phẫu thuật tạo hình khớp gối không đáng sau này.

Sau khi cố định khớp gối và theo dõi sát thần kinh mạch máu, chúng tôi thích mổ các tổn thương này trong 3 tuần đầu tùy thuộc vào dây chằng nào bị tổn thương như đã thảo luận ở phần trên.

Khớp gối bị tổn thương không phải góc sau trong có thể được điều trị khi tầm hoạt động khớp gối từ 0-90° được phục hồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Campbell 2007, Fractures and Dislocation, Acute Dislocations - Knee