**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI HỒI**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**1.1 Định Nghĩa:**

Khớp vai là khớp có cử động rộng rãi nhất trong các khớp của cơ thể và bản thân cấu trúc giải phẫu của khớp vai là không vững: Chỏm xương cánh tay thì to hơi tròn, còn ổ chảo thì nhỏ và rất nông (cạn). Tuy vậy, khớp vai vẫn được giữ vững nhờ hệ thống tĩnh và hệ thống động. Hệ thống tĩnh gồm sụn viền, dây chằng ổ chảo cánh tay, bao khớp. Hệ thống động gồm hệ thống cơ vùng cổ vai ngực, sự co giãn phối hợp nhịp nhàng của hệ thống cơ, có sự tham gia tinh tế của hệ thống thần kinh cơ đặc biệt của nhóm các cơ chóp xoay của khớp vai đã tham gia giữ vững khớp vai.

Định nghĩa: Trật khớp vai là mất sự tiếp xúc của diện khớp ổ chảo và chỏm xương cánh tay.

Trật khớp vai tái hồi là tình trạng trật khớp vai từ lần 2 trở lên. Thể hiện bằng mất vững khớp vai: lỏng khớp vai và dễ trật lại.

**1.2. Nguyên Nhân:**

Nguyên nhân dẫn tới trật khớp vai thường gặp trong chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn trong sinh hoạt hằng ngày... trong đó chấn thương thể thao chiếm tỷ lệ cao nhất (58%).

Nguyên nhân trật khớp vai tái hồi:

- Do bất động không đủ thời gian sau khi nắn trật lần đầu tiên.

- Trật khớp vai có gãy mấu động lớn nguy cơ trật lại 23%.

- Bong rứt nơi bám dây chằng ổ chảo cánh tay (Bankart) chiếm 52% đến 67% những trường hợp trật lại.

- Vỡ chỏm xương cánh tay (Hill Sachs).

- Tổn thương bao khớp (Rách, dãn).

- Vỡ sụn viền ổ chảo (SLAP).

- Cơ địa phần mềm lỏng lẻo sẽ có nguy cơ trật khớp tái hồi nhiều hơn.

Tuổi bệnh nhân càng trẻ nguyên nhân trật tái hồi càng cao, khả năng do chấn thương mạnh và nhất là thiếu tập phục hồi chức năng sau khi nắn trật.

**1.3. Phân Loại:**

Gồm có trật khớp vai ra trước (chiếm đến 90%), trật khớp vai ra sau, trật khớp vai xuống dưới. Đối với trật khớp vai ra trước Rockwood phân loại như sau:

- Theo mức độ vững : trật và bán trật

- Theo diễn tiến: bẩm sinh, cấp tính, mãn tính, tái hồi

- Theo lực tác động: chấn thương, không chấn thương

- Theo sự góp phần của bệnh nhân: tự ý hoặc không tự ý

- Theo hướng trật: dưới quạ, trong quạ, dưới đòn, dưới vai.

Theo John J.Perry & Laurence D.Higgins (Sports Injuries 2001, 1027-1036) thì mất vững khớp vai được phân thành 5 loại:

- Trật - bán trật ra trước sau chấn thương.

- Trật - bán trật ra sau, sau chấn thương.

- Trật - bán trật ra trước không do chấn thương.

- Trật - bán trật ra sau không do chấn thương.

- Trật - bán trật đa hướng.

**1.4. Tổn Thương Quanh Khớp:**

- Tổn thương Bankart: Tổn thương Bankart là sự bóc tách điểm bám của dây chằng ổ chảo cánh tay, mà chủ yếu là dây chằng ổ chảo cánh tay giữa và dưới ra khỏi sụn viền ổ chảo.

Ngoài ra còn có tổn thương Bankart xương, tức là gẫy (vỡ) miếng xương ổ chảo, rách hoặc mòn sụn viền ổ chảo do trật khớp vai tái hồi đa hướng. Tổn thương Bankart nếu không được phục hồi giải phẫu thì gặp trật tái hồi khoảng 67% [03]

- Tổn thương Hill Sachs: Đây là tổn thương do chỏm xương cánh tay bị cắm vào bờ ổ chảo lúc trật khớp vai; gặp khoảng 80% trong trật khớp vai ra trước; gặp 25% trong trật khớp vai ra sau và gặp 100% trong trật khớp vai tái hồi [04].

- Tổn thương bao khớp: Có thể tổn thương một phần hoặc hoàn toàn, hay gặp phần trước dưới của bao khớp do tư thế trật khớp vai ra trước, hơn nữa đây là vùng mỏng nhất của bao khớp (dưới 1mm), bình thường chỗ khác dầy trên 1,5mm. Tổn thương bao khớp hoặc rách khoang chóp xoay làm tăng sự dịch chuyển ổ chảo và chỏm xương cánh tay.

- Tổn thương sụn viền trên (Superior Labral Lesions): Hintermann & Gachter [06] nhận thấy rằng 14/212 (7%) bệnh nhân bị mất vữngkhớp vai có tổn thương sụn viền trên. Taylor & Arciero [10] cũng nhận xét 6/63 (10%) bệnh nhân bị tổn thương sụn viền trên. Pagnari et al [09] nghiên cứu trên xác, nhận thấy tổn thương sụn viền trên tham gia vào mất vững khớp vai.

- Các tổn thương khác: tổn thương gân cơ chóp xoay, gân cơ nhị đầu , vỡ mấu động lớn, vỡ mấu động nhỏ.

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1. Bệnh Sử:**

Bệnh nhân có tiền sử trật khớp vai sau một chấn thương hoặc tự phát, nhưng sau đó phát hiện trật lại một đến nhiều lần.

- Đã trật khớp vai mấy lần.

- Động tác dễ gây trật nhất.

- Lực tác động mạnh hay nhẹ.

**2.2. Khám Lâm Sàng:**

Những bệnh nhân bị trật khớp vai tái hồi thì không còn những triệu chứng của trật khớp vai cấp tính nữa; như: đau, sưng khớp vai, bất lực vận động khớp vai, bầm tím da vùng vai nách, hõm nách rỗng (shoulder labral tears and instability 2007, p181). Khám lâm sàng chủ yếu để chẩn đoán mất vững khớp vai.

- Test sợ (Apprehension test): được thực hiện bởi Neer & Foster, bệnh nhân ngồi hoặc đứng, vai dạng 90 độ và xoay ngoài; người khám một tay ép vào hõm vai, tay kia nắm cổ tay bẩy ra sau, kiểm tra mất vững ra trước của khớp vai. Hoặc bệnh nhân được nằm ngửa, vai dạng và xoay ngoài tối đa, tay người khám đè ưỡn khuỷu ra sau làm cho bệnh nhân có cảm giác đau hoặc lỏng khớp vai.

- Test Ngăn kéo trước và test Ngăn kéo sau: bệnh nhân nằm ngửa, vai dạng 90 độ, khuỷu gấp 90 độ; một tay người khám cầm nắm đầu trên cánh tay bệnh nhân, tay kia cầm nắm khuỷu của bệnh nhân. Tay người khám nắm đầu trên cánh tay của bệnh nhân đưa ra trước (ngăn kéo trước), đưa ra sau (ngăn kéo sau) kiểm tra độ lỏng lẻo của khớp vai.

- Test Hawking & Bokor (Load and Shift test): Xác định chính xác mức độ tải và thay đổi của khớp vai. Mục đích thang điểm đo độ dịch chuyển của chỏm xương cánh tay so với ổ chảo. Mất vững được chia thành 4 độ, từ 0 - 3+ tất cả 3 hướng ( trước, sau, xuống dưới); Test này rõ nhất là thực hiện dưới gây tê.

- Dấu hiệu Sulcus (Sulcus sign): Dấu hiệu này dựa trên nền tảng ngăn kéo dưới. Dấu hiệu này được chỉ định trong mất vững khớp vai xuống dưới và đa hướng. Bệnh nhân trong tư thế ngồi, cánh tay của bệnh nhân ở bên cạnh thân người, đẩy xương cánh tay xuống dưới; khoảng cách giữa mỏm cùng vai và đầu trên xương cánh tay cũng được chia thành 4 độ, từ 0 - 3+; khi đánh giá độ 2 trở lên, tức là bao khớp giãn rộng, đặc biệt lỏng bao khớp vùng trước dưới.

Ngoài ra còn một số test khác nữa, đồng thời cũng khám luôn dấu hiệu của viêm gân cơ nhị đầu, gân cơ chóp xoay, cũng như những tổn thương thần kinh, mạch máu...

**2.3. Cận Lâm Sàng:**

- Chụp XQ khớp vai: khớp vai được chụp XQ ba tư thế là thẳng, nghiêng, chếch 25 độ (đèn từ sau dưới nách); Chụp lấy hình ảnh tổn thương Hill Sachs là chụp thẳng trước sau, cánh tay xoay trong tối đa.

- Chụp CT scan và MRI: CT scan đánh giá 3 chiều những tổn thương xương, giúp chúng ta chỉ định phương pháp mổ, tiên lượng và chế độ luyện tập.

MRI giúp đánh giá toàn diện cả phần mềm: dây chằng ổ chảo cánh tay, sụn viền cũng như xương ổ chảo cánh tay, gân cơ chóp xoay, bao hoạt dịch mỏm cùng vai, dây chằng khớp cùng đòn. đưa tới phương án điều trị hiệu quả nhất.

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn Đoán:** dựa vào bệnh sử có trật khớp vai từ 2 lần trở lên.

**3.2 Nguyên Nhân:**

Do sau chấn thương, do tự phát, do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, do tai nạn thể thao.

Dựa vào XQ, CT, MRI để xác định tổn thương quanh khớp vai.

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Mục Đích Điều Trị:** Trả lại giải phẫu của khớp vai, trả lại chức năng ban đầu như lúc chưa bị trật.

**4.2 Nguyên Tắc Điều Trị:**

- Điều trị bảo tồn những trường hợp nhẹ; trường hợp già yếu.

- Điều trị phẫu thuật (mổ mở hoặc mổ nội soi) những trường hợp tổn thương nặng, người trẻ năng động, vận động viên thể thao.

- Tập phục hồi chức năng theo quy trình.

**4.2.1. Điều Trị Bảo Tồn:** Khớp vai được nắn lại tương tự nắn trong trật khớp vai lần đầu, có khi bản thân bệnh nhân cũng tự nắn được. Hạn chế xoay ngửa tay ra sau. Tỷ lệ trật lại cao.

Row and Sakellaride [11]: Tỷ lệ tái trật lại 58% trong số 398 bệnh nhân.

Tác giả nhấn mạnh tái phát liên quan đến tuổi, dưới 20 tuổi tỷ lệ tái phát 94%; từ 20t - 40t là 79%; trên 40t là 14%.

Howlius et al [05]: Có 52/247 khớp vai bị trật lại, ông nhận thấy những bệnh nhân dưới 25 tuổi nguy cơ tái trật là trên 60%, do tuổi trẻ liên quan mức độ hoạt động mạnh.

Arciero et al [01]: so sánh giữa nhóm mổ và nhóm không mổ khớp vai bị trật, thấy nhóm không mổ bị trật lại 86%. Nhóm mổ có 14% trật lại.

Killy et al [07]: Nghiên cứu ở những bệnh nhân bị tổn thương Bankart, thì nhóm không mổ có 47% bị trật lại, còn nhóm có mổ là 15,9%.

**4.2.2. Điều Trị Bằng Phẫu Thuật:**

**4.2.2.1. Mổ Mở:** Hiện nay nhiều phẫu thuật vẫn được áp dụng, khi mảnh vỡ xương sụn lớn trên 1/3 đường kính ổ chảo, khả năng mổ nội soi thất bại. Nhược điểm: Tàn phá mô mềm nhiều; Tập PHCN chậm; Dễ nhiễm trùng. Nhiều phương pháp được kể đến, như:

\* Phẫu thuật Bankart: Phục hồi sụn viền trước và bao khớp.

\* Phẫu thuật Putti-Platt: Tái tạo cơ dưới vai hoặc dời vị trí bám tận gân cơ dưới vai trong trường hợp không làm được bằng nội soi.

\* Phẫu thuật Davi P Huberty: Ghép xương bờ trước ổ chảo bằng xương tự thân hoặc đồng loại (xương mào chậu).

\* Phẫu thuật Stephen S.Burkhart: Chuyển mỏm quạ xuống trám vào bờ trước ổ chảo bị khuyết. Kỹ thuật này được thực hiện khi phẫu thuật nội soi không làm được.

\* Phẫu thuật Davit P.Huberty-Stephen S.Burkhart: Chuyển nơi bám của gân cơ dưới gai vào chỗ khuyết Hill Sachs. Kỹ thuật này cũng được áp dụng khi phẫu thuật nội soi thất bại.

**4.2.2.2. Phẫu Thuật Nội Soi:**

Nội soi giúp khảo sát chính xác những tổn thương, điều trị kịp thời, triệt để và không tàn phá mô mềm, ít đau sau mổ, tập PHCN sớm.

Quy trình Phẫu thuật nội soi khớp vai được xây dựng chặt chẽ, như: Chuẩn bị bệnh nhân, chuẩn bị dụng cụ mổ, dụng cụ phụ trợ, tư thế bệnh nhân trên bàn mổ, đường vào khớp vai.

- Cắt lọc mô viêm, bộc lộ vùng tổn thương.

- Khâu bao khớp - sụn viền bằng chỉ neo (Suture anchors).

- Khâu bao khớp bằng chỉ Fiberwire.

- Đính lại mảnh xương sụn vỡ qua nội soi hoặc ghép xốp qua nội soi.

- Cắt lọc khâu lại gân cơ chóp xoay bị rách bằng chỉ neo, mối rời.

- Sau 3 - 5 ngày ra viện được, cắt chỉ sau 7-10 ngày.

**4.2.3. Điều Trị Sau Mổ Và Tập Phục Hồi Chức Năng:**

- Chườm đá (trong túi chườm lạnh) vùng vai trong vòng 48g sau mổ.

- Tay mổ được đeo đai vai trong 4 - 6 tuần.

- Tập sớm ngay ngày đầu tiên bằng gồng cơ, co duỗi khuỷu tay, cổ tay bàn tay và các ngón tay.

- 3 tuần đầu tập vận động chủ động có trợ giúp. Tập sức cơ bằng gồng cơ.

Hạn chế xoay ngoài, không đưa tay ra sau.

- Sau 4 tuần tập vai thả lỏng, đưa tay ra trước và ra sau nhẹ nhàng được. Xoay ngoài khoảng 20 độ, xoay trong khoảng 10 độ.

- Sau 8 tuần tập chủ động đưa tay ra trước, ra sau với biên độ rộng hơn, tập dạng tay, và tập bàn tay đi bộ trên tường.

- Sau 3 tháng tập mạnh sức cơ, tăng xoay ngoài và các bài tập kéo dãn bao khớp.

- Sau 6 tháng tập vận động chuyên ngành thể thao.