

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY THÂN XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Theo vị trí giải phẫu từ :
 - Dưới lồi cũ trước xương chày 1cm/dưới khớp gối 3 khoát ngón tay
 - Đến trên Khớp cổ chân/khớp chày-sên 3 khoát ngón tay
- Là loại gãy dưới hành xương của mâm chày và trên hành xương của trần chày
- Ở người lớn, được ước lượng như dưới mặt khớp mâm chày khoảng 10cm và trên trần chày khoảng 7cm.

II. PHÂN LOẠI:

1. Theo AO/ASIP cho các trường hợp gãy kín 2 xương cẳng chân:

Độ A : Xương chày gãy đơn giản.

A1: Gãy chéo vát > 30 độ.

A2: Gãy chéo vát < 30 độ.

A3: Gãy ngang.

Độ B: Xương chày gãy có mảnh rời, gồm:

B1: Gãy xoắn vặn cá mảnh rời.

B2: Gãy có mảnh rời chéo vát.

B3: Gãy có nhiều mảnh rời nhỏ

Độ C: Xương chày gãy phức tạp, gồm:

C1: Gãy chéo xoắn nhiều mảnh.

C2: Gãy 3 đoạn.

C3: Gãy vụn cả một đoạn xương.

Kèm theo nếu :

(-1): Không gãy xương mác.

(-2): Gãy xương mác không cùng mức.

(-3): Gãy xương mác cùng mức.

Phân loại này ý nghĩa trong điều trị, tuy nhiên phân loại này thường khó nhớ cho các phẫu thuật viên.

2. Theo GUSTILO cho các gãy xương hở (thường sử dụng):

Độ	Vết thương	Tổn thương xương	Tổn thương mô mềm
I	Da bị hở ≤ 1 cm, xương thường từ trong đâm ra ngoài. Vết thương hoàn toàn sạch	Đường gãy thường đơn giản là ngang hay chéo ngắn	Rất ít
II	Da bị xé rách ≥ 1 cm	Đường gãy ngang đơn thuần hay chéo ngắn kèm theo mảnh thứ ba	Tương đối rộng Da bị tróc còn cuống hoặc có thể bị mất da

III			
A		Xương bị gãy làm 2 – 3 đoạn (giống có mảnh nhỏ)	Tổn thương xé rách còn cuống, tổn thương phần mềm rộng nhưng vẫn đủ phần mềm để che xương.
B		Bóc hẳn màng xương lộ ra ngoài	Mất phần mềm nhiều, bị lộ màng xương và lộ xương, nguy cơ nhiễm trùng cao
C			Các cơ gân như bị đứt hết Tổn thương nặng về bó mạch thần kinh kèm theo cần phải sửa chữa (nối hoặc ghép) bất kể độ lớn của tổn thương phần mềm.

III. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

Việc điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố do phẫu thuật viên đánh giá

- Gãy vững hay không vững
- Các yếu tố nguy cơ, các tổn thương kèm theo

1. Điều trị bảo tồn : Chỉ sử dụng khi đánh giá gãy vững, không có yếu tố nguy cơ – biến chứng kèm theo => bó bột tròn ngay hay sau khi nắn chỉnh (có thể rạch dọc bột, kê chân cao).

Chỉ định: Không hoặc ít di lệch.

Gãy cành tươi ở trẻ em

Gãy kín 2 xương cẳng chân có đường gãy ngang hoặc chéo vát < 30⁰, gãy có mảnh bươm nhỏ hơn 25% chu vi thân xương

Có thể áp dụng với gãy hở độ I, vết thương sạch, thời gian ≤ 6 giờ

- Bó bột có rạch dọc từ 1/3 trên đùi tới bàn chân, gối gấp nhẹ 7⁰ - 10⁰.
- Để bột 5-7 ngày hết sưng nề => quấn băng tăng cường và để bột 8-10 tuần.
- Với trường hợp gãy ngang: sau 2 tuần bó bột cho tập đi có tỳ nén tăng dần lên chân tổn thương, đến 4 tuần có thể thay bột Sarmiento cho tập đi có tỳ dè.
- Các di lệch trong bột chấp nhận (chông ngắn < 1,5 cm, gập góc ra ngoài hoặc vào trong < 5⁰, gập góc ra trước hoặc ra sau < 10⁰)

2. Điều trị phẫu thuật:

2.1. Chỉ định phẫu thuật:

- Khẩn cấp:

Gãy hở độ IIIB, IIIC.

Gãy hở kèm phạm khớp

Gãy xương kèm phạm khớp

Có kết hợp với các chấn thương khác (đa thương)

- Sớm :

Gãy hở độ I, II, IIIA

Gãy xương kín nát, nhiều tầng

Gãy kín có tổn thương mạch máu – thần kinh, có các biến chứng khác như chèn ép khoang, shock chấn thương ...

- Có trì hoãn :

Gãy kín di lệch nhiều không biến chứng.

Điều trị bảo tồn thất bại (nắn chỉnh không đạt yêu cầu).

Di lệch bột thứ phát.

2.2. Phương pháp kết hợp xương bên trong:

- Đóng đinh nội tuỷ Kuntscher, đinh Rush (áp dụng cho gãy vững).

- Đinh nội tuỷ có chốt (áp dụng cho gãy không vững, gãy hở độ I - II có thời gian ≤ 6 giờ)

- Kết hợp xương nẹp vít:

- Sử dụng khi vị trí gãy sát gần các đầu xương không thuận tiện cho việc bắt chốt, gãy nát nhiều tầng thân xương.

- Ngày nay thường sử dụng kỹ thuật bắt cầu và nẹp luôn, có khóa để tránh làm tổn thương phần mềm nhiều.

2.3: Kết hợp xương bằng khung cố định ngoài:

- Chỉ định:

Gãy hở từ độ IIIA trở đi.

Gãy hở đến muộn.

Gãy kín tình trạng phần mềm xấu.

Gãy hở nhiễm khuẩn.

- Loại khung cố định ngoài hay dùng:

Khung kiểu Ilizarov (có hoặc không có cải tiến).

Khung kiểu AO.

Khung kiểu VTT.

Cọc ép ren ngược chiều của GS Nguyễn Văn Nhân.