



## DỰ ÁN HÒA NHẬP

# Gãy xương và trật khớp chi trên



# Gãy xương và trật khớp chi trên



# Nội dung

- I. Giới thiệu
- II. Bệnh lý
- III. Các loại gãy xương và trật khớp chi trên
- IV. Khớp vai
- V. Khớp khuỷu

# Nội dung (tiếp)

VI. Điều trị gãy xương

VII. Lượng giá Hoạt động trị liệu

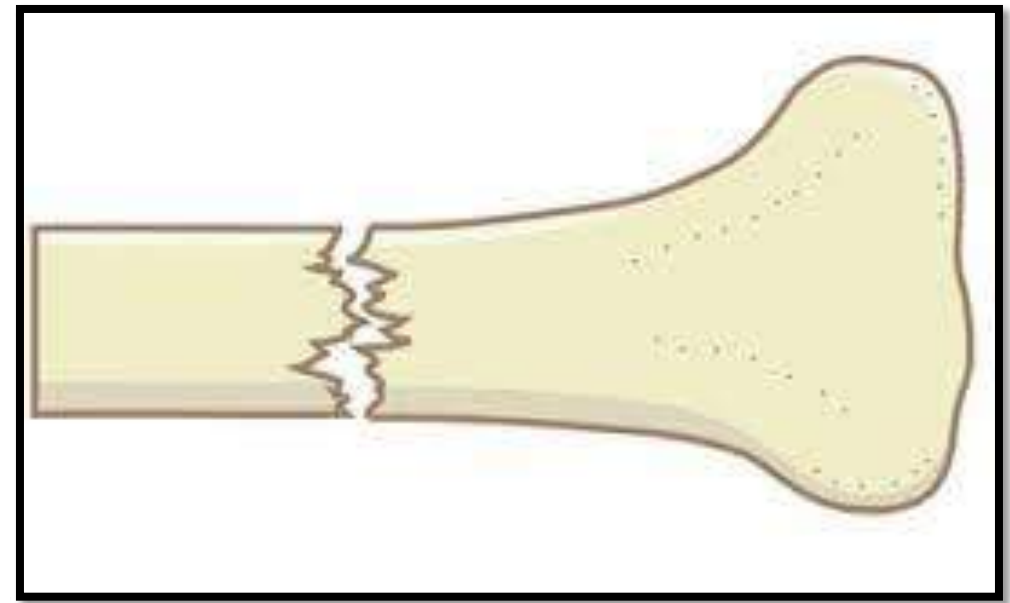
VIII. Can thiệp Hoạt động trị liệu

# Thuật ngữ sử dụng trong bài học

- #- Gãy xương
- **AROM** – Tâm vận động chủ động
- **PROM** - Tâm vận động thụ động
- **AAROM** – Tâm vận động chủ động có trợ giúp

# I. Giới thiệu

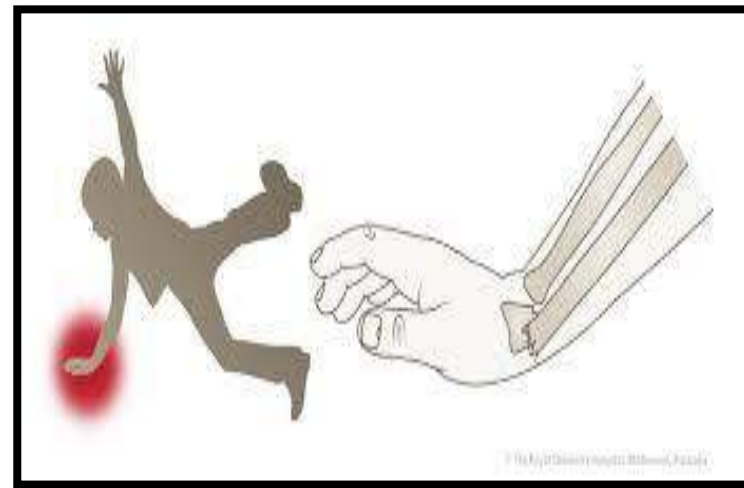
- Gãy xương là tình trạng mất tính liên tục của xương
- Lực tác động bên ngoài lên xương mạnh hơn sức chịu đựng của xương. Và một khi bị phá vỡ cấu trúc, xương không đáp ứng được vai trò hỗ trợ cơ học



## II. Bệnh lý

Gãy xương xảy ra sau:

1. Một chấn thương đột ngột
2. Áp lực lặp đi lặp lại
3. Sự suy yếu bất thường của xương (gãy xương bệnh lý)



# III. Các loại gãy xương và trật khớp – Chi trên

□ Tại chi trên, gãy xương có thể xảy ra ở:

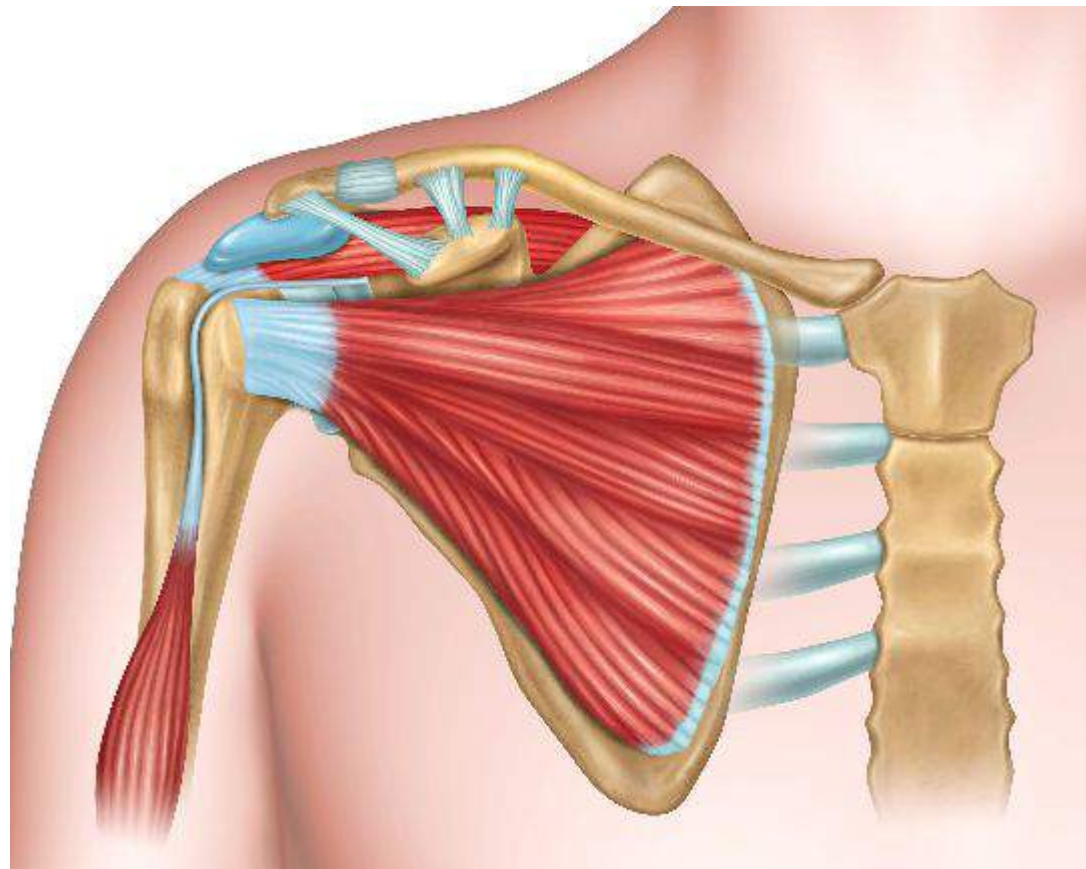
- Khớp vai – mỏm cùng vai, vị trí nhóm cơ chóp xoay và xương cánh tay
- Khớp khuỷu – đầu dưới xương cánh tay, gãy mỏm trên lồi cầu
- Khớp cổ tay – gãy đầu dưới xương trụ và xương quay
- Bàn tay – gãy xương bàn tay và vị trí khớp liên đốt ngón tay

*Lưu ý: Hai loại đầu tiên sẽ được đề cập trong bài này, hai loại còn lại sẽ học trong bài Tổn thương bàn tay*



## IV. Khớp vai

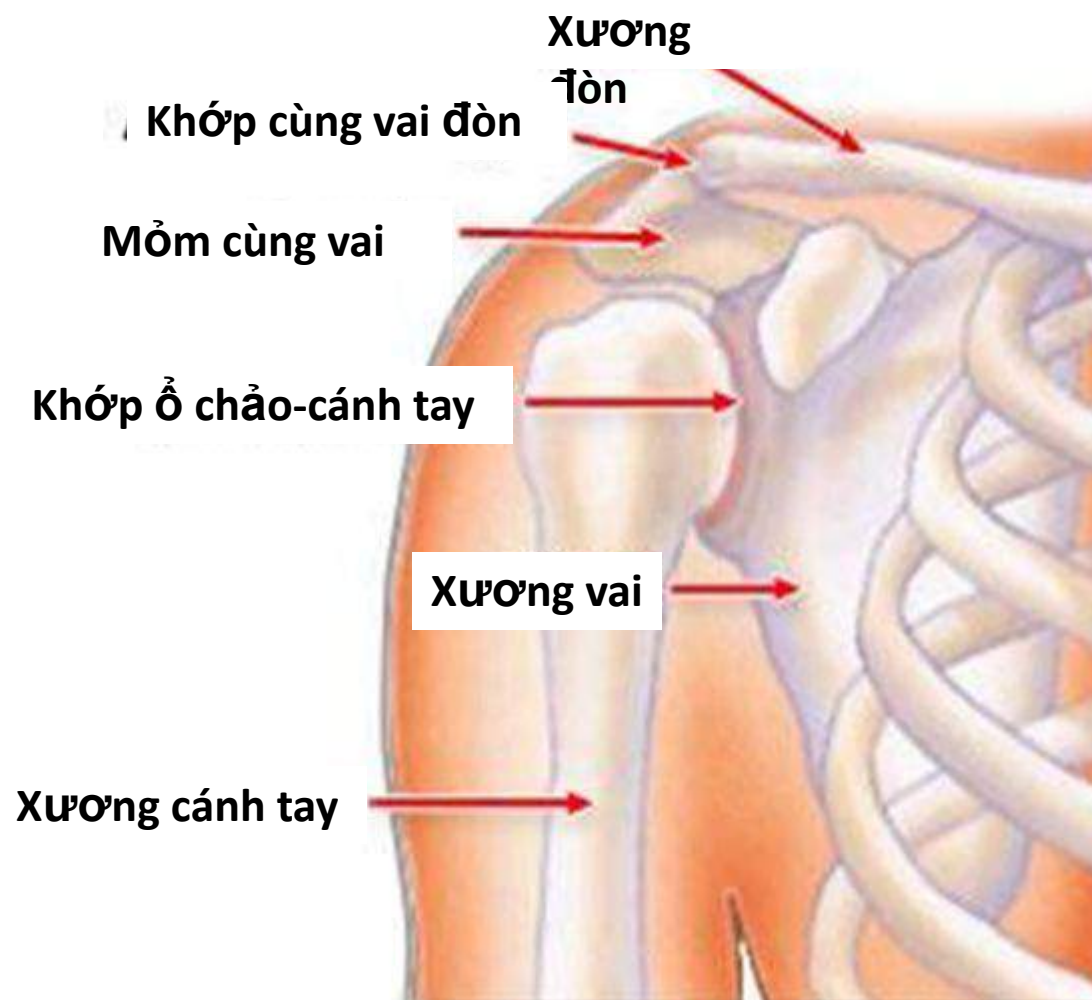
- Chấn thương khớp vai xảy ra phổ biến
- Chấn thương gây phân tách cấu trúc khớp vai từ một cú ngã vào vai đến một tai nạn xe hơi tốc độ cao, khi đó xảy ra gãy tại xương vai hoặc xương đòn.
- Một điều chắc chắn: Mọi người đều gặp tổn thương vai tại một thời điểm nào đó trong cuộc sống



□ Phức hợp khớp vai được tạo thành từ 3 xương:

- Xương vai
- Xương đòn
- Xương cánh tay

□ Các xương được nối với nhau bằng mô mềm (dây chằng, gân, cơ và bao khớp) để tạo thành một nền tảng cho cánh tay hoạt động



- Phức hợp khớp vai là hợp thành của khớp ổ chảo-cánh tay, khớp bả vai-lồng ngực, khớp ức-đòn và khớp cùng vai-đòn.
- Phức hợp khớp vai tạo ra một tầm độ rộng cho các cử động của tay, đồng thời có chức năng quan trọng trong việc tạo sự ổn định chức năng bàn tay, nâng, đẩy, vớ, mang trọng lượng.



# Nguyên nhân – Gãy xương khớp vai

- Gãy xương đòn hoặc đầu trên xương cánh tay có thể do một va đập trực tiếp vào vị trí gãy do ngã, va chạm hoặc tai nạn xe cơ giới
- Xương vai được bảo vệ bởi lồng ngực và các cơ xung quanh nên khó bị gãy. Vì vậy gãy xương vai thường do chấn thương nặng, như tai nạn chạy xe tốc độ cao. Gãy xương vai thường kèm theo tổn thương lồng ngực.

# Gãy xương vai

- Là một dạng gãy của xương vai. Xương vai dày và nằm trong vị trí được bảo vệ, nên hiếm khi bị phá vỡ
- Là một dấu hiệu cho thấy bệnh nhân đã phải chịu một lực tác động đáng kể và chấn thương ngực nghiêm trọng có thể xảy ra

## □ Biểu hiện lâm sàng

- Đau
- Sưng
- Bầm tím nặng ở xương bả vai

# Gãy xương đòn

- Sung ở khu vực giữa xương đòn
- Vị trí có “vết sung” là dấu hiệu của đoạn gãy dưới da
- Hạn chế tầm vận động khớp vai, mặc dù không nhiều như với gãy đầu trên xương cánh tay

## □ Biểu hiện lâm sàng

- Sung nhiều một bên vai
- Hạn chế chuyển động khớp vai
- Đau dữ dội
- Đau và đỏ

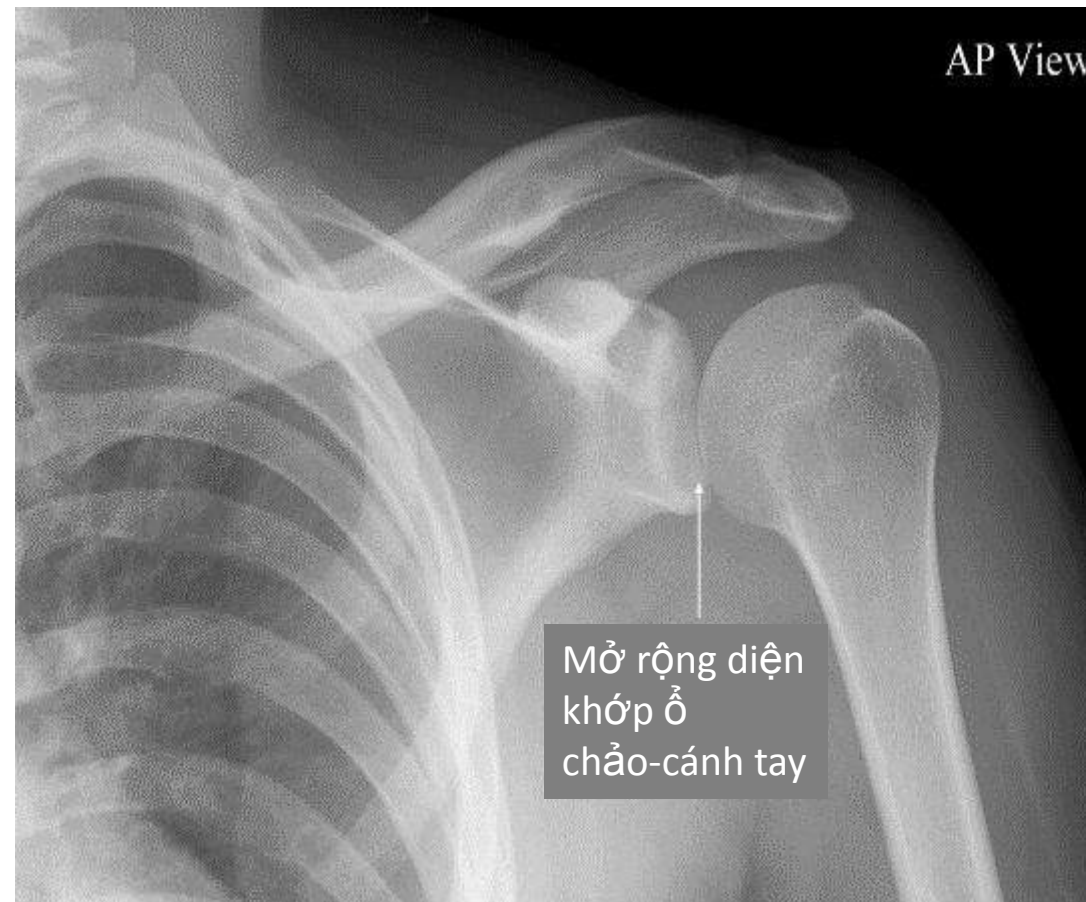
# Trật khớp vai

- Trật khớp vai ra trước do cánh tay bị xoắn mạnh ra ngoài (xoay ngoài) khi cánh tay ở trên mức của vai. Chấn thương này có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân, bao gồm ngã hoặc va đập trực tiếp vào vai.





- Trật khớp vai ra sau hiếm gặp hơn trật ra trước. Thường xảy ra do cơn động kinh hoặc điện giật khiến các cơ ở phía trước khớp vai co cứng lại và siết chặt.



# Biểu hiện lâm sàng

## *Trật khớp vai (Trật khớp ổ chảo-cánh tay)*

Một khối gỗ  
lên ở phía  
trước khớp vai

Không cử động  
được cánh tay

Cánh tay xoay  
ra phía ngoài

Cảm giác như  
“cánh tay chết”

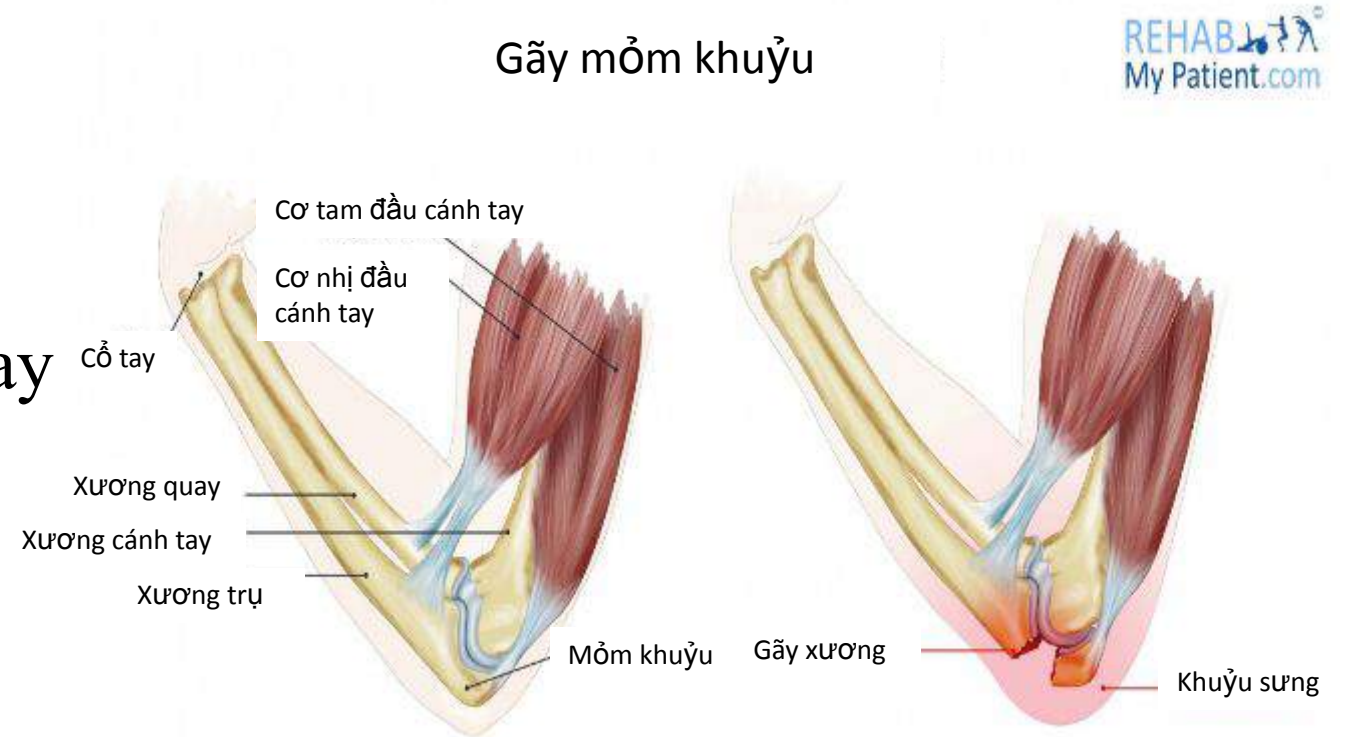
# V. Khớp khuỷu

- **Gãy xương** và trật khớp thường là kết quả của chấn thương trực tiếp hoặc ngã vào cánh tay/khuỷu tay
- Bong gân có thể xảy ra đột ngột, hoặc tiến triển theo thời gian khi khuỷu lặp lại động tác ném



# Các dạng gãy xương – Gãy mỏm khuỷu

- Xảy ra phổ biến nhất khi co thắt mạnh đột ngột cơ tam đầu cánh tay ở vị trí trên khuỷu khi ngã
- Triệu chứng bao gồm
  - Đau khi duỗi khuỷu
  - Sưng
  - Khó xoay cẳng tay
  - Ví dụ: Khi quay sấp và quay ngửa cẳng tay thấy đau



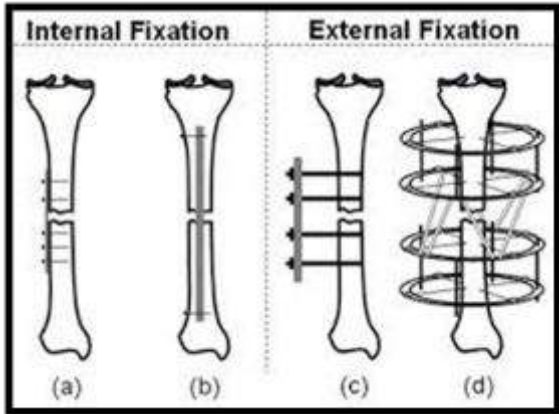
# Các dạng gãy xương – Gãy đầu dưới xương cánh tay

□ Gãy đầu dưới xương cánh tay tương đối hiếm gặp, nhưng có thể xảy ra do cú đánh mạnh vào khuỷu tay, ngã trực tiếp vào khuỷu bị bẻ gập, hoặc ngã trong tư thế chống tay xuống với khuỷu duỗi

□ Triệu chứng

- Đau dữ dội, đau và sưng tại khuỷu và trên khuỷu
- Khó duỗi khuỷu tay
- Khớp lỏng lẻo và mất ổn định
- Khó khăn trong việc nâng và mang vật nặng

# VI. Điều trị gãy xương



Mục tiêu của điều trị là

A. Giảm di lệch

B. Giữ ổn định

C. Tập luyện



# A. Giảm di lệch

Phẫu thuật kết hợp xương nhằm mục đích định vị và căn chỉnh lại vị trí của các mảnh xương

Diện tích bề mặt tiếp xúc giữa các mảnh xương càng lớn thì khả năng liền xương càng cao

Trong trường hợp gãy liên quan tới bề mặt khớp, việc cố định cần thực hiện gần như chính xác hoàn toàn vì bất kỳ sự bất thường nào cũng có thể dẫn đến viêm khớp thoái hóa

# Các dạng phẫu thuật kết hợp xương

Phẫu thuật kết xương kín

Di lệch tối thiểu

Ở trẻ nhỏ

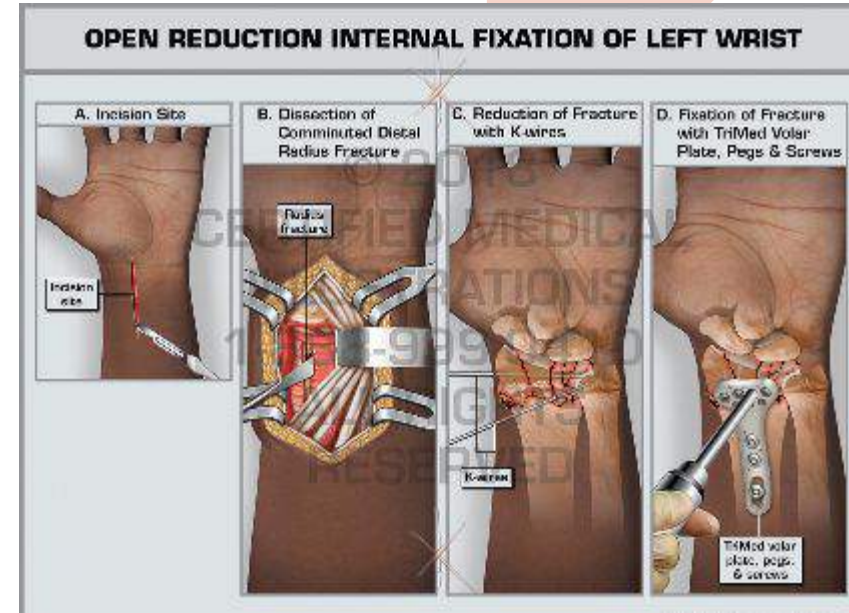
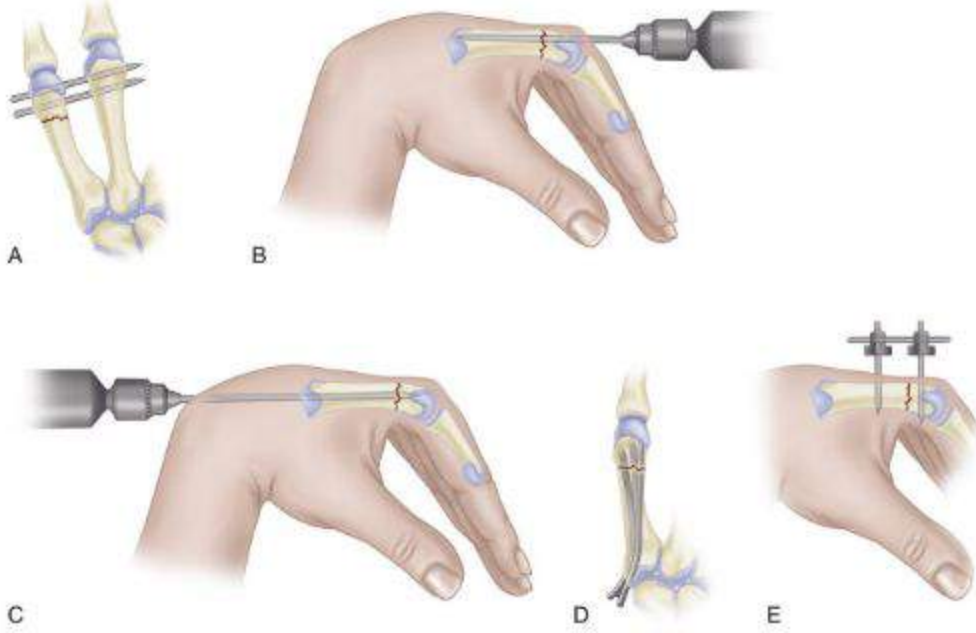
Xương vững sau cố định

Phẫu thuật kết xương mở

Khi phẫu thuật kết xương kín thất bại

Khi các mảnh xương lớn tại diện khớp cần được định vị lại chính xác

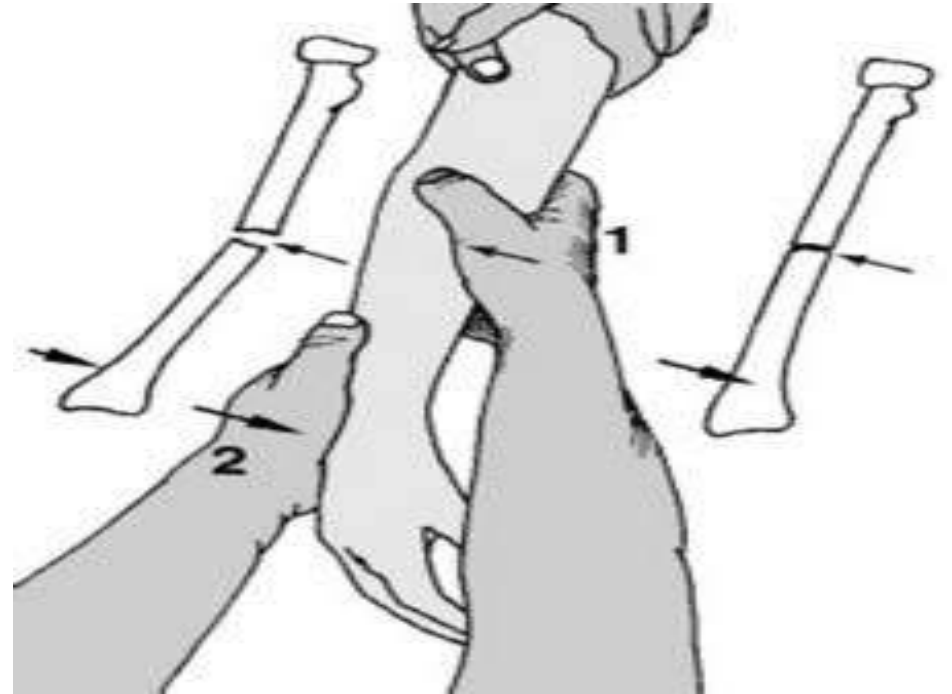
Lực tác động khiến các mảnh xương vỡ tách xa





# Trường hợp không cần phẫu thuật kết hợp xương:

- Khi ít hoặc không có di lệch xương
- Khi các di lệch không ở vị trí quan trọng (xương đòn)
- Khi phẫu thuật kết hợp xương khó thành công (trường hợp gãy lún đốt sống)

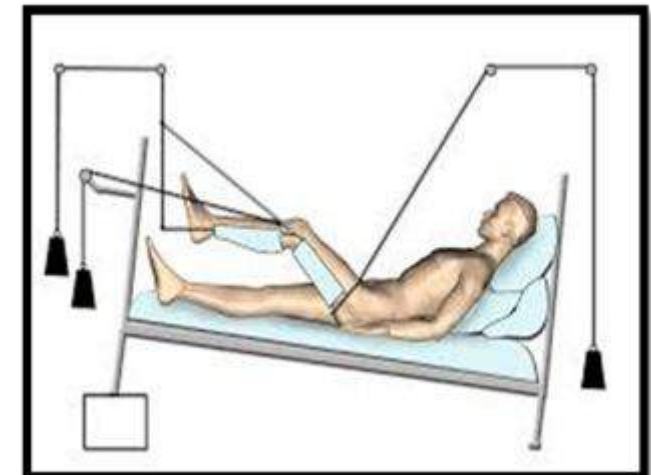
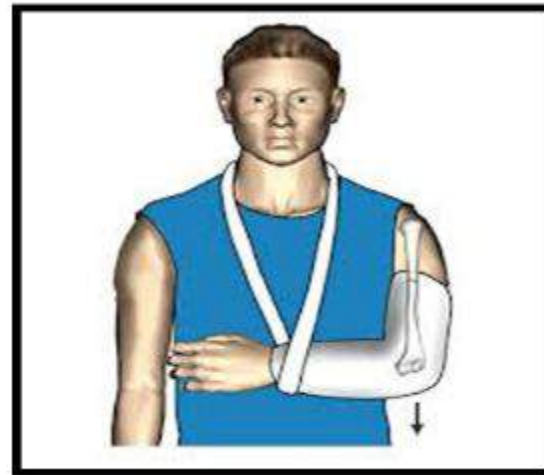


## B. Giữ ổn định

□ Ngăn ngừa di lệch và không bất động hoàn toàn

□ Bằng các phương pháp:

- Lực kéo liên tục
- Nẹp bột
- Chỉnh hình chức năng
- Cố định trong và cố định ngoài



- Nẹp chỉnh hình chức năng



- Cố định trong và cố định ngoài

To stabilize a long bone fracture, a plate and screws outside the bone or a rod inside the bone may be used

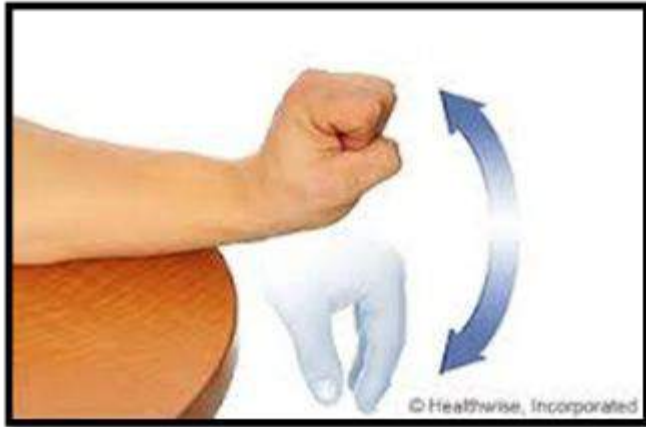
Plate and screws



Intramedullary rod



# C. Tập luyện



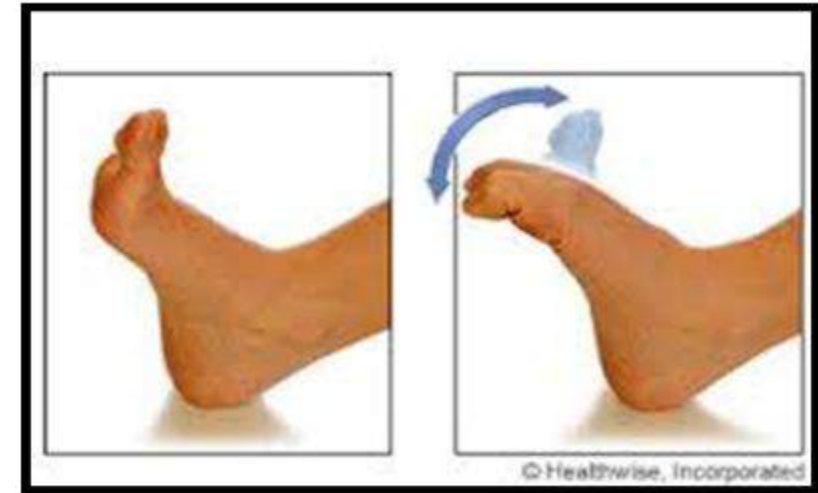
## MỤC TIÊU

Giảm phù nề

Duy trì chuyển động khớp

Phục hồi lực cơ

Hướng dẫn bệnh nhân hoạt động bình thường trở lại



# Hoạt động trị liệu

□ Mục đích của HĐTL trong phục hồi chức năng gãy xương là giúp bệnh nhân đạt được chức năng tối đa của cơ thể và chi thể, để khôi phục chức năng hoạt động

□ **Được chia thành 2 giai đoạn**

- Lượng giá HĐTL
- Can thiệp HĐTL

# VII. Lượng giá HĐTL – Chăm sóc sau gãy xương

Chia thành 2 giai đoạn chính

- Giai đoạn bất động và di động sớm
- Giai đoạn can xương nguyên phát

## □ Giai đoạn bất động hoặc di động sớm (0–6 tuần).

- Trị liệu viên xác định các hoạt động mà bệnh nhân cần học cách thích ứng hoặc được hỗ trợ thực hiện trong thời gian hạn chế vận động tạm thời để tránh di lệch vị trí gãy xương
- Đo tầm vận động và chu vi chi đánh giá tình trạng sưng nề được thực hiện trên các khớp liền kề
- Việc đo tầm vận động khớp bị tổn thương phụ thuộc vào dạng cấu trúc bảo vệ, phương pháp cố định được sử dụng và chương trình chăm sóc sau phẫu thuật của bác sĩ, như đã thảo luận trước đó.

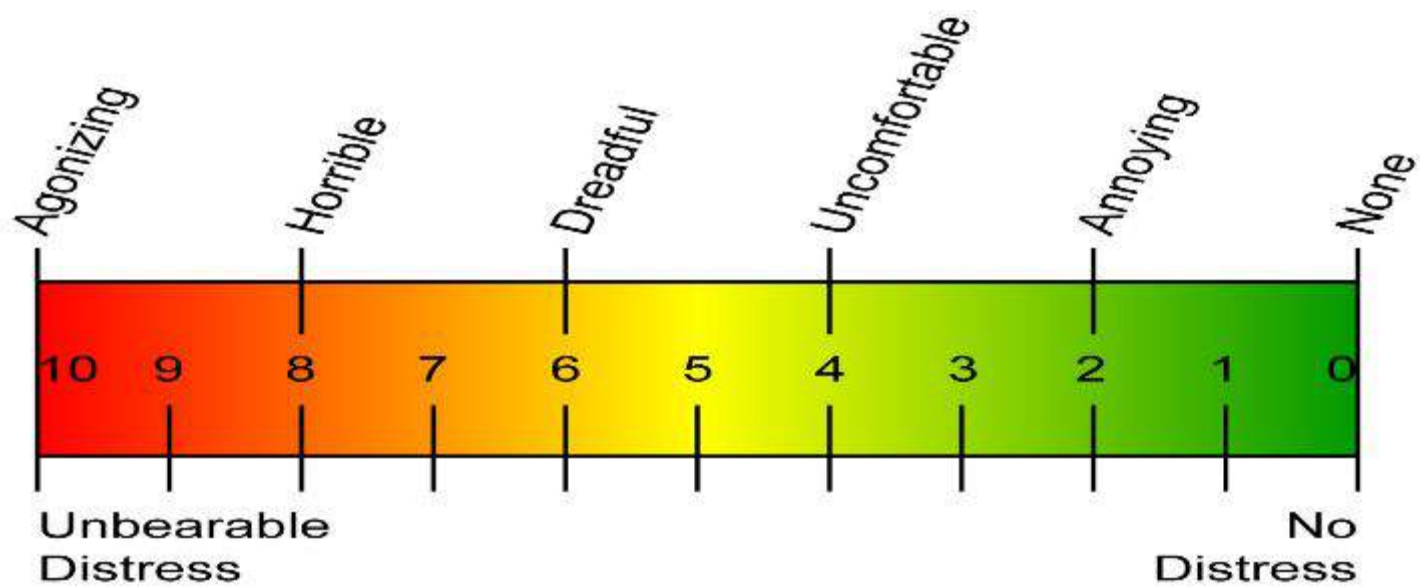
- Với những bệnh nhân kết hợp xương bằng phương pháp cố định trong an toàn cho các mảnh xương thì có thể bắt đầu vận động nhẹ nhàng khớp tại ổ gãy trước giai đoạn can xương nguyên phát
- Điều này thường xảy ra vào 1-2 tuần sau phẫu thuật dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ phẫu thuật



## □ **Giai đoạn can xương nguyên phát (6–8 tuần).**

- Kỹ thuật viên xác định xem ở mức độ nào bệnh nhân có thể tái sử dụng chi thể bị tổn thương một cách an toàn vào các nhiệm vụ có mục đích và dựa trên hoạt động chức năng
- Trị liệu viên liên tục đánh giá khả năng của bệnh nhân về việc sử dụng chi bị tổn thương cho các hoạt động chức năng để tương ứng với tiến triển lâm sàng
- Trị liệu viên đo tầm vận động chủ động của các khớp liên quan, ngoại trừ gãy xương vai đo tầm vận động chủ động có hỗ trợ và tầm vận động thụ động

- Nên đánh giá tình trạng phù nề và chức năng cảm giác, nên sử dụng thang điểm cường độ đau dạng nhìn để đánh giá mức độ đau của bệnh nhân
- Không tiến hành đo lực nắm và lực kẹp đến khi bác sỹ phẫu thuật yêu cầu tập mạnh cơ
- Quan sát bệnh nhân về các dấu hiệu nhiễm trùng: đỏ, nóng, sưng, đau, mất chức năng hoặc thay đổi tuần hoàn
- Bằng cách quan sát màu da chi thể: màu tím, sẫm màu hoặc trắng bệch, biểu thị cho sự thay đổi trong lưu thông tuần hoàn, cũng như bề mặt da quá ấm hoặc quá lạnh khi chạm vào. Báo ngay những phát hiện bất thường cho bác sỹ phẫu thuật



Task \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Start \_\_\_\_\_ End \_\_\_\_\_



# Lượng giá HĐTL – Các thành phần

## 1. Lượng giá cử động

- Lượng giá khả năng vận động chủ động và thụ động
- Xương bị biến dạng tồn tại trước hay sau gãy xương
- Bất kỳ nguy cơ nào có thể gây biến dạng xương

## 2. Đánh giá phù nề

- Thể tích bàn tay được đo lường để đánh giá áp lực của ngoại bào và nội bào phù nề
- Đo lường thể tích thường được sử dụng để xác định ảnh hưởng của can thiệp và những hoạt động



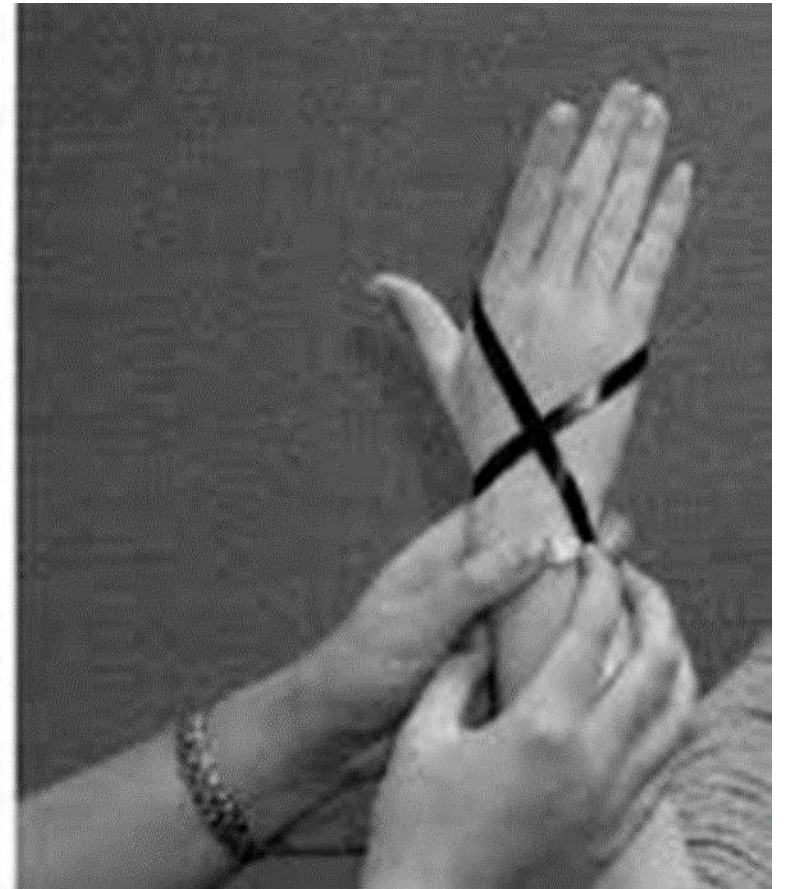
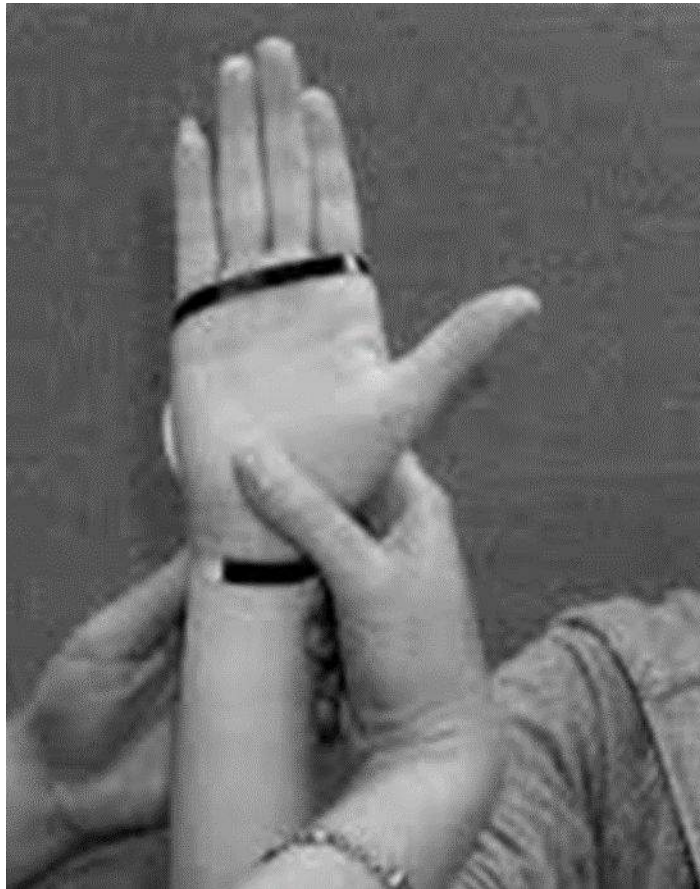
## Các bước tiến hành lượng giá

- ✓ Một thiết bị đo thể tích nhựa được đổ đầy và có chỗ trống dẫn đến một cốc lớn cho đến khi nước đạt tới mức ngang vò
- ✓ Chiếc cốc sau đó được làm trống và lau khô hoàn toàn
- ✓ Bệnh nhân được hướng dẫn để tay vào trong thiết bị đo thể tích nhựa, cẩn thận giữ tay ở vị trí giữa
- ✓ Bàn tay được đưa xuống thấp cho đến khi chạm nhẹ ngón giữa và ngón nhẫn trên thanh chốt phần
- ✓ Bàn tay vẫn duy trì cho đến khi không còn nước chảy nhỏ giọt vào cốc
- ✓ Nước được đổ vào một xi lanh chuẩn. Xi lanh được đặt trên mặt phẳng và đọc.

## **Những lợi ích sử dụng:**

- ✓ Để đo lường ảnh hưởng của việc nghỉ ngơi so với lúc hoạt động vào các thời điểm khác nhau trong ngày
- ✓ Những ảnh hưởng của nẹp hoặc các phương pháp can thiệp được đưa ra để giảm phù nề
  - Thiết bị đo thể tích phổ thông được sử dụng để kiểm tra phù nề bàn tay
  - Thiết bị đo lường thể tích được chứng minh là chính xác đến 10ml khi được sử dụng theo cách thức quy định

- Phương pháp đo lường chu vi hình số 8 để đo lường phù nề được ưu tiên nếu đó là:
  - ✓ Vết thương hở
  - ✓ Bỏng





# 3. Lực nắm và lực kẹp

- Lực cơ chi trên thường được đánh giá sau giai đoạn lành của chấn thương, việc kiểm tra lực cơ không được chỉ định ngay sau khi chấn thương hay vừa phẫu thuật xong.
- Việc đánh giá chỉ nên thực hiện khi bệnh nhân không còn bị giới hạn hoạt động, thường 8-12 tuần sau chấn thương
- **Lực nắm** – Thiết bị đo lực nắm với tay nắm có điều chỉnh
- **Lực kẹp** – Đồng hồ đo lực kẹp
- **Thử cơ bằng tay**



# VIII. Can thiệp HĐTL

## Quá trình can xương



Quá trình can xương, khi đã hoàn thành giai đoạn bất động phần chi thể trong bột, nẹp hoặc chỉnh hình chức năng

PHCN sớm ngay giai đoạn bó bột hoặc trong vòng một/hai ngày sau phẫu thuật kết hợp xương

Các yếu tố ảnh hưởng tới PHCN  
+ Thời gian  
+ Mức độ gãy  
+ Loại và vị trí gãy xương

Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương được lựa chọn bởi bác sỹ phẫu thuật, và trong một vài trường hợp dựa trên tuổi của bệnh nhân

# Can thiệp HĐTL – Tiếp nối vai trò

**Phục hồi trong giai đoạn cấp tính**, vai trò của trị liệu viên là giúp giảm đau, giảm sưng và viêm, hỗ trợ chăm sóc vết thương, duy trì tư thế khớp và chi thể thẳng trục, hồi phục chức năng tại vị trí chấn thương. Trị liệu viên hướng dẫn bệnh nhân thực hiện các hoạt động một cách an toàn trong giai đoạn bảo tồn vị trí chấn thương để liền xương

Khi quá trình liền xương có tiến triển lâm sàng của dấu hiệu **can xương**, trị liệu viên sẽ hướng dẫn lại cho bệnh nhân cách thực hiện hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày và các nhiệm vụ khác

# Can thiệp HĐTL – Các giai đoạn

Giai đoạn bắt  
động và di  
động sớm

Giai đoạn can  
xương

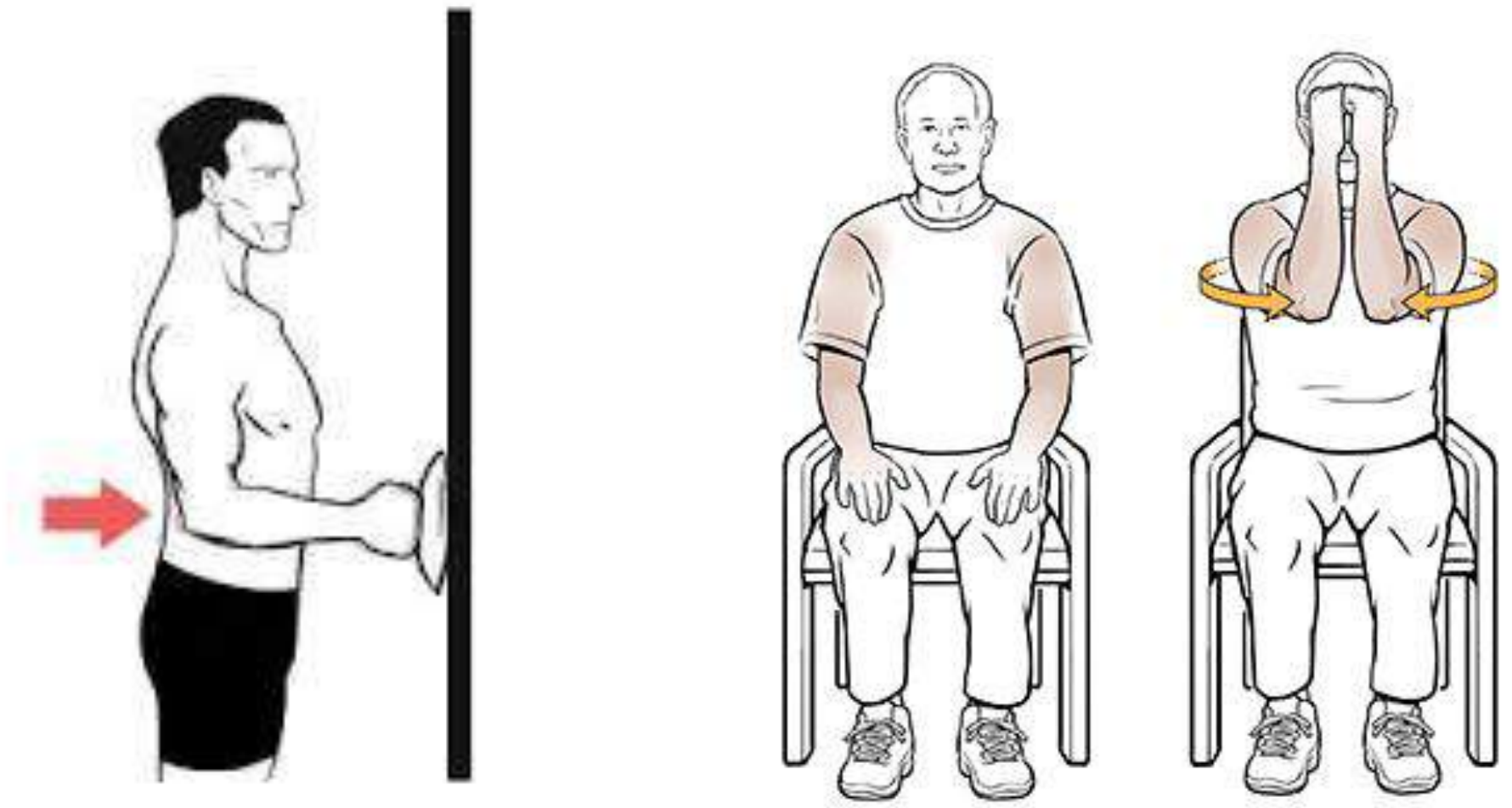
# Giai đoạn bất động và di động sớm

## A. Cử động

Chương trình điều trị di động sớm có các phác đồ cụ thể và tập trung, chỉ ra thời gian, loại và số lượng cử động mong muốn

- Cử động được kiểm soát thận trọng thường bắt đầu bằng một mặt phẳng hỗ trợ trọng lực hoặc không đối trọng lực
- Cơ cơ đẳng trường các cơ đi qua vị trí gãy xương được khuyến khích nhằm tăng tuần hoàn và thúc đẩy can xương. Một số phác đồ yêu cầu kiểm soát tầm vận động thụ động, sau đó bệnh nhân giữ chủ động tại tư thế đó.
- Trị liệu viên di chuyển thụ động chi thể bị tổn thương trong giới hạn tầm vận động, sau đó bệnh nhân nhanh chóng giữ tư thế đó với lực cơ cơ đẳng trường

# Tập cơ đẳng trường khớp vai



## B. Nẹp và chỉnh hình chi trên

- Chỉnh hình khớp vai để thêm phần hỗ trợ bảo vệ, hoặc để bắt đầu cử động có kiểm soát sớm
- Nẹp nhựa dẻo
- Sau điều trị ban đầu là phẫu thuật kết hợp xương kín trong các trường hợp gãy thân xương dài (xương ống), ví dụ gãy thân xương cánh tay, thì chỉ định dùng nẹp chỉnh hình chức năng
- Nẹp nhựa dẻo trọng lượng nhẹ cho phép chuyển động tối thiểu trên và dưới vị trí gãy





# Giai đoạn can xương nguyên phát

## A. Tham gia tích cực vào hoạt động chức năng

- Tích cực sử dụng vùng chi thể.
- Thông qua các hoạt động chức năng để hồi phục việc sử dụng các cơ vùng chấn thương
- Trị liệu viên định hướng cho bệnh nhân một chương trình tổng thể để giải quyết các suy yếu hiện tại và tái sử dụng chi thể trong thực hiện các hoạt động chức năng và các vai trò
- Nếu các biến chứng thứ cấp xảy ra ở các phần cơ thể liên quan, hoặc nếu có sự thay đổi về tư thế cơ thể thì trị liệu cũng cần hướng đến giải quyết các khiếm khuyết đó.

## B. Kiểm soát phù nề và co cứng

- Găng tay hoặc tay áo ép áp lực
- Xoa bóp kích thích dẫn lưu hệ bạch huyết
- Sử dụng các phương thức như parafin, gel nhiệt lạnh , túi chườm nóng trước và trong khi tập luyện hoặc hoạt động

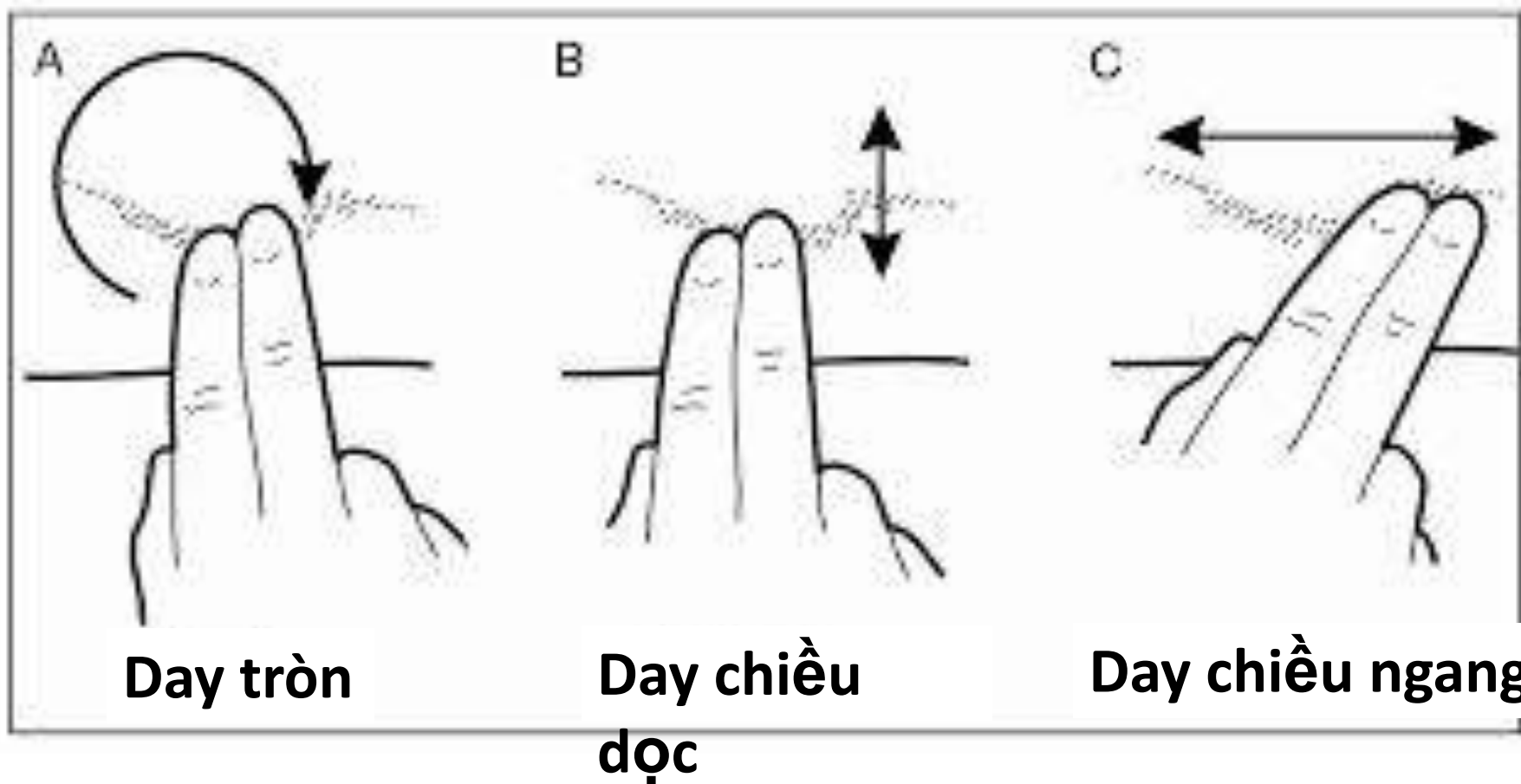


## C. Nẹp động

- Nẹp động, nẹp tĩnh có điều chỉnh tăng tiến, hoặc sử dụng máy tập chuyển động thụ động liên tục (CPM)



## D. Xoa bóp mô cơ áp lực sâu



# Can thiệp HDTL –

## 1. Gãy xương khớp vai

- Khớp vai được coi là phần khó nhất của của cơ thể để phục hồi
- Sau các chấn thương khớp vai, thoái hóa hoặc phẫu thuật, các mục tiêu trị liệu được điều chỉnh cân bằng để giảm đau, hồi phục cử động và lực cơ
- Trị liệu cũng nhằm mục đích cho phép hình thành mô sẹo và kích thích liền xương tại vùng chấn thương.

# Các loại chương trình PHCN



**Phác đồ điều trị cho trường hợp không phẫu thuật** – một quá trình di động dần dần từ tầm vận động thụ động, chủ động có hỗ trợ đến tầm vận động chủ động trong phạm vi được kiểm soát và bảo vệ



**Phác đồ điều trị sau phẫu thuật** - một quá trình có thời gian bất động lâu hơn, sau đó sử dụng các bài tập cho tầm vận động thụ động, kéo giãn thụ động, chủ động có hỗ trợ, và tầm vận động chủ động

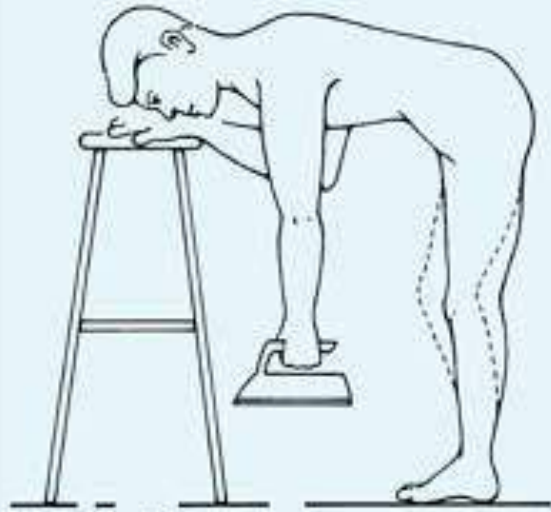
# Phác đồ điều trị

- Vì quá trình bất động sẽ nhanh chóng dẫn tới cứng khớp, vì vậy cần tiến hành di động khớp vai ngay khi cơn đau cấp tính giảm dần, trong các trường hợp khớp vai gãy vững
- Trị liệu có thể bắt đầu sớm nhất từ **7-10 ngày** sau chấn thương, và bao gồm các bài tập đung đưa khớp vai và bất động treo tay tư thế chức năng (McKinnis, 2010).
- Các bài tập có thể tăng tiến thành cử động thụ động/ trợ giúp nhẹ nhàng (bắt đầu với cử động nâng xương vai và xoay ngoài khớp vai)
- Từ **2-8 tuần**, bệnh nhân có thể bắt đầu tập cử động chủ động và các hoạt động tự chăm sóc nhẹ
- Ở **tuần 8**, bệnh nhân có thể bỏ treo tay, bắt đầu tập mạnh cơ (Hodgson, 2006).

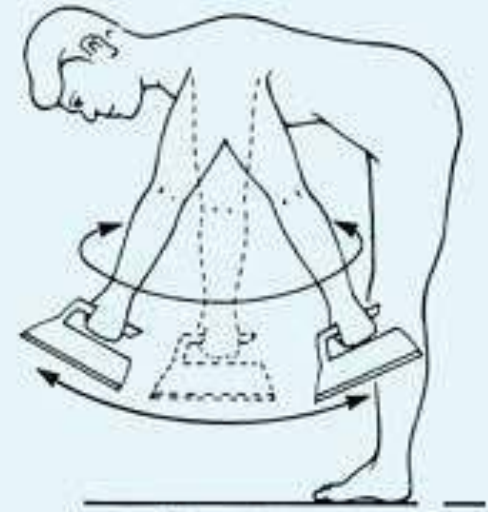


# Phác đồ điều trị

- Trường hợp khớp vai gãy không vững thường yêu cầu **can thiệp phẫu thuật** để cố định
- Khi được bác sỹ phẫu thuật chấp thuận, chuỗi bài tập bắt đầu với bài tập Codman đứng đưa khớp vai (Fig. 36-3).
- Bài tập Codman được thực hiện trong tư thế bệnh nhân cúi xuống để chi trên bên bị chấn thương vuông góc với sàn nhà
- Trong mặt phẳng hỗ trợ trọng lực này, bệnh nhân thực hiện các động tác chuyển động tròn theo chiều và ngược chiều kim đồng hồ, gập, duỗi, dang và áp khớp vai



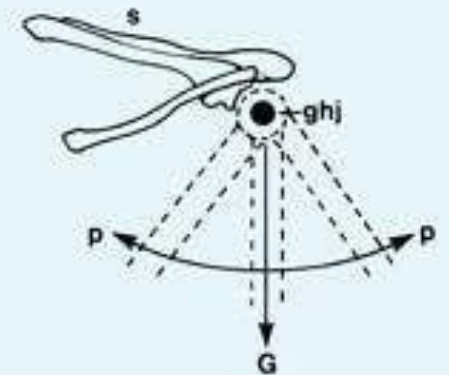
1



2



3



- *Lưu ý an toàn: Bài tập Codman có thể bị chống chỉ định khi chi trên có phù nề. Ngoài ra, trong 6-8 tuần đầu, các bài tập tăng tiến khớp vai như gập vai, xoay trong và xoay ngoài khớp vai có thể thực hiện, cũng như các bài tập gồng cơ tĩnh để kích thích can xương và hình thành mô sẹo, hoạt động leo tường, các hoạt động chủ động không đề kháng, hoạt động chức năng sinh hoạt nhẹ nhàng. Vận động thụ động chỉ bắt đầu khi có các dấu hiệu can xương trên lâm sàng và không có lo ngại nào về việc ngăn cản quá trình can xương*

## 2. Phẫu thuật thay khớp vai

- Trị liệu cho phẫu thuật thay khớp vai toàn phần thay đổi theo thiết kế của bộ phận giả và quy trình phẫu thuật
- Chương trình PHCN bắt đầu trong 1-2 ngày đầu sau phẫu thuật
- Các bài tập không nên gây đau
- Chìa khóa của một kết quả chức năng đạt yêu cầu là thực hiện được sớm cử động nâng xương vai và xoay ngoài khớp vai trong mặt phẳng xương bả vai
- Bài tập dùng đưa khớp vai Codman, nâng vai thụ động được thực hiện trong tư thế nằm ngửa với bàn tay bên lành hỗ trợ tay yếu, và sử dụng một chiếc gậy tập luyện để thực hiện

# Phác đồ điều trị

## □ Ở tuần 4

- Yêu cầu bệnh nhân thực hiện bài tập Codman 4-6 lần/ngày
- Bắt đầu thực hiện các hoạt động hàng ngày không đề kháng, trong khi giữ tư thế vai khép
- Tránh cử động xoay ngoài khớp vai

## □ 6 tuần sau phẫu thuật

- Thực hiện thụ động cử động xoay trong, duỗi và áp ngang khớp vai
- Bệnh nhân có thể tiến tới tập gồng cơ tĩnh và tập với băng chun kháng lực cho cử động xoay trong và xoay ngoài khớp vai
- Nếu cơ dưới vai bị tách ra trong khi phẫu thuật, bác sỹ có thể hạn chế tập mạnh cơ trong thời điểm này

## □ 8-12 tuần

- Tập luyện với băng chun kháng lực, tập trọng lượng chủ động, và các hoạt động có mục đích tập trung vào cử động nâng vai và xoay vai được bắt đầu



## □ Ở tuần 12

- Bệnh nhân được hướng dẫn các hoạt động thể thao và công việc. Tập chịu trọng lượng trên cánh tay bị thương không được phép trong ít nhất 6 tháng.



### 3. Gãy thân xương cánh tay

- Gãy thân xương cánh tay có nguy cơ gây tổn thương thần kinh quay do vị trí tổn thương liên quan tới đường đi của dây thần kinh này.
- Tổn thương dây thần kinh quay được đặc trưng bởi việc không có khả năng duỗi khuỷu, cổ tay và ngón tay.
- Các biến chứng khác phổ biến trong gãy thân xương cánh tay là chêm liền xương hoặc không liền xương. Biến chứng này có thể xảy ra do một chấn thương vào động mạch nuôi xương nằm ở giữa thân xương cánh tay khi bị gãy.(McKinnis, 2010).

# Điều trị chia thành 3 giai đoạn

## Giai đoạn A

- Đặt vị trí
- Bài tập đung đưa khớp vai Codman
- Bài tập thụ động, trợ giúp
- Gãy tại thân và cổ xương cánh tay đều đáp ứng tốt với chuyển động thụ động sớm và đặt vị trí





# Giai đoạn B

- Bài tập cơ cơ hướng tâm và li tâm có trợ giúp
- Tăng tiến tập các bài tập chủ động và có đề kháng nhẹ
- Các bài tập này thường bắt đầu với tư thế bệnh nhân nằm ngửa và tiến tới ngồi, khi đó trọng lượng chi thể được nâng đỡ bởi kỹ thuật viên



# Giai đoạn C

- Kéo giãn
- Tập mạnh cơ
- Phối hợp gập vai ra trước với dang vai có/không xoay ngoài
- Khuyến khích sử dụng chi thể bị chấn thương trong việc hoàn thiện các hoạt động chức năng



## 4. Gãy xương khớp khuỷu

- Chuyển động của khớp khuỷu được thực hiện bởi 2 nhóm cử động:
  - Gập và duỗi (Khớp cánh tay – trụ và khớp cánh tay – quay)
  - Quay sấp và quay ngửa (Khớp quay – trụ gần)
- **Gãy lồi cầu và trên lồi cầu** (dạng gãy duỗi) là dạng gãy phổ biến nhất của gãy đầu xa xương cánh tay có ảnh hưởng tới chức năng khớp khuỷu
- Những gãy xương này có liên quan đến các biến chứng bao gồm can lệch, tổn thương thần kinh ngoại biên, có nguy cơ gây hội chứng thiếu máu cục bộ Volkmann, hội chứng chèn ép khoang cẳng tay (McKinnis, 2010).



Xương can lệch



Hội chứng thiếu máu cục bộ Volkmann



Hội chứng chèn ép khoang cẳng tay

# Phác đồ điều trị

- Phẫu thuật kết hợp xương kín
- Có thể tháo bột hoặc nẹp nhựa dẻo
- Tập chủ động nhẹ nhàng (Nẹp chức năng khớp bản lề) (**1–2 tuần**)
- Bỏ nẹp sau **6 tuần** và bệnh nhân được khuyến khích sử dụng chi thể cho các hoạt động sinh hoạt hàng ngày nhẹ nhàng
- Dần dần, trọng lực hỗ trợ cử động gập, kỹ thuật viên hỗ trợ bệnh nhân thực hiện cử động duỗi. Nếu bệnh nhân có tổn thương dây chằng bên, bác sỹ phẫu thuật có thể chỉ định hạn chế quay cẳng tay khi gập và duỗi khuỷu. Tầm vận động cẳng tay trong tư thế ngồi với khuỷu gập 90 độ.

THANK  
YOU



Tài liệu được thực hiện trong khuôn khổ dự án Tôi lớn mạnh, do Cơ quan Phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID) tài trợ, và Trung tâm Sáng kiến Sức khỏe và Dân số (CCIHP) thực hiện cùng đối tác chính Ủy ban Y tế Hà Lan – Việt Nam (MCNV)

Nội dung tài liệu thể hiện quan điểm của cơ quan chuyên môn kỹ thuật thực hiện hoạt động, mà không nhất thiết phản ánh quan điểm của nhà tài trợ USAID

