**KỸ NĂNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BONG GÂN – TRẬT KHỚP**

**1. BONG GÂN**

**1.1. Định nghĩa**

* Bong gân là tổn thương dây chằng của bao khớp: khi chấn thương đột ngột làm cho dây chằng bị kéo dài ra hoặc đứt nhưng không gây di lệch mặt khớp.
* Những khớp hay bị bong gân: khớp cổ chân, khớp cổ tay, khớp đầu gối, khớp bàn chân, khớp các ngón tay.
* Hay gặp ở thanh thiếu niên và vận động viên thể dục thể thao.

**1.2. Phân loại bong gân**

* Bong gân độ I: lực tác động làm cho dây chằng bị dãn dài ra mà không co ngắn ngay trở lại vì có một số ít (không đáng kể) các sợi collagen bị đứt.
* Bong gân độ II: một số đáng kể sợi collagen bị đứt. Bong gân độ I – II: khớp còn vững vàng.
* Bong gân độ III:
* Dây chằng bị bong khỏi vị trí bám hoặc bị đứt toàn bộ.
* Bao khớp bị tổn thương, khớp lỏng lẻo, có thể mẻ mảng xương nơi bám của dây chằng.

**1.3. Triệu chứng**

***1.3.1. Triệu chứng lâm sàng***

* Đau: là triệu chứng căn bản nhất, điểm đau ở chỗ bám và đường đi của dây chằng.
* Đau tự nhiên theo 3 thì: đau chói như điện giật tức thì ngay sau khi bị chấn thương rồi tê bì không cảm thấy đau một thời gian, đau xuất hiện trở lại mặc dù đã được bất động
* Ấn vào vùng bong gân có dấu hiệu đau chói.
* Kéo căng diện khớp phía bong gân cũng gây đau chói.

***1.3.2.Triệu chứng X quang***

* Có thể thấy hình ảnh mẻ mảng xương nơi bám của dây chằng.
* Bong gân độ III: hình ảnh khe khớp phía bên bong gân bị toác rộng hơn so với bên lành.

**1.4. Di chứng**

* Viêm bao khớp vô trùng do điều trị không đúng quy cách. Bao khớp sưng nề kéo dài, đau nhức khó chịu, hạn chế vận động khớp.
* Thoái hoá khớp: mặt sau bị bào mòn, rồi mọc thêm các gai xương.

**1.5. Hướng điều trị**

* Điều trị bảo tồn với bong gân độ I– II.
* Điều trị bằng phẫu thuật đối với bong gân độ III:
* Phẫu thuật khâu lại sớm các dây chằng bị đứt, sau đó bất động vững chắc khớp để bảo vệ các dây chằng đã được khâu. Sau 4– 6 tuần cho tập vận động cơ mức độ không gây đau, dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu lành nghề.
* Có thể điều trị bảo tồn với các người bệnh không yêu cầu phục hồi cao, đặc biệt thích hợp với người bệnh lớn tuổi.

**1.6. Kế hoạch chăm sóc**

***1.6.1. Nhận định tình trạng người bệnh***

*1.6.1.1. Tình trạng chung*

* Nhận định xem có hội chứng nhiễm trùng không?
* Nhận định xem có tổn thương phối hợp không?

*1.6.1.2. Tình trạng tại chỗ*

* Mức độ đau sưng nề tăng hay giảm?
* Khớp vững hay không vững? đã được bất động chưa?
* Có tổn thương mạch máu thần kinh không?
* Sau mổ:
* Vết mổ có bị chảy máu hay không? có dấu hiệu nhiễm trùng hay không?
* Có tổn thương mạch máu thần kinh không?
* Vùng phẫu thuật được bất động có tốt không?

***1.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc***

* Đau, sưng nề nơi tổn thương.
* Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
* Nguy cơ bị tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ.
* Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.
* Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
* Người bệnh mất ngủ.

***1.6.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc***

*1.6.3.1. Đối với điều trị bảo tồn: những trường hợp bong gân độ I và II*

* Giai đoạn sưng nề cấp tính
* Mục đích điều trị: làm ngừng chảy máu và hạn chế sưng nề
* Phương pháp:
* Băng ép vùng bong gân bằng băng chun, giữ ít nhất 48 giờ.
* Chườm lạnh ngoài băng chun bằng nước đá, cứ 20 – 30 phút chườm một lần trong suốt 4 giờ đầu tiên.
* Kê cao chi tổn thương.
* Dùng thuốc giảm đau, giảm phù nề.

*Chú ý:* Không được xoa bóp và chườm nóng, không được tiêm thuốc vào vùng bong gân.

* Giai đoạn phục hồi
* Bong gân độ I: có thể cho vận động sớm khi hết đau, rồi dần dần cho lao động lại bình thường.
* Bong gân độ II: phải bất động vững chắc khớp bị bong gân bằng cách bó bột, để tránh các vận động đột ngột làm tổn thương thêm hoặc đứt lại dây chằng.
* Chi trên để bột 2 tuần.
* Chi dưới để bột 3 tuần.

Nếu có kỹ thuật viên vật lý trị liệu lành nghề thì có thể cho người bệnh tập sớm hơn, theo một chương trình thích hợp và có sự kiểm soát. Tập vận động nhất thiết không được gây đau.

*1.6.3.2. Sau phẫu thuật:* đối với những trường hợp bong gân độ III

* Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong những giờ đầu chú ý phát hiện những tai biến của gây mê, phẫu thuật như: rối loạn nhịp tim, nhịp thở, chảy máu vết mổ. Những ngày sau chú ý phát hiện biểu hiện nhiễm trùng toàn thân.
* Thay băng vết mổ hằng ngày, phát hiện sớm tình trạng nhiễm trùng tại vết mổ, cắt chỉ cách cho những trƣờng hợp ứ dịch vết mổ.
* Hướng dẫn cho người bệnh gác chi cao để giảm đau, sưng nề.
* Thực hiện thuốc theo y lệnh, theo dõi phát hiện tai biến của thuốc như: gây phản ứng dị ứng, gây đau dạ dày...
* Bất động vững chắc khớp để bảo vệ các dây chằng đã được khâu. Hết thời gian bất động 4– 6 tuần hướng dẫn người bệnh tập vận động cơ mức độ không gây đau, dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

**2. TRẬT KHỚP**

**2.1. Định nghĩa**

Trật khớp là sự di lệch đột ngột hoàn toàn hoặc không hoàn toàn các mặt khớp với nhau do một tác nhân tác động gián tiếp trên khớp ở các chi bị chấn thương hoặc do động tác sai tư thế của khớp.

**2.2. Phân loại trật khớp chấn thương**

***2.2.1. Theo thời gian***

* Nhóm cấp cứu: trong vòng 48 giờ.
* Nhóm đến sớm: 2 ngày – 3 tuần.
* Nhóm đến muộn: 4 tuần trở lên.

***2.2.2. Theo giải phẫu***

* Bán trật khớp: mặt khớp không di lệch hoàn toàn.
* Trật khớp hoàn toàn.
* Gãy trật khớp: có thể trật khớp kèm theo gãy xương, dập đầu xương, một mảnh đầu xương nơi bám của dây chằng hoặc bao khớp bị rách rời xương.

***2.2.3. Theo mức độ tái phát***

* Trật khớp lần đầu.
* Trật khớp tái diễn: tuy đã được nắn vào khớp nhưng dễ trật lại sau một chấn thương nhẹ, thường gặp ở khớp vai, khớp hàm
* Trật khớp liên tục.

***2.2.4. Theo lâm sàng***

* Trật khớp kín.
* Trật khớp hở: rách da và cơ quanh khớp tạo thành trật khớp hở.
* Trật khớp kèm biến chứng : mạch máu và thần kinh cũng có thể bị tổn thương và kèm theo nhiều rối loạn vận mạch.
* Trật khớp không nắn được do mảnh xương, bao khớp chèn vào giữa 2 mặt khớp.

**2.3. Triệu chứng**

***2.3.1. Triệu chứng cơ năng***

* Đau xảy ra ngay sau chấn thương, bất động vẫn đau.
* Giảm hoặc mất cơ năng hoàn toàn.

***2.3.2. Triệu chứng thực thể***

*2.3.2.1. Khớp biến dạng*

* Trật khớp vai ra trƣớc: cánh tay ở tư thế dạng xoay ngoài, có thể có dấu hiệu nhát rìu, mất rãnh delta ngực.
* Trật khớp khuỷu ra sau: khuỷu gấp 50 – 60o cẳng tay hơi sấp, đầu dưới xương cánh tay gồ ra trước khuỷu, mỏm khuỷu nhô hẳn ra phía sau. Tam giác Hunter đảo ngược.
* Trật khớp háng:
* Ra sau, lên trên: háng khép, xoay trong, gối gấp ít.
* Ra sau xuống dưới: háng khép, xoay trong, gối gấp nhiều.
* Ra trước lên trên: háng dạng, xoay ngoài, gối gấp ít.
* Ra trước xuống dưới: háng dạng, xoay ngoài gối gấp nhiều.

*2.3.2.2. Ổ khớp trống rỗng, sờ thấy đầu xương ở vị trí bất thường*

* Khớp vai: sờ thấy chỏm xương cánh tay ngay dưới mỏm cùng vai, phía sau sờ thấy hõm khớp.
* Khớp khuỷu: sờ thấy hõm khớp rỗng, đầu dưới xương cánh tay sờ thấy ở phía trước nếp gấp khuỷu ngay trên mỏm khuỷu.
* Khớp hông: tuỳ theo kiểu trật khớp có thể thấy chỏm xương đùi ở vùng mông (phía sau) hoặc ở trước khớp hông.

*2.3.2.3. Cử động lò xo:*

Làm ngược với biến dạng sẽ thấy chi bật về vị trí biến dạng ban đầu.

**2.4. Triệu chứng Xquang**

Chụp khớp ở hai tư thế thẳng và nghiêng: thấy rõ tư thế trật khớp và tổn thương phối hợp.

**2.5. Tiến triển và biến chứng**

***2.5.1. Tiến triển***

Trật khớp nếu điều trị tốt, sau khi bất động khớp có thể vẫn bị cứng, biên độ vận động hạn chế. Cần ngâm khớp trong nước muối ấm, tập cử động nhẹ nhàng tích cực, chủ động tập các động tác hồi phục chức năng.

***2.5.2. Biến chứng***

* Tổn thương phần mềm dẫn đến trật khớp hở.
* Tổn thương mạch máu thần kinh.
* Tổn thương đầu xương.
* Trật khớp tái phát.

**2.6. Hướng điều trị**

* Sơ cứu: Giảm đau bằng cách phóng bế Novocain 1% tại chỗ hoặc tiêm thuốc giảm đau toàn thân như Morphin clohydrat, Dolacgan… Bất động trong tư thế trật khớp.
* Điều trị: Nắn chỉnh là chủ yếu, nắn khớp trong trường hợp đến sớm, trừ trường hợp đến muộn. Trật khớp có kèm theo gãy xương, các tổn thương phần mềm cần phải phẫu thuật đặt lại khớp. Sau khi nắn trật khớp đặt nẹp hoặc bó bột bất động.
* Bất động và vật lý trị liệu
* Khớp vai: Nắn áp cánh tay vào thân, xoay trong cánh tay cố định bằng bột Desault hoặc bằng băng chun, thời gian bất động 2 – 3 tuần.
* Sau đó cho tập nhẹ nhàng khớp vai trong 2 – 3 tuần tiếp theo.
* Tránh vận động nặng trong vòng 1 – 2 tháng đầu.
* Khi tập vận động lại khớp vai thì cử động dạng và gập được thực hiện trước, xoay ngoài và đưa ra sau tập chậm hơn.
* Khớp khuỷu: Nắn bất động, khuỷu trong tư thế gấp 90o bằng bột cánh cẳng bàn tay 2 – 3 tuần. Chỉ cho lao động nặng sau 3 tháng kể từ ngày bỏ bột.
* Khớp hông: Nắn bất động duỗi đùi hoàn toàn, đùi xoay khoảng 15o hơi dạng bằng bột chậu lưng chân, thời gian bất động 2 – 4 tuần.
* Khớp háng: tập vận động nhẹ nhàng, từ từ lấy lại biên độ cử động khớp háng trong 4 – 8 tuần. Cho tỳ xuống chân đau tăng dần. Cứ 6 tháng đến 1 năm phải kiểm tra lại khớp háng bằng X quang để phát hiện biến chứng thoái hoá khớp, tiêu chỏm.
* Điều trị mổ đặt lại khớp trong trường hợp sai khớp đến muộn, sai khớp không nắn được.

**2.7. Kế hoạch chăm sóc**

***2.7.1. Nhận định tình trạng người bệnh***

*2.7.1.1. Tình trạng chung*

* Nhận định xem có sốc hay không? Dựa vào tinh thần, da, niêm mạc, mạch, huyết áp, nhịp thở.
* Nhận định xem có hội chứng nhiễm trùng toàn thân hay không?
* Có tổn thương phối hợp hay không? Chú ý những tổn thương như: chấn thương sọ não, chấn thương lồng ngực, chấn thương ổ bụng, gãy xương chậu...

*2.7.1.2. Tại chỗ*

* Khớp được bất động hay chưa? Trật khớp kín hay hở, nếu có vết thương thì vết thương sạch hay bẩn?
* Có tổn thương mạch máu, thần kinh không?
* Mức độ đau, sưng nề như thế nào?
* Bột chặt hay lỏng? Có dấu hiệu thiếu máu nuôi dưỡng chi bó bột hay không?
* Vết mổ nhiễm trùng hay không?

***2.7.2. Những vấn đề cần chăm sóc***

* Đau, sưng nề nơi tổn thương.
* Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
* Nguy cơ bị tổn thương mạch máu, thần kinh sau mổ.
* Nguy cơ rối loạn tuần hoàn nuôi dưỡng chi sau bó bột.
* Người bệnh thiếu hụt dinh dưỡng.
* Người bệnh mất ngủ.

***2.7.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc***

* Nếu chưa bất động
* Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau, đánh giá tác dụng của thuốc.
* Bất động ngay trong tư thế trật khớp:
* Chi trên chỉ cần đeo tay khăn vuông.
* Chi dưới nẹp bất động, vận chuyển bằng cáng.
* Sau bó bột
* Kiểm tra chăm sóc bột theo nguyên tắc.
* Nâng cao chi tổn thương để giảm đau, sưng nề.
* Nếu có bất thường như : bột quá chặt, gây chèn ép thiếu máu nuôi dưỡng chi, hỏng vỡ bột cần báo cho bác sĩ.
* Thực hiện y lệnh thuốc.
* Sau mổ
* Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
* Chăm sóc vết mổ theo đúng nguyên tắc.
* Gác chi cao để giảm đau, sưng nề.
* Thực hiện thuốc theo y lệnh.

***2.7.4. Đánh giá***

Người bệnh bong gân, trật khớp được chăm sóc tốt khi:

* Người bệnh được giảm đau, giảm sưng nề nhanh.
* Người bệnh được nắn lại trật khớp sớm.
* Người bệnh được bất động đủ thời gian.
* Được hướng dẫn tập phục hồi chức năng tốt, tránh được các di chứng.

**KẾT LUẬN**

Trật khớp là chấn thương thường gặp, nếu không được phục hồi tốt về chức năng có thể để lại di chứng cứng khớp, ảnh hưởng đến lao động, sinh hoạt hằng ngày.