

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Phác đồ điều trị bệnh Ngoại khoa
tại Trung tâm Y tế Phú Thiện

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIỆN

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ban hành ngày 09/01/2023.

Căn cứ Quyết định số 563/QĐ-UBND ngày 07 tháng 02 năm 2026 của UBND tỉnh Gia Lai về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế Phú Thiện;

Theo đề nghị của Hội đồng khoa học và Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Phác đồ điều trị bệnh Ngoại khoa tại Trung tâm Y tế Phú Thiện (*Phác đồ điều trị 29 bệnh kèm theo*).

Điều 2. Phác đồ điều trị bệnh Ngoại khoa này được áp dụng tại Trung tâm Y tế Phú Thiện.

Điều 3. Tổ chức thực hiện

- Các khoa lâm sàng chịu trách nhiệm triển khai thực hiện phác đồ điều trị nêu tại Điều 1.

- Trưởng các khoa lâm sàng có trách nhiệm phổ biến, hướng dẫn, kiểm tra việc thực hiện đối với toàn bộ nhân viên y tế thuộc phạm vi quản lý.

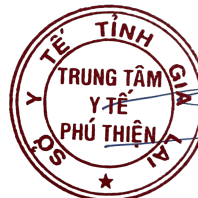
Điều 4. Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Trưởng/Phó các khoa lâm sàng và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Lãnh đạo TTYT;
- Lưu: VT, KHN.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Bùi Phi Sang

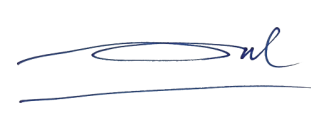
SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIÊN



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
BỆNH NGOẠI KHOA

PĐĐT.09.BNK

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-TTYT ngày tháng năm 2026 của
Trung tâm Y tế Phú Thiên)

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	BSCKI. Siu Blu	BSCKI. Mã Thị Thu Huyền	BSCKI. Bùi Phi Sang
Ký			
Chức danh	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp	Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ	Phó Giám đốc

Mục lục

BÀI 1: APXE GAN DO AMIP	1
BÀI 2: APXE THÀNH BÊN HỌNG	3
BÀI 3: BÔNG PHÂN ĐỘ VÀ CÁCH XỬ TRÍ	6
BÀI 4: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN	14
BÀI 5: CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN	18
BÀI 6: GỠY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	21
BÀI 7: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG CẰNG TAY	23
BÀI 8: GỠY POUTEAU – COLLES	27
BÀI 9: GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY	29
BÀI 10: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN XƯƠNG ĐÙI	31
BÀI 11: NHIỄM TRÙNG BÀN TAY	34
BÀI 12: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT	39
BÀI 13: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ	45
BÀI 14: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN	50
BÀI 15: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THÙNG DẠ DÀY	54
BÀI 16: U LÀNH TÍNH	56
BÀI 17: VIÊM CƠ HÓA MŨ	60
BÀI 18: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA	62
BÀI 19: VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH	64
BÀI 20: VIÊM VÚ	67
BÀI 21: VIÊM XOANG CẤP TÍNH	70
BÀI 22: VẾT THƯƠNG PHÂN MỀM	72
BÀI 23: TRÀN DỊCH KHỚP GỐI	75
BÀI 24: VỠ BÀNG QUANG	79
BÀI 25: HẸP BAO QUI ĐẦU	81
BÀI 26: GỠY XƯƠNG ĐÒN	83
BÀI 27: TRẬT KHỚP VAI	86
BÀI 29: BỆNH CHÓC	93

BÀI 1: APXE GAN DO AMIP

Apxe gan có 2 loại : Do amip và do vi khuẩn . Apxe gan do amip hay gặp hơn apxe gan do vi khuẩn . Amip chui qua đường ruột theo đường máu vào gan, khu trú ở đó và gây apxe . Đại đa số trường hợp chỉ có một ổ lớn ,70 % là ở gan phải . Trước đây người ta chia 2 giai đoạn :viêm gan và apxe gan . Ngày nay giai đoạn viêm gan thường rất kín đáo ,không có triệu chứng lâm sàng gì đáng kể ,thường bỏ qua ,khi có triệu chứng lâm sàng đầu tiên (sốt, đau ...), thì đã hình thành ổ apxe rồi .

I. Nguyên nhân

Amip gây bệnh ở gan là *Entamoeba histolytica*, *E. minima* không gây bệnh .

II. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

1.1.1. Lâm sàng

- Dựa vào tam chứng Fontane:

+ Sốt

+ Đau vùng gan .

+ Gan to và đau

Người bệnh thường không có đau HSP, không vàng da ,nếu có tiền sử lỵ hoặc hiện tại có hội chứng lỵ thì càng chắc chắn hơn .

- Triệu chứng thực thể :

+ Gan to mềm ,ấn đau nhất là kẻ sườn(điểm đau nhói).

+ Đôi khi da vùng gan nóng và sưng nề .

1.1.2. Cận lâm sàng

- Huyết học : số lượng bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng .

- X Quang tim -phổi : cơ hoành phải đẩy lên cao ,di động kém , có thể tràn dịch màng phổi .

- Siêu âm gan : có ổ trống ,giảm âm hoặc tăng âm hỗn hợp ,có dịch chuyển động, có thể thấy tràn dịch màng phổi phải .

- Chọc dò ổ apxe hút mủ để xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh (tốt nhất chọc dò có sự hướng dẫn của siêu âm): Trong mủ ít khi soi tươi thấy amip,nhưng mủ thường có màu Socola .

2.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt apxe gan do amip hay do các nguyên nhân khác :

- Apxe gan đường mật (mủ thường trắng đục).

- Apxe gan do sán lá gan lớn .

- Apxe gan do vi khuẩn .

III. Điều trị

- Trường hợp nhẹ và trung bình, điều trị 7-10 ngày, không khỏi, chuyển lên tuyến trên.
- Dùng thuốc diệt amip đơn thuần.

Chỉ định : + Bệnh nhẹ, trung bình

+ Ổ Áp xe nhỏ <10 cm

+ Bệnh nhân đến sớm trước 15 ngày, kể từ khi có triệu chứng đầu tiên.

- **Thuốc, Metronida zol** - Truyền TM ; 1-1,5g/ngày, chia 2-3 lần- Đ/V người lớn.

TE 20-30mg/kg/ngày, chia 2-3 lần, dùng 5-7 ngày.

Có thể phối hợp 2 hoặc 3 kháng sinh nếu nặng, như: Cefotaxim hay Gentamycin.

- Bù dịch như : Glucose, Natriclorit...
- Giảm đau, hạ sốt như : Infalgan ...
- Sinh tố.

Sau khi dùng thuốc diệt amip toàn thân mới dùng thuốc diệt amip tiếp xúc, như : Diloxanid Uống 1,5g/ngày, chia 3 lần, dùng trong 10 ngày.

- Chọc hút mủ :

Chỉ định : + Bệnh nặng

+ Đường kính ổ áp xe >10 cm

+ Điều trị bằng thuốc nhưng không đỡ

+ Bệnh nhân đến muộn sau 15 ngày

=> Chọc hút mủ theo sự hướng dẫn của siêu âm.

Nếu tình trạng bệnh nặng, ổ áp xe >15cm hoặc ổ áp xe ở vị trí nguy hiểm như ở thùy trái sát tim, ở sát cơ hoành ... Nên chọc hút mủ ngay để tránh biến chứng vỡ ổ áp xe.

Trường hợp còn lại nên điều trị thuốc diệt amip từ 2-5 ngày rồi chọc hút mủ sau. Đa số trường hợp chỉ cần chọc một lần là đủ. Một số ít trường hợp phải chọc 2-3 lần. Tối đa không quá 5 lần, cách đến 5-7 ngày chọc hút một lần.

Chỉ định chuyển viện.

- Trường hợp bệnh nặng : chuyển ngay lên tuyến trên, nhưng phải vận chuyển nhẹ nhàng tránh biến chứng vỡ ổ áp xe.
 - Trường hợp có biến chứng : về nguyên tắc nếu áp xe có biến chứng phải gửi lên tuyến trên điều trị, nhưng nếu biến chứng nặng phải xử trí cấp cứu trước rồi mới chuyển lên tuyến trên
- + Vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc nặng : Phải dẫn lưu ổ bụng, dẫn lưu ổ áp xe trước rồi mới chuyển.
- + Vỡ ổ áp xe vào màng tim gây khó thở suy hô hấp cấp : Chọc dò màng tim cho đỡ khó thở, hội chứng chèn ép tim rồi chuyển.

BÀI 2: APXE THÀNH BÊN HỌNG

Đó là viêm tấy hóa mủ các hạch hoặc tổ chức liên kết khoang trước trâm hoặc sau trâm

I. Nguyên nhân .

- Do viêm tấy hạch hoặc tổ chức liên kết hóa mủ ở vùng cổ .
- Vi khuẩn gây bệnh thường gặp :do tụ cầu vàng ,liên cầu ,phế cầu hoặc vi khuẩn kỵ khí

II. Chẩn đoán .

Chẩn đoán xác định .

2.1.1. Lâm sàng .

- Toàn thân :Sau đợt viêm họng hay viêm amydal cấp ,BN lại sốt cao 39-40 độ rét run ,mệt mỏi ,ăn uống kém .
- Cơ năng :đau họng dữ dội ,đau liên tục ,đau lan xuống cổ và lên tai. Đau tăng lên khi quay cổ ,và há miệng ,khi nuốt .Khít hàm,có khi có khó thở.
- Thực thể :
 - +Sung hạch cổ ,vùng máng cảnh ,đầy vùng góc hàm ,dưới hàm ,làm đầy phòng cơ ức đòn chũm .Da cổ vùng này có thể sung đỏ hoặc bình thường .
 - +Áp vào vùng cổ BN đau ,hạch cổ sưng và đau .Khi sờ có cảm giác căng mủ .
 - +Cổ ngoẹo sang bên bệnh ;sờ vào cơ ức đòn chũm BN rất đau .
 - +Khám họng thấy :Amydal và trụ bị đẩy vào trong và ra trước làm biến đổi khung họng. It khi lưỡi gà ,màn hầu ,hố lưỡi –thanh nhiệt bị nề .

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu : BC tăng cao, nhất là đa nhân trung tính .
- Chọc hút :có thể có mủ ...

III. Điều trị

3.1. Nguyên tắc .- Nếu chưa có mủ dùng KS liều cao phổ rộng và KS chống vi khuẩn kỵ khí .

- Nếu có mủ mở cạnh cổ dẫn lưu mủ rộng.

3.2. Điều trị cụ thể .

3.2.2. Điều trị nội :

- +Cefuroxim 500mg /ngày ,uống chia hai lần ,dùng trong 7 ngày ,TB ,TMC Cứ 8h /lần.
- + Metronidazol 500mg*01lọ /ngày ,CTMC Trong 5 ngày .
- + Prednisolon 20mg/ngày, chia 4 lần khoảng cách 6h/lần,uống sau bữa ăn,dùng trong 5 ngày . TRường hợp nặng có thể dùng Solumedrol,...01lọ /ngày TTMC trong 3-5 ngày.

+ Paracetamol ,người lớn 1,5- 3g/ngày ,uống chia 3 lần ,#8h/lần, không dùng quá 4g/ngày ,trẻ em 60mg/kg/24h chia làm 3-4 lần ,dùng trong 3-5 ngày (đến khi hết đau và sốt).

- **Điều trị ngoại :** Nếu đã có mụn mở cạnh cổ dẫn lưu apxe. Mở rộng và đặt bắc dẫn lưu, thay băng hàng ngày cần chú ý bó mạch TK cổ

I. Tiến triển và biến chứng

Apxe thành bên họng dễ lan xuống trung thất hoặc gây hoại tử các mạch máu lớn vùng cổ ,nên cần chẩn đoán sớm và xử lý sớm..Tiên lượng dè dặt.

II. Dự phòng .-Cần cắt amydal khi đã viêm mạn tính

-Trong viêm họng cần súc họng bằng nước muối .

BỆNH CHỐC

Bệnh chốc là một bệnh nhiễm trùng da . Bệnh lây truyền thường gặp ở lứa tuổi nhà trẻ,song có thể gặp ở mọi lứa tuổi .

I. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh do tụ cầu khuẩn hoặc liên cầu khuẩn , nung thường phối hợp cả 2 loại vi khuẩn trên .

II. Chẩn đoán

2.1 .Chẩn đoán xác định : chủ yếu dựa vào lâm sàng

2.1.2. Lâm sàng :

Các thương tổn cơ bản là bọt nước trong nhẵn nheo, kích thước bằng hạt đậu xanh ,hạt ngô. Sau 2-3 h bọt nước trở nên đục mủ ,mủ vàng đọng ở bờ dưới của bọt nước . Sau 1-2 ngày , bọt mủ tự dập vỡ để lại vảy tiết màu vàng như mật ong . Chốc nang lông cũng hay gặp biểu hiện là viêm nang lông ở lớp nông

Vị trí hay gặp ở đầu mặt ,quanh các hốc tự nhiên ,nếp gấp lớn tay chân , có khi rải rác khắp người . Bệnh nhân có thể có ngứa nhưng không ngứa nhiều .

2.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu
- Lấy bệnh phẩm tại thương tổn để nuôi cấy nhưng không có giá trị cho chẩn đoán và điều trị .

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Herpes (Herpes simplex).
- Bệnh thủy đậu

III.. Điều trị

3.1 Nguyên tắc

- Giữ vệ sinh da
- Cho thuốc bong vảy và sát khuẩn .

- Chốc không có biến chứng để lại điều trị , chốc có biến chứng chàm hóa ,viêm cầu thận ... chuyển lên tuyến tủy .

3.2. Điều trị . – Các trường hợp nhẹ :

- + Đầu tiên cần làm bong các vảy tiết bằng đắp dung dịch thuốc tím ,hay nước muối loãng .
- + Sau khi vẩy bong ,bôi các dung dịch thuốc sát khuẩn như xanh metylen...hoặc bôi kem /mỡ kháng sinh như : Neomycin ; gentamycin ,...ngày bôi 1 /lần
- Trường hợp nặng dùng kháng sinh toàn thân ;
- + Erythromycin : NL 1-2 g/ngày ; TE 30-50mg/kg/ngày ,chia 2-4 lần khoảng cách 6-12 giờ.
- + Hoặc Penicilin V ; NL Và TE >12 Tuổi 400.000- 800.000 UI/lần ,cứ 6-8 giờ /lần . TE <12 Tuổi 40.000-80.000UI/lần ,uống chia 3-4 lần
- Nếu có nguy cơ biến chứng viêm cầu thận dùng cephalexin .NL 250-500mg, chia 4 lần # 6h /lần ,tùy theo mức độ nhiễm khuẩn , TE 25-50mg/kg/ngày ,chia 2-3 lần ,#8-12 giờ .

IV. Tiến triển và biến chứng

- Đây là bệnh lây truyền cho nên bệnh có thể lây lan trong gia đình, trong lớp học ,dù không điều trị ,bệnh có xu hướng khỏi dần nhưng chậm.
- Có một số trường hợp ,có biến chứng tại chỗ như chốc chàm hóa ,chốc loét . Viêm cầu thận là một biến chứng nặng

V. Dự phòng . dự phòng đối với bệnh bao gồm 2 lĩnh vực :

- Phòng lây lan trong cộng đồng : vệ sinh cá nhân sạch sẽ ,tránh chấn thương (không gầy ,không trà sát),ăn đủ chất ,bổ sung vitamin A, C.
- Đồng thời phòng các biến chứng cho Bn ,trong đó quan tâm hàng đầu là phòng biến chứng viêm cầu thận . Để đề phòng biến chứng này trong trường hợp nặng và bệnh dai dẳng cần dùng KS toàn thân .

BÀI 3: BỎNG PHÂN ĐỘ VÀ CÁCH XỬ TRÍ

Bỏng là các tổn thương gây nên bởi sức nhiệt, hoá chất, điện năng, bức xạ. Đại đa số trường hợp bỏng chỉ hạn chế ở da, nhưng cũng gặp bỏng sâu tới các lớp dưới da như: cân, cơ, gân, xương khớp và các tạng.

I. NHỮNG TÁC NHÂN VÀ CƠ CHẾ GÂY BỎNG:

1.1. Bỏng do sức nhiệt: Là loại gặp nhiều nhất, có 2 loại:

a. Sức nhiệt khô:

- Lửa
- Tia lửa điện
- Kim loại nóng chảy

b. Sức nhiệt ướt:

- Nước sôi
- Thức ăn sôi nóng
- Dầu mỡ sôi (nhiệt độ 180°C)
- Hơi nước nóng từ 90°C – 92°C trở lên

1.2. Bỏng do hoá chất: có 2 loại do axit, do bazơ

a. Axit: có 3 loại axit vô cơ mạnh thường gây bỏng là:
g nhiệt. - Axit sunfuric (H_2SO_4)

nitric (HNO_3)

- Axit clohydric (HCL)

Có thể gặp bỏng do các axit hữu cơ

- Axit phenic (phenol)
- Axit trichloraxetic

b. Bazơ:

Các loại bazơ đặc mạnh gây bỏng: NaOH , KOH , $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Vôi đang tôi là một loại bỏng vừa do sức nhiệt, vừa do độ bazơ.

1.3. Bỏng do điện:

Bỏng do luồng điện dẫn truyền qua cơ thể. Bỏng do tia lửa điện là một bỏng

II. SINH BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG BỎNG:

Da là tổ chức che phủ toàn bộ cơ thể đồng thời có nhiều chức phận như: điều hoà nhiệt độ cơ thể, hàng rào bảo vệ cơ thể, cơ quan xúc giác, bài tiết một số các chất thải (qua mồ hôi).

Khi bị tác dụng của nhiệt, hoá chất, điện năng, một số loại bức xạ, da sẽ bị tổn thương.

Ở bỏng do sức nhiệt thương tổn của da phụ thuộc vào:

1. Sức nhiệt tính bằng nhiệt độ C (nhiệt độ nóng của tác nhân gây bỏng khi tác động lên cơ thể).

2. Hoặc bằng bức xạ nhiệt tác dụng trên da tính bằng Calo/cm².

3. Thời gian tác dụng trên da của sức nhiệt.

Tế bào cơ thể bị tổn thương ở nhiệt độ 45-50°C. Nếu nhiệt độ cao, thời gian tác động ngắn các tế bào thượng bì bị tổn thương, nguyên sinh chất phình ra, nhân đông. Mao mạch trung bì giãn. Tính thấm thành mạch tăng: thoát dịch huyết tương ra gian bào làm tách lớp thượng bì. Dịch huyết tương thoát ra làm thành dịch nốt phỏng.

Nếu nhiệt độ cao, thời gian tác động trên da kéo dài, da sẽ bị hoại tử ngay. Các lớp mạch máu ở trung bì và hạ bì bị hoại tử đông. Da bị hoại tử và kết dính với nhau thành một khối duy nhất. Khi bị bỏng do nhiệt khô mà thời gian tác động trên da dài và sức nhiệt cao thì gây hoại tử khô. Nếu nhiệt độ không cao và thời gian tác động trên da ngắn sẽ gây hoại tử ướt. Có thể trên cùng một vùng bỏng có hoại tử khô và hoại tử ướt xen kẽ.

Ngoài ra tổn thương bỏng còn phụ thuộc vào độ dày, mỏng của da. Trên cơ thể độ dày mỏng không đều. Các diện da ở mặt trong các chi mỏng hơn da ở mặt ngoài chi thể. Da đầu, da gan bàn tay, da gan bàn chân dày hơn ở các vùng khác. Trẻ em và người già da mỏng hơn da người lớn, da phụ nữ mỏng hơn da nam giới.

III. CHẨN ĐOÁN ĐỘ SÂU CỦA BỎNG:

3.1. Viêm da: (bỏng độ I).

Da đỏ, đau rất phù nhẹ. Sau 2-3 ngày khỏi, có thể thấy bong các lớp nông thượng bì.

3.2. Bỏng lớp thượng bì (độ II).

Là độ II nông theo các tác giả Âu Mỹ và độ II theo các tác giả Liên Xô.

- Trên nền da xung huyết và xuất hiện nốt phỏng chứa dịch màu vàng chanh. Vòm nốt phỏng mỏng, đáy màu hồng và ướt.

- Tăng cảm giác: đau rất.

- Về tổ chức học: tổn thương đến các lớp tế bào nông của thượng bì. lớp tế bào mầm còn nguyên vẹn. mao mạch ở lớp nhú trung bì bị ứ huyết và tăng tính thấm. Dịch huyết tương thoát ra tạo thành nốt phỏng. Thời gian khỏi từ 8-13 ngày.

3.3. Bỏng trung bì: (độ III) là độ sâu theo các tác giả Âu Mỹ, độ III_a theo tác giả Nga.

a. Bỏng lớp trung bì nông (độ III nông).

- **Nốt phỏng vòm dày** gồm toàn bộ lớp thượng bì và một phần lớp trung bì bị tổn thương, nền nốt phỏng hoặc trắng hoặc có rỉ máu.

- **Tổ chức học:** các ống và gốc lông, các tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn. Thời gian khỏi từ 15-17 ngày.

b. **Bỏng lớp trung bì sâu (độ III sâu)** da bị hoại tử:

- Thường thấy xen kẽ với bỏng sâu. Khó chẩn đoán trong thời gian đầu. Thường gặp các lớp da dày (da lưng, da mông...). Về tổ chức học, lớp trung bì tổn thương chỉ còn các phần sâu của các tuyến mồ hôi.

- Hoại tử bỏng rụng sớm (ngày thứ 10-12). Mô hạt mọc lên xen kẽ với các đảo biểu mô của tuyến mồ hôi. Thời gian tự khỏi 30-40 ngày.

3.4. Bỏng toàn bộ lớp da (độ IV)

Là độ III nông theo tác giả Âu Mỹ và độ III_b theo tác giả Nga. Tổn thương biểu hiện da hoại tử có thể là hoại tử ướt có màu trắng bệch, gồ cao hơn mặt da lành sờ trên mặt da mịn mềm hoặc là hoại tử khô màu vàng đỏ hoặc đen hơi lõm thấp hơn mặt da lành. Qua lớp da hoại tử nhìn thấy các lưới huyết quản ở dưới da bị hoại tử lấp quản có đông máu trong lòng huyết quản.

Sau 3-4 tuần hoại tử rụng. Hoại tử ướt rụng nhanh hơn hoại tử khô. Mô hạt mọc và có hiện tượng biểu mô hoá từ bờ vết thương vào giữa.

3.5. Bỏng da và các lớp dưới cân (độ V)

Là bỏng độ III sâu theo tác giả Âu Mỹ, là độ IV theo tác giả Nga tổn thương gân, cơ, xương, khớp, mạch máu thần kinh, sụn khớp và có khi tạng bụng hoặc ngực cũng bị bỏng.

Mô hoại tử thường rụng muộn và có nhiều biến chứng như viêm khớp, viêm sụn, viêm xương, chảy máu thứ phát, hình thành các ổ mủ hoặc viêm mủ lan rộng.

Bỏng độ I, II, III, là bỏng nông: vết thương có thể tự liền được, ít để lại những di chứng tại chỗ ảnh hưởng xấu đến chức năng vận động các khớp.

Bỏng độ IV, V là bỏng sâu. Nếu bỏng sâu có diện tích rộng tiên lượng sẽ nặng có nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân, khi chữa khỏi thường có di chứng tại chỗ ảnh hưởng xấu đến chức năng vận động và thẩm mỹ.

Trong thực tế lâm sàng chẩn đoán độ sâu của bỏng rất khó chính xác ngay từ lúc đầu thường phải chẩn đoán bổ sung nhiều lần qua công tác thay băng, chẩn đoán độ sâu giúp ta có kế hoạch điều trị đúng và dự kiến tiên lượng kịp thời. Để chẩn đoán sớm và tương đối chính xác có thể dùng phương pháp chẩn đoán huỳnh quang. Tiêm cho bệnh nhân Fluoresein Na dung dịch 20%, 5-10 ml vào tĩnh mạch. Dưới ánh sáng các tia cực tím có bước sóng dài (dùng đèn Wood hoặc đèn thạch anh 250), các chất huỳnh quang ở máu có lưới mao mạch của trung bì và dưới da

nếu còn nguyên vẹn sẽ phát ra màu vàng ánh. Căn cứ vào các vùng có màu sắc có thể phân biệt vùng bỏng nông và sâu.

IV. TÍNH DIỆN TÍCH BỎNG:

- Diện tích da cơ thể ở người lớn (từ 16 tuổi trở lên) trung bình là 16000 cm^2 .
- Đặng Ngọc Tốt (1969) đo diện tích da thấy trung bình ở người lớn Việt Nam là 15000 cm^2 .

Có 3 phương pháp chính tính diện tích bỏng ở người lớn:

+ Pulaski – Tennison và Wallas (1951) dùng phương pháp con số 9 để tính diện tích bỏng

Vị trí	Diện tích %	Vị trí	Diện tích %
Đầu – mặt – cổ	9	Chi trên	9
mặt trước	9×2	Chi dưới	9×2
Thân	-	-	-
mặt sau	9×2	Sinh dục	1

+ Blôkhin dùng phương pháp bàn tay để đo diện tích mỗi bàn tay của người đó tương ứng 1% – 1,25% diện tích cơ thể.

+ Lê Thế Trung (1965) tính diện tích cơ thể bằng những con số gọn : 1; 3; 6; 9; 18.

Vị trí	Diện tích %	Vị trí	Diện tích %
- Cổ (trước)	1	- Mông (hai bên)	6
- Cổ (gáy)		- Cẳng chân (1 bên)	
- Gan tay			
- Mu tay			
- Sinh dục ngoài			
		- Đùi (1 bên)	9
		- Chi trên)1 bên)	
- Da đầu (phần có tóc)	3	- Mặt trước thân	18
- Da mặt		- Mặt sau thân	
- Cánh tay)1 bên)		- Chi dưới (1 bên)	
- Cẳng tay (1 bên)			
- bàn chân (1 bên)			

Ở trẻ em cách tính diện tích có khác người lớn, đối với diện tích da đầu, cổ, đùi, và cẳng chân. Trẻ sơ sinh thì diện tích da đầu + cổ là 20% diện tích cơ thể. Khi lớn lên

tỷ lệ này có thay đổi vì thế phải có một bảng tính riêng.
- Bảng tính diện tích bỏng ở trẻ em: (Lê Thế Trung – 1965).

Diện tích % Tuổi	Đầu + cổ	Hai đùi	Hai cẳng chân
1 tuổi	17	$(-4) = 13$	$(-3) = 10$
5 tuổi	$(-4) = 13$	$(+3) = 16$	$(+1) = 11$
10 tuổi	$(-3) = 10$	$(+2) = 18$	$(+1) = 12$
15 tuổi	$(-2) = 8$	$(+1) = 19$	$(+1) = 13$

V. TIỀN LƯỢNG NGƯỜI BỊ BỎNG.

*Tiền lượng bệnh nhân bỏng về hai mặt:

- Toàn thân
- Chức năng vận động và thẩm mỹ.

Dựa vào những căn cứ sau đây để tiên lượng bỏng.

5.1. Căn cứ vào diện tích bỏng chung và diện tích bỏng sâu: Nếu chỉ bỏng nông dù diện tích rộng tới 90% vẫn có khả năng cứu sống được. Nhưng nếu bỏng sâu từ 40% diện tích cơ thể trở lên vẫn có một tỷ lệ tử vong khá cao mặc dù được điều trị tích cực tại các trung tâm chữa bỏng, cho đến nay việc chữa khỏi cho các bệnh nhân có diện tích bỏng sâu trên 70% diện tích cơ thể là một vấn đề rất khó khăn. Trên thế giới số trường hợp kể trên được cứu sống còn ít.

5.2. Căn cứ vào tuổi và sức khỏe bệnh nhân khi bị bỏng: Trẻ em và người già tiên lượng nặng hơn so với người lớn nếu có cùng diện tích và mức độ tổn thương bỏng như nhau.

Người đang mắc bệnh sốt rét, lao phổi...Tiền lượng xấu hơn người bình thường. Phụ nữ chưa bị bỏng thường có diễn biến nặng.

5.3. Căn cứ vào vị trí bỏng, tác nhân gây bỏng và hoàn cảnh bị bỏng:

a. **Vị trí:** Bỏng vùng mặt, cổ, có thể gặp bỏng đường hô hấp trên, bỏng giác mạc, mi mắt, sụn tai. Bỏng vùng mặt cổ ảnh hưởng đến thẩm mỹ và các chức năng: nhìn, nhai, nghe, thở.... Bỏng bàn tay và các vùng khác của chi thể thường có di chứng làm hạn chế chức phận chi thể: co kéo, dính, tư thế sai lệch.

b. **Tác nhân:** Nhiệt khô thường gây bỏng sâu do đó thường nặng hơn bỏng do sức nhiệt ướt. Tử vong do bỏng lửa cao hơn bỏng nước sôi.

Bỏng điện cao thế thường sâu đến các khối cơ, nhiều mô hoại tử và chảy máu thứ phát.

Bỏng do hơi nóng và các khí nóng thường kèm theo bỏng đường hô hấp.

Bỏng do vôi tôi thường có hoại tử ướt do đó dễ bị nhiễm khuẩn nhất là nhiễm

khuẩn mủ xanh.

c. **Hoàn cảnh:** Khi lên cơn động kinh, say rượu, ngất, bất tỉnh mà bị bỏng thì thường là bỏng sâu vì người bệnh mất ý thức tự bảo vệ.

5.4. Căn cứ vào cách điều trị và hoàn cảnh bị bỏng:

Sau khi bị bỏng có được cấp cứu kịp thời hay không? Cách chữa có chính xác hay không? đó là những vấn đề có liên quan đến các biến chứng xảy ra như: sốc, nhiễm độc, nhiễm khuẩn, suy mòn và khả năng tái tạo và phục hồi của vết bỏng.

VI. Diễn biến lâm sàng . Có 3 giai đoạn

1. Giai đoạn sốc bỏng kéo dài chừng 48 giờ đầu .Có 2 thời kỳ
 - Thời kỳ sốc TK trong 6h đầu .
 - Thời kỳ sốc bỏng kéo dài từ 6-48h
2. Giai đoạn nhiễm độc cấp tính : kéo dài từ ngày thứ 3- 15 do hấp thụ chất độc của tổ chức hoại tử và nhiễm khuẩn .
3. Giai đoạn nhiễm trùng là chính . do hàng rào da bị mất rộng ,giai đoạn này kéo dài từ ngày thứ 11 đến khi toàn bộ chỗ mất da được vá xong .
4. Giai đoạn hồi phục hay suy mãn kéo dài :tùy có vá da che hết vùng bỏng sâu hay không ?.

VII. Cận lâm sàng .

- Công thức máu ,HC ít thấy giảm, HCT tăng cao, BC tăng cao.
- Sinh hóa : K⁺ , Urê máu tăng,Bilirubin tăng, Protein máu giảm, Rối loạn điện giải ..,Albumin,..

VIII. Điều trị .

8.1. **Điều trị toàn thân .** Đối với với Bn ,nhất là khi có nhiều Bn một lúc ,cần sơ bộ khám và phân chia 2 nhóm .

- Nhóm Bn nhẹ ,dự kiến bỏng nông ,<18-20 %diện tích ,thường chiếm đa số ,cần chú ý cho thuốc giảm đau và cho băng bảo vệ vết thương ,cho ăn uống .
- Nhóm Bn nặng ,bỏng sâu và rộng ,cần cho ngay thuốc giảm đau và hồi sức bằng đường TM .

8.2. **Sơ cứu .**

- Cho Morphin : người lớn cứ 12h cho một ống 0,01g .Trẻ em dùng phối hợp 2 thứ sau rất tốt : kháng Histamin + Dẫn xuất Morphin .
- Đối với bỏng diện tích bé ,nhất là ở 2 bàn tay thì ngâm ngay chi bỏng trong nước có đá lạnh ,mỗi lần ngâm 20 phút .Rút ra mấy phút cho da thở rồi ngâm tiếp .Thời gian 2h.Đỡ hẳn đau ,đỡ phỏng nước .
- Uống được ,cho uống nhiều nước có đường .
- Không cởi quần áo mà cắt bỏ ,chú ý chống lạnh ,nhiệt độ xung quanh tốt nhất 22-24 độ C .Tời rét phải ủ ấm song ở bỏng không nên sưởi.
- Tại chỗ không nên bôi dầu mỡ hay đắp lá , không nên rửa chỉ phủ vải sạch rồi chuyển đi
- Khi vận chuyển không để cao đầu . Chú ý tháo nhẫn vòng nếu có .

8.3. Xử trí hai ngày đầu đối với bỏng nặng

Cần cấp cứu tốt trong giai đoạn sốc bỏng . Phải rất chú ý yếu tố thời gian .

- **Truyền dịch sớm từng phút nhất là trong 8h đầu .** Theo công thức tổng : $\text{Kg(nặng)} * \%(\text{diện tích}) * 2 + 2000$. Dù bỏng rộng ,24h đầu không nên CTM quá 10 lít .

+ 1/6: Ringerlactate hoặc Bicarbonat natri 12,5%.

+ 1/3: Natriclorit 0,9%.

+ 1/6 : máu ,huyết tương ,chất keo thay thế .

Còn lại cho huyết thanh ngọt đẳng trương .

***Việc phân phối số lượng dịch truyền như sau :**

- 8h đầu : cho $\frac{1}{2}$ tổng số ,đây là phần quan trọng nhất
- 8h tiếp theo cho $\frac{1}{4}$ tổng số .
- 8h cuối cùng của ngày đầu ,cho nốt $\frac{1}{4}$ tổng số còn lại .

Ngày thứ hai cho $\frac{1}{2}$ số lượng ngày thứ nhất và cố gắng cho ăn uống thêm .

Theo dõi tốt nhất là đặt sond tiểu theo dõi số lượng nước tiểu qua ra giờ, người lớn tiểu ra 50-60ml /giờ là vừa . Trên 100ml là nhiều quá ,cần giảm lượng dịch truyền. Ở Trẻ em chừng 10 tuổi là 30ml/giờ là vừa , trẻ em 1 tuổi 20ml/giờ là vừa .

- Kháng sinh : cefotaxime ; Metronidazol , Gentamycin . Có thể phối hợp các loại KS với nhau .
- Thở oxy : nếu có $SpO_2 \leq 95\%$.
- Sinh tố ...
- Ngừa uốn ván .

8.4 Điều trị tại chỗ . Từng Bn phải cách ly để tránh nhiễm khuẩn chéo .

- Với nốt phỏng nhỏ để mặc , nốt phỏng to chọc ở bờ để thoát dịch .
- Băng diệt bỏng với tấm gạc vaseline, ở trẻ em các chi cuốn thêm băng gạc có tấm vaselin để khỏi tuột .
- Bỏng ở mặt , vùng hạ môn sinh dục thì rắc bột sous gallate bismuth, để hở ,không băng .
- Các vết bỏng nông thường lành khô tự nhiên sau 7-8 ngày . Các vết bỏng sâu cần cắt bỏ hoại tử nhiều lần ,thay băng nhiều lần .
- * Cần ngăn ngừa di chứng sẹo do dính vùng khớp đối với bỏng sâu : Băng riêng từng ngón tay , khớp bỏng phải giữ ở tư thế dự phòng quá mức , hạn chế sẹo co rúm . Tập cử động mọi khớp lành .

8.5. Từ ngày thứ 15 . Cần vá da sớm để che chỗ bỏng sâu . Qua 6 tuần ,chưa che kín hết là chất lượng điều trị thấp .

Đảm bảo ăn uống tốt . Nếu tổ chức hạt nề to cần chuẩn bị tại chỗ với băng ướt dung dịch muối ưu trương ,có thể pha thêm Cortison ,kháng sinh . Băng hơi ép để tạo một tổ chức đỏ ,sạch mịn ,ít nhiễm khuẩn .

BÀI 4: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN

I. PHẠM VI ÁP DỤNG PHÁC ĐỒ.

Áp dụng cho bệnh nhân đến cấp cứu tại trung tâm y tế Thị xã Ayunpa.

II. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG.

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

Bệnh cảnh lâm sàng của chấn thương bụng kín hoàn toàn phụ thuộc vào tính chất, mức độ của các tạng tổn thương. Nhìn chung, biểu hiện lâm sàng với 3 hình thái:

- Choáng (sốc) chấn thương.
- Hội chứng chảy máu trong ổ bụng.
- Hội chứng viêm phúc mạc.
- Cần khám toàn diện, tỷ mỉ để phát hiện hết các triệu chứng, không bỏ sót cơ quan tổn thương. Những trường hợp khó, cần khám đi khám lại nhiều lần, cách nhau 15 - 30 phút.

2. Khám bụng.

- Cần khám tỷ mỉ, toàn diện và có hệ thống, quan sát kỹ lưỡng vùng bụng trước, vùng lưng, tăng sinh môn nhằm phát hiện các vết bầm tím, tụ máu, sây sát.
- Sờ nắn bụng phát hiện một vùng đau cố định qua nhiều lần khám hoặc có điểm đau, bụng co cứng hoặc có phản ứng thành bụng, bụng trướng không tham gia nhịp thở, có cảm ứng phúc mạc khi thủng tạng rỗng (Blumberg +), gõ đục ở vùng thấp khi có chảy máu trong.
- Khám trực tràng, âm đạo là một thăm khám bắt buộc đối với chấn thương bụng kín, khi có máu hoặc dịch trong ổ bụng, túi cùng Douglas phồng đau. Ngoài ra, còn khám phát hiện các triệu chứng gãy xương chậu, xương sườn..

3. Chọc dò ổ bụng.

Chọc dò ổ bụng với mục đích chẩn đoán: được Solomon thực hiện lần đầu tiên năm 1906. Với mục đích thăm dò vỡ lách, tỷ lệ chính xác 76% và không có biến chứng thủ thuật; Coleman khuyên dùng kim nhỏ có đường kính 0,5 mm và chọc ở bờ ngoài cơ thẳng. Có thể chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm cho tỷ lệ dương tính cao.

Chọc dò ổ bụng dương tính khi hút ra được máu không đông, chứng tỏ có chảy máu trong ổ bụng và được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng, hoặc có thể hút ra dịch ruột, tụy, dịch có lẫn dịch mật... Tuy nhiên, chọc dò âm tính không thể loại trừ thương tổn trong ổ bụng. Phương pháp này, chỉ dương tính trong khoảng 80% các trường hợp chảy máu trong ổ bụng.

III. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH.

1.X quang

Chiếu hoặc chụp ổ bụng không chuẩn bị, trong điều kiện cho phép. Bệnh nhân đa chấn thương nên chụp khung chậu, cột sống, phim phổi thẳng để phát hiện các hình ảnh: liềm hơi trong thủng tạng rỗng; hình ảnh vòm hoành trái bị đẩy lên cao, mờ vùng hạ sườn trái, đại tràng góc lách hạ thấp, bóng dạ dày trướng hơi bị đẩy lệch vào trong do vỡ lách; mờ vùng thấp do có dịch tự do trong ổ bụng. Trên phim X quang có thể thấy hình ảnh xương gãy, mất bóng cơ thắt lưng chậu, mờ ổ bụng...

2.Siêu âm

Hiện nay, siêu âm được xem là phương tiện đầu tay để chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng do chấn thương (kết hợp với lâm sàng) với các ưu điểm của phương pháp này như thực hiện ngay tại giường bệnh, ngay cả trong tình trạng nặng, không gây nguy hiểm, đau đớn cho người bệnh và có thể thực hiện nhiều lần. Tuy nhiên, có hạn chế trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng, trên cơ địa người bệnh quá béo... phụ thuộc vào trình độ và kinh nghiệm của người thực hiện. Nếu thực hiện tốt, siêu âm chẩn đoán có thể thay thế được biện pháp chọc rửa ổ bụng trong chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng.

3. Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner)

Chụp cắt lớp vi tính xác định chính xác tổn thương nhu mô, các đường vỡ tạng đặc, khối máu tụ, phân loại được mức độ tổn thương gan, lách, thận, hình ảnh chèn ép, có dịch tự do trong ổ bụng... nhưng ít giá trị trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng và chấn thương tụy sớm. Tuy nhiên, phải vận chuyển bệnh nhân và mất thời gian nên chỉ thực hiện ở những bệnh nhân có huyết động học ổn định.

IV. HƯỚNG XỬ TRÍ.

Chấn thương bụng kín có tổn thương tạng cần phải phẫu thuật càng sớm càng tốt, nếu để muộn thì tỷ lệ tử vong càng cao. Tuy nhiên, không phải chỉ đơn thuần yếu tố thời gian mà còn phải chọn thời điểm can thiệp phẫu thuật phù hợp với từng trường hợp bệnh nhân cụ thể.

1.Hướng xử trí chung.

-Nếu có vỡ tạng đặc gây chảy máu trong ổ bụng thì phải phẫu thuật cấp cứu khẩn cấp, vừa hồi sức (quan trọng nhất là truyền máu) vừa phẫu thuật để cầm máu. Chần chừ, chờ đợi thì máu tiếp tục chảy và hồi sức sẽ không có hiệu quả.

-Nếu có tổn thương tạng rỗng và có viêm phúc mạc thì phải phẫu thuật cấp cứu. Trường hợp bệnh nhân không còn sốc nữa thì phẫu thuật càng sớm càng tốt. Nếu bệnh nhân đang sốc nặng thì trước hết phải chống sốc tích cực, theo dõi sát (nếu phẫu thuật sẽ làm cho sốc nặng thêm, không hồi phục), khi sốc đã tạm thời ổn định thì can thiệp phẫu thuật ngay.

2. Hướng xử trí từng cơ quan tổn thương

2.1.Vỡ gan

-Xử trí vỡ gan phụ thuộc tính chất, đặc điểm tổn thương, tình trạng bệnh nhân. Hiện nay nhờ có các phương tiện như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính... kết hợp với lâm sàng để chẩn đoán chính xác mức độ và theo dõi tiến triển của tổn thương gan. Vì vậy, vỡ gan chấn thương có thể điều trị bảo tồn khi: bệnh nhân có huyết động ổn định, không có các dấu hiệu chảy máu tiếp, tổn thương gan ở mức độ nhẹ, trung bình (độ I, II).

-Lựa chọn phương pháp phẫu thuật với nguyên tắc bảo tồn tối đa tổ chức gan, chỉ cắt lọc những tổ chức dập nát, có thể phải cắt bỏ phần thùy hoặc cả một thùy gan nhưng cũng chỉ tiến hành khi dập nát hoàn toàn không còn khả năng hồi phục. Khi xử trí cần chú ý: cầm máu bảo đảm, tìm buộc các ống mật bị đứt, hạn chế rò mật.

-Các phương pháp xử trí phẫu thuật:

- + Chèn gạc cầm máu.
- + Đốt điện cầm máu.
- + Khâu cầm máu.
- + Thắt động mạch gan.
- + Cắt gan điển hình hoặc không điển hình: cắt hạ phân thùy, phân thùy ...

2.2. Tổn thương lách

- Trước đây, tổn thương lách do chấn thương thì phẫu thuật cắt bỏ lách là chính. Tuy nhiên, bệnh nhân sau cắt lách, nhất là trẻ em có nguy cơ nhiễm khuẩn rất cao do vai trò miễn dịch của lách không còn. Hiện nay các cơ sở điều trị có điều kiện đã điều trị bảo tồn vỡ lách chấn thương.

- Chỉ định điều trị bảo tồn vỡ lách chấn thương:

- +Vỡ lách đơn thuần vỡ nông, nhỏ độ I, II không có tổn thương phối hợp khác trong ổ bụng. Bệnh nhân tỉnh táo không có rối loạn đông máu.
- + Không phải vỡ lách bệnh lý
- + Trên lâm sàng huyết động ổn định, không có sốc.
- + Phải có phương tiện theo dõi (máy siêu âm, chụp cắt lớp...) hồi sức, phương tiện phẫu thuật kịp thời, đảm bảo máu truyền. Phẫu thuật viên có kinh nghiệm theo dõi, đủ khả năng thực hiện phẫu thuật cấp cứu bất kỳ thời gian nào.

- Các kỹ thuật bảo tồn lách chấn thương:

- + Khâu lách hoặc khâu lách có trám mạc nối
- + Cắt lách bán phần.
- + Dùng các chất cầm máu tại chỗ bằng sợi collagen, keo fibrin...
- + Bọc lách bằng lưới Vycryl, rọ Dexon.
- + Cắt lách bán phần.
- Những trường hợp phải cắt bỏ lách nên cấy ghép lách tự thân (lấy khoảng 20 gam lách - một lát mỏng, cấy vào mạc nối lớn hoặc trong bao cơ thẳng to) để đảm bảo chức năng của lách.

2.3 Vỡ ruột non

Vỡ ruột non: cần kiểm tra kỹ tránh bỏ sót tổn thương nhất là trường hợp thủng nhỏ, thành ruột bầm giập nhiều, đến muộn có nhiều giả mạc...

- Nếu tổn thương nhỏ thì khâu lại.

- Nếu tổn thương rộng hoặc tổn thương nhiều chỗ gần nhau thì cắt đoạn ruột, nối ruột tận - tận hay bên - bên.

2.4.Thủng đại tràng

Đưa chỗ thủng ra ngoài thành bụng, làm hậu môn nhân tạo hoặc khâu chỗ thủng và làm hậu môn nhân tạo trên dòng, không khâu kín kỳ đầu.

2.5.Vỡ bàng quang

- Khâu lại bàng quang.

- Dẫn lưu bàng quang trên xương mu, không được khâu kín bàng quang đơn thuần vì nguy hiểm (dễ xì bục chỗ khâu).

Sau khi xử trí tổn thương các tạng xong, điều rất quan trọng là phải lau rửa sạch ổ bụng, còn việc đặt ống dẫn lưu ổ bụng ở đâu, chỗ nào thì do phẫu thuật viên quyết định

tùy từng trường hợp cụ thể.

3. KHÁNG SINH.

3.1.Kháng sinh dự phòng.

- Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

3.2.Kháng sinh điều trị .

- Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

- Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM.

- Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau:

Non- steroid (NSAID) sau mổ.

BÀI 5: CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN

I. Đại cương .

Nguyên nhân gây CTSN kín là do TNGT , TNSH , Tai nạn lao động xây dựng ,kể cả tai nạn thể thao và say bia rượu .

Bài này chỉ đề cập đến ; Dập não nhẹ, và chấn động não . Phù não .

II. Định nghĩa

Một chấn thương sọ não mà không rách màng não cứng , nghĩa là khoang dưới nhện không thông ra bên ngoài gọi là chấn thương sọ não kín .

III. Những thương tổn giải phẫu bệnh lý .

Một chấn thương sọ não kín có thể gặp một hoặc nhiều thương tổn sau :

3.1. Chấn động não .

Sau một chấn thương sọ não có thể không xảy ra một tổn thương thực thể gì ,nhưng tức thời lúc bị chấn thương :não và hệ não thất bị rung động trong hộp sọ ,làm hệ tuần hoàn nhất thời cũng bị thay đổi vận mạch gây thiếu máu tạm thời đối với các tế bào não ,thiếu oxy não , dẫn đến Bn không tiếp nhận được voi môi trường bên ngoài (mê ngay ban đầu),sau 10-15 phút Bn tỉnh lại và tỉnh hoàn toàn , nhưng không kể lại được sự việc đã xảy ra .

3.2. Dập não . Một chấn thương mạnh có thể đụng dập não .

- Dập não nhẹ : Có thể gây đụng dập ,bầm tím mặt ngoài của vỏ não hoặc dập một phần của vỏ não ,nạn nhân thường vẫn tỉnh táo ,có thể qua khỏi ,nhưng thường có di chứng nơi não bị dập(động kinh , RL tâm thần , RL ngôn ngữ).

3.3. Phù não .

Là một thương tổn phức tạp nhất ,và điều trị cũng khó khăn nhất . Hiện tượng phù não thường xảy ra ngay thứ 2 và thứ 3 sau chấn thương .

Phù não là tình trạng tích tụ nước trong mô não ,gây tăng thể tích của não và hậu quả là tăng áp lực nội sọ ,chia ra 2 loại chính :

- Phù não khu vực ngoài tế bào .(do vận mạch)
- Phù não khu vực trong tế bào .(do nhiễm độc tế bào xảy ra ở tổ chức chất xám) .

IV. Lâm sàng

- **Hỏi bệnh** . chủ yếu hỏi cơ chế gây tai nạn và diễn biến về tri giác của nạn nhân từ lúc bị tai nạn đến khi ta khám .
- Khám da đầu và xương sọ .
- + Phát hiện những thương tích trên da và vòm sọ .
- + Qua vết thương rách da đầu có thể nhìn thấy hoặc sờ .
- + Nếu có chảy máu hay bầm tím dưới da quanh hố mắt (mắt đeo kính dâm) .

+ Nếu phát hiện ra từ vết thương rách da đầu có nước não tủy chảy ra ,chảy qua mũi qua tai, nếu vỡ nền sọ làm rách màng cứng vùng xoang sàng ,vùng xương đá .

+ Nếu thấy chảy máu tai hoặc liệt ngoại biên , hoặc máu tụ ở vùng xương chũm , phải nghĩ đến vỡ xương đá (tầng giữa nền sọ).

- **Khám .**

TRÍ giác ; theo thang điểm glasgow ; Thang điểm Glasgow là : M + V + L.

Tối đa 15đ; tối thiểu 3đ.

➤ 7điểm tiên lượng còn tốt

< 7 điểm tiên lượng dè dặt

Từ 3-4 điểm tỉ lệ tử vong 85 % , số còn lại sống đời sống thực vật , nên ở thời điểm này không có chỉ định mổ .

- Khám dấu hiệu TK khu trú . khi tri giác giảm dần

+ Gian đồng tử một bên

+ Liệt ½ người đối diện

+ Có dấu hiệu bó tháp

+ Dấu hiệu màng não và vỏ não

+ Động kinh .

+ Các dấu hiệu TK khu trú

- Các dấu hiệu TK thực vật .

+ Hô hấp tăng , tăng tiết dịch đường hô hấp .

+ Tuần hoàn : Mạch chậm , HA hơi tăng.

+ Thân nhiệt : Tăng có thể tới 39-40 độ do chèn ép thân não

+ Riêng đối với trẻ em ít thấy mạch chậm trái lại thường thấy mạch nhanh nhỏ .

V. Cận lâm sàng

- Chụp sọ không chuẩn bị : thẳng và nghiêng , để phát hiện đường vỡ xương và hướng đi của đường vỡ , có thể thấy mảnh xương lún .

VI. Chẩn đoán .

Bệnh lý sau chấn thương sọ não gồm :

- Nguyên phát :

+ Da đầu :bầm tím ,xây sát máu tụ dưới da đầu , rách da đầu .

+ Vỡ xương sọ : vỡ theo đường thẳng ,vỡ vụn , lún xương

+Não : chấn động , bầm tím ,dập não .

- Thứ phát

+ Xuất huyết trong hộp não

+ Phù não

+ Thiếu Oxy não

+ RL dinh dưỡng

+ Rò rỉ nước não tủy qua mũi ,qua tai

+ Nhiễm trùng .

VII. Điều trị .

- **Sơ cứu .-** Nếu nạn nhân tỉnh : chụp sọ không chuẩn bị thẳng và nghiêng để phát hiện đường vỡ xương sọ - và theo dõi máu tụ trong hộp sọ 24gio.
- Nếu Bn lơ mơ hoặc hôn mê: điều tối cần bằng mọi cách giữ cho não có dưỡng khí và máu lưu thông lên não tốt :
- + Hô hấp đảm bảo đường thở Bn được thông
- + Tuần hoàn : Truyền dịch nâng HA ngay từ đầu , khâu cầm máu vết thương da đầu (nếu có).
- + Đặt sond dạ dày qua mũi , đặt sond bàng quang theo dõi nước tiểu .
- + Theo dõi sát các yếu tố sinh tồn ; mạch , màu sắc da , lượng nước tiểu .
- + Chỉ dùng thuốc giảm đau ,không dùng thuốc ngủ khi còn theo dõi .
- + Phát hiện kịp thời những dấu hiệu có máu tụ trong hộp sọ .
- + Thở Oxy
- **Thuốc :-** Dùng mạn ưu trương (1,8- 3 %) với liều lượng nhỏ, có tác dụng :nâng khối lượng tuần hoàn ,không gây phù não , làm giảm áp lực nội sọ , làm tăng áp lực thẩm thấu.
- Truyền Mannitol 20% vào TM với liều lượng 1g/1kg trong lượng cơ thể trong vòng 20-30 phút .
- Dùng FUROCEMID khi HA tốt .
- Có thể dùng Theopental nhỏ giọt TM để Bn nằm yên ,và giảm nhu cầu tiêu thụ Oxy của não .
- Có thể dùng Corticoit TMC .
- * **Chu ý Theo dõi sát các dấu hiệu :** Đau đầu tăng lên – Nôn mửa liên tục – Mạch chậm – Nhịp thở tăng – Tăng tiết đường hô hấp – Có sốt cao – Tri giác giảm dần theo thang điểm Glasgow => **CHUYỂN VIỆN NGAY.**

BÀI 6: GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. Đại cương. Gãy 2 xương cẳng chân bao gồm các loại gãy đi từ mâm chày đến mắt cá .

1.1. **Định nghĩa.** Gãy thân 2 xương cẳng chân là loại gãy dưới nếp gấp gối 5cm và trên nếp gấp cổ chân 5cm .

1.2. **Đặc điểm giải phẫu hai xương cẳng chân**

Xương chày là hình lăng trụ tam giác với mào chày ở phía trước , khi xuống 1/3 dưới là hình trụ tròn nên đây là điểm yếu rất dễ bị gãy .

Mạch nuôi xương cẳng xuống thấp cẳng nghèo nàn (1/3 dưới) khi gãy vùng này thì xương khó liền .

Các khối cơ bố trí quanh xương không đồng đều , phía sau có khối cơ chắc khỏe , phía trước không có cơ mà ngay dưới da là xương vì vậy khi gãy rất dễ bị lộ xương .

Cấu tạo các khoang hẹp , thành khoang chắc vì vậy khi có phù nề , chảy máu trong khoang dễ gây hội chứng chèn ép khoang cẳng chân .

1.3. **Cơ chế gãy xương**

- Cơ chế chấn thương trực tiếp chủ yếu gây gãy xương hở .

- Cơ chế chấn thương gián tiếp xương gãy chéo, xoắn.

II. Giải phẫu bệnh .

2.1. Tổn thương xương .

- Gãy đơn giản : gãy đôi ngang , gãy chéo .

- Gãy phức tạp : gãy nhiều mảnh , nhiều tầng

- Hay gãy điểm yếu 1/3 dưới .

- Có thể gãy 1 xương chày hoặc 1 xương mác .

2.2. Tổn thương phần mềm . gãy hở chia 3 độ theo Gustilo.

2.3. Tổn thương mạch , thần kinh .

Có thể đứt mạch máu và thần kinh , có thể gây ra hội chứng chèn ép khoang .

II. Biện chứng

3.1. **Biện chứng ngay .**

Sốc chấn thương , nhất là gãy xương hở

Tổn thương mạch máu , thần kinh

Hội chứng chèn ép khoang

3.2. **Biện chứng sớm**

Nhiễm khuẩn . nhất là hoại thư , hoại thư sinh hơi

Rối loạn dinh dưỡng kiểu Sudex: cẳng chân sưng nề , nổi nhiều nốt phỏng nước ở da .

3.3. **Di chứng**

Chậm liền : sau 4-5 tháng mà xương không liền .

Khớp giả : ngoài 6 tháng mà xương không liền .

Can lệch : nhất là sau gãy xương hở .

III. Lâm sàng và X Quang . Để chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng và x quang ,thường là dễ

3.1. Lâm sàng

Sau tai nạn Bn rất đau vùng gãy , có thể gây nên sốc .

Mất cơ năng của cẳng chân .

Sờ thấy đầu xương gãy di lệch ngay dưới da.

Cẳng bàn chân xoay đồ ra mặt giường .

3.2. X Quang . để chẩn đoán được loại gãy ,đơn giản hay phức tạp ,sự di lệch của các đầu xương .

• **Chu ý .** –Đánh giá tình trạng toàn thân và các thương tổn phối hợp

-Đánh giá tình trạng lớp da: có bị bong lớp ngấm ,bị bầm dập không .Có các nốt phỏng nước không và mức độ nhiễm bẩn tại ổ gãy ?

Nếu có vết rách da xem có phải thông với ổ gãy không ?

Các vết bầm dập da ngưng mức ổ gãy phải lo tới nguy cơ hoại tử da ,lộ xương thứ phát .

- Đánh giá tình trạng mạch máu và thần kinh : kiểm tra mạch chày trước và mạch chày sau(ở mu chân và gót chân),độ nóng ấm của bàn chân ,bắt chân có căng không ? Cảm giác và vận động của bàn chân ,ngón chân như thế nào ?.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị gãy kín :

Bất động chi gãy bằng nẹp .

Phòng chống sốc dựa vào toàn trạng Bn và công thức máu

Giam đau bằng các loại thuốc : Morphin 0,01g..

4.2. Điều trị bảo tồn .

Bó bột ngay những trường hợp gãy không di lệch .

Nắn và bó bột những trường hợp di lệch ít và gãy vững (là những trường hợp gãy đơn giản , có răng lược cài nhau).

Nắn kéo bằng tay hoặc nắn trên khung Boehler rồi bó bột đùi – cẳng – bàn chân để gối gấp nhẹ 20 độ ,thay bột thẳng sau 3 tuần ,bột ôm gối và hướng dẫn tập luyện.

Kéo liên tục :khi không thể nắn được , kéo được hoàn chỉnh ngay hoặc kéo liên tục trong một số ca gãy vụn sau 3-4 tuần chuyển sang bó bột .

BÀI 7: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

I. Chẩn đoán

1. Triệu chứng lâm sàng.

Các dấu hiệu chắc chắn

- Biến dạng: Gập góc, ngắn, biến dạng bậc thang.
- Tiếng lạo xạo: Phát hiện khi tìm điểm đau nhói hoặc cử động bất thường.
- Cử động bất thường.

Dấu hiệu không chắc chắn:

- Điểm đau nhói: Nếu có gãy xương thì nó chỉ vị trí gãy.
- Sung, mất cơ năng: Đây là dấu hiệu cảnh giác, chỉ điểm, cần khám thêm các dấu hiệu khác.
- Dồn gõ từ xa đau: Khó thực hiện làm, chỉ khi không có dấu hiệu chắc chắn của gãy xương.

2. Cận lâm sàng.

- Chụp X-quang: Chụp 2 bình diện mặt và bên. Cả 2 đều để cẳng tay ở tư thế ngửa và lấy đủ các khớp hai đầu. Phim X-quang cho biết chính xác vị trí gãy, đường gãy và di lệch. Trên cơ sở đó ta có hướng điều trị.

II. Nguyên tắc điều trị.

Nguyên tắc chung: Nắn - bất động - tập vận động.

1. Điều trị bảo tồn: Nắn kín và bó bột cánh cẳng bàn tay.

- Vô cảm: Gây tê ổ gãy hoặc tê đám rối hoặc gây mê (trẻ con nên cho gây mê).

Nắn xương: Theo 2 nguyên tắc:

Nắn đoạn gãy xa theo đoạn gãy gần.

Nắn di lệch chồng ngắn trước, các di lệch còn lại nắn sau. Vì vậy cần chú ý khi nắn:

Phải đặt ở thế cẳng tay thích hợp tùy theo vị trí gãy: Nếu gãy 1/3 trên cẳng tay thì để ngửa hoàn toàn, còn gãy 2/3 dưới cẳng tay thì để ngửa nhẹ.

Kéo theo trục cẳng tay với lực kéo liên tục và tăng dần, đến khi hết di lệch chồng (= do chiều dài) thì nắn các di lệch sang bên, gập góc còn lại. Di lệch xoay đã được nắn ở tư thế.

Trong lúc nắn, chú ý bóp vào giữa cẳng tay để tách màng liên cốt để tránh sự co kéo chạm đầu vào nhau giữa hai xương đầu và trụ.

Bất động: Bó bột cánh-cẳng-bàn tay khuỷu gập 90^0 . Trong lúc bó bột vẫn phải duy trì lực kéo.

Có hai cách nắn bó:

- Nắn bằng tay: Cần có 3 người: 1 người phụ giữ cánh tay, 1 người kéo cẳng tay và 1 người nắn.

-Nắn bằng khung: Chỉ cần 1 người nắn. Bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng 90^0 , khuỷu gấp 90^0 . Các ngón treo bằng các rọ may về phía trần nhà làm đối trọng. Lực kéo được đặt vào các cánh tay bằng các quả cân có trọng lượng tăng dần tùy cơ thể bệnh nhân (có khi đến 7-10kg). Cẳng tay để ngửa hoàn toàn khi gãy ở 1/3 trên và ngửa nhẹ khi gãy ở 2/3 dưới.

Đo chiều dài 2 xương, so sánh với bên lành, khi hết di lệch còn lại và tách màng liên cốt dựa vào phim X-quang

Bó bột cánh-cẳng- bàn tay chờ bột khô mới bỏ tạ kéo. Nên rạch dọc bột nếu chi sưng nề nhiều và cắt xén chỗ bột bó thừa nhất là ở lòng bàn tay (xem thêm bài bó bột)

-Chụp X-quang kiểm tra sau khi bó bột. Nếu nắn tốt (di lệch đã nắn hết hoặc còn những di lệch chấp nhận được) có thể cho bệnh nhân về, hướng dẫn bệnh nhân tập vận động cử động các ngón tay, vai, kê cao chi và tái khám bột theo thời gian quy định.

- Nếu nắn chưa tốt, có thể mở ra nắn lại lần thứ hai. Sau hai lần nắn mà vẫn không đạt yêu cầu nên chuyển phương pháp khác (mở kết hợp xương (KHX)).

-Điều trị bảo tồn thường có kết quả tốt ở các gãy xương dị lệch, gãy 2/3 dưới, gãy xương trẻ con.

2.Điều trị phẫu thuật.

-Phẫu thuật nhằm mục đích nắn lại chính xác và dùng dụng cụ KHX (như đinh, nẹp, vis) để cố định xương gãy.

Ưu điểm:

Nắn xương được chính xác, phục hồi hình dáng giải phẫu ban đầu.

Có thể cố định xương gãy vững chắc (dùng nẹp AO) tránh được bất động các khớp, giúp bệnh nhân tập vận động, sớm, mau phục hồi chức năng.

Khuyết điểm:

Có thể bị nhiễm trùng, viêm xương.

Có thể bị tổn thương thêm về giải phẫu và để lại sẹo ở tay.

Có thể có tai biến gây mê, gây tê...

Cần nhiều trang thiết bị tốt: Phòng mổ vô trùng, dụng cụ kết hợp xương chắc chắn và không gây dị ứng, phẫu thuật viên có tay nghề vững.

Phẫu thuật KHX thường dùng là:

Nẹp vít cho xương quay và xương trụ.

Nẹp vít cho xương quay, đinh Rush cho xương trụ.

Đinh Rush hoặc đinh nội tủy cả hai xương.

Các loại đinh thường cố định không vững chắc do đó cần bó bột tăng cường 1 tháng.

Trong các gãy xương hở, phẫu thuật chú ý là cắt lọc vết thương, cố định xương gãy thường dùng bó bột, cố định ngoài hoặc chỉ nên kết hợp xương tối thiểu để

giữ trục xương đồng thời bó bột tăng cường. Hạn chế dùng kết hợp xương phức tạp bên trong.

III. Kháng sinh.

1. Kháng sinh dự phòng.

-Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2. Kháng sinh điều trị .

-Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

-Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM trong trường hợp tiên lượng nhiễm trùng cao.

-Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau: Non- steroid (NSAID) sau mổ và ngày thứ 2 có thể dùng dạng uống .

IV. Biến chứng.

1. Biến chứng sớm

Sốc chấn thương và tắc mạch máu do mỡ ít khi gặp trừ khi kết hợp nhiều tổn thương khác. Biến chứng thường gặp là: Chèn ép khoang: Cẳng tay có 3 khoang, thường gặp chèn ép ở khoang trước (hội chứng Volkmann). Chèn ép mạch máu, thần kinh. Chọc thủng da dẫn đến gãy hở.

2. Biến chứng muộn

-Can lệch: Thường gặp do nắn không hết dị lệch hoặc có dị lệch thứ phát trong bột mà không phát hiện, can lệch có thể là: chồng ngấn, gập góc, xoay, hoặc 2 xương chụm đầu vào nhau (can liên cốt, can chữ X, K...) can lệch này làm mất chức năng sấp ngửa.

-Khớp giả: Ít gặp hơn, thường do:

-Chèn ép mô mềm vào hai đầu xương gãy.

-Gãy nhiều mảnh, các mảnh dị lệch xa.

-Mất đoạn xương (gãy hở).

-Kết hợp xương không vững chắc nhưng cho tập vận động sớm.

-Nguồn dinh dưỡng kém thí dụ gãy 1/3 dưới xương trụ.

-Hội chứng Volkmann: Do chèn ép khoang điều trị không tốt.

-Hội chứng rối loạn dinh dưỡng: Do bất động lâu ngày và không luyện tập dẫn đến teo cơ, loãng xương hạn chế vận động khớp.

IV. Theo dõi, phục hồi chức năng sau điều trị.

Nếu nắn tốt, bất động vững, xương sẽ liền sau hai tháng. Tập vận động thường xuyên trong thời gian bất động, giúp phục hồi chức năng tốt. Chú ý sấp ngửa cẳng tay đúng phương pháp.

Thời gian bất động bằng bột: 8-12 tuần, trẻ em: 4-6 tuần.

Nếu sau thời gian này xương chưa liền vững, có thể bất động thêm 2-4 tuần. Nếu vẫn không liền có thể có chặm liền xương hay khớp giả.

Trong loại gãy xương cánh tươi ở trẻ con, cần nắn cho gãy luôn vỏ xương còn lại sau đó bó bột như các gãy 2 xương cẳng tay khác.

BÀI 8: GÃY POUTEAU – COLLES

I. Định nghĩa .

Gãy pouteau-colles là một loại gãy ngang ở đầu dưới xương quay, trên khớp khuỷu chừng 3cm và ngoài khớp .

Đầu dưới xương quay di lệch điển hình : ra sau, lên trên và ra ngoài.

II. Nguyên nhân và cơ chế .

- Do ngã chống tay => cơ chế chấn thương gián tiếp .
- Do tay quay xe ô tô quật ngược lại => cơ chế chấn thương trực tiếp .

III. Giải phẫu bệnh .

- Gãy trên khớp khoảng 3cm, đầu dưới di lệch ra sau, lên trên và ra ngoài .
- Gãy lún ,hai đầu xương cài nhau.
- Gãy vào khớp hình V,T (loại này rất dễ gây di chứng : hạn chế cơ năng cổ tay) .

IV. Chẩn đoán

4.1. Lâm sàng .vùng cổ tay sưng nề

- Nhìn nghiêng : Đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra sau ,ghồ lên hình lưng đĩa (dấu hiệu Velpeau) .
- Nhìn thẳng : đầu dưới xương quay và bàn tay di lệch ra ngoài cho trục căng-bàn tay nhìn như hình lưỡi lê.
- Mỏm trâm trụ lồi ra,mỏm trâm quay lên cao hơn hoặc bằng mỏm trâm trụ (dấu hiệu Laugier).

4.2. X Quang .

- Đầu dưới xương quay gãy ngoài khớp , di lệch lên trên ,ra sa,ra ngoài.
- Góc tạo bởi : đường kẻ nối mỏm trâm trụ, mỏm trâm quay với đường chân trời bằng 0 Độ (bình thường 23-26 độ) .

V. Điều trị . chủ yếu điều trị bảo tồn.

5.1. Vô cảm .gây tê tại chỗ đ/v người lớn .

5.2. Cách nắn và bó bột .

- Bn nằm ngửa ,cánh tay dạng,khuỷu gấp 90 độ,băng vải kéo 1/3 dưới cánh tay.
- Căng tay Bn sấp ,kê vùng ổ gãy lên giá gỗ có đệm bông.
- Người phụ : 1 tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục căng tay, 1 tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trục .
- Người nắn :dùng lòng bàn tay phải ấn mạnh xuống đầu dưới xương quay Bn,ấn xuống gan tay về phía trụ .
- Người phụ dần dần kéo cổ tay gấp dần về phía gan tay và nghiêng trụ .

- Bột căng –bàn tay rạch dọc : gấp cổ tay 30+40 độ ,nghiêng trụ 40+50 độ .
Đề bột 3-4 tuần ,sau đó thay bột căng –bàn tay khác ở tư thế sinh lý ,sau 6-8 tuần tháo bột .
- Sau bó bột ,chụp kiểm tra ,treo tay cao và tập vận động các ngón tay ngay .

VI. Các biến chứng .

- Rối loạn dinh dưỡng.
- Hội chứng ống cổ tay.
- Thoái hóa khớp .
- Can lệch .

BÀI 9: GỠ THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. Đại cương .* Gãy thân xương cánh tay là gãy đoạn chỗ bám cơ ngực to đến đoạn trên lồi cầu xương cánh tay (4 khoát ngón tay trên khe khớp khuỷu)

- Xương cánh tay là một xương dài,thang và trông như bị xoắn trục của xương.
- Đầu trên là chỏm xương cánh tay,hình tròn ,chỏm tiếp nối với ổ chảo xương bả vai tạo nên khớp vai .
- Ở người già > 60 tuổi hay gặp gãy đầu trên xương cánh tay ,đặc biệt là gãy cổ phẫu thuật .
- Đầu dưới xương cánh tay dẹt ,bề ra 2 bên ,tiếp nối với diện khớp 2 xương cẳng tay (lồi cầu tiếp nối với đài quay ,hố khuỷu tiếp nối với mỏm khuỷu) vùng này là điểm yếu ở trẻ em do điểm cốt hóa . Vì vậy trẻ em hay gãy trên lồi cầu , gãy lồi cầu ngoài .
- TK quay : là một dây duỗi vòng quanh thân xương cánh tay để ra sau và khu ngoài cánh tay . Ở mặt sau (1/3 giữa cánh tay) thân kinh quay đi trong rãnh xoắn , đi xuống dưới vào rãnh nhị đầu ngoài . Gãy 1/3 giữa thân xương cánh tay hoặc gãy trên lồi cầu xương cánh tay hay bị liệt dây TK quay .

I. Nguyên nhân . do chấn thương

- Trực tiếp .gặp chủ yếu ,phần nhiều là gãy xương hở .
- Gian tiếp .do ngã chống tay ,gãy chéo xoắn 1/3 giữa và 1/3 dưới .
- Ngoài ra còn do bệnh lý như U xươnggãy xương sơ sinh do nội xoay thai

II. Giải phẫu bệnh

2.1. Di lệch đầu xương

- Gãy càng cao ,đầu trên càng di lệch dạng và xoay ngoài .
- Gãy càng thấp ,đầu dưới di lệch lên trên và xoay trong .

2.2. Tổn thương thần kinh .

Hay gặp liệt TK quay (10%). Đoạn 1/3 giữa TK quay ở rãnh xoắn ,sát xương . Có thể đứt TK ,có thể do đầu xương chèn ép ,cũng có thể do can xương chèn ép .

III. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Dấu hiệu gãy xương

- Đau nhiều ổ gãy sau tai nạn .
- Mất cơ năng khớp vai và khớp khuỷu .
- Biến dạng gấp góc cánh tay .
- Có thể nghe tiếng lạo xạo xương .

3.1.2. Dấu hiệu liệt TK quay . Thăm khám kỹ để phát hiện triệu chứng này :
Bàn tay rũ ,không duỗi được cổ tay và các ngón tay ,không dạng được ngón cái , mất cảm giác mu tay của ngón 1 ,2 và ô mô cái .

3.2. X Quang .- chụp thẳng và nghiêng lấy hết khớp vai và khớp khuỷu.

+ Đọc kiểu đơn giản hay phức tạp ...

+Đọc kiểu di lệch đầu xương

V. Điều trị . Gãy thân xương cánh tay chủ yếu là điều trị chỉnh hình vì xương dễ liền, phục hồi cơ năng của khớp tốt .

5.1.Điều trị chỉnh hình.

5.1.1. Nắn và bó bột .

- Bn ngồi , gây tê ổ gãy hay gây tê đám rối TK cánh tay .

- Kéo thẳng khuỷu => sửa gấp góc

- Dạng cánh tay 60 độ ,đưa ra trước 40 độ ,bàn tay cao hơn khuỷu .

5.1.2. Bột ngực- vai – cánh tay : để 7-8 tuần .

5.1.3. Ngoài ra còn có các loại bột khác như : bột chữ U ,bột treo,..

BÀI 10: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ GẦY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. Đại cương

- Thân xương đùi tính từ dưới mấu chuyển bé 5cm đến điểm trên lồi củ khớp 6cm. Xương đùi to khỏe, mạch máu cung cấp rất phong phú và do vậy khả năng lành rất tốt. Gãy xương đùi thường gặp ở trẻ em và người trưởng thành.
- Gãy thân xương đùi là thứ phát sau 1 chấn thương rất mạnh, trực tiếp hoặc là 1 lực gián tiếp chuyển qua gối trong tư thế gấp, chiếm 75% các trường hợp. Tai nạn ô tô là phổ biến cho nguyên nhân này. Gãy xương đùi do 1 chấn thương nhẹ rất hiếm gặp, thường là do gãy xương bệnh lý.

Phân loại.

Gãy thân xương đùi được chia làm 3 loại:

Gãy ngang, gãy chéo, gãy xoắn thân xương đùi.

Gãy nhiều mảnh của thân xương đùi.

Gãy hở thân xương đùi.

Gãy xương nhiều mảnh còn được phân loại thêm nữa bởi Winquist dựa vào kích thước mảnh gãy.

Gãy độ I: mảnh gãy nhỏ (<25% chiều rộng của thân xương đùi) hoặc không có mảnh gãy.

Gãy độ II: mảnh gãy 25% - 50% chiều rộng của thân xương.

Gãy độ III: mảnh gãy hình bướm > 50% chiều rộng của thân xương.

Gãy độ IV: gãy nhiều mảnh toàn thân xương với sự phức tạp mật trụ của vỏ xương.

II. Chẩn đoán

1. Lâm sàng.

- Bệnh nhân vào viện với đau rất nặng ở chi bị chấn thương có thể gây shock. Nhìn thấy biến dạng ở đùi, chi có thể bị chùng ngán và có thể cảm giác tiếng lạo xạo khi di chuyển. Đùi sẽ bị sưng to và căng do xuất huyết tạo máu tụ.

- Thăm khám thần kinh nên được thực hiện để đánh giá chức năng của thần kinh tọa. Tổn thương động mạch rất hiếm nhưng chúng cũng phải loại trừ bằng cách thăm khám trước tiên. Tổn thương động mạch đi kèm với gãy thân xương đùi nên được nghi ngờ khi: máu tụ lan rộng, mất mạch hoặc mạch yếu, dấu hiệu thần kinh tiến triển trong gãy xương kín.

2. Cận lâm sàng.

X-quang thường quy bình diện thẳng nghiêng cho phép chẩn đoán gãy xương. Hình ảnh x-quang khớp gối và khớp háng nên được thực hiện để đánh giá các tổn thương đi kèm.

III. Biện chứng.

- Sốc do đau hoặc mất máu.

- Trật khớp, tổn thương mô mềm, dây chằng của khớp gối và khớp háng.

- Tổn thương thần kinh và mạch máu và chèn ép khoang là biến chứng ít gặp

- Gãy cổ xương đùi cùng bên gãy thân xương đùi chiếm 6%.
- Cal lệch hay chậm liền xương, gãy định nẹp và nhiễm trùng là biến chứng sau mổ.

IV.Điều trị.

1.Sơ cứu.

- Chống shock, hồi sức, giảm đau.
- Cố định tạm bằng nẹp thomas hoặc 3 nẹp gỗ dài (1 từ bàn chân đến nách, 1 từ gót chân đến dưới xương bả vai, 1 từ mắt cá trong đến háng).
- Di chuyển cẩn thận.
- Nếu có tổn thương thần kinh tọa đi kèm, nên đặt nẹp bột để tránh tổn thương thần kinh thêm nữa.
- Trong thời gian chờ mổ có thể xuyên định kéo tạ tạm thời

2.Điều trị.

2.1.Điều trị bảo tồn (Thường dành cho trẻ em).

- Dành cho các gãy kín (bó bột chậu lưng chân).
- Kéo tạ 2 tuần sau đó bó bột: Trẻ từ 6 tháng tới 5 tuổi, di lệch chồng ngắn > 2 cm hoặc di lệch chồng ngắn xảy ra khi đã bó bột sớm.
- Nắn/Bó bột sớm (có thể dưới gây mê): Trẻ từ 6 tháng tới 5 tuổi, di lệch chồng ngắn ≤ 2 cm.
- Đai Pavlik: Trẻ gãy xương đùi dưới 6 tháng tuổi.

2.2.Điều trị phẫu thuật.

- Gãy kín.
- Đóng định nội tủy kín bằng đinh kuntcher.
- Kết hợp xương bằng nẹp vít.
- Gãy hở:

Những gãy xương hở cần cắt lọc cấp cứu và có thể xuyên định kéo tạ tạm thời. Đối với gãy hở độ I và II có thể điều trị với định nội tủy kín ngay, với tỉ lệ nhiễm trùng là 2 %. Cố định ngoài sử dụng cho bệnh nhân gãy hở độ IIIB và IIIC(Cố định ngoài trung tâm y tế Ayunpa chưa triển khai).

V. Kháng sinh.

1.Kháng sinh dự phòng.

- Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2.Kháng sinh điều trị .

- Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....
- Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau: Non- steroid (NSAID) sau mổ. Từ ngày thứ 2 có thể dùng thuốc giảm đau dạng uống với thuốc nhóm Non- steroid (NSAID).

VI. Theo dõi và tái khám.

Theo dõi biến chứng

Sớm:

- Biến chứng thần kinh – mạch máu.
- Chèn ép bột trong 24 giờ đầu.
- Nhiễm trùng chân đinh bất động ngoài.

Muộn:

Can lệch, khớp giả.

- Rút dụng cụ khi có bằng chứng xương lành.
- Phục hồi chức năng: lấy lại tầm vận động khớp, gia tăng sức mạnh cơ, phục hồi chức năng di chuyển.

BÀI 11: NHIỄM TRÙNG BÀN TAY

I. Đại cương

Là nhiễm khuẩn những tổ chức cấu tạo nên ngón tay và bàn tay.

*Nguyên nhân :

-Vi khuẩn :hay gặp nhất là tụ cầu vàng gây bệnh ,hiếm gặp hơn là liên cầu khuẩn ,trực khuẩn lao và các tạp khuẩn .

Nhiễm yếm khí là một thể bệnh cực kỳ nguy hiểm không những với bàn tay mà còn đe dọa tới tính mạng Bn.

Nhiễm trùng bàn tay thường do các vết thương trực tiếp ,vết thương chọc mủng thủy tinh,kim đâm vào tay mà chẩn đoán và điều trị không đúng .

Bệnh hay gặp những người sức đề kháng kém;đái đường ,suy gan –thận ,nghiện ma túy ,nhiễm HIV....

• Nguyên tắc chẩn đoán :

- Phải xác định rõ điểm đau ,vùng đau để khu trú ổ viêm nhiễm . Tìm đường vào của vi khuẩn (các vết thương cũ)
- Phải chẩn đoán loại thương tổn:chấn mé nông ,chấn mé sâu hay viêm bao gân

*Nguyên tắc điều trị :

Khi chưa làm mủ: dùng KS liều cao toàn thân, bất động tay ở tư thế chùng gân và treo cao,theo dõi diễn biến của bệnh ,thường khỏi sau 7-10 ngày.

Viêm quá 48 giờ (khi đã có mủ):chích dẫn lưu ,cắt lọc tổ chức hoại tử.

Chọn phương pháp vô cảm ,tê đám rối TK cánh tay. Nhiễm trùng bàn tay cầm gây tê tại chỗ vì không có tác dụng, hơn nữa sẽ gây nguy hiểm làm vi khuẩn lan rộng.

Đường rạch không chéo qua nếp gấp tự nhiên của bàn tay và ngón tay.

Ở ngón tay rạch dọc hai bên đốt ngón ,trách bó mạch TK ở trước bên ,tránh phạm vào bao gân và gân .

Đặt garo ,tốt nhất là garo hơi,phải đặt cao phía cánh tay,không dồn máu về vì vi khuẩn sẽ lan rộng.

II. Đặc điểm giải phẫu bàn tay.

-Da mu bàn tay có lông và tuyến bã ,nhưng lòng bàn tay lại không có ,nên ở gan tay không có apxe như ở mu tay.

-Múp ngón tay có nhiều vách xơ, nằm từ màng xương đốt 3,tỏa ra hình nan quạt ,đến da.

-Gan tay có nhiều vách xơ rất chắc ,da rất dày nên viêm mủ khó thoát ra ngoài ,mà rất hay phá vào trong.

- Bàn tay có nhiều dây TK chi phối ,nên khi bị viêm nhiễm ,các vách ngăn căng mủ kích thích vào TK làm Bn rất đau ,nhất là ban đêm .
- Bàn tay không có cơ lớn và màng liên kết che phủ , ngay dưới da là gân xương , nếu mất da nhiều sẽ lộ và hoại tử gân xương.
- Ở gan tay có hai lớp cân :lớp cân nông và lớp cân sâu ,chúng nhập với nhau ở phía mô cái và mô út . Giữa hai lớp cân là các gân gấp ngón .
- Bao hoạt dịch gân gấp các ngón 2,3,4 có túi cùng chỉ nằm ở vùng khớp bàn – ngón .
- Bao hoạt dịch gân gấp ngón cái và ngón út kéo dài lên tận cổ tay(bao hoạt dịch quay và bao hoạt dịch trụ). Nhiều trường hợp bao hoạt dịch ngón 1 thông với bao hoạt dịch ngón 5.Vì thế, khi bị viêm nhiễm hay bị lan rộng theo các bao hoạt dịch.

III. Chín mé

3.1. Lâm sàng .Là một apxe dưới da nằm ở múp ngón tay.Đây là loại nhiễm khuẩn bàn tay nhẹ nhất và hay gặp nhất .

Về giải phẫu thì múp ngón tay có nhiều vách xơ ,các vách xơ này chia các múp ngón tay thành các khoang nhỏ . Do đó khi bị vết thương nhiễm trùng thành chín mé ,thì ổ apxe nằm trong các khoang chật hẹp không giãn nở nên Bn đau nhức rất nhiều,đau nhói theo nhịp tim ,làm Bn mất ngủ .

3.2. Chín mé gồm có các loại

- Chín mé nông ,là một nốt phỏng đỏ trên mặt da ở đầu ngón tay,đau tức
- Chín mé sâu ;hay gặp ở đầu ngón tay ,xu hướng ăn sâu vào cả gân, xương

3.3. Xử trí .

- Trước 48h;KS toàn thân ,chườm ẩm ,bất động bàn tay tốt .
- Sau 48h: Rạch dẫn lưu mủ , đường rạch tránh làm đứt bó mạch TK hai bên ngón ,tránh làm sẹo xấu ở múp ngón và phải dẫn lưu tốt .
- +Rạch hai bên ngón ,mở hết các khoang ,cắt hết các vách xơ .
- +Cát lọc hết tổ chức hoại tử ,rửa oxy già
- +Dẫn lưu bằng bác gạc ,rút sau 48h ,để hở da hoàn toàn.

3.4. Biến chứng

- Viêm xương
- Hoại tử múp ngón
- Viêm bao gân gấp ngón tay

IV. Vùng móng tay

4.1 .Viêm mủ cạnh móng và quanh móng

Thường ở gốc móng do xước măng rô,do móng đâm vào thịt

Tụ cầu vàng xâm nhập vào tổ chức quanh móng .

Ngay cạnh móng sưng tấy đỏ,rất đau . Sau 48h tạo mủ cạnh móng . Nhiều trường hợp do cắt móng tay không đúng cách gây nhiễm trùng

*Điều trị . Nếu phát hiện sớm thì chỉ cần băng cồn 70 độ hoặc nước muối sinh lý ,dùng KS toàn thân

Khi đã có mũ : thì gây tê gốc ngón ,rạch tháo mũ

Có thể cắt một phần móng để dẫn lưu mũ.

Sau mổ,băng gạc tắm nước muối sinh lý hoặc cồn 70 độ trong 2-3 ngày

*Viêm mũ dưới móng

-Thường do đâm đâm vào đầu ngón tay,đâm vào dưới móng

-Mũ đọng ở dưới móng ,làm móng bị tách khỏi giường móng .

-Điều trị :cắt bỏ móng hoặc một phần móng để dẫn lưu.Lưu ý để lại rễ móng để móng mọc lại.

V. Viêm tấy sâu kẽ ngón

5.1. Nguyên nhân .do viêm nhiễm tổ chức dưới da tại đốt 1 hoặc do nứt nẻ ở kẽ giữa các ngón tay lan vào .

Phần lớn là do tụ cầu vàng gây nên

5.2. Lâm sàng .Sưng to ,đau ở kẽ ngón tay và gan tay.

Các ngón tay dạng rộng như cánh cua .

Da vùng mu tay cũng sưng nề .Nhưng chú ý ổ viêm phía gan tay , tùy vùng này ít sưng nề hơn

5.3. Điều trị .- Rạch dẫn lưu mũ ,không được rạch vào kẽ ngón .

-Rạch dọc trước và sau, tạo hai vết thông nhau để dẫn lưu mũ.

-Làm một nếp bột để bàn tay ở tư thế cơ năng, KS toàn thân liều cao.

VI. Viêm khoang giữa gan tay

6.1 .Nguyên nhân .do vết thương vào gan tay ,do viêm bao hoạt dịch gân gấp các ngón 3,4,5 vỡ vào,cũng có thể apxe ở xa vỡ vào ống cổ tay.

6.2. Lâm sàng . Sưng căng nề gan tay ,ấn vào vùng này Bn rất đau .

Hạn chế cử động ngón 3,4.

6.3. Điều trị . Rạch tháo mũ theo nếp lằn da ở gan tay ,lưu ý không làm đứt gân gấp ngón ,dẫn lưu mũ rút sau 48h.

Sau mổ ,làm nếp bất động cổ bàn tay ở tư thế cơ năng và KS liều cao toàn thân

VII.. Viêm khoang mô cái

7.1. Nguyên nhân .do vết thương vào ô mô cái ,hoặc viêm bao hoạt dịch gân gấp các ngón 1,2 vỡ vào

7.2. Lâm sàng .Sưng to,rất đau ô mô cái ,hạn chế cơ năng ngón cái .Khi trở thành ổ apxe thì ấn vào vùng này thì thấy bùng nhùng mũ

7.3. Điều trị :Rạch tháo mũ bằng hai đường ở ô mô cái ,một đường ở mu tay và một đường ở gan tay . Đặt ống dẫn lưu (#16) tưới rửa liên tục với nước muối sinh lý trong vòng 48h (100ml).

Sau mổ ,KS liều cao, treo tay cao. Rút dẫn lưu sau mổ hai ngày.

VIII. Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón tay .

8.1. Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 2,3,4.

*Nguyên nhân .do vết thương trực tiếp chọc vào bao hoạt dịch . Nếu xử trí tốt vết thương ngay từ đầu ,thì ít khi bị nhiễm khuẩn. Khi đã viêm mủ bao hoạt dịch thì rất nguy hiểm vì gân gấp sẽ mất trượt ,sẽ dính và hoại tử gân

Hoặc do viêm mủ lân cận tràn vào

*Lâm sàng .Tư thế ngón tay co quắp .

Ngón tay sưng to đều và đối xứng

Cứng đều bao gân

Duỗi thẳng ngón đau rất dữ dội ,nhất là gốc ngón

Ấn vào khớp bàn ngón rất đau

*Điều trị .

Khi chưa làm mủ 24-48h đầu ,KS liều cao toàn thân,bất động toàn bộ bàn và ngón tay ,treo cao,theo dõi sát trong 48h

Mở dẫn lưu sau 48h,rạch tháo mủ theo trục ngón ,đường rạch hơi lệch ra sau để tránh mạch máu và TK .Đường rạch đi suốt chiều dài ngón ,cắt lọc bao gân và bao hoạt dịch viêm ,để hở vết thương để dẫn lưu.

8.2. Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và 5.

-Viêm mủ bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và 5 có thể lan lên bao hoạt dịch quay và bao hoạt dịch trụ ,lên cẳng tay .

-BN nhiễm trùng ,nhiễm độc diễn biến rất nhanh.

-Đau dọc đường đi của gân ,bao gân ,đau lên cổ tay làm hạn chế cơ năng

-Ngón tay co như một cái móc , không thể duỗi được

Mở dẫn lưu bao hoạt dịch gân gấp ngón 1 và bao hoạt dịch quay :Rạch mở bao gân ở cổ tay ,ở nếp ô mô cái ,luồn ống nhựa vào bao hoạt dịch tưới rửa theo phương pháp kín trong 48h

Mở bao hoạt dịch gân gấp ngón 5 và bao hoạt dịch trụ :

Tìm và rạch mở bao gân ở cổ tay , luồn ống nhựa vào bao hoạt dịch tưới rửa liên tục theo phương pháp kín trong 48h.

IX. Nhiễm trùng yếm khí bàn tay .

Là thể nhiễm trùng nặng nhất của bàn tay.

Thường do liên cầu gây ra ,cũng có thể nhiễm clostridium gây hoại thư sinh hơi.

Bệnh bắt đầu từ vết thương nhỏ ,các vết chọc nhỏ ,vì thế người bệnh cũng như thầy thuốc dễ bỏ qua .

Các vết thương sưng tấy một cách nhanh chóng ,chảy dịch rất hôi . Mép vết thương xám đen ,ấn xung quanh có thể thấy lép lép .

Toàn trạng Bn nhiễm trùng nhiễm độc rất nặng.

*Điều trị .

Cần nhanh chóng mở rộng vết thương ,cắt lọc hết tổ chức hoại tử và tưới rửa vết thương .

Đề hờ hoàn toàn vết mổ

KS toàn thân liều cao ,nhất là loại tác dụng tốt với vi khuẩn gram âm

Nhiều trường hợp phải cắt cụt chi để cứu sống BN .

BÀI 12: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT

I. Phạm vi áp dụng phác đồ.

Áp dụng cho bệnh nhân đến khám và cấp cứu tại trung tâm y tế Thị xã Ayunpa.

II. Chẩn đoán lâm sàng.

1. Tắc ruột non:

- Bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng đau bụng từng cơn, nôn ói, bí trung đại tiện và khám lâm sàng cho thấy các dấu hiệu bụng chướng, dấu quai ruột nổi, dấu rấn bò. Phim bụng đứng không sửa soạn sẽ xác định chẩn đoán: nhiều mức nước hơi ruột non, không có hơi trong đại tràng, dấu hiệu chuỗi tràng hạt...

- Tắc ruột cao: Cần đến quang ruột non hoặc CTscan để xác định chẩn đoán. Hình ảnh tắc ruột cao trên quang ruột non: các quai hồng tràng dẫn, khung tá tràng bung rộng, thuốc không thoát qua được chỗ tắc...

2. Bán tắc ruột non: Đau quặn bụng, đôi khi tiêu chảy, vẫn còn trung tiện được. Dấu Koenig, nếu nghe được, là dấu hiệu lâm sàng rất có giá trị... Chẩn đoán xác định bán tắc ruột non cần đến quang ruột non. Quang ruột non cho thấy: các quai ruột non dẫn, thời gian tiêu thoát thuốc chậm, sang thương thành ruột...

3. Tắc đại tràng: Đầy bụng, táo bón, bụng chướng... là các dấu hiệu gợi ý tắc đại tràng. Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định tắc đại tràng, bệnh nhân phải được chụp quang đại tràng hoặc nội soi đại tràng.

4. Nghẹt ruột (Trừ các thoát vị thành bụng nghẹt) Rất khó chẩn đoán sớm trên lâm sàng, khi quai ruột nghẹt chưa bị hoại tử. Đau bụng liên tục và bụng ấn có vùng đau khu trú là dấu hiệu cảnh báo, nhất là trên bệnh nhân có vết mổ cũ. Các dấu hiệu kinh điển như sốt, bạch cầu tăng, dấu nhiễm trùng nhiễm độc, bụng đề kháng... là các dấu hiệu của hoại tử ruột.

II. Chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột.

- Để chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột, cần kết hợp bệnh sử, tiền căn và các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Tất cả các bệnh nhân đã được phẫu thuật vùng bụng, khi nhập viện với hội chứng tắc ruột đều nên được chẩn đoán trước tiên khả năng tắc ruột do dính.

Cần nghĩ đến xoắn ruột non khi bệnh nhân có một hoặc nhiều dấu hiệu sau: đau bụng liên tục, nhập viện trong bệnh cảnh có sốc, lâm sàng có sốt, dấu nhiễm trùng nhiễm độc, ấn chẩn bụng có vùng đau khu trú hay có phản ứng phúc mạc, bạch cầu tăng trên 12.000/mL, khoảng trống anion tăng... Trên phim bụng không sửa soạn, nhiều trường hợp xoắn ruột non cho hình ảnh không khác gì hình ảnh giai đoạn sớm của tắc ruột đơn thuần. CTscan có giá trị hơn X-quang bụng không sửa soạn trong chẩn đoán xoắn ruột non.

1. Thoát vị thành bụng nghệt.

- Một khối đau xuất hiện ở vùng bẹn, trên bệnh nhân có tiền sử của một khối phồng xuất hiện ở cùng vị trí đó khi đứng và biến mất khi nằm, là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán thoát vị bẹn hay thoát vị đùi nghệt. Nếu khối đau xuất hiện ở ngay bên dưới hoặc lân cận vết mổ cũ, chẩn đoán hầu như chắc chắn là thoát vị vết mổ nghệt. Nếu vẫn còn nghi ngờ trong chẩn đoán, đặc biệt chẩn đoán thoát vị đùi nghệt hay khối thoát vị thành bụng nghệt có kích thước nhỏ, nên cân nhắc đến vai trò của siêu âm.

2. Tắc ruột do K đại tràng.

- Bệnh nhân thường ở độ tuổi 50-70, có triệu chứng táo bón 1-2 tháng trước khi nhập viện. Hầu hết các bệnh nhân vẫn còn trung tiện khi nhập viện. Bệnh nhân thường chỉ than căng tức bụng. Ấn chẩn bụng, đặc biệt thăm trực tràng có thể phát hiện khối u. Chẩn đoán xác định bằng chụp quang đại tràng hoặc nội soi đại tràng. Tắc ruột do ung thư đại tràng thể hiện bằng "hình ảnh cắt cụt" trên quang đại tràng.

3. Tắc đại tràng do phân cứng.

- Bệnh nhân thường lớn tuổi, có tiền căn táo bón mãn tính, hoặc trước đó có dùng các loại thuốc làm giảm nhu động ruột. Phim bụng không sửa soạn cho thấy khung đại tràng giãn và chứa nhiều phân. Thăm trực tràng sờ đụng phân cứng. Thụt tháo đại tràng bằng nước ấm sẽ ra nhiều phân và các triệu chứng sẽ tháo lui nhanh chóng.

4. Xoắn đại tràng.

- Diễn tiến cấp tính hay bán cấp. Bệnh nhân thường lớn tuổi. Nếu bệnh diễn tiến bán cấp bệnh nhân thường có tiền căn một vài lần đau tương tự. X-quang có giá trị cao trong chẩn đoán xoắn đại tràng. Phim bụng không sửa soạn cho thấy một bóng hơi khổng lồ với mức nước hơi nằm ở hạ sườn trái (hoặc phải) đối với xoắn manh tràng hoặc hình ảnh một "ống hơi lộn ngược" chiếm gần hết cả xoang bụng đối với xoắn đại tràng xích-ma. Trong trường hợp bán cấp, nội soi hoặc quang đại tràng có thụt tháo bằng barium có giá trị chẩn đoán cao. Quang đại tràng cho thấy hình ảnh "mỏ chim" nếu xoắn đại tràng xích-ma hoặc hình ảnh cắt cụt ở đại tràng góc gan nếu xoắn ở manh tràng.

5. Lòng ruột ở người lớn khó chẩn đoán. Các triệu chứng thường diễn tiến rồi thối lui nhiều đợt. Đôi khi có thể sờ thấy một khối u bụng kết hợp với dấu hiệu phân có nhầy máu. Siêu âm được sử dụng để chẩn đoán xác định lòng ruột.

III. Điều trị:

1. Nguyên tắc điều trị:

Sau khi đã được chẩn đoán tắc ruột, bệnh nhân phải được đặt trong một phòng bệnh có đầy đủ phương tiện theo dõi và hồi sức, phụ trách bởi đội ngũ bác sĩ-điều dưỡng ngoại khoa nhiều kinh nghiệm. Bệnh nhân được lấy máu để thực hiện các xét nghiệm về sinh hoá và huyết học (công thức máu toàn phần, chức

năng gan thận, ion đồ...). Những bệnh nhân trên 40 tuổi, có tiền căn mắc các bệnh lý về tim mạch hoặc hô hấp được chụp phim phổi thẳng và đo ECG.

Về mặt nguyên tắc, tất cả các bệnh nhân tắc ruột hoàn toàn đều có chỉ định phẫu thuật cấp cứu (ngoại trừ các trường hợp bán tắc ruột, tắc ruột do dính, tắc ruột hậu phẫu, tắc ruột trên bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư các cơ quan trong xoang bụng, tắc ruột do ung thư đại tràng...).

Khi đã có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, bệnh nhân nên được phẫu thuật sớm, trong vòng một vài giờ đầu. Kéo dài thời gian hồi sức trước mổ quá lâu có thể làm tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ. Bệnh nhân có chỉ định truyền máu nên được truyền trước mổ và tiếp tục trong quá trình phẫu thuật.

Những bệnh nhân tắc ruột có chỉ định điều trị bảo tồn phải được theo dõi sát, được thăm khám nhiều lần bằng lâm sàng và X-quang bụng không sửa soạn.

-Bồi hoàn nước và điện giải:

Tất cả các bệnh nhân tắc ruột đều bị mất nước và giảm thể tích tuần hoàn. Bồi hoàn nước và điện giải, vì thế, là bước điều trị đầu tiên và đóng vai trò rất quan trọng, có tác dụng cải thiện đáng kể tỉ lệ biến chứng và tử vong.

Khối lượng nước bồi hoàn phụ thuộc vào lượng nước mà bệnh nhân bị thiếu hụt. Thực tế không thể đánh giá một cách chính xác lượng nước thiếu hụt, do đó chúng ta dựa vào bệnh sử (thời gian tắc ruột, lượng dịch nôn ói...), mức độ mất nước trên lâm sàng (khát nước, lượng nước tiểu, mạch nhanh, hạ huyết áp tư thế, sốt, mức độ chướng và độ căng của thành bụng...) và các xét nghiệm sinh hoá và huyết học (hct, ion đồ, dự trữ kiềm, khí máu động mạch, nồng độ urê và creatinin huyết tương và nước tiểu...) để quyết định lượng dịch truyền, loại dịch truyền và tốc độ truyền dịch để bồi hoàn cho bệnh nhân.

Cần theo dõi mạch, huyết áp, lượng nước tiểu để đánh giá hiệu quả của việc bồi hoàn. Bệnh nhân lớn tuổi và mất nước mức độ trung bình trở lên cần theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm. Bệnh nhân suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, suy thận nên được đặt thông Swan-Gan theo dõi áp lực động mạch phổi bất để đánh giá chức năng thất trái.

- **Bệnh nhân nghẹt ruột** có thể mất một lượng đáng kể protid và máu vào trong lòng ruột hoặc trong xoang phúc mạc, do đó có thể có chỉ định truyền các dung dịch keo hoặc máu bên cạnh các dung dịch điện giải.

-Giải áp ruột:

Khi đã chẩn đoán tắc ruột, cần đặt cho bệnh nhân thông dạ dày và cho hút cách quãng (nếu thông có hai nòng sẽ được hút liên tục). Thông ruột non (thông Miller Abbott) có tác dụng làm xẹp ruột tốt hơn thông dạ dày nhưng kỹ thuật đặt tương đối khó..

Ở bệnh nhân tắc ruột non do dính, có thể nguyên nhân là do quai ruột căng chướng gây gấp góc, làm cho bán tắc ruột chuyển thành tắc hoàn toàn. Trong

trường hợp này, nếu sử dụng thông ruột non làm xẹp ruột, có thể giải quyết tình trạng gấp góc, tránh cho bệnh nhân một cuộc mổ.

2. Điều trị bảo tồn.

Chỉ định:

Bán tắc ruột non do dính là chỉ định đầu tiên cho điều trị bảo tồn. Điều trị bảo tồn bán tắc ruột do dính sau mổ có kết quả tốt: xác suất thành công là 65-80%. Tuy nhiên, trong số này sẽ có khoảng 20-30% bị tắc ruột tái phát trong vòng một vài năm sau.

Tắc ruột non hoàn toàn nhưng do dính sau mổ, đặc biệt ngay trong giai đoạn hậu phẫu, hoặc bệnh nhân đã có tiền căn tắc ruột do dính nhiều lần tương tự, cũng nên được điều trị bảo tồn trước.

Điều trị bảo tồn chỉ dành cho những trường hợp tắc ruột đơn thuần. Tất cả những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định hay nghi ngờ nghẹt ruột hoặc tắc ruột quai kín phải được phẫu thuật ngay.

Ngoài ra, chỉ định điều trị bảo tồn còn được đặt ra trong một số trường hợp, thí dụ như bán tắc ruột non do viêm ruột do chiếu xạ, bệnh Crohn, lao ruột, tắc ruột trên bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư các cơ quan trong xoang bụng ...

Nội dung:

Bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, nhịn ăn uống, được đặt và hút thông dạ dày song song với bồi hoàn nước điện giải và dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Sau 24-48 giờ, nếu tình trạng cải thiện (bệnh nhân thèm ăn, có trung tiện, bụng xẹp nhiều) thì rút thông dạ dày và bắt đầu cho bệnh nhân ăn uống với chế độ tăng dần.

Nên thăm khám lâm sàng nhiều lần và chụp các phim X-quang bụng cách nhau mỗi 6 giờ đối với tắc hay bán tắc ruột non do dính sau mổ (12-24 giờ đối với bán tắc ruột non do các nguyên nhân khác).

Các dấu hiệu chứng tỏ bệnh diễn tiến tốt là: bệnh nhân bớt đau quặn từng cơn, bụng bớt chướng, bớt căng, có trung tiện hoặc đại tiện, X-quang bụng cho thấy các quai ruột bớt chướng hơi và hơi bắt đầu xuất hiện ở đại tràng (nếu tắc ruột non).

Sau thời gian theo dõi khoảng 48 giờ đối với nguyên nhân do dính và 5 ngày đối với các nguyên nhân khác, nếu tình trạng không cải thiện bệnh nhân phải được tiến hành phẫu thuật.

Tại bất kỳ thời điểm nào trong quãng thời gian theo dõi đó, nếu tình trạng bệnh nhân diễn tiến xấu hơn (mạch nhanh, sốt, bụng đau khu trú, phản ứng phúc mạc, bạch cầu tăng...), bệnh nhân cũng nên được chỉ định phẫu thuật sớm, bởi vì đa số các trường hợp như thế nguyên nhân thường là nghẹt ruột.

Một điều cần chú ý khi điều trị bảo tồn cho bệnh nhân là vấn đề dinh dưỡng. Bệnh nhân nên được cung cấp đầy đủ năng lượng hằng ngày để hạn chế bớt quá trình dị hoá, từ đó giảm thiểu các nguy cơ tai biến và biến chứng.

Các phương pháp điều trị không phẫu thuật khác:

Lồng ruột trẻ em: hầu hết các trường hợp được tháo lồng bằng hơi, bằng nước hay thụt barium.

Xoắn đại tràng xích-ma thể bán cấp: Có thể hút xẹp quai ruột chướng bằng một thông đặt qua chỗ xoắn đưa lên từ hậu môn dưới sự hướng dẫn của nội soi. Cũng có thể tháo xoắn bằng áp lực thủy tĩnh tạo ra do thụt nước hoặc barium vào trực tràng.

Tắc đại tràng do hẹp thứ phát sau chiếu xạ là một bệnh lý hiếm gặp, có thể được điều trị bằng cách nong chỗ hẹp bằng bóng nước hoặc hơi dưới sự trợ giúp của nội soi.

Điều trị tắc ruột do K đại tràng có tính chất thuyên giảm được chỉ định trong trường hợp khối u không thể cắt được hoặc bệnh nhân quá yếu không thể phẫu thuật được: phần u xù vào trong lòng đại tràng gây tắc được cắt đốt bằng laser (Nd:YAG) qua nội soi, tạo điều kiện cho lòng đại tràng được thông trở lại.

3. Điều trị phẫu thuật.

3.1. Chỉ định

Phẫu thuật cấp cứu:

- Tất cả các trường hợp nghẹt ruột hay tắc ruột quai kín
- Tắc ruột non không do dây dính.
- Tắc ruột non do dính, giai đoạn muộn (nhập viện sau 48 giờ hoặc bí trung đại tiện hoàn toàn hơn 24 giờ, bụng chướng nhiều, X-quang bụng đứng không sửa soạn có nhiều mức nước hơi hay nhiều "chuỗi tràng hạt").
- Tắc hay bán tắc ruột non do dính, điều trị bảo tồn không hiệu quả
- Tắc ruột cao
- Tắc ở đại tràng, manh tràng có dấu hiệu dọa vỡ (ấn đau nhiều hay đề kháng hố chậu phải, đường kính manh tràng trên phim X-quang lớn hơn 12 cm)

Phẫu thuật bán khẩn:

- Tắc ruột do ung thư đại tràng: tắc hoàn toàn (bệnh nhân bí trung tiện) hay bán tắc nhưng khâu thụt tháo đại tràng để sắp xếp mổ chương trình thất bại
- Tắc ruột do ung thư tái phát xoang bụng, điều trị bảo tồn không hiệu quả
- Lồng ruột người lớn, đã tháo lồng

Phẫu thuật chương trình:

- Xoắn đại tràng xích-ma, đã tháo xoắn thành công
- Bán tắc ruột do ung thư đại tràng, chuẩn bị đại tràng thành công

3.2. Phương pháp vô cảm.

- Phương pháp vô cảm được chọn lựa là gây mê toàn thân có đặt nội khí quản và sử dụng thuốc dẫn cơ thích hợp để kiểm soát tốt khí đạo, ngăn ngừa viêm phổi do hít, giúp phẫu thuật viên thám sát xử trí tổn thương dễ dàng.

3.3. Xử trí thương tổn.

- Nếu tắc ruột do dây dính: Cắt dây dính hoặc gỡ dính đoạn ruột bị tắc.

-Nếu tắc ruột do thoát vị thành bụng nghẹt: Giải phóng đoạn ruột bị nghẹt đồng thời phục hồi lại chỗ khiếm khuyết thành bụng.

-Nếu xoắn ruột non và quai ruột bị xoắn có khả năng sống: Tháo xoắn. Cắt đoạn ruột nếu đoạn ruột bị xoắn đã hoại tử toàn bộ.

-Lồng ruột ở người lớn, nếu không có dấu hiệu hoại tử ruột, nên bắt đầu bằng tháo lồng (trừ trường hợp lồng hồi-mạnh tràng phương pháp được lựa chọn là cắt đại tràng phải).

-Đối với bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng, đơn giản nhất là làm hậu môn nhân tạo trên dòng. Chỉ định cắt đại tràng được đặt ra khi toàn trạng bệnh nhân cho phép hay khối u dọa thủng hoặc manh tràng đe dọa hoại tử do căng quá mức.

-Nối tắt đoạn ruột phình trên chỗ tắc với đoạn ruột xẹp bên dưới chỗ tắc dành cho những tổn thương không thể cắt được (ung thư xâm lấn).

3.4. Phẫu thuật nội soi trong tắc ruột.

-Trong thời gian gần đây, phẫu thuật nội soi đã được chỉ định để điều trị một số trường hợp tắc ruột, đặc biệt tắc ruột non do dây dính, với điều kiện bệnh nhân đến sớm, bụng không trướng nhiều, và hy vọng chỉ có một hoặc hai dây dính trong xoang bụng (bệnh nhân không có tiền căn phẫu thuật tắc ruột do dây dính nhiều lần, dây dính sau mổ viêm ruột thừa cấp hay các phẫu thuật sản khoa...)

3.5. Chăm sóc hậu phẫu.

-Tiếp tục hút thông dạ dày và bồi hoàn nước và điện giải.

-Tiếp tục dùng kháng sinh 3-5 ngày nếu cuộc phẫu thuật có mở ruột hay cắt nối ruột (5-7 ngày nếu có hoại tử ruột).

-Cho bệnh nhân vận động sớm.

-Không dùng các loại thuốc có tác dụng phụ gây liệt ruột (thuốc giảm đau nhóm morphine, thuốc chống trầm cảm ba vòng, verapamil, phenothiazin...)

-Khi có trung tiện, rút thông dạ dày, bắt đầu cho bệnh nhân ăn uống với chế độ thích hợp.

-Trong quá trình hậu phẫu, cần theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra sau đây: tắc ruột hậu phẫu, áp-xe tồn lưu, xì dò miệng nối, các biến chứng của hậu môn nhân tạo...

IV. Kháng sinh.

Kháng sinh điều trị: Trong tắc ruột đơn thuần, kháng sinh không ảnh hưởng đến diễn tiến của quá trình tắc ruột, do vậy việc sử dụng kháng sinh không phải là một chỉ định thường quy. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân già yếu hoặc suy giảm sức đề kháng, kháng sinh có tác dụng làm giảm nguy cơ nhiễm trùng toàn thân, do đó nên được chỉ định ngay sau khi căn bệnh đã được chẩn đoán xác định. Trong nghẹt ruột, kháng sinh đóng vai trò quan trọng, có tác dụng làm chậm bớt quá trình

nhiễm trùng hoại tử thành ruột và ngăn ngừa nhiễm trùng toàn thân, góp phần làm giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ.

Kháng sinh phòng ngừa: bởi vì bất kỳ một cuộc phẫu thuật trên bệnh nhân tắc ruột nào cũng đều có khả năng phải mở ruột hay cắt nối ruột, nên sử dụng kháng sinh trước mổ để giảm bớt tỉ lệ nhiễm trùng hậu phẫu.

Kháng sinh sử dụng nên nhạy với trực khuẩn gram âm (hiếu khí và yếm khí) và cầu khuẩn gram dương. Trong tắc ruột đơn thuần, kháng sinh thường được lựa chọn là cephalosporin thế hệ hai như cefoxitin, cefotetan hoặc một penicillin tổng hợp kết hợp với kháng beta-lactamase như ampicillin-sulbactam. Trong nghẹt ruột, nguy cơ nhiễm trùng có thể đe dọa đến tính mạng do đó nên kết hợp cephalosporin thế hệ ba với một aminoglycoside. Trong lúc mổ, nếu thấy đoạn ruột đã bị hoại tử hoàn toàn có thể tăng cường thêm bằng kháng sinh diệt vi khuẩn yếm khí mạnh như clindamycin hoặc metronidazol.

Trung tâm y tế thị xã Ayunpa :

1. Kháng sinh dự phòng.

-Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2. Kháng sinh điều trị .

-Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

-Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM.

-Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau: Non- steroid (NSAID) sau mổ.

BÀI 13: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ

I. Phạm vi áp dụng phác đồ

Áp dụng cho bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh trĩ tại trung tâm y tế Thị xã Ayunpa.

II. Đại cương

- Trĩ là đám rối tĩnh mạch tạo lớp đệm cho vùng hậu môn.

- Bệnh trĩ được tạo thành do dẫn quá mức đám rối tĩnh mạch trĩ gây triệu chứng chảy máu, khối lồi ngoài hậu môn, đau.

III. Dịch tễ học

- Bệnh trĩ rất thường gặp, 25-40% dân số, đứng đầu trong các bệnh vùng hậu môn đến khám và điều trị.
- Trên 50 tuổi tỉ lệ mắc bệnh trĩ là 50%
- 50 - 80% dân số thế giới bị ảnh hưởng bởi triệu chứng bệnh trĩ vào một thời điểm trong cuộc sống.

IV. Nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân gây bệnh chưa được xác định rõ ràng và chắc chắn.

V. Yếu tố nguy cơ

- Táo bón kéo dài.
- Hội chứng ly.
- Tăng áp lực ổ bụng: ho nhiều, tiểu khó, báng bụng, có thai, khâu vá nặng.
- U bướu hậu môn trực tràng và vùng xung quanh: u hậu môn trực tràng, u vùng tiểu khung.
- Tư thế đứng nhiều, ngồi lâu.

VI. Chẩn đoán

1) Chẩn đoán xác định:

1.1. Lâm sàng: đi cầu máu đỏ tươi, khối sa hậu môn, đau.

- Trĩ nội: vị trí trên đường lược.
- + Độ I: nằm trong hậu môn chưa sa ra ngoài, chảy máu tươi khi đi cầu, phát hiện qua soi hậu môn.
- + Độ II : lấp ló ngoài hậu môn khi đi cầu, đi xong tự tụt vào.
- + Độ III : lòi ngoài hậu môn khi đi cầu, phải dùng tay đẩy vào.
- + Độ IV: nằm thường xuyên ngoài hậu môn.
- Trĩ ngoại: vị trí dưới đường lược.
- Trĩ hỗn hợp: trĩ nội + trĩ ngoại.
- Trĩ vòng: Các búi trĩ liên kết nhau sa thành vòng quanh hậu môn.

1.2. Cận lâm sàng:

- Bilan xét nghiệm thường quy: CTM, sinh hóa máu, đông máu, nhóm máu, ECG, XQ ngực thẳng.

- Bilan xét nghiệm tìm nguyên nhân: siêu âm bụng, MSCT bụng chậu có cản quang.

2) Chẩn đoán phân biệt:

- Sa niêm mạc trực tràng.
- U hậu môn trực tràng
- Polyp hậu môn trực tràng.
- Abscess vùng hậu môn trực tràng.
- Nứt hậu môn.

VII. Phác đồ điều trị

1) Nguyên tắc điều trị:

- Không điều trị trĩ triệu chứng, trừ khi có biến chứng.
- Trước khi điều trị đặc hiệu phải điều trị các rối loạn đi cầu.
- Phải lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho từng mức độ.
- Dùng các phương pháp ít xâm hại trước.
- Nếu có các thương tổn khác đi kèm có thể phối hợp điều trị cùng lúc.
- Không được gây nên các hậu quả xấu hơn các rối loạn do bệnh trĩ gây nên.

2) Điều trị:

- Trĩ nội độ I: Điều trị nội khoa: Tăng cường thành mạch: diosmin + hesperidin (Daflon, Ginko Fort...), nhuận trường (Duphalac, Forlax, Sorbitol..), thuốc đặt tại chỗ: Proctolog..
- Trĩ nội độ II:
 - + Điều trị nội khoa: như trong Trĩ độ I
 - + Can thiệp thủ thuật: thắt dây thun, chích trĩ.

- Trĩ nội độ III: Cắt trĩ từng búi.
- Trĩ nội IV: Cắt trĩ từng búi.
- Chuẩn bị ruột trước mổ: Fleet enema 1 tube bơm hậu môn
- Trĩ ngoại: Điều trị nội khoa như cho trĩ nội độ I,II, không cần phẫu thuật trừ khi có biến chứng tắc mạch.
- Trĩ hỗn hợp: cắt trĩ từng búi.
- Trĩ vòng: cắt trĩ từng búi và lấy các búi tĩnh mạch dưới cầu da niêm hoặc phẫu thuật Whitehead.
- Liều thuốc Dafon 0,5g : 2viên x 2 lần/ ngày trong con trĩ cấp x 4 ngày duy trì 1 viên x 2 lần/ngày Liều thuốc Ginkor Fort: 2v x 2 lần/ ngày trong con trĩ cấp x 7 ngày duy trì 1 viên x 2 lần/ngày

3. Kháng sinh.

3.1. Kháng sinh dự phòng.

Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

3.2. Kháng sinh điều trị .

- Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....
- Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM(Viêm ruột thừa vỡ mũ).
- Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau: Non- steroid (NSAID) sau mổ, ngày thứ 2 có thể uống thuốc giảm đau Non-steroid(NSAID)....

4) Điều trị phòng ngừa:

Ngăn chặn các yếu tố thuận lợi:

- Ăn uống và sinh hoạt:
- + Chế độ ăn nhuận trường, nhiều rau, nhiều trái cây.

- + Đại tiện đúng giờ, thể dục đều đặn, thể thao vừa sức.
- Lao động:
 - + Tránh ngồi lâu, đứng lâu một chỗ.
 - + Tránh lao động nặng.
- Điều trị các rối loạn đại tiện:
 - + Nếu táo bón nên dùng thuốc nhuận trường.
 - + Điều chỉnh co bóp của ruột, hội chứng ruột kích thích.
- Điều trị các bệnh mạn tính.
 - + Tránh ho nhiều, điều chỉnh huyết áp.
 - + Không để tiểu khó, chú ý tình trạng tuyến tiền liệt.

BÀI 14: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN

I. ĐẠI CƯƠNG.

1. Định nghĩa: Thoát vị là tình trạng các tạng bên trong ổ phúc mạc đi ra ngoài qua điểm yếu ở thành sau của ống bẹn.

2. Phân Loại

2.1. Theo cơ chế bệnh sinh.

- Thoát vị bẹn gián tiếp: Tạng thoát vị đi qua lỗ bẹn sâu, vào trong ống bẹn, thoát ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh.
- Thoát vị bẹn trực tiếp: tạng thoát vị đi qua tam giác bẹn. Túi thoát vị nằm trong bao xơ thừng tinh. Hiếm khi tạng thoát vị ra khỏi lỗ bẹn nông để xuống bìu.
- Thoát vị bẹn thể kết hợp gián tiếp và trực tiếp.

2.2. Theo Nyhus (1991)

- Độ I: Thoát vị gián tiếp, lỗ bẹn sâu bình thường.
- Độ II: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu rộng, thành bẹn sau còn tốt (bó mạch thượng vị dưới không bị đẩy lệch). Thoát vị chưa xuống bìu.
- Độ III: Thành bẹn sau hư.
- A: Thoát vị bẹn trực tiếp.
- B: Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu dẫn, mạc ngang của tam giác Hesselbach bị phá hủy hoặc thoát vị hỗn hợp.
- C: Thoát vị đùi.
- Độ IV: Thoát vị tái phát.

3. Đánh giá bệnh nhân.

3.1. Bệnh Sử.

- Ở giai đoạn sớm của thoát vị, bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là bệnh nhân phát hiện được một khối phồng ở vùng bẹn. Khối phồng này xuất hiện khi nâng một vật nặng, khi chảy nhảy hoặc khi rặn. Một số bệnh nhân mô tả là có cảm giác co kéo và đau lan xuống bìu, nhất là đối với thoát vị bẹn gián tiếp. Khi khối thoát vị lớn dần nó tạo cảm giác không thoải mái hoặc đau chói và bệnh nhân phải nằm hoặc lấy tay đẩy vào.

3.2. Triệu Chứng Thực Thể.

- Triệu chứng đặc hiệu của thoát vị là nhìn hoặc sờ thấy khối phồng ở vùng bẹn khi bệnh nhân đứng, rặn hay ho; ngược lại khi nằm hoặc dùng tay đẩy vào thì khối phồng biến mất. Thoát vị đi xuống tận bìu bao giờ cũng là thoát vị gián tiếp. Thoát vị trực tiếp bao giờ cũng có dạng khối tròn và đối xứng, ở cạnh xương mu khi ho và dễ biến mất khi bệnh nhân nằm ngửa. Trong khi đó, thoát vị gián tiếp thường có dạng elip và khó tự biến mất hơn.

- Khi sờ, thành bẹn sau chắc trong thoát vị gián tiếp nhưng yếu thậm chí khuyết hẳn trong thoát vị trực tiếp. Khi bệnh nhân ho hay rặn, khối thoát vị trực tiếp trồi ra chạm lòng ngón còn thoát vị gián tiếp chạy xuống dọc theo ống bẹn chạm vào đầu ngón (nghiệm pháp chạm ngón). Khi dùng tay chẹn lỗ bẹn sâu rồi cho bệnh nhân ho, rặn nếu là gián tiếp thì thoát vị không xuống được, nhưng khối thoát vị trực tiếp vẫn trồi ra được (nghiệm pháp chẹn lỗ bẹn sâu).

- Soi đèn: Soi bằng đèn bấm trong phòng tối. Soi từng bên bìu và so sánh bên đối diện. Trong trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn, tràn dịch ống Nuck hay nang nước thừng tinh, nang ống Nuck thì có hiện tượng thấu sáng. Trong trường hợp thoát vị bẹn thì giảm sáng so với bên đối diện.

II. CẬN LÂM SÀNG.

Việc chẩn đoán thoát vị hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

- Siêu âm: dùng để chẩn đoán xác định thoát vị bẹn. Siêu âm cho thấy hình ảnh của các quai ruột hay mạc nối trong khối phồng. Đôi khi siêu âm cho phép đo được đường kính lỗ bẹn sâu.

- CT - scan bụng cản quang: có thể thấy rõ hơn, nhưng tốn kém, thường không cần thiết.

- Đối với thoát vị bẹn nghẹt: những trường hợp đến muộn, có biến chứng cần làm thêm các xét nghiệm công thức máu, ure niệu, điện giải đồ, yếu tố đông máu,... để đánh giá tiên lượng và căn cứ vào đây mà hồi sức thích hợp.

- Chụp X - quang bụng không chuẩn bị: phát hiện các dấu hiệu tắc ruột.

III. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán xác định.

- Việc chẩn đoán thoát vị bẹn hầu như chỉ dựa vào lâm sàng là đủ, cận lâm sàng có thể dùng khi thoát vị không rõ.

2. Chẩn đoán phân biệt.

- Dẫn tinh mạch thừng tinh.

- Tràn dịch màng tinh hoàn.

- Nang nước thừng tinh.

- Tinh hoàn lạc chỗ, viêm tinh hoàn cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh,...

- U máu, nang bã, viêm hạch bẹn, áp xe cơ psoas, ung thư di căn,....

3. Chẩn đoán biến chứng.

Hai biến chứng thường gặp nhất là thoát vị kẹt và thoát vị nghẹt

- **Thoát vị kẹt:** Tạng thoát vị chui xuống nhưng không đẩy lên được do dính vào túi thoát vị hoặc do tạng trong túi dính với nhau. Khác với thoát vị nghẹt, trong trường hợp này chức năng và sự tưới máu của tạng thoát vị không bị ảnh hưởng do đó thoát vị dính không đau và không gây tắc ruột. Thoát vị kẹt không đẩy lên được gây cảm giác vướng víu nhiều hơn, thường xuyên hơn và dễ bị chấn thương hơn.

- **Thoát vị nghẹt:** Đây là biến chứng nguy hiểm và thường gặp nhất. Nguyên nhân là do tạng thoát vị bị xiết ở cổ túi, khiến cho không những bản thân tạng đó không thể tự tụt trở vào ổ bụng được mà mạch máu nuôi tạng đó cũng bị chèn ép, khiến cho tạng có nguy cơ bị hoại tử. Biến chứng này thường gặp trong thoát vị gián tiếp. Khám lâm sàng phát hiện một khối chắc vùng bẹn, đau, không đẩy xẹp được và đôi khi có hội chứng tắc ruột. Đây là tình huống phải can thiệp cấp cứu tránh hoại tử ruột.

- Ngoài hai biến chứng trên còn có biến chứng chấn thương tạng thoát vị. Biến chứng này thường gặp trong trường hợp khối thoát vị lớn và xuống tương đối thường xuyên, bị chấn thương từ bên ngoài gây nên dập, vỡ các tạng bên trong.

IV. Điều trị.

1. Nguyên tắc điều trị.

- Nguyên tắc là điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên, tùy thuộc vào tuổi và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà có chỉ định can thiệp ngoại khoa hay không và nếu có thì nên can thiệp ngoại khoa khi nào.

- Vấn đề băng treo búi có thể áp dụng cho người quá già yếu, hay bệnh lý nội khoa nặng nề, không có chỉ định phẫu thuật. Phương pháp này chống chỉ định khi cổ túi thoát vị nhỏ và đôi khi có thể làm cho một trường hợp thoát vị không nghẹt nhưng cầm tù trở nên nghẹt.

2. Kỹ thuật dùng mô tự thân.

2.1. Kỹ thuật Bassini: Lợp khâu tạo hình bao gồm cơ chéo bụng trong, cơ ngang và lá trên của mạc ngang (3 lớp của Bassini) khâu vào dây chằng bẹn bằng các mũi rời. Tuy nhiên thực tế phẫu thuật viên chỉ đơn giản khâu cơ ngang bụng cùng với cơ chéo trong (chỉ có 2 lớp) vào dây chằng bẹn mà không có mạc ngang.

2.2. Kỹ thuật Shouldice: Tương tự Bassini, có sử dụng dây chằng bẹn, nhưng thay vì khâu chung cả 3 thành phần vào dây chằng bẹn, Shouldice đã tách ra thành 4 lớp riêng biệt bằng các mũi khâu vắt liên tục. Nếu Bassini không chú trọng đến việc làm dày lớp mạc ngang (thành sau của ống bẹn) thì Shouldice lại nhấn mạnh đến việc khâu xếp lớp mạc ngang bằng 2 mũi khâu vắt nhằm sửa chữa thành sau của ống bẹn.

2.3. Kỹ thuật Mc Vay: Khâu củng cố cơ ngang bụng vào dây chằng Cooper bằng các mũi chỉ rời bắt đầu từ sát xương mu đi ra ngoài cho tới lỗ bẹn sâu. Ưu điểm là sử dụng dây chằng Copper rất chắc nằm ở lớp sâu nên chỗ khâu cũng vững và hợp sinh lý hơn so với dây chằng bẹn, điều trị đồng thời cả thoát vị bẹn và đùi. Nếu làm tốt, tỉ lệ tái phát thấp. Nhược điểm là dễ căng chỗ khâu phải thực hiện thêm đường rạch dẫn trên bao cơ thẳng và nếu không cẩn thận có thể gặp tai biến làm rách tĩnh mạch đùi.

3. Kỹ thuật dùng mảnh ghép nhân tạo.

- Ưu điểm: không gây căng, do đó ít đau sau mổ, phục hồi nhanh hơn. Mảnh ghép nhân tạo khi được tổ chức hóa thì trở thành lớp cân mới rất chắc chắn.

- Nhược điểm: Có thể bị nhiễm trùng mảnh ghép thì rất khó trị, đó đó điều kiện vô trùng phải đảm bảo.

- Kỹ thuật Lichtenstein: Đặt mảnh ghép che phủ toàn bộ chỗ yếu thành bụng, đầu dưới phủ lên củ mu, bờ ngoài dính vào dây chằng bẹn, bờ trong dính vào lớp cân của cơ chéo bụng trong và bao cơ thẳng bụng. Phần đuôi mảnh ghép được xẻ ra ôm lấy thừng tinh tại lỗ bẹn sâu.

V. Kháng sinh.

1. Kháng sinh dự phòng.

- Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2. Kháng sinh điều trị .

- Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

- Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM(Viêm ruột thừa vỡ mũ).

- Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau: Non- steroid (NSAID) sau mổ và duy trì khi bệnh nhân đỡ đau trong ngày nằm viện.

VI. Theo dõi tái khám

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Khỏi thoát vị có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng cần phải phẫu thuật.

2. Tiêu chuẩn xuất viện

- Sau phẫu thuật phục hồi thành bẹn, bụng.

- Thoát vị không nghẹt hoặc kẹt, không đau, bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa.

3. Theo dõi tái khám

- Tái khám 1 tuần sau phẫu thuật

- Tái khám khi vết mổ nhiễm trùng. Nhận biết sớm dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ để phẫu thuật lấy mảnh ghép.

BÀI 15: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THÙNG DẠ DÀY

I. Phạm vi áp dụng phác đồ

Áp dụng cho bệnh nhân đến khám và cấp cứu bệnh thùng dạ dày tại trung tâm y tế Thị xã Ayunpa.

II. Chẩn đoán.

Chẩn đoán thùng ổ loét DD - TT dựa vào các triệu chứng sau:

- Đau đột ngột, dữ dội như dao đâm ở vùng thượng vị.
- Co cứng thành bụng, điển hình là bụng cứng như gỗ, có cảm ứng phúc mạc, biểu hiện bằng dấu hiệu Blumberg (+).
- Chụp X quang có hình ảnh liềm hơi dưới hoành (dấu hiệu đặc hiệu của thùng tạng rỗng).
- Bệnh nhân có tiền sử viêm loét DD - TT thì khẳng định thêm là thùng ổ loét.

III. Điều trị.

1. Phương pháp bảo tồn bằng hút liên tục.

Phương pháp bảo tồn bằng hút liên tục còn gọi là phương pháp Taylor, được tác giả áp dụng từ năm 1946. Hiện nay chỉ áp dụng ở những nơi không có điều kiện phẫu thuật, để chờ đợi chuyển về tuyến sau, còn ở những nơi có điều kiện phẫu thuật thì đặt sonde dạ dày hút dịch, có ý nghĩa hồi sức tích cực để chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu.

2. Điều trị ngoại khoa.

2.1. Nguyên tắc.

Phẫu thuật cấp cứu sớm để xử trí nguyên nhân, lau rửa và dẫn lưu vùng thấp của ổ bụng, kết hợp hồi sức ngoại khoa trước, trong, sau phẫu thuật. Trung tâm Y Thị xã Ayunpa đã từng triển khai khâu lỗ thùng bằng phẫu thuật hở đường trắng giữa trên dưới rốn. Ngày nay, sẽ triển khai phẫu thuật khâu lỗ thùng qua nội soi.

2.2. Khâu lỗ thùng đơn thuần

Khâu lỗ thùng đơn thuần được Mikulicz áp dụng đầu tiên năm 1880, chỉ định cho những trường hợp: loét thùng tá tràng không có biến chứng hoặc thùng dạ dày mà không có khả năng cắt đoạn; người cao tuổi, già yếu không chịu được phẫu thuật lớn; khi ổ bụng bẩn, viêm phúc mạc không thể áp dụng phẫu thuật triệt căn, với mục đích nhằm cứu sống tính mạng bệnh nhân.

Lỗ thùng được khâu kín: lớp trong toàn thể bằng chỉ tiêu, lớp ngoài (khâu dọc song song với trục của dạ dày) bằng các mối khâu thanh mạc - cơ.

Ưu điểm: thực hiện nhanh, kỹ thuật đơn giản, không mất máu, ít có biến chứng sau phẫu thuật. Hiện nay, khâu lỗ thùng tá tràng kết hợp điều trị nội khoa sau phẫu thuật được áp dụng tương đối phổ biến.

Nhược điểm: không điều trị được nguyên nhân gây loét mà chỉ giải quyết được biến chứng thủng.

2.3. Khâu lỗ thủng qua nội soi.

Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu ổ bụng sau lau rửa.

Chỉ định khâu lỗ thủng qua nội soi cho các trường hợp thủng ổ loét ở tá tràng, bệnh nhân đến sớm, thể trạng cho phép, phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi, cơ sở điều trị có đầy đủ phương tiện cần thiết phục vụ cho phẫu thuật nội soi trong điều kiện mổ cấp cứu.

2.4. Khâu lỗ thủng kết hợp nối vị tràng.

Chỉ định: sau khi khâu lỗ thủng có nguy cơ hẹp môn vị; thủng ổ loét, kèm theo hẹp môn vị mà không thể cắt đoạn dạ dày cấp cứu hoặc tạo hình môn vị.

Ưu điểm: Kỹ thuật đơn giản, giải quyết được lưu thông dạ dày - ruột, tránh được sự ứ đọng dạ dày.

Nhược điểm: Tỷ lệ loét miệng nối cao, vì cơ chế tiết acid gây loét vẫn còn tồn tại. Khi phẫu thuật cắt lại dạ dày, phẫu tích khó khăn hơn.

IV. Kháng sinh

1. Kháng sinh dự phòng.

Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2. Kháng sinh điều trị .

-Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

-Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM.

-Thuốc ức chế bơm proton (PPI) dạng tiêm truyền sau mổ.

-Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM.

BÀI 16: U LÀNH TÍNH

I. Định nghĩa :

- Khối u lành tính là các tăng trưởng không phải ung thư trong cơ thể. Không giống như các khối u ung thư (ác tính), chúng không lây lan (di căn) đến các bộ phận khác của cơ thể.
- Các khối u lành tính có thể hình thành ở bất cứ đâu. Nếu phát hiện một khối u có thể cảm nhận từ bên ngoài, bạn có thể cho rằng đó là ung thư. Tuy nhiên, đa phần các khối u trên cơ thể là lành tính.
- U lành tính là tình trạng cực kỳ phổ biến và có thể xảy ra ở bất kỳ ai.

II. Các dạng của u lành tính

- Thực tế có rất nhiều khối u lành tính phát triển trong cơ thể. Các khối u được phân loại theo nơi chúng phát triển, bao gồm:
- U tuyến (adenoma): hình thành trong lớp mô mỏng bao gồm các tuyến, cơ quan và cấu trúc bên trong. Ví dụ như polyp hình thành trong ruột kết hoặc tăng trưởng ở gan.
- Lipoma: phát triển từ tế bào mỡ. Lipoma là loại phổ biến nhất của khối u lành tính. Chúng thường xuất hiện ở sau cánh tay hoặc cổ. Chúng thường mềm và tròn, có thể di chuyển nhẹ dưới da khi chạm vào.
- U cơ: phát triển từ cơ hoặc trong thành mạch máu. Chúng cũng có thể phát triển trong cơ trơn, giống như loại có ở tử cung hoặc dạ dày.
- U sắc tố lành tính, còn được gọi là nốt ruồi: đây là những tăng trưởng không phải ung thư trên da.
- U xơ tử cung: có thể phát triển trong mô xơ của bất kỳ cơ quan nào, thường là tử cung.
- Trong nhiều trường hợp, bác sĩ sẽ theo dõi khối u lành tính. Một số loại u lành tính có thể gây ra các vấn đề khác, chẳng hạn như u xơ tử cung có thể gây đau vùng chậu và chảy máu bất thường; một số khối u bên trong có thể hạn chế mạch máu hoặc gây đau khi chèn ép dây thần kinh.
- Bất cứ ai cũng có thể phát triển một khối u lành tính, bao gồm cả trẻ em, mặc dù người lớn có nhiều khả năng bị tình trạng này hơn.

III. Triệu chứng của u lành tính

3.1. Những dấu hiệu và triệu chứng u lành tính .

- Không phải tất cả các khối u, ác tính hoặc lành tính, đều có triệu chứng.
- Tùy thuộc vào vị trí của khối u, nhiều triệu chứng có thể liên quan đến chức năng của các cơ quan quan trọng hoặc các giác quan. Ví dụ như nếu có khối u não lành tính, bạn có thể bị đau đầu, rối loạn thị lực và giảm trí nhớ.
- Nếu khối u gần da hoặc trong vùng mô mềm như bụng, bạn có thể cảm nhận được nó khi chạm vào.
- Tùy thuộc vào vị trí, các triệu chứng của khối u lành tính bao gồm:
 - **Ớn lạnh**
 - **Khó chịu hoặc đau**
 - **Mệt mỏi**
 - **Sốt**
 - **Ăn mất ngon**
 - **Đổ mồ hôi đêm**
 - **Giảm cân**
- Các khối u lành tính đủ lớn để phát hiện, đặc biệt nếu chúng gần với da. Tuy nhiên, hầu hết các khối u lành tính không lớn đến mức gây khó chịu hoặc đau.

IV. Nguyên nhân gây u lành tính

4.1 Nguyên nhân nào gây ra u lành tính .

- Nguyên nhân chính xác gây ra khối u lành tính vẫn chưa rõ. Khối u xuất hiện khi các tế bào trong cơ thể phân chia và phát triển với tốc độ quá mức. Thông thường, cơ thể có thể cân bằng sự phát triển và phân chia tế bào. Khi các tế bào cũ hoặc chết, chúng sẽ tự động được thay thế bằng các tế bào khỏe mạnh mới. Trong trường hợp của khối u, tế bào chết vẫn còn và hình thành khối u.

- Các tế bào ung thư phát triển theo cách tương tự. Tuy nhiên, không giống như các tế bào trong các khối u lành tính, các tế bào ung thư có thể xâm nhập các mô lân cận và lan sang các bộ phận khác của cơ thể.

V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U LÀNH TÍNH

5.1 . Cận lâm sàng

- Các bác sĩ sử dụng nhiều kỹ thuật để chẩn đoán các khối u lành tính. Chìa khóa trong chẩn đoán là xác định xem một khối u lành tính hay ác tính. Chỉ các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm mới có thể xác định điều này một cách chắc chắn.

- Bác sĩ có thể bắt đầu chẩn đoán bằng cách cho bạn khám sức khỏe và tìm hiểu tiền sử bệnh của bạn. Họ cũng sẽ hỏi về các triệu chứng bạn đang gặp phải.

- Nhiều khối u lành tính được xác định bằng các xét nghiệm hình ảnh, bao gồm:

- Công thức máu.
- Máu chảy ,máu đông
- X Quang tim – phổi : sợ khối u di căn
- Siêu âm TQ

- Các khối u lành tính thường có đường viền của một túi bảo vệ giúp các bác sĩ chẩn đoán chúng là lành tính. Bác sĩ cũng có thể yêu cầu xét nghiệm máu để kiểm tra sự hiện diện của các dấu hiệu ung thư.

- Trong các trường hợp khác, các bác sĩ sẽ lấy sinh thiết khối u để xác định xem nó có lành tính hay ác tính. Sinh thiết sẽ ít xâm lấn hơn tùy thuộc vào vị trí của khối u. Các khối u ở da dễ dàng loại bỏ và chỉ cần gây tê cục bộ, trong khi các khối u đại tràng cần phải được nội soi đại tràng.

5.2. Điều trị.

- Không phải tất cả các khối u lành tính đều cần điều trị. Nếu khối u nhỏ và không gây ra bất kỳ triệu chứng nào, bác sĩ có thể khuyên bạn nên sử dụng phương pháp theo dõi và chờ. Trong những trường hợp này, việc điều trị có thể nguy hiểm hơn. Một số khối u sẽ không bao giờ cần điều trị.

- **Nếu bác sĩ quyết định điều trị.**

- + Tùy thuộc vào vị trí của khối u., khối u $\leq 10\text{cm}$.
- + Ảnh hưởng thẩm mỹ nếu khối u nằm ở mặt và cổ .
- + Ảnh hưởng đến các cơ quan, dây TK hoặc mạch máu .

-Phẫu thuật khối u.

- + Rạch bóc trọn khối u.
 - + Khâu cầm máu ,có thể một lớp hoặc hai lớp tùy theo độ sâu khối u bóc , bằng chỉ Nilon 2/0; chỉ catgutchromic 2/0.
 - + Kháng sinh toàn thân ; Cefotaxin ,Clindamycin...
 - + Thay băng hàng ngày
 - + Giảm đau ,nâng cao thể trạng
- Dùng trong 5-7 ngày cắt chỉ và cho xuất viện .

5.3. Tai biến và xử trí .

- Chảy máu ,=> khâu cầm máu lại
- Nhiễm trùng ,=> cắt chỉ sớm để thoát mủ ,dùng KS phối hợp liều cao.

BÀI 17: VIÊM CƠ HÓA MŨ

Viêm cơ hóa mũ hoặc viêm cơ nhiễm khuẩn là tổn thương viêm hoặc apxe tại cơ vân do vi khuẩn gây nên. Định nghĩa này loại trừ các viêm cơ vô khuẩn, do cơ chế tự miễn trong các bệnh hệ thống.

I. Nguyên nhân.

Vi khuẩn gây viêm cơ thường gặp là do tụ cầu, đặc biệt là tụ cầu vàng, vi khuẩn Gram(-) như trực khuẩn mũ xanh, các vi khuẩn kỵ khí khác ít gặp hơn. Đường vào thường tại chỗ (qua các nhiễm khuẩn ở da....) hoặc toàn thân qua (đường máu).

II. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng .- Tại cơ :

+ Có thể viêm một hoặc nhiều cơ.

+ Đôi khi xuất hiện sau chấn thương, mụn ngoài da hoặc sau khi châm cứu, tiêm truyền không đảm bảo vô trùng. Viêm cơ thắt lưng chậu thường xảy ra sau các nhiễm khuẩn sinh dục, tiết niệu, sau mổ các cơ quan tại ổ bụng.

- Lâm sàng thường có 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn đầu : sốt, cơ sưng tại chỗ, có thể kèm đỏ hoặc không, đau và căng nhẹ. Nếu chọc hút sẽ chưa có mũ.

+ Giai đoạn 2 : (thường sau 10-20 ngày): cơ sưng nóng đỏ. Chọc hút có thể thấy mũ.

+ Giai đoạn 3 : (biểu hiện hệ thống): nếu không được điều trị từ các giai đoạn trên, nhiễm khuẩn có thể phát triển thành apxe đa ổ, sốc và suy thận.

- Viêm cơ thắt lưng chậu.

+ Ngoài vi khuẩn sinh mũ, thường do vi khuẩn lao (sau viêm đĩa đệm đốt sống).

+ Triệu chứng tại chỗ khó phát hiện do cơ ở sâu. Bệnh nhân thường đau tại vùng mạn sườn, hạ sườn. Có một triệu chứng gợi ý: Bn không duỗi được chân bên có cơ bị tổn thương trong khi mọi động tác khác của khớp háng (gập, dẹt, khép, xoay,...), vẫn bình thường. Khối apxe có thể di chuyển xuống cơ quan lân cận phía dưới như khớp háng, phần trên đùi, cơ mông,... (khi thấy có các viêm, apxe cơ ở phần này phải kiểm tra cột sống và cơ thắt lưng chậu).

- Toàn thân

+ Có hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, có thể rét run...).

+ Rất thường gặp ở các đối tượng suy giảm miễn dịch (dùng corticoid kéo dài ĐTĐ, nhiễm HIV....).

2.1.2. Cận lâm sàng.

- Công thức máu : BC tăng cao, N tăng, tốc độ lắng máu tăng.

- Siêu âm cơ (dùng đầu dò tần số cao từ 5-7,5MHz), hình ảnh mất cấu trúc sợi cơ, các ổ có cấu trúc siêu âm hỗn hợp, hóa mũ biểu hiện ổ trống âm. Siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán viêm các cơ ở sâu như cơ thắt lưng chậu.

- Xquang.

+ Với các cơ ở chi : phát hiện cốt tủy viêm .

+ Với cơ thắt lưng chậu: Bóng cơ thắt lưng chậu to, có thể thấy khí .

III. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh sớm , thích hợp.

- Chọc hút dẫn lưu mủ

- Nâng cao thể trạng.

- Điều trị chống sốc nhiễm khuẩn(nếu có).

3.2. Điều trị cụ thể.

- Kháng sinh:

* Nghi ngờ nhiễm tụ cầu . Cloxacilin 4g/ngày hoặc 100mg/kg/ngày chia 4-6 lần , dùng trong 7-10 ngày .

* Nghi ngờ nhiễm khuẩn gram âm. Cefuroxin 4,5g/ngày hoặc 75-80mg/kg/ngày , chia 3 lần , dùng 7-10 ngày.

+ Hoặc Cefotaxin 6g/ngày , chia 3 lần , dùng trong 4-6 tuần.

* Chưa định hướng được được vi khuẩn gây bệnh .

+ Cefazolin 3g/ngày , chia 3 lần , dùng trong 2-4 tuần Hoặc Clindamycin 1,350g/ngày, chia 3 lần, dùng trong 2-4 tuần .

- Thuốc hạ sốt , giảm đau;

+ Nếu đau ít dùng paracetamol người lớn 1,5-3g/ngày uống chia 3 lần khoảng cách 8 giờ, không dùng quá 4g/ngày . Trẻ em 60mg/kg/24gio, chia 3-4 lần, khoảng cách 6-8 giờ/lần.

+ Nếu đau nhiều dùng efferalgan codein , không dùng cho trẻ em <15 tuổi.

- Chọc hút hoặc dẫn lưu mủ , phẫu thuật dẫn lưu mủ với các cơ ở nông .

BÀI 18: PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG.

- Viêm ruột thừa cấp là cấp cứu ngoại khoa thường gặp
- Chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời tránh được biến chứng nặng nề và tử vong sau mổ.

II. NGUYÊN NHÂN.

- Phì đại các nang bạch huyết
- Tắc nghẽn lòng ruột thừa: sỏi phân, dị vật, giun, u manh tràng, u gốc ruột thừa..

III. CHẨN ĐOÁN.

- Thể điển hình thường dễ, các thể khác khó chẩn đoán, dễ bỏ sót, chẩn đoán muộn đôi khi có biến chứng.

1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng là dấu hiệu thường gặp, đau thượng vị, đau quanh rốn, trên rốn sau khu trú hố chậu phải, đôi khi đau ngay ở hố chậu phải.
- Rối loạn tiêu hóa : đầy bụng khó tiêu nôn, hoặc buồn nôn
- Rối loạn đại tiện: táo bón hoặc tiêu chảy

2. Triệu chứng toàn thân.

Sốt nhẹ $38 - 38,5^{\circ}\text{C}$

Về mặt nhiễm trùng, môi khô, lưỡi dơ.

3. Triệu chứng thực thể:

- Đau ở hố chậu phải.
- Các điểm đau đặc biệt: MacBurney, Blumberg, Rowsing...
- Phản ứng thành bụng
- Thăm trực tràng, âm đạo: ấn đau túi cùng bên phải

IV. CẬN LÂM SÀNG.

1. Công thức máu:

Số lượng bạch cầu > 12000 , trong đó chủ yếu là bạch cầu đa nhân $> 75\%$.

2. Siêu âm bụng:

3. C T Scanner bụng:

4. Nội soi ổ bụng: Có lợi trong những trường hợp chẩn đoán còn nghi ngờ

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT.

1. Con đau quặn thận phải do sỏi thận hoặc viêm cầu thận cấp
2. Viêm đoạn cuối hồi tràng
3. U manh tràng
4. Viêm hạch mạc treo
5. Viêm túi thừa Meckel
6. Viêm phúc mạc do thủng dạ dày
7. Viêm túi mật cấp

- 8. Viêm phần phụ
- 9. Thai ngoài tử cung bên phải
- 10. Nang buồng trứng phải xoắn.

VI. ĐIỀU TRỊ.

Phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật

-Mổ hở kinh điển theo đường MacBurney hoặc đường giữa dưới rốn hoặc bên phải cơ thẳng bụng.

-Mổ nội soi, ưu điểm ít đau , thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn

VII. KHÁNG SINH.

1. Kháng sinh dự phòng:

-Cephalosporin thế hệ III 1g 1 lọ trước mổ 20 phút và 01 lọ TMC sau 6 giờ.

2. Kháng sinh điều trị .

-Cephalosporin III (dùng 07 ngày): Cefotaxim 1g, Ceftazidim 1g....

-Metronidazol 500mg 02 chai/24h , truyền TM(Viêm ruột thừa vỡ mũ)

-Giảm đau: Paracetamol 1g truyền TM ngày đầu tiên, hoặc thuốc tiêm giảm đau:

Non- steroid (NSAID) sau mổ, Paracetamol 500mg khi bắt đầu hậu phẫu ngày thứ 2.

BÀI 19: VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM CẤP TÍNH

Là viêm tổ chức xương xung quanh sào bào có kèm theo tổ chức viêm rõ rệt. Quá trình viêm xương không quá ba tháng .

I. Nguyên nhân : Do viêm tai giữa thể tiềm tàng hoặc không biểu hiện rõ rệt . Viêm tai giữa có thể gây viêm xương chũm cấp do những yếu tố thuận lợi sau:

- Sai lầm về điều trị :
- + Không chích rạch màng nhĩ kịp thời.
- + Lỗ thủng không dẫn lưu được mủ .
- + Khi rửa tai bơm nước quá mạnh .
- Bệnh nhiễm trùng làm mất sức đề kháng như mắc bệnh sởi , cúm
- Vi khuẩn gây bệnh có độc lực cao.
- Cấu tạo xương chũm : xương chũm nhiều thông bào dễ bị viêm cấp hơn.
- Thể địa suy yếu: trẻ em ốm yếu , suy dinh dưỡng .

II. Chẩn đoán .

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.2. Lâm sàng

- Giai đoạn đầu : trên nền viêm tai giữa cấp tính đang giảm dần thấy xuất hiện những triệu chứng sau:
 - + Toàn thân : Nhiệt độ cũng lên nhất là trở lại về chiều, ở trẻ em thường có triệu chứng màng não như nôn , co giật , cứng gáy ...
 - + Cơ năng : Tai đau theo nhịp đập , đau vùng xương chũm lan xuống cổ , đau lan ra nửa bên đầu .
 - + Thực thể : Mủ đặc trở lại ngày càng nhiều thêm . Đau khi ấn vào xương chũm .
 - + Khám màng nhĩ : Trên nền màng nhĩ của viêm tai giữa thấy màng nhĩ xung huyết trở lại .
- Giai đoạn rõ rệt : Viêm các xoang xương chũm
 - + Cơ năng : Đau là triệu chứng chính , đau ngày càng tăng. Đau sâu trong ống tai và sau tai, lan ra vùng thái dương đỉnh , nghe kém dần truyền .
 - + Thực thể :
 - Mủ đặc nhiều màu vàng kem , không thối khi chưa có bội nhiễm .
 - Màng nhĩ phù nề , đỏ và dày . Lỗ thủng nhỏ , vị trí cao hoặc màng thủng không dẫn lưu được mủ, hoặc có túi co kéo trên màng nhĩ .
 - Thành sau trên ống tai bị sụp làm cho góc sau màng nhĩ bị xóa mờ.
 - Điểm đau sào bào (+). Da vùng xương chũm nề, hơi nóng , ấn vào bờ sau mòm chũm thấy đau .

- Giai đoạn xuất ngoại : Do quá trình viêm lan dần từ sào bào đến ra lớp vỏ xương chũm , ăn thủng lớp vỏ này .

+ Cơ năng : Triệu vẫn như trước hoặc có giảm chhs ít .

+Thực thể :

- Xuất ngoại ở sau tai : Góc sau tai bị đầy ,góc nhị diện giữa vành tai và xương chũm bị mờ hoặc mất hẳn . Da xương chũm nề đỏ và đau . Khối sưng sau tai lớn dần ,đẩy dồn vành tai ra phía trước , ổ viêm biến thành apxe dưới da và cùng vỡ mủ. Khám tai thấy sập thành sau trên ống tai.
- Xuất ngoại ở thái dương –mỏm tiếp : Sưng ở vùng thái dương ,vùng trán , có kèm theo phù nề mí mắt .
- Xuất ngoại ở cổ : Phần trên của cơ ức đòn chũm sưng phồng .
- Xuất ngoại vào ống tai ngoài thành lỗ rò xương ,dễ bị liệt mặt
- Xuất ngoại vùng cảnh- nhị thân : Gây apxe cạnh họng

2.1.2. Cận lâm sàng .

- X Quang xương chũm : phim Schuller, toàn bộ xương chũm mờ đều ,vách ngăn của các tế bào bị mòn,một số tế bào nhỏ ăn thông với nhau hoặc biến thành những đám mờ.

-Công thức máu : có thể BC tăng cao hoặc bình thường .

2.2. Chẩn đoán phân biệt .

- Viêm tai giữa cấp tính mủ : thời gian bị bệnh chưa quá ba tuần .-Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm :

+ Tiền sử chảy mủ tai thời kéo dài > ba tháng .

+ Xuất hiện hội chứng hồi viêm : Sốt ,đau tai , chảy mủ tai thối ,nghe kém ,ù tai, xoa hoặc sập thành sau trên ống tai .

II. Điều trị . Điều trị ngoại khoa tùy theo bệnh tích .

+ Khoét chũm tiết căn .

+Mở sào bào thượng nhĩ .

-Thuốc trước và sau mổ :

+Kháng sinh nhóm Betalactam : amoxicilin +acidclavulanic ,BD: Augmentin....

Người lớn và trẻ em >12 tuổi , TTMC ,1G/ lần ,cứ 8h ttmc /lần.

Trường hợp nhiễm khuẩn nặng : 6g/ngày ,cứ 6h ttmc /lần.

TE > 12 tuổi :100mg/kg/ngày ,chia 4 lần , nhiễm khuẩn nặng dùng :200mg/kg/ngày ,chia 4 lần /ngày.

+ Cephalozin kết hợp với Metronidazol với liều như sau :

- Cephalozin.TE> 1 Tháng tuổi có thể dùng :25-50mg/kg/24h,chia 3-4 lần /24h.

Người lớn :0,5-1g/lần cách 6-12h/lần ,dùng trong 7 ngày .

*Metronidazole . TE 20-30mg/kg/24h,chia 2-3 lần

Người lớn : 1-1,5g/24h, CTM ,chia 2-3 lần ,khoảng cách 8-12h/lần ,dùng trong 5 ngày .

+ Methylprednisolon: Liều 1 lọ 40mg/ngày .

+ Giảm đau : Paracetamol ,TE:20-60mg/kg/ngày, NL : 1-2g/ngày .

+ An thần như;Diazepam.

III. Phòng bệnh .Tránh bị viêm tai ,nếu viêm phải điều trị triệt để ,đúng quy trình.

BÀI 20: VIÊM VÚ

Viêm vú là một bệnh lý xảy ra trong thời gian cho con bú. Đó chính là những biến chứng của tuyến vú khi đang hoạt động. Các bệnh lý hay gặp là nứt đầu vú, cương tức vú, viêm bạch huyết, viêm ống dẫn sữa và áp xe vú. Các thương tổn của vú trong thời gian cho con bú thường là do tụ cầu vàng.

I. Nứt đầu vú.

- Bệnh lý xảy ra trong những ngày đầu cho con bú (trong hai tuần đầu đầu tiên). Tỷ lệ mắc có thể tới 25% số phụ nữ cho con bú. Các yếu tố thuận lợi cho nứt đầu vú gồm có cho bú kéo dài quá mức, áo nịt vú bằng chất liệu tổng hợp.

- Biểu hiện lâm sàng: đau đầu vú khi trẻ bú, đầu vú xuất hiện những kẽ nứt theo hình tia nắng mặt trời, màu đỏ tươi. Sau đó có thể loét chột ở đầu vú hay ở chân núm vú, chảy máu khi cho bú.

-Điều trị.

+ Để vú trần tiếp xúc với không khí, với ánh nắng mặt trời nếu có thể được. Để vú nghỉ trong 6-12h, trong khi vẫn tiếp tục cho trẻ bú bên vú đối diện.

+ Vắt sữa bên vú bị đau, xoa bóp bằng tay nếu có cương vú. Phải tránh hút sữa.

+ Dùng mỡ bôi có chứa vitamin A và E Bôi lên núm vú.

+ Nếu điều trị không kết quả phải nghỉ đến nấm candida, tiến hành điều trị nấm cho cả mẹ lẫn con.

+ Nếu vẫn thất bại thì xem xét chỉ định cắt sữa.

II. Cương tức vú

- Có thể gặp cương tức vú trong mọi thời điểm trong mọi giai đoạn cho bú. Tuy nhiên hay gặp trong tuần lễ đầu tiên. Khoảng 15% phụ nữ cho con bú bị cương tức vú.

- Các yếu tố thuận lợi gây cương tức vú là: trẻ bú không tốt (trẻ nhẹ cân hay trẻ bị bệnh), đau khi cho con bú, mẹ lo lắng và nhất là khi cai sữa.

- Về lâm sàng hai vú cương cứng, toàn thân đôi khi có sốt nhẹ. Không có mảng đỏ ở vú. Vắt sữa lên miếng bông không để lại sẹo, sữa không có mủ.

-Điều trị.

+ Xoa bóp vú, tắm nước nóng

+ Có thể chỉ định tiêm bắp oxytocin, 2 đơn vị mỗi lần, 2 lần /ngày.

+ Phải tiếp tục duy trì cho bú.

+ Điều trị tốt cương tức vú là cách tốt nhất phòng viêm bạch mạch huyết hay áp xe vú.

III. Viêm mạch bạch huyết vú.

- Khoảng 5% Bn bị cho con bú, bệnh này sẽ giảm đi nếu người ta điều trị tốt nứt đầu vú và cương tức vú. Nguyên nhân gây nên là do tụ cầu, liên cầu, Gram âm xâm nhập qua thương tổn ở núm vú.
 - Lâm sàng có sốt cao dao động, rét run. Vú bị thương tổn phồng lên, căng, rất đau. Có thể nhìn thấy vết đỏ ở vú khu trú thành mảng hay vết đỏ, rất đau khi sờ nắn hay chạm vào áo. Khám nách, có thể có hạch rất đau, chạy dưới cánh tay. Sữa không có mủ, dấu hiệu Baudin âm tính.
 - Điều trị
 - + Để người phụ nữ nằm nghỉ ngơi tại giường.
 - + Cho trẻ bú nhiều hơn thường lệ, 10-12 lần/ngày.
 - + Dùng tay vắt sạch vú đến mức tối đa sau mỗi lần cho bú và xoa bóp vú.
- Phối hợp với TB 2 đơn vị oxytocin, 2 lần/ngày.
- + Đáp thuốc ấm như Osmogel..
 - + Kết hợp dùng KS CÓ T/D đối với tụ cầu như cefotaxim 1,5-3g/ngày...
 - + Có thể vắt sữa bên vú bị đau, bỏ đi cho trẻ bú bên vú lành.

IV. Viêm ống dẫn sữa

.xảy ra sau cương tức vú hay viêm mạch bạch huyết vú.

Biểu hiện lâm sàng bằng sốt cao, ở vú có các nhân chắc, cứng. Đau các hạch ở dưới cánh tay. Vắt sữa lên miếng bông thấy còn lại những mảnh vàng nhạt, báo hiệu trong sữa có mủ (dấu hiệu Baudin dương tính).

Điều trị.

- Để sản phụ nằm nghỉ ngơi tại giường
- Ngừng cho con bú
- Hút sữa và bỏ đi
- Chỉ định dùng KS có hiệu quả chống lại tụ cầu (*Staphylococcus*) như:
 - +Cephalothin 3-6g/ngày hoặc Cephazolin 2-4g/ngày

Với người bị dị ứng có thể dùng.

+Clindamycin 450mg, tiêm TM

Dưới tác dụng của điều trị viêm ống dẫn sữa có thể khỏi hay tiến triển thành apxe.

V. Apxe vú.

-Đó là biến chứng nặng nhất, chỉ có khoảng 1% phụ nữ cho con bú bị apxe vú. Apxe vú là hậu quả của viêm mạch bạch huyết vú không điều trị tốt.

-Sốt tăng dần lên có thể 39-40 độ C. Đau vú rất dữ dội, nhói, giật, cản trở giấc ngủ. Người phụ nữ mệt mỏi. Thăm khám thấy vú rất đau, sờ thấy một khối cứng, đỏ, đau, nóng. Đôi khi khối này có dấu hiệu mồm (ấn ngón tay thấy lõm vào dễ dàng).

Điều trị là phẫu thuật. Tiến rạch khối apxe, lấy hết mủ chứa bên trong, phá bỏ các vách ngăn giữa các khoang trong khối apxe. Cần phải giảm đau tốt khi rạch

apxe vú . Sau đó dẫn lưu khối apxe để tạo điều kiện cho mủ thoát ra ngoài hết .Ngừng cho con bú trong khi điều trị . Sau khi rạch dẫn lưu 3 tuần ,sẹo đã liền có thể cho con bú lại.Nếu cần thiết có thể cắt sữa ,nhắc lại rằng apxe vú không phải là CCD cho con bú .

Có thể kết hợp thuốc giảm đau và KS :

- Thuốc giảm đau như Paracetamol 3g/ngày
- Thuốc kháng sinh:
 - +Cephazolin 6g/ngày + Gentamycin
 - +Cefuroxin 1,5g 3g/ngày

BÀI 21: VIÊM XOANG CẤP TÍNH

I. Nguyên nhân.

- Thường gặp nhất là do viêm mũi ,cảm lạnh ,viêm đường hô hấp trên kéo dài quá 10 ngày ,viêm xoang do răng ,do chấn thương...65% các trường hợp viêm xoang cấp tính là do virus gây nên.
- Các vi khuẩn gây viêm xoang cấp tính mù hầu hết là vi khuẩn Gram (+), Streptococcus nhóm A,B,C cũng có thể là do vi khuẩn Gram (-) như: H. influenzae, và một số vi khuẩn kỵ khí .

II. Chẩn đoán.

Các triệu chứng xuất hiện và tiến triển rầm rộ trong thời gian 4 tuần tiếp sau một đợt viêm hô hấp trên cấp tính kéo dài (viêm mũi họng ,cảm lạnh ...), thường bị ở nhiều xoang, đặc biệt là xoang trước (xoang trán ,xoang hàm). Ở trẻ em thường gặp viêm xoang sàng cấp xuất ngoại .

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng toàn thân :dấu hiệu nhiễm trùng cấp tính ,sốt 38-39 độ C, người mệt mỏi gầy rét ..

- Triệu chứng cơ năng :

+ Đau nhức vùng xoang thường là một bên tương ứng với xoang viêm ,kèm theo nhức vùng dưới ổ mắt ,vùng trán ,vùng má,..Đau theo nhịp mạch thường tăng lên khi gắng sức hoặc nằm đầu thấp .

+ Chảy mũi mủ đặc trắng ,vàng hoặc thậm chí xanh ,hôi tùy theo mức độ nhiễm khuẩn .

+ Ngạt tắc mũi do phù nề niêm mạc.

+ Giảm hoặc mất ngủ.

- Triệu chứng thực thể :

+ Ấn các điểm đau xoang Bn rất đau: Điểm TK dưới ổ mắt ,điểm hốc nanh ,mặt trước xoang trán ,thành trong hốc mắt

+ Khám mũi trước hoặc nội soi hốc mũi : Niêm mạc mũi viêm ,đỏ ,phù nề mọng,có mủ đặc trắng chảy ra ở vùng ngách mũi giữa. Soi mũi sau thành mủ chảy xuống thành sau họng.

2.1.2. Chẩn đoán hình ảnh .

- Chụp x quang ; tư thế Blondeau – Hirtz có thể thấy hình ảnh mờ các xoang hàm, trán ,sàng hoặc mức dịch trong xoang.

2.2. Chẩn đoán phân biệt .

- Viêm mũi cấp tính .
- Đợt tái phát của viêm xoang hàm mạn tính .

- Đau TK tam thoa .
- Đau do co thắt mạch máu vùng mặt.

III. Điều trị .

3.1. Nguyên tắc chung .

- Điều trị viêm xoang cấp trước hết và chủ yếu là nội khoa, thủ thuật ngoại khoa rất hạn chế trong một số đặc biệt (viêm xoang sàng cấp xuất ngoại ở trẻ em , viêm xoang do răng , viêm xoang cấp gây biến chứng ...).
- Khoảng 2/3 trường hợp viêm mũi xoang cấp là do vi rút ,đặc biệt trong 7-10 ngày đầu ,do đó việc sử dụng KS cần cân nhắc kỹ .
- Sau khoảng 7-10 ngày viêm xoang cấp nhiễm khuẩn rất cao ,KS là biện pháp chủ yếu để điều trị . Thời gian điều trị KS phải kéo dài tối thiểu là 7 ngày sau khi đã hết triệu chứng cơ năng .
- Kết hợp thuốc và các phương pháp điều trị trong viêm xoang cấp là vô cùng quan trọng .

3.2. Điều trị cụ thể

+ Kháng sinh :

- Amoxicilin :- Người lớn 250-500mg/lần,cách 8h/lần.
-TE đến 10 tuổi 125-250mg/lần, Trẻ <20kg dùng 20-40mg/kg/ngày .
Nếu Bn bị dị ứng thì dùng : -Cefuroxime viên 500mg, Người lớn :1g/ngày ,uống chia 2 lần ,khoảng cách 12h /lần
TE 10mg/kg /ngày , dùng trong 5-7 ngày .

- Hoặc Cefaclor ,Người lớn :250mg/lần cách 8h /lần.TE 20-40mg/kg/24h,chia 2-3 lần uống ,dùng 5-7 ngày.

Nếu gặp vi khuẩn kháng thuốc do sinh Betalactamse thì dùng :

- Amoxicilin + acid clavulanic (BD:
Augmentin....Moxiclava..Amoclavic..). Người lớn uống 1 viên 500mg,cách 8h/ lần .

TE :Cân nặng 40mg trở lên uống theo người lớn ,TE Cân nặng < 40kg liều 40mg/kg/ngày,chia 3 lần cách nhau 8h,Thời gian dùng thuốc tối thiểu 7 ngày.

+ **Thuốc loãng nhày như** :Acetylcystein....,uống 3 gói/ trên ngày ,chia 3 lần ,dùng trong 5-7 ngày .

+ **Thuốc kháng Histamin**(dùng cho người lớn và trẻ em> 12 tuổi):

Cetirizin10mg,uống 1 viên /ngày,dùng trong 5-10 ngày ,không dùng cho TE <12 tuổi.

+ **Thuốc co mạch** : Naphazolin 0,1%, oxymethazolin 0,005% xịt mũi ngày 2-3 lần,dùng trong 5-7 ngày .

+ **Khí dung mũi như** : Cloramphenicol 0,4%; Hydrocortison ;Naphazolin; Gentamycin 40mg, mỗi thứ 1ml trộn lẫn với nhau, khí dung mỗi ngày 1-2 lần, trong 5-7 ngày
+ Rửa mũi hàng ngày bằng dung dịch muối sinh lý 0,9%.

IV. Tiến triển và biến chứng : Biến chứng viêm xoang có thể xảy ra nhưng không thường gặp :

- Thần kinh : viêm màng não , áp xe não , viêm tắc TM xoang hang, viêm các dây TK V1, V2, dây vận nhãn .
- Mắt : viêm tổ chức liên kết hốc mắt , áp xe hốc mắt , viêm thị TK hậu nhãn cầu do viêm xoang
- Viêm đường hô hấp dưới
- Các biến chứng khác : suy tuyến yên , tràn khí não, áp xe vách ngăn

V. Phòng bệnh

- Điều trị sớm và tích cực , đúng phương pháp tất cả viêm nhiễm hô hấp trên cấp tính .
- Khi đã có viêm xoang cấp tính , phải điều trị tích cực và đúng phương pháp , tránh để kéo dài và trở thành viêm xoang mạn tính

BÀI 22: VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Vết thương phần mềm (VTPM) Là tổn thương của da, cơ, gân, không bao gồm tổn thương mạch máu và thần kinh và vết thương xương trong gãy xương hở

I. Nguyên nhân . VTPM có thể xếp thành hai nhóm nguyên nhân chính :

- Do bạch khí : tức là do vật sắc nhọn gây nên như dao, kiếm, mảnh kính, đặc điểm của tổn thương thường sắc gọn, ít bị dập nát .
- Do hỏa khí : tức là do súng đạn gây nên, tổn thương thường dập nát, lỗ vào nhỏ, nhưng bên trong phá hủy nhiều tổ chức cơ, gân
- Ngoài ra có VTPM do súc vật cắn như chó, mèo, gấu ...

II. Tổn thương giải phẫu bệnh .

2.1. Da : tùy theo nguyên nhân gây tổn thương mà có thể có tổn thương khác nhau như vết thương sắc gọn hay bầm dập, hình dạng gọn hay nham nhở hình sao, kích thước rộng hay nhỏ .

2.2. Cơ, gân : tổn thương cơ có thể sắc gọn hay bầm dập, bong lóc cơ với nhau . Tổn thương gân có thể đứt ngang đơn thuần hay mất đoạn gân . Tổn thương phần mềm do súc vật cắn thường kèm theo tổn thương do cơ bị dập nát đè nghiền bởi hàm súc vật.

2.3. Dị vật :Dị vật sạch như mảnh đạn,cũng có thể bẩn như đất ,cát ,thức ăn (do súc vật cắn). Đặc biệt lưu ý những vết thương do súc vật cắn thường bẩn do miệng súc vật bẩn chứa nhiều vi khuẩn .

III.. Chẩn đoán .

Chẩn đoán xác định một VTPM thường không khó ,vấn đề quan trọng phải xác định có tổn thương mạch máu hay TK ,có gãy xương hở hay không .

3.1. Tổn thương mạch máu :

- Chi nhợt ,lạnh ,hồi lưu mao mạch giảm hoặc mất .
- Mất mạch phía hạ lưu (mạch quay ,khủy ,mu chân ,chày sau.)
- Giảm cảm giác và vận động chi phía hạ lưu nếu đến muôn .

3.2.. Tổn thương TK :

- Mất cảm giác
- Mất vận động ,lưu ý cần phân biệt mất vận động do tổn thương cơ .

3.3. Tổn thương gãy xương hở :

- Rất dễ dàng nếu nhận thấy đầu xương chọc ra ngoài .
- Các t/c của gãy xương điển hình hoặc không điển hình .
- Những t/h khó có thể dựa vào phim chụp X Quang .

IV. Điều trị .

4.1. Sơ cứu :

- Mục đích .
- + Cầm máu
- + Giảm đau
- + Tránh làm bẩn thêm tổn thương ,vết thương .
- Biện pháp .
- + Tiêm phòng uốn ván
- + Băng ép vết thương bằng gạc sạch .

4.2. Can thiệp thực thụ

Chỉ can thiệp đơn thuần với cắt lọc vết thương da ,cơ ..cụ thể :

- Cắt lọc sạch mép vết thương .
- Khâu da bằng chỉ lạnh thưa ,hoặc để hở nếu vết thương bẩn .Khâu nối cơ bằng chỉ vicryl 4/0
- Thay băng vết thương hàng ngày .
- Kháng sinh và giảm đau :
 - + Cefotaxime 2-6g/ngày ,TTMC chia 2-3 lần ,trong 7 ngày .
 - +Metronidazole 1g/ngày , chia 2 lần cách nhau 12h ,dùng trong 7 ngày.
 - + Giảm đau : effer Paramax ,Infulgan TTM.

***Phương pháp Ngoại khoa :**

- Gây tê tại chỗ hay tê đám rối cánh tay ,tê tủy sống

-Đánh rửa vết thương nhiều lần bằng nước muối sinh lý ,nếu bẩn quá thì rửa oxy già ...,nước xà phòng .

- Cắt lọc : đảm bảo nguyên tắc kiểm tra tới tận đáy của vết thương ,cần thiết phải mở vết thương rộng rãi ,đặc biệt những vết thương súc vật cắn hay hỏa khí

..
+ Da :cắt lọc hạn chế nhưng đảm bảo sạch ,xén mép da cách mép vết thương khoảng 2-3 mm,nên xén bằng dao, không dùng kéo để tránh làm bầm dập mép da .

+ Cơ :cũng cắt lọc tiết kiệm nhưng phải cắt hết phần cơ bị bầm dập nát ,đến phần cơ lành (đỏ ,đáp ứng tốt kích điện hoặc cơ học ,cắt chảy máu)

+ Gân : phải thật sự tiết kiệm ,mảng gân bẩn có thể lấy bỏ , hai đầu gân nếu dập nát có thể xén bằng dao để đảm bảo sự sắc gọn .

+ Dị vật :như mảnh đạn nếu dễ lấy có thể lấy bỏ ,nếu khó khăn không cố tìm để lấy vì có thể làm tổn thương dập nát thêm của phần mềm .

- Phục hồi giải phẫu :

+ Nguyên tắc là để hở vết thương hoàn toàn .

+ Trong trường hợp vết thương sạch ,dập nát ít có thể khâu phục hồi giải phẫu vết thương . Phục hồi giải phẫu trong VTPM phải đảm bảo khâu hết các lớp giải phẫu ,không để khoảng chết, dẫn lưu rộng rãi .

+ Trong các trường hợp bẩn ,tổ chức dập nát nhiều có thể để da hở dẫn lưu rộng rãi bằng ống dẫn lưu hay lam cao su.

+ Đối với tổn thương VTPM ở những vùng đặc biệt như : vết thương bàn tay hay vết thương vùng cổ và nền cổ thì nguyên tắc chẩn đoán ,tên lượng và can thiệp mang tính chuyên khoa .

4.3. Săn sóc sau mổ

- Bất động đoạn chi bằng nẹp bột hoặc ở tư thế cơ năng tùy theo mức độ tổn thương của PM .

- Khâu da thì 2 sau 5-7 ngày , tùy theo tình trạng vết thương .

BÀI 23: TRÀN DỊCH KHỚP GỐI

Tràn dịch khớp gối là tình trạng thường xuất hiện sau khi bị té ngã hoặc chấn thương do tai nạn. Tuy không khó chữa nhưng bệnh vẫn có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm làm teo cơ, dính khớp,... nếu không được điều trị kịp thời.

1. Tràn dịch khớp gối.

Tràn dịch khớp gối là một dạng tổn thương xảy ra trong khớp gối, khi lượng dịch tăng bất thường làm cho khớp xung quanh gối có hiện tượng nổi mẩn đỏ xung quanh, sưng và phù nề.

Khớp gối đảm nhiệm chức năng di chuyển linh hoạt và giữ thẳng bằng cho cơ thể. Trong đó, dịch trong ổ khớp có tác dụng bôi trơn, giảm ma sát và nuôi dưỡng sụn khớp. Khi khớp gối gặp vấn đề bất thường do chấn thương, nhiễm trùng hoặc té ngã, lượng dịch sẽ gia tăng bất thường, dẫn đến tình trạng bị tụ dịch ở trong các ổ khớp.

Tràn dịch khớp gối khiến khớp bị sưng nề, nóng đỏ, làm giảm chức năng vận động

2. Triệu chứng tràn dịch khớp gối

Hiện tượng sưng nề đầu gối kèm theo các cơn đau dai dẳng là triệu chứng tràn dịch khớp gối đầu tiên. Ngoài ra, người bệnh sẽ thấy bên gối bị tràn dịch thường to hơn bên kia do bao khớp dày lên, dựa vào mốc xương để so sánh hai bên.

Một số triệu chứng khác bao gồm:

- Có cảm giác nặng nề trong khớp.
- Sưng và đỏ da xung quanh xương bánh chè.
- Bầm tím ở mặt trước, hai bên hoặc phía sau đầu gối.
- Đau khi đi lại, khó duỗi thẳng hoặc gập gối, cản trở vận động khớp.
- Cơn đau có thể hết ngay sau đó, nhưng một số trường hợp lại kéo dài đến vài giờ, vài ngày hoặc thậm chí lâu hơn.
- Các cơ xung quanh bị yếu dần đi, khiến khớp gối ngày càng không vững.

3. Nguyên nhân tràn dịch khớp gối

Chấn thương: Một số chấn thương do chơi thể thao quá sức hoặc hoạt động sai tư thế, ngã xe do va đập mạnh, vấp ngã cầu thang, tai nạn lao động làm tổn thương sụn khớp, giãn hoặc đứt dây chằng chéo trước, giãn hoặc đứt dây chằng chéo sau, rách sụn chêm, gãy xương...

Bệnh lý về khớp: Một số bệnh mạn tính kéo dài như thoái hóa khớp, nhiễm trùng khớp, gout, viêm khớp dạng thấp, viêm bao hoạt dịch khớp, nang bao hoạt dịch khớp, các bệnh rối loạn về tình trạng đông máu... gây hậu quả xấu là tràn dịch khớp gối.

Nhiễm khuẩn: Do một số vi khuẩn lao, vi khuẩn Mycoplasma, virus, vi nấm.

Các yếu tố nguy cơ:

-Tuổi tác: Người trung niên và người già ngoài 50 tuổi thường có nguy cơ cao mắc các bệnh xương khớp, trong đó có tràn dịch khớp gối.

- -Hoạt động thể thao: Vận động viên hoặc người chơi các môn bóng đá, bóng rổ thường xuyên vận động gối với cường độ cao, có nguy cơ chấn thương nhiều hơn.

- -Thừa cân, béo phì: Trọng lượng tăng gây áp lực lên khớp gối, lâu ngày gây tổn thương các thành phần của khớp, dẫn đến tràn dịch bên trong khớp gối.

- Tuổi tác là một trong những nguyên nhân gây ra tràn dịch khớp gối

4. Chẩn đoán và phương pháp

- Để xác định chính xác tràn dịch khớp gối, ngoài những biểu hiện trên, các bác sĩ sẽ dựa vào kết quả một số xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thủ thuật cần thiết.

- Xét nghiệm máu: Xác định tình trạng viêm, nhiễm trùng, viêm khớp dạng thấp.

- Chụp X-quang: Phát hiện vấn đề về xương như gãy xương, bệnh lý u xương, trật khớp gối, thoái hóa khớp gối.

-

- Chọc hút dịch khớp: Dùng kim nhỏ đưa vào ổ khớp để hút dịch khớp, xác định bản chất của dịch khớp như có máu hay không, các tinh thể gây bệnh gout hoặc giả gout, liên quan đến chấn thương hoặc bệnh lý ưa chảy máu.

5. Xử lý tràn dịch khớp gối.

* Tại nhà

Khi nhận thấy khớp gối có dấu hiệu bị tràn dịch, sưng đau, việc chăm sóc ban đầu rất quan trọng, bệnh nhân và người nhà cần thực hiện một số biện pháp sau đây:

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoặc ngưng vận động. Vì càng đi lại nhiều, càng gây áp lực cho khớp gối, làm tăng tình trạng tràn dịch, đầu gối thêm sưng to và phù nề.
- Kê chân cao hơn tim giúp lưu thông máu dễ dàng, giảm sưng.
- Tràn dịch khớp gối có nên chườm đá? Theo đó, để giảm sưng, hạn chế căng cơ và bầm tím, người bệnh nên chườm đá trong vòng 15 – 20 phút. Đá nên đặt trong khăn ẩm hoặc bọc nilon, tuyệt đối không chườm đá trực tiếp.
- Tập thể dục chân nhằm tăng cường sức mạnh các cơ xung quanh đầu gối. Hãy thử các bài tập có lực tác động thấp không gây căng thẳng cho đầu gối như bơi lội và thể dục nhịp điệu dưới nước. Hoặc tự mình tập luyện bằng các bài tập cơ giãn cơ tại nhà, nhằm giúp phục hồi sự linh động của cơ bắp xung quanh khớp

*Liệu trình chữa đau gối tại ACC hiệu quả với các phương pháp không dùng thuốc, không phẫu thuật:

Tri liệu thần kinh cột sống: Những sai lệch ở cấu trúc cột sống có thể gây ảnh hưởng đến cân bằng của cơ thể, áp lực dồn xuống khớp gối. Vậy nên việc nắn chỉnh khớp gối kết hợp với nắn chỉnh cột sống trong việc điều trị sẽ mang lại hiệu quả tốt hơn.

Sóng xung kích shockwave: Là loại sóng âm mang năng lượng cao tác động đến các điểm đau, giúp thúc đẩy quá trình liền mô, tái tạo gân, cơ, các mô mềm bên trong khớp gối.

Máy kéo giãn giảm áp DTS: Là kỹ thuật trị liệu công nghệ cao rất hữu ích trong việc giảm thiểu áp lực chèn ép lên khớp gối. Bệnh nhân sẽ thấy giảm triệu chứng sưng, đau rõ rệt qua từng liệu trình điều trị.

Tia laser cường độ cao thế hệ IV: Với bước sóng rộng và cường độ mạnh nhất hiện nay, loại tia này có khả năng kích thích sâu đến các mô xương, giúp tái tạo tế bào và chữa đau hiệu quả. Ngoài ra, phương pháp này còn giúp tăng cường tuần hoàn máu và oxy nuôi dưỡng sụn khớp.

IV Bệnh nhân đang được điều trị đau đầu gối bằng tia laser cường độ cao thể hệ

Vật lý trị liệu tràn dịch khớp gối: Mỗi bài tập sẽ được thiết kế riêng phù hợp với từng bệnh nhân, nhằm mục đích tăng cường hệ cơ ở vùng đầu gối, cải thiện khả năng vận động khớp gối. Dựa theo sự hướng dẫn của bác sĩ, người bệnh cần chăm chỉ luyện tập trong và sau khi chữa bệnh để đạt kết quả tốt nhất, nhất là những trường hợp đã có biến chứng nặng.

6. Phòng ngừa tình trạng tràn dịch khớp gối

Để giảm thiểu khả năng bị tích nước ở đầu gối, các bác sĩ ACC khuyên chúng ta ngay từ khi còn trẻ nên có ý thức bảo vệ xương khớp và ngăn ngừa các yếu tố gây tụ dịch khớp gối bằng cách:

-Duy trì cân nặng hợp lý, bổ sung thêm thực phẩm chứa Canxi, Kali, Magie, Vitamin nhóm B, C, E...

-Không nên vận động quá sức, thường xuyên co duỗi chân.

-Luôn khởi động kỹ, đeo đệm gối khi tham gia các môn thể thao tiếp xúc.

-Sử dụng thực phẩm chức năng tăng cường độ dẻo dai cho khớp.

-Lựa chọn các bài tập vận động nhẹ nhàng như đi bộ, bơi lội, đạp xe.

-Tránh di chuyển đột ngột và chạy ở mặt đường gồ ghề

BÀI 24: VỠ BÀNG QUANG

I/ Đại cương

Bàng quang là 1 tạng rỗng nằm sâu trong khoang chậu hông bé và sau xương mu, được bảo vệ chắc chắn bởi đai chậu. Bàng quang bị vỡ thường do 1 chấn thương mạnh gây nên.

Vỡ bàng quang (VBQ) là 1 cấp cứu niệu khoa, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và chính xác để được điều trị kịp thời. Điều trị muộn sẽ gây tử vong cao do nhiễm trùng và nhiễm độc.

II/ Chẩn đoán

1. Lâm sàng

Chia làm 2 loại VBQ: trong phúc mạc và ngoài phúc mạc Lâm sàng gồm 2 nhóm triệu chứng:

- + Các triệu chứng chung của VBQ
- + Các triệu chứng đặc hiệu của VBQ trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.

1. Các triệu chứng chung của VBQ: có 4 triệu chứng chính

Choáng: là triệu chứng xuất hiện đầu tiên

Đau vùng hạ vị: lan đến 2 hố chậu Mót tiểu nhưng không tiểu được

Đặt Sonde tiểu: ít nước tiểu có lẫn máu

(Thăm TT: túi cùng Douglas đau, khối máu tụ – nước tiểu)

1. Triệu chứng đặc hiệu

- VBQ trong phúc mạc

Bụng chướng (+/-) Phản ứng thành bụng Cầu bàng quang (-)

Gõ đục vùng thấp

- VBQ ngoài phúc mạc

Thường có kèm theo gãy cung trước của xương chậu Khám sẽ thấy các dấu hiệu của gãy xương chậu

Có thể có mảng máu tụ dưới da ở vùng xương gãy

Bụng không chướng (+/-) phản ứng thành bụng vùng hạ vị

Nếu BN đến muộn sau 24h sẽ có dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc

Tóm lại: các triệu chứng lâm sàng có thể không đầy đủ nên muốn có chẩn đoán xác định cần phải dựa vào X-quang.

2. Cận lâm sàng

- Siêu âm bụng TQ
- Xquang bụng đứng không chuẩn bị

Chụp bàng quang ngược dòng: (1 phim bơm + 1 phim xả thuốc) VBQ trong phúc mạc: thuốc cản quang lan tỏa khắp ổ bụng

VBQ ngoài phúc mạc: BQ có hình ảnh giống như giọt nước + thuốc cản quang đọng lại ở 2 hốc chậu ngoài BQ

III/ Điều trị

Hồi sức chống choáng

Kháng sinh Phổ thuật

VBQ trong phúc mạc: vết rách thường ở mặt sau BQ. Mở theo đường giữa dưới rốn vào trong phúc mạc.

Khâu lại BQ

Mở BQ ra da ở mặt trước phần dưới phúc mạc Dẫn lưu Douglas

VBQ ngoài phúc mạc: lỗ thủng thường ở mặt trước bên của BQ. Vết rách thường khá sâu, gần cổ BQ & cạnh ổ xương gầy nếu có gãy xương. Khi mở qua cơ thành bụng sẽ thấy khoang Retzius đầy máu & nước tiểu

Khâu lại BQ Mở BQ ra da

Dẫn lưu khoang Retzius(Lưu từ 3-5 ngày hay lâu hơn) CHÚ Ý 2 LỖ NIỆU QUẢN

BÀI 25: HẸP BAO QUI ĐẦU

I. Sơ lược

- Hẹp bao qui đầu là một bệnh lí thường gặp ở bé trai
- Hẹp bao qui đầu là hẹp lỗ mở của bao qui đầu làm cho bao qui đầu không thể tách khỏi qui đầu
- Hẹp bao qui đầu có thể là hẹp sinh lý hoặc hẹp bệnh lý:
- Hẹp sinh lý: đều có hẹp bao quy đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.
- Hẹp bệnh lý: là hẹp thật sự khi có sự hiện diện của sẹo xơ. Sẹo xơ được hình thành là do viêm nhiễm ở những bao qui đầu bình thường hoặc bao qui đầu dài, cũng có thể do những lần nong bao qui đầu quá mạnh bạo trước đó.
- Cắt bao qui đầu đã được thực hiện từ 6000 năm trước ở Ai Cập, được coi là phương pháp điều trị kinh điển cho những trẻ em bị hẹp bao qui đầu.

II. Chẩn đoán:

- Hỏi bệnh: bé đến khám vì tiểu khó, khi tiểu phải rặn và làm phồng bao qui đầu. Lỗ thông bao qui đầu quá nhỏ sẽ gây cản trở cho bài xuất nước tiểu, và bao qui đầu bị viêm nhiễm luôn luôn tấy đỏ và ngứa ngáy.
- Khám lâm sàng: thường thấy sự hiện diện của dòng thất bao qui đầu, đôi khi thấy những kén bã nằm bên trong bao quy đầu.
- Cận lâm sàng:
 - + Xét nghiệm nước tiểu
 - + Siêu âm tim: tìm dị tật phối hợp.

III. Điều trị:

* Điều trị bảo tồn:

- Chỉ định: khi có hẹp bao qui đầu sinh lý
- Kỹ thuật:
 - + Điều trị bảo tồn được thực hiện tại bệnh viện và tại nhà
 - + Bệnh nhân được gây tê tại chỗ bằng gel Xylocain 2%. Sau đó dùng que thăm dò nông tách ính giữa hai lớp qui đầu và bao qui đầu cho tới khi khấc qui đầu, sau đó rửa sạch các chất bã và bôi trơn bao qui đầu bằng kem Betamethason 0,05%.

- + Kê toa: paracetamon +kem Betamethason 0,05%
- + Hướng dẫn cha mẹ bé nông bao quy đầu bằng các ngón tay và thoa kem betamethason 0,05%.
- + Cha mẹ bé thực hiện điều trị tại nhà mỗi ngày 2 lần trong thời gian 1-2 tháng
- * Điều trị phẫu thuật
 - Chỉ định điều trị bảo tồn thất bại:
 - + Hẹp bao qui đầu thực sự (có vòng xơ).
 - + Co thắt nghén bao qui đầu.
- 1. Kỹ thuật cắt bao qui đầu
 - Vô cảm: cắt bao qui đầu được thực hiện dưới gây mê
 - Kỹ thuật: Cắt toàn bộ bao qui đầu(kiểu cắt trực đầu)
- 2. Điều trị sau phẫu thuật
 - Giảm đau: paracetamon và Cephalosporin thế hệ 3

BÀI 26: GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. Đại Cương:

Chiếm 2.6% các gãy xương. Tần suất cao nhất là ở trẻ con và người trẻ

II. Định nghĩa :

- Gãy xương thường xuất hiện chỗ nối giữa 2 đường cong.
- Gãy xương hở ít xảy ra nhưng da vùng ổ gãy dễ bị căng và hoại tử

III. Nguyên nhân :

- Trực tiếp: do vật nặng đập trực tiếp vào xương đòn
- Gián tiếp: 80% do đập vai, té chống tay tư thế dạng vai

IV. Phân loại : 69% là gãy 1/3G, 28% 1/3 xa, 2.8% 1/3 gần

V. Đánh giá bệnh nhân

1. Bệnh sử : Cơ chế chấn thương

2. Khám lâm sàng :

- Dễ chẩn đoán với biến dạng và điểm đau chói. Lạo xạo xương khi vận động vai
- Căng da thường xảy ra. Nghi đến gãy hở khi có bất cứ vết thương nào gần ổ gãy
- Khám mạch máu, thần kinh, phổi khi có gãy xương đòn

3. Cận lâm sàng :

- Tư thế trước sau thường đủ chẩn đoán:
- Tư thế chệch hướng về đầu 45 độ (chụp chiếu chéo) khi tư thế thẳng kinh điển không rõ nhưng lâm sàng rất gợi ý
- Gãy xương bả vai, đặc biệt gãy cổ xương bả vai cần được chú ý phát hiện vì đó là khớp vai bậc bốn

VI. Chẩn đoán

1. Tiêu chuẩn xác định : Dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn Xquang
2. Chẩn đoán biến chứng : Có tổn thương mạch máu hay thần kinh đi kèm hay không

VII. Điều trị

1. Mục đích điều trị :

- Kiểm soát đau

- Giảm di động ổ gãy cho đến khi có cal lâm sàng

- Vận động vai sớm để tránh biến chứng do bất động

2. Nguyên tắc điều trị : Điều trị bảo tồn hay điều trị phẫu thuật

3. Điều trị cụ thể : Gãy xương đòn không biến chứng hầu hết điều trị bảo tồn với kết quả tốt.

- Điều trị bảo tồn :

+ Mang đai vai số 8 : Đến khi có cal lâm sàng: nơi gãy không đau, bệnh nhân có thể vận động vai bình thường hoặc gần như bình thường không hoặc có rất ít triệu chứng

+ Thời gian 3-5 tuần/người trưởng thành, 2-4 tuần/trẻ em

- Chỉ định phẫu thuật :

+ Gãy hở

+ Tổn thương mạch máu, thần kinh

+ Căng da nơi ổ gãy

+ Khớp vai bập bênh

+ Chỉ định tương đối

• Di lệch hoàn toàn : 30% kết quả không thỏa khi điều trị bảo tồn. Tỷ lệ khớp giả 7%- 15%. Cal gây xấu về thẩm mỹ.

• Ngắn trên 18mm/nam và 14mm/nữ có thể gây đau tại chỗ, đau khi nằm nghiêng về phía gãy, tầm vận động vai bị ảnh hưởng, sức cơ giảm, bất thường về thẩm mỹ.

• Bệnh nhân năng động, vận động viên.

Thẩm mỹ.

+ Phương pháp phẫu thuật : Ta có thể kết hợp xương bằng đinh kirshner xuyên lòng tủy hoặc sử dụng nẹp vít đối với trường hợp lòng tủy rộng hay đánh giá khả năng kết hợp xương bằng đinh kirshner không vững chắc

VIII. Theo dõi tái khám

1. Tiêu chuẩn nhập viện : Đối với gãy xương đòn có chỉ định phẫu thuật hoặc có 1 trong các chỉ định tương đối phẫu thuật

2. Theo dõi :

- Đối với gãy xương đòn theo dõi đầu tiên là có biến chứng tổn thương mạch máu hay thần kinh hay không (thường hiếm gặp)

- Theo dõi các biến chứng phẫu thuật như : nhiễm trùng vết mổ, lộ nẹp vít, lộ đinh kirshner...

3.Tiêu chuẩn xuất viện : đánh giá vết mổ khô, hết nhiễm trùng thường sau 5 ngày hậu phẫu...

4.Tái khám : - Sau ra viện : 01 tuần,03 tuần hướng dẫn tập VLTL

BÀI 27: TRẬT KHỚP VAI

I. Đại cương

Trật khớp vai là loại trật khớp phổ biến nhất trong các loại trật khớp và thường gặp ở người lớn trẻ khỏe chiếm khoảng 50 - 60 % tổng số trật khớp.

Nguyên nhân và cơ chế gây trật khớp thường thấy nhất do ngã chống bàn tay hoặc chống khuỷu trong tư thế tay dạng, đưa ra sau, và xoay ngoài.

Chấn thương trực tiếp vào khớp vai từ sau mỏm vai ít thấy (thường do tai nạn xe honda hoặc ô tô cán).

Trong lao động gặp trật khớp vai ở công nhân khuôn vác, đang vác trên một vai, một tay quàng ngược lên trên ôm lấy vật vác. Bị vấp ngã vật vác tì trên cánh tay đang làm trật khớp.

II. Chẩn đoán

Trong trật khớp vai, dựa vào vị trí của chỏm xương cánh tay so với ổ chảo người ta chia trật khớp vai ra 4 kiểu: ra trước, ra sau, lên trên và xuống dưới.

Trong đó kiểu trật ra trước chiếm 95% trường hợp.

Trong trật khớp vai ra trước, tùy theo mức độ di lệch của chỏm xương cánh tay mà người ta phân biệt 4 thể:

- Trật khớp dưới mỏm quạ, đây là kiểu hay gặp nhất chiếm khoảng 90% các trường hợp.
- Trật khớp ngoài mỏm quạ hay trật khớp vai trên ổ chảo chiếm khoảng 7% các trường hợp.
- Trật khớp dưới xương đòn.
- Trật khớp trong ngực.

Triệu chứng lâm sàng của kiểu trật khớp vai ra trước điển hình

Nhìn

- Thấy ngay biến dạng điển hình.
- Nhìn hướng trước sau thấy dấu hiệu gù vai, vì cơ den-ta sụp đổ mỏm vai tụt xuống như vuông góc. Chỏm xương cánh tay không đỡ cơ delta nữa, mỏm cùng vai đưa lên. Bờ ngoài phần trên cánh tay không thẳng mềm

mại mà bị gãy thành góc mở ra ngoài do cánh tay dạng (dấu hiệu nhất rìu).
Cánh tay dạng khoảng 30 - 400 và xoay ra ngoài.

- Nhìn phía nghiêng rãnh delta ngực không rõ. Chỏm xương cánh tay gồ lên ở phía trước khiến đường kính trước sau vai dày ra.

Sờ nắn

- Có thể sờ được hõm khớp rộng, sờ thấy chỏm xương cánh tay di lệch ra trước lồi lên phía rãnh delta ngực khác hẳn so với bên lành.

Khám

- Mất cơ năng cử động của khớp vai. Đáng chú ý nhất là dấu hiệu Berger: Cánh tay dạng chùng 300, khuỷu không thể khếp vào thân mình được, khi thử ấn khuỷu khếp vào thân mình rồi thả ra, sẽ thấy dấu kháng cự đàn hồi (dấu hiệu lò xo).

- Chụp X quang là chẩn đoán xác định được đồng thời thấy tổn thương kèm theo như gãy máu động lớn, gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay.

Biến chứng

- Thương tổn thần kinh

Gặp khoảng 15% số trường hợp. Nhất là liệt dây thần kinh mũ. Biểu hiện bằng mất cảm giác vùng cơ den-ta, và sau khi nắn xong thì không dạng được cánh tay. Nên sau khi nắn trật khớp phải kiểm tra khả năng co cơ delta và cảm giác vùng mồm vai.

Có trường hợp liệt hẳn đám rối thần kinh cánh tay. Liệt thần kinh thường phục hồi sau 1 - 8 tuần.

- Thương tổn mạch máu

Có khoảng 1% trường hợp động mạch nách bị tắc do thương tổn lớp áo giữa và lớp áo trong. Có khi bị rách thành bên do đứt gốc một nhánh bên hoặc có khi chỉ bị co thắt. Sau khi nắn trật khớp cần kiểm tra bằng cách bắt mạch, cần thiết thì chụp động mạch để xử trí tùy theo thương tổn.

- Gãy xương kèm theo

Gãy rời máu động to gặp khoảng 30% số trường hợp. Thường sau khi nắn trật khớp thì mảnh gãy sẽ về lại vị trí giải phẫu tốt.

- Vỡ bờ ổ chảo.

- Biến dạng chỏm xương cánh tay kiểu dạng Hill- Sachs.
- Gãy cổ xương cánh tay: Có thể gãy cổ phẫu thuật.
- Thương tổn đai xoay vai

Chiếm đến 55% bệnh nhân bị trật khớp vai ra trước và tăng đến 80% các bệnh nhân trên 60 tuổi gây đau vai kéo dài, dạng và xoay ngoài vai yếu.

III. Điều trị

Cần phải nắn sớm và nên gây mê cho mềm cơ để dễ nắn. Để tránh những thương tổn sụn khớp do chỏm sụn mềm bị đè lên phần xương cứng ở cổ xương vai kéo dài gây biến dạng chỏm (biến dạng Hill-Sachs), cần chống co cơ và nắn nhẹ nhàng không nên dùng sức thô bạo để cố nắn cho được thì sẽ gây ra những thương tổn kèm theo. Có nhiều phương pháp khác nhau được chia thành hai nhóm: nắn bằng lực kéo (phương pháp Hypocrates, Milch, Eskimo, Stimson, Pick và Lippert) và nắn bằng nâng tay lên cao (Phương pháp xoay ngoài của Kocher).

Phương pháp Hippocrates. Còn gọi là phương pháp gót chân.

Cho bệnh nhân nằm ngửa dưới đất. Người nắn nắm lấy tay bệnh nhân, để hơi dạng ra và kéo dọc trục. Cho gót chân vào nách bệnh nhân đạp mạnh chống lại lực kéo ở tay. Kéo khoảng 5 phút bỏ gót chân ra và đưa cánh tay bệnh nhân vào trong. Nếu nghe thấy tiếng cục là chỏm đã vào ổ khớp. Đây là phương pháp đơn giản và ra đời sớm nhất nhưng tỷ lệ biến chứng và thất bại cao nhất trong tất cả các phương pháp.

Phương pháp Kocher

Cho bệnh nhân ngồi gấp khuỷu 90^0 . Người nắn ép khuỷu bên tay trật vào lồng ngực, rồi đưa cánh tay duỗi ra sau càng nhiều càng tốt. Xong quay cẳng tay ra ngoài cho đến mặt phẳng đứng ngang lúc này chỏm trật sẽ vào. Nếu chưa vào thì đưa cánh tay gấp ra trước, khuỷu sẽ dần dần đưa ra trước, cuối cùng xoay cánh tay vào trong.

Bất động sau khi nắn trật khớp

Băng bột kiểu DESAULT cánh tay dạng 20^0 , cẳng tay đặt chéo trước ngực, như vậy cánh tay xoay vào trong làm cho bao khớp ở phía trước bị rách được chùng lại và dễ liền. Thời gian giữ bột 3 - 4 tuần

BÀI 28: TRẬT KHỚP HÁNG

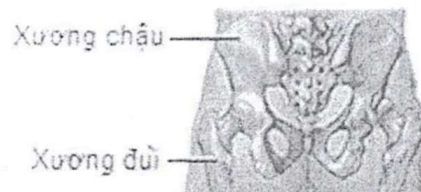
1. Trật khớp háng là gì?

Trật khớp háng là tình trạng chỏm xương đùi trật ra khỏi vị trí đúng của khớp háng.

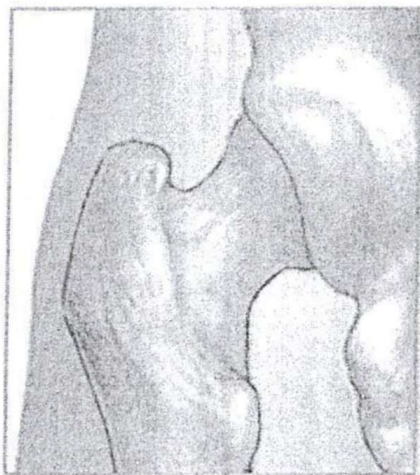
Tùy theo vị trí trật mà trật khớp háng có thể được phân thành một số nhóm sau:

- Trật khớp về phía sau;
- Trật khớp ra phía trước;
- Trật khớp tại trung tâm

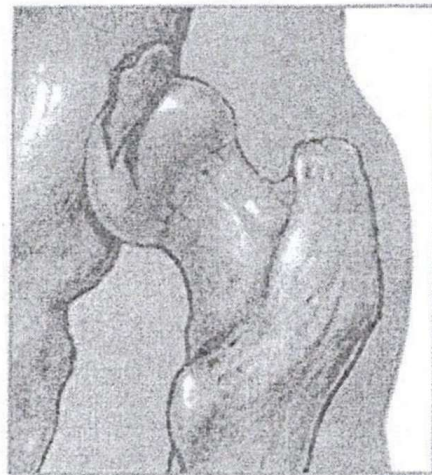
Trật khớp háng là loại trật khớp hiếm gặp và chỉ chiếm khoảng 5% tổng số trường hợp bị trật khớp nói chung. Tuy nhiên, trật khớp háng cần được phát hiện và điều trị kịp thời để tránh biến chứng nặng nề.



Vị trí bình thường



Trật khớp



2. Nguyên nhân của trật khớp háng

Khớp háng là khớp lớn nhất, nằm sâu trong cơ thể, rất vững chắc. Phải có lực chấn thương rất mạnh thì mới gây trật khớp. Các nguyên nhân hay gặp đó là:

- Do tai nạn giao thông: đây là nguyên nhân thường gặp nhất
- Chấn thương thể thao: bóng đá, bóng rổ, trượt tuyết...
- Tai nạn sinh hoạt hàng ngày
- Bẩm sinh

Bên cạnh đó, một chuyển động bất thường hay chỉ té ngã đơn giản cũng có thể gây nên trật khớp háng ở người già, người bị loãng xương, người đã mổ thay khớp háng....

3. Triệu chứng chẩn đoán:

Nhìn

- Thấy đùi gấp nhẹ, khép và xoay trong, chi ngắn lại. Gối bên trật lên cao hơn và như tựa lên đầu gối bên lành.
- Dấu hiệu chung cho biết các kiểu trật:
 - Các kiểu trật ra sau: Đùi khép và xoay vào trong.
 - Các kiểu trật ra trước: Đùi dẹt và xoay ngoài.
 - Các kiểu trật lên trên (kiểu chậu, mu) đùi gấp nhẹ có dấu hiệu ngắn chi.
 - Các kiểu trật xuống dưới: (Kiểu ngồi, kiểu bịt) đùi gấp nhiều, dấu hiệu ngắn chi không rõ, thậm chí chi như dài ra.
- Qua các dấu hiệu chung đó dễ dàng thấy được dấu hiệu lâm sàng của một kiểu nào đó.
- Tuy có nhiều kiểu trật như nêu trên nhưng thực tế trên lâm sàng kiểu phổ biến nhất là trật kiểu chậu: đùi gấp nhẹ, khép và xoay trong, chi ngắn lại. Gối bên trật lên cao hơn và như tựa lên đầu gối bên lành. Trật khớp kiểu bịt đùi dẹt, xoay ngoài đùi gấp nhiều chi không ngắn mà như dài ra.

Sờ nắn và khám cơ năng

- Khi bị trật khớp thường mất cơ năng, với kiểu chậu sờ phát hiện được máu chuyển lớn lên cao hơn so với đường Nélaton - Roser do đó có dấu hiệu ngắn chi.

Chụp X quang

- Cần chụp X quang xương chậu và khớp háng ở tư thế thẳng. Nếu ở hõm khớp có một bất thường nhỏ chụp tia chéo 45° ra sau vào trong để phát hiện mảnh vỡ phía sau hõm khớp.

4. Biến chứng từ trật khớp háng

Việc điều trị trật khớp háng đóng vai trò rất quan trọng, trường hợp nếu không được điều trị thì bệnh nhân có thể gặp các biến chứng sau:

- **Hoại tử chỏm xương đùi:** khi bị trật khớp háng, các mạch máu cũng sẽ bị chèn ép hoặc thậm chí bị đứt. Máu lúc này không thể lưu thông đến vùng chỏm xương đùi và dần dần khu vực này sẽ bị hoại tử;
- Thoái hóa khớp háng
- **Tổn thương các dây thần kinh:** tình trạng trật khớp háng có khả năng gây căng thẳng hoặc phá hủy các dây thần kinh tại khu vực này;
- **Trật khớp háng tái hồi:** các cấu trúc cố định của khớp háng sẽ bị tổn thương và khó hồi phục tốt, vì vậy khớp háng sẽ dễ bị tái phát.

5. Điều trị

5.1. Nắn kín

Cần nắn càng sớm càng tốt, trước 12 giờ sau khi bị trật. Cần đưa chỏm xương đùi về đúng vị trí trong khớp háng.

Chỉ định điều trị bảo tồn trật khớp háng

Điều trị trật khớp háng theo phương thức bảo tồn có thể được chỉ định trong một số trường hợp như:

- Trật khớp kín hoặc trật khớp háng sớm (dưới 3 tuần).
- Trật khớp đơn giản (đơn thuần): không có kèm theo gãy xương vùng háng;
- Bị trật khớp háng có kèm theo gãy xương vùng háng nhưng ít lệch;
- Bệnh nhân không đủ điều kiện để phẫu thuật: bệnh nhân bị bệnh toàn thân nghiêm trọng hoặc có khó khăn về kinh tế/từ chối phẫu thuật...

Các trường hợp chống chỉ định điều trị bảo tồn

Điều trị bảo tồn trật khớp háng không phải luôn được chấp nhận. Trong một số trường hợp sau, bệnh nhân không được điều trị bảo tồn:

- Tình trạng trật khớp hở, chưa được xử trí phẫu thuật;
- Trật khớp háng muộn (sau 3 tuần);
- Bệnh nhân có tình trạng vỡ xương chậu nặng, gãy xương đùi – cẳng chân cùng bên háng bị trật khớp...;
- Bệnh nhân có nhiều chấn thương ở các tạng khác, hôn mê, đa chấn thương.

5.2 Phẫu thuật

Một số trường hợp cần phẫu thuật để đặt lại khớp. Đó là:

- Nắn không thành công
- Tối khám muộn, quá 21 ngày, hình thành sẹo xơ, chắc
- Có mảnh xương gãy kẹt vào khe khớp
- Trật khớp háng kèm gãy chỏm xương đùi

6. Dự phòng

- Tuyên truyền và giáo dục trong cộng đồng về luật giao thông và lao động.
- Cần giáo dục cộng đồng sơ cứu tại chỗ và bất động tốt các trường hợp trật khớp.
- Đối với các tuyến y tế cơ sở cần chẩn đoán sớm, xử lý đúng và nắn trật khớp sớm.
- Giáo dục cho bệnh nhân tập luyện phục hồi chức năng sau điều trị.
- Giáo dục cho cộng đồng không nên xoa bóp và nắn khớp hoặc chích lễ ở các thầy lang

BÀI 29: BỆNH CHỐC

Bệnh chốc là một bệnh nhiễm trùng da . Bệnh lây truyền thường gặp ở lứa tuổi nhà trẻ, song có thể gặp ở mọi lứa tuổi .

IV. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh do tụ cầu khuẩn hoặc liên cầu khuẩn , nung thường phối hợp cả 2 loại vi khuẩn trên .

V. Chẩn đoán

5.1 .Chẩn đoán xác định : chủ yếu dựa vào lâm sàng

2.1.2. Lâm sàng :

Các thương tổn cơ bản là bong nước trong nhăn nheo, kích thước bằng hạt đậu xanh ,hạt ngô. Sau 2-3 h bong nước trở nên đục mủ ,mủ vàng đọng ở bờ dưới của bong nước . Sau 1-2 ngày , bong mủ tự dập vỡ để lại vảy tiết màu vàng như mật ong . Chốc nang lông cũng hay gặp biểu hiện là viêm nang lông ở lớp nông Vị trí hay gặp ở đầu mặt ,quanh các hốc tự nhiên ,nếp gấp lớn tay chân , có khi rải rác khắp người . Bệnh nhân có thể có ngứa nhưng không ngứa nhiều .

2.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu
- Lấy bệnh phẩm tại thương tổn để nuôi cấy nhưng không có giá trị cho chẩn đoán và điều trị .

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh Herpes (Herpes simplex).
- Bệnh thủy đậu

III.. Điều trị

3.2 Nguyên tắc

- Giữ vệ sinh da
- Cho thuốc bong vảy và sát khuẩn .
- Chốc không có biến chứng để lại điều trị , chốc có biến chứng chàm hóa ,viêm cầu thận ... chuyển lên tuyến tỉnh .

3.2. Điều trị . – Các trường hợp nhẹ :

+ Đầu tiên cần làm bong các vảy tiết bằng đắp dung dịch thuốc tím ,hay nước muối loãng .

+ Sau khi vẩy bong ,bôi các dung dịch thuốc sát khuẩn như xanh metylen...hoặc bôi kem /mỡ kháng sinh như : Neomycin ; gentamycin ,...ngày bôi 1 /lần

- Trường hợp nặng dùng kháng sinh toàn thân ;
- + Erythromycin : NL 1-2 g/ngày ; TE 30-50mg/kg/ngày ,chia 2-4 lần khoảng cách 6-12 giờ.

+ Hoặc Penicilin V ; NL Và TE >12 Tuổi 400.000- 800.000 UI/lần ,cứ 6-8 giờ /lần . TE <12 Tuổi 40.000-80.000UI/lần ,uống chia 3-4 lần

- Nếu có nguy cơ biến chứng viêm cầu thận dùng cephalixin .NL 250-500mg, chia 4 lần # 6h /lần ,tùy theo mức độ nhiễm khuẩn , TE 25-50mg/kg/ngày ,chia 2-3 lần ,#8-12 giờ .

VI. Tiến triển và biến chứng

- Đây là bệnh lây truyền cho nên bệnh có thể lây lan trong gia đình, trong lớp học ,dù không điều trị ,bệnh có xu hướng khỏi dần nhưng chậm.
- Có một số trường hợp ,có biến chứng tại chỗ như chốc chàm hóa ,chốc loét . Viêm cầu thận là một biến chứng nặng

VII. Dự phòng . dự phòng đối với bệnh bao gồm 2 lĩnh vực :

- Phòng lây lan trong cộng đồng : vệ sinh cá nhân sạch sẽ ,tránh chấn thương (không gầy ,không trà sát),ăn đủ chất ,bổ sung vitamin A, C.
- Đồng thời phòng các biến chứng cho Bn ,trong đó quan tâm hàng đầu là phòng biến chứng viêm cầu thận . Để đề phòng biến chứng này trong trường hợp nặng và bệnh dai dẳng cần dùng KS toàn thân .