

MỤC LỤC

1. BIẾN CHỨNG CỦA GÃY XƯƠNG	Trang 3
2. XỬ TRÍ GÃY XƯƠNG HỞ	Trang 7
3. VẾT THƯƠNG BÀN TAY	Trang 11
4. CẤP CỨU ĐỨT LÌA CHI	Trang 14
5. GÃY XƯƠNG VÙNG VAI	Trang 18
6. GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY, CẰNG TAY	Trang 22
7. GÃY XƯƠNG VÙNG KHUYU	Trang 26
8. GÃY KHUNG CHẬU VÀ Ổ CỐI	Trang 29
9. GÃY XƯƠNG ĐÙI	Trang 32
10. GÃY XƯƠNG VÙNG GỐI	Trang 35
11. GÃY XƯƠNG VÙNG CỔ CHÂN GÃY HAI MẮT CÁ	Trang 39
12. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRONG CHẤN THƯƠNG	Trang 42
13. BỔNG HỘ HẤP	Trang 44
14. BỔNG HỘ HẤP	Trang 46
15. BỔNG HOÁ CHẤT	Trang 48
16. BỔNG NGƯỜI LỚN	Trang 50
17. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRẺ EM	Trang 54
18. KHÁM ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO	Trang 58
19. VẾT THƯƠNG SỌ NÃO	Trang 63
20. CHẤN THƯƠNG Ở NGƯỜI LỚN TUỔI	Trang 68
21. CÔNG TÁC ĐIỀU DƯỠNG TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO	Trang 70
22. THỞ MÁY TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO	Trang 74
23. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG CỔ	Trang 78
24. TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ	Trang 83
25. VẾT THƯƠNG DA ĐẦU	Trang 86
26. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC VÀ THẤT LUNG	Trang 88
27. CHẤN THƯƠNG XƯƠNG SỌ	Trang 93
28. HỒI SỨC CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG	Trang 97
29. VẾT THƯƠNG THÁU NGỰC	Trang 100
30. UNG THƯ PHỔI	Trang 104
31. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN ÁP – XE PHỔI	Trang 108
32. UNG THƯ PHẾ QUẢN	Trang 110
33. TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN	Trang 113
34. CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN	Trang 118

**35. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG PHẪU THUẬT
LÒNG NGỰC**
36. ÁP XE PHỔ DO VI KHUẨN
37. U TRUNG THẤT

Trang 124
Trang 127
Trang 131

BIẾN CHỨNG CỦA GÃY XƯƠNG

Biến chứng của gãy xương có thể xuất hiện sau khi gãy xương, nhưng cũng có thể xảy ra đồng thời với gãy xương (tổn thương đi kèm).

Các biến chứng xảy ra sớm gọi là biến chứng sớm, biến chứng xuất hiện muộn sau vài tuần hoặc vài tháng gọi là biến chứng muộn.

Biến chứng sớm gồm có: sốc chấn thương, tắc mạch máu do mỡ, chèn ép khoang, tổn thương mạch máu chính, tổn thương thần kinh chính, chọc thủng da thành gãy hở.

Biến chứng muộn gồm có: viêm xương do nhiễm trùng ổ gãy, rối loạn dinh dưỡng và các biến chứng của sự liền xương như khớp giả, can xương lệch xấu.

Biến chứng của gãy xương là hậu quả của:

- Sự chảy máu và mất máu.
- Sự đau đớn.
- Sự di lệch các đầu xương gãy.
- Sự điều trị.

Các biến chứng của gãy xương có thể đưa đến hậu quả:

- Tử vong: có thể gặp trong sốc chấn thương, tắc mạch máu do mỡ.
- Làm mất chi: có thể gặp trong chèn ép khoang, tổn thương mạch máu chính.
- Làm mất chức năng của chi: tổn thương thần kinh chính, rối loạn dinh dưỡng, khớp giả, can lệch, viêm xương.

Vì vậy cần khám kỹ để phát hiện các biến chứng nhất là các biến chứng sớm để ưu tiên xử trí trước.

CÁC BIẾN CHỨNG SỚM

I.SỐC CHẤN THƯƠNG: (Biến chứng thường gặp nhất).

Nguyên nhân: do đau và mất máu. Đau do các thần kinh cảm giác trên màng xương và vùng xung quanh ổ gãy bị tổn thương. Mất máu do chảy máu từ các mạch máu ở màng xương, võ xương, tủy xương và các mô mềm xung quanh ổ gãy hoặc từ các mạch máu chính bị tổn thương. Trong gãy xương kín máu không chảy ra ngoài (nên không thấy) mà ứ đọng lại trong ổ gãy và các mô mềm xung quanh, lượng máu này không còn tham gia vào tuần hoàn nên xem như đã mất. Đây là biến chứng thường gặp nhất và có ảnh hưởng đến các biến chứng khác như tắc mạch máu do mỡ, chèn ép khoang, nhiễm trùng.

Các yếu tố thuận lợi

- Gãy xương lớn.
- Gãy nhiều xương.
- Gãy xương kèm với tổn thương mô mềm nhiều (nhiều cơ giập nát).
- Gãy xương kèm tổn thương mạch máu chính.
- Đa thương.
- Xử trí thô bạo hoặc vận chuyển vội vã khi chưa bắt động tốt xương gãy.

Chẩn đoán: Dựa vào lâm sàng kèm theo các yếu tố thuận lợi.

Các triệu chứng lâm sàng:

Mạch, huyết áp, chỉ số sốc > 1 (chỉ số sốc = số nhịp mạch trong 1 phút/ số huyết áp tâm thu mmHg)

Da, niêm mạc, tay chân lạnh, mũi lạnh, khát nước.

Dấu bấm móng tay hồng lại chậm > 2”.

Xử trí:

- Truyền dịch nhanh (nhiều đường truyền) nước và điện giải, bù hoàn máu mất.
- Thở oxy.
- Ngăn chặn sự chảy máu: cầm máu, bất động xương gãy.
- Giảm đau: bất động xương gãy, gậy kê ổ gãy (gãy kín) hoặc phong bế gốc chi (gãy hở). Chỉ dùng các thuốc giảm đau thân kinh trung ương (morphin, dolosal...) khi có giập nát quá nhiều hoặc gãy nhiều xương, sau khi đã xác định không có tổn thương sọ não, bụng, ngực phối hợp.

Dự phòng:

- Phải tiên lượng trước khả năng có thể xảy ra sốc chấn thương nhờ các triệu chứng lâm sàng và các yếu tố thuận lợi để xử trí sớm.
- Phải ngăn chặn sự chảy máu tiếp tục bằng bất động, băng ép vết thương.
- Không xử trí thô bạo và vận chuyển bệnh nhân vội vã (không vận chuyển bệnh nhân khi có sốc hoặc đe dọa sốc) (chỉ số sốc ≥ 1).

II. TẮC MẠCH MÁU DO MỠ:

Nguyên nhân: đây là hội chứng suy hô hấp cấp do sự tắc nghẽn các giọt mỡ ở mao quản phổi gây ra sự viêm tấy cấp tính nhu mô phổi. Mỡ từ tủy xương tràn vào hệ thống tĩnh mạch có thể do sự tăng áp lực trong ống tủy các xương dài, lớn bị gãy (do máu tụ hoặc do các thủ thuật như đóng đinh nội tủy).

Chẩn đoán:

Triệu chứng lâm sàng điển hình của hội chứng này là:

- Suy hô hấp.
- Hôn mê.
- Đốm xuất huyết dưới da.

Nhưng để giai đoạn này bệnh thường rất nặng đa số tử vong vì phổi không phục hồi được. Vì vậy cần phải chẩn đoán sớm trong giai đoạn “khoảng tĩnh”. Cần kết hợp nhiều yếu tố để chẩn đoán.

- Các yếu tố thuận lợi.
- Các triệu chứng lâm sàng.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng.

Càng có nhiều dấu hiệu giúp ta chẩn đoán càng chính xác hơn. Có thể lấy tiêu chuẩn chẩn đoán của Gurd như dưới đây để xác lập chẩn đoán:

1. Nhóm các dấu hiệu lớn:

- Đốm xuất huyết dưới da, xuất huyết kết mạc mắt.
- Dấu hiệu suy giảm thân kinh: nhức đầu, bức rức, giãy giụa.
- Phù nề phổi: khó thở.

- PaO₂ < 60 mmHg.

2.Nhóm các dấu hiệu nhỏ:

- Mạch nhanh > 110 lần/phút.

- Sốt cao > 38,5⁰

- Nghẽn mạch võng mạc (soi đáy mắt).

- Hématocrite giảm.

- Tiểu cầu giảm.

- Nước tiểu có mỡ.

- Giọt mỡ trong đàm.

Nếu có 1 dấu hiệu lớn + 4 dấu hiệu nhỏ = chẩn đoán xác định có tắc mạch máu do mỡ.

Điều trị:

- Thở oxy liên tục liều cao, trường hợp nặng cần dùng máy giúp thở.
- Dùng thêm Hydrocortisone 100mg mỗi 4 – 6 giờ.
- Hồi sức tích cực chống sốc vì sốc cũng là yếu tố thuận lợi gây tắc mạch máu do mỡ (huyết áp tĩnh mạch thấp do huyết áp động mạch thấp làm cho các giọt mỡ trong tủy xương có áp lực cao dễ tràn vào).

Dự phòng:

- Cần khám kỹ để tìm các triệu chứng để có thể chẩn đoán sớm.
- Cho bệnh nhân thở oxy áp lực cao khi nghi ngờ có tắc mạch máu do mỡ hoặc bệnh nhân có nhiều yếu tố thuận lợi (nguy cơ cao).
- Xử trí tốt có hiệu quả sốc chấn thương. Không xử trí thô bạo các gãy xương.

III.CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH:

Nguyên nhân:

Chèn ép khoang là tình trạng tăng áp lực mô trong khoang kín (được giới hạn bởi xương, cân mạc, vách liên cơ) hậu quả là đè ép các mạch máu đi qua khoang gây hoại tử cơ và tê liệt các dây thần kinh. Nguyên nhân có thể từ bên ngoài như bó bột chặt, vết thương khâu kín và băng ép chặt kết hợp với tác nhân từ bên trong như phù nề, máu tụ.

Chẩn đoán:

Cần phải chú ý:

- Có chèn ép khoang không?
- Có bao nhiêu khoang chèn ép?
- Mức độ chèn ép.

Các dấu hiệu nghi ngờ có chèn ép khoang (dọa chèn ép khoang).

- Sưng căng, có khi xuất hiện nốt phỏng.
- Đau tự nhiên như buốt bỏng. Đau tăng khi ấn vào khoang và khi làm nghiệm pháp căng cơ trong khoang.

Khi có chèn ép khoang rõ rệt, các triệu chứng trên sẽ nặng hơn và thêm triệu chứng tê bì, mất cảm giác, liệt vận động. Ở những khoang có động mạch chính thì mạch sẽ giảm hoặc mất. Da ở vùng dưới nơi chèn ép sẽ lạnh hơn.

Chèn ép khoang nặng hơn nếu áp lực chèn ép lớn và lâu dài. Áp lực trong khoang có thể đo được dễ dàng theo phương pháp Whitesides. Áp lực bình thường < 5mmHg. Khi có chèn ép khoang áp lực cao gấp 5 – 6 lần. Thời gian chèn ép càng lâu, các cơ bị hoại tử càng nhiều.

Điều trị:

1. Giai đoạn dọa chèn ép, chèn ép khoang < 6 giờ, áp lực thấp: điều trị bảo tồn:

- Tháo bỏ các nguyên nhân bên ngoài gây bên ngoài đè ép: cắt bột, cắt băng, cắt chỉ khâu...

- Thuốc giảm đau, phong bế gốc chi (Novocain 0,25%)

- Kê cao chi vừa phải, kê cao chi nhiều quá sẽ làm chèn ép khoang nặng hơn do áp lực máu đến bị giảm.

- Theo dõi diễn tiến từng giờ. Sau 2 giờ mà triệu chứng không giảm cần điều trị phẫu thuật.

2. Chèn ép khoang từ 6 – 15 giờ, áp lực khoang > 30 mmHg: mổ giải ép, rạch rộng da, cân. Cần chú ý cắt lọc vết thương và không quên thám sát mạch máu chính.

3. Chèn ép khoang > 15 giờ: cân nhắc giữa giải ép và cắt cụt chi. Nhiều trường hợp mổ giải ép sẽ nặng hơn do trụy tim mạch (tương tự việc tháo mở ga rô để lâu).

Dự phòng:

- Khám kỹ để phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ có chèn ép (sưng, căng...).

- Không băng bó chặt.

- Kê cao chi gãy xương vừa phải và tập vận động sớm để giảm bết phù nề.

- Dù ở giai đoạn nào cũng cần điều trị tốt hội chứng sốc.

IV. TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU CHÍNH:

Nguyên nhân: Thường là các tổn thương động mạch chính của chi đi ngay đi ngay vùng gãy. Đây là tổn thương đi kèm hoặc xảy ra thứ phát do đầu xương gãy di lệch đè ép. Tổn thương có thể là thủng, rách, đứt hoặc chỉ đè ép. Trường hợp thủng, rách hoặc đứt có thể gây chảy máu nhiều (vết thương mạch máu) hoặc làm nên ổ máu tụ lớn có thể gây ra hội chứng chèn ép khoang.

Tổn thương mạch máu có thể đưa đến hậu quả:

- Sốc mất máu.

- Hoại tử chi nếu không xử trí tốt kịp thời.

Biến chứng này thường gặp ở một số vùng chi như gãy trên 2 lồi cầu xương cánh tay (động mạch cánh tay); gãy trên 2 lồi cầu xương đùi (động mạch khoeo); gãy 1/3 trên 2 xương cẳng chân (động mạch chày sau) vì mạch máu nằm sát xương.

XỬ TRÍ GÃY XƯƠNG HỞ

I. Định nghĩa:

1. Gãy xương hở: là gãy xương có kèm theo vết thương da hay niêm mạc và có sự thông thương của ổ gãy với môi trường bên ngoài qua vết thương đó. (Sẽ khó xác định nếu vết thương ở xa).
2. Gãy xương hở sạch (mới): là các gãy xương hở được xử trí trước 6-8h, hoặc trước 12h nếu được điều trị kháng sinh dự phòng.
3. Gãy xương hở nhiễm: là các gãy xương hở được xử trí trễ sau 6-8h (đặc biệt các tổn thương dập nát nặng), hoặc sau 12h (có điều trị kháng sinh dự phòng), với biểu hiện nhiễm trùng toàn thân và tại chỗ vết thương.

II. Phân loại gãy xương hở:

Dựa vào mức độ tổn thương phần mềm trong gãy xương hở, phân loại của tác giả GUSTILO: độ I-II-III (A, B,C) trở thành qui ước chung.

- Độ I: vết thương rách da hoặc viêm < 1cm với lực gây chấn thương nhỏ, tổn thương mô mềm không đáng kể (thường là gián tiếp do đầu xương đâm ra), ở môi trường ít ô nhiễm.
- Độ II: vết thương > 1cm đến < 10cm, lực gây chấn thương mạnh, với cơ chế trực tiếp, tổn thương mô mềm trung bình.
- Độ III: vết thương > 10cm, lực chấn thương rất mạnh, tổn thương mô cơ rộng xương gãy nát hoặc di lệch nhiều, gãy xương do hoá khí, có khi mất xương hay tổn thương mạch máu, xảy ra trong môi trường nhiễm bẩn cao.
- + IIIA: tổn thương mô mềm quanh xương vừa phải, đủ che phủ xương nơi gãy.
- + IIIB: tổn thương mô mềm quanh xương rộng lớn, thiếu hụt mô mềm che phủ → cần phẫu thuật tạo hình che phủ.
- + IIIC: kèm tổn thương mạch máu lớn, đòi hỏi phải sửa chữa để giữ gìn chi.

III. Chỉ định:

1/ Chỉ định tuyệt đối: Phải mổ khẩn cấp.

- Gãy hở có tổn thương mạch máu cần phải phục hồi nếu không sẽ bị hoại tử chi.
- Gãy hở có chèn ép khoang đe dọa hoại tử chi.

2/ Chỉ định tương đối:

- Độ I: xử trí như gãy kín + kháng sinh dự phòng.
 - Độ II, III: cần xử trí phẫu thuật cắt lọc ngay hoặc trì hoãn tùy tình trạng tổng quát của bệnh nhân hay điều kiện phẫu thuật của cơ sở y tế.
- “Phương pháp duy nhất và chắc chắn để đề phòng nhiễm trùng trong gãy xương hở là làm sạch vết thương bằng phương pháp cơ học: dùng dao và kéo. Nghĩa là cắt bỏ tất cả các tổ chức bị phá huỷ không có máu nuôi, lấy bỏ các dị vật” là ý kiến quyết định và duy nhất đúng cho thái độ xử trí gãy xương hở (các tác giả Freidrich – 1898, Volkmann và Bramann – 1901, Frende le Buorg – 1906).

3/ Cố định xương trong gãy hở:

- Gãy hở mới (sạch): có thể dùng cố định ngoài hoặc cố định bên trong để bất động xương gãy tùy loại gãy hở.
- Gãy hở cũ (nhiễm): chỉ nên dùng cố định ngoài để cố định xương gãy.

IV. Xử trí gãy xương hở:

1/ Bốn giai đoạn xử trí:

- Giai đoạn cứu sống bệnh nhân: đánh giá tổng quát tình trạng bệnh nhân sau tai nạn dựa vào chỉ số ISS (Injury Severity Score), theo trình tự A, B, C... (Airway, Bleeding, Circulation...)
- Giai đoạn cứu chi thể: dùng chỉ số MESS (Mangled Extremity Severity Score) với 4 yếu tố: mức độ tổn thương mô mềm và xương. Tình trạng sốc của bệnh nhân. Mức độ thiếu máu của chi. Tuổi của bệnh nhân để quyết định phẫu thuật bảo tồn chi hay cắt cụt, cần tiến hành trong thời gian vàng: trước 6-8h chấn thương.
- Giai đoạn chống nhiễm trùng: giữ vai trò quyết định kết quả của quá trình điều trị gãy xương hở với 4 qui trình xử lý:
 - Cắt lọc.
 - Cố định xương gãy.
 - Che phủ xương lộ.
 - Dẫn lưu triệt để vết thương.
- Giai đoạn phục hồi chức năng: cần phục hồi chức năng đúng và đủ là tập vận động chủ động không gây đau đớn giữ vai trò rất quan trọng.

2/ Bốn bước xử trí gãy xương hở:

- Cắt lọc vết thương: cần kết hợp giữa cắt lọc và xối rửa vết thương với nhiều nước, nhiều lần với mục đích tạo vết thương mới có nồng độ vi khuẩn giảm thiểu tối đa, ít nguy cơ tạo ra nhiễm trùng ngoại khoa. Cắt lọc bao gồm:
 - Cắt lọc mô da.
 - Cắt lọc mô cân.
 - Cắt lọc màng xương và mô xương.
 - Mổ cân mạc
 - Cắt lọc mô dưới da
 - Cắt lọc mô cơ và gân
 - Xử lý thân xương, mạch máu.
 - Lấy bỏ dị vật.
- Cố định xương gãy: Tùy vị trí xương gãy, loại gãy hở để ta chọn phương pháp cố định xương bên ngoài hay bên trong. Cố định xương gãy trong gãy xương hở cố gắng đạt được độ vững chắc tương đối, thao tác đơn giản, nhanh gọn.
 - Cố định ngoài: Loại hình dạng ống (thanh) đơn giản, dễ thao tác nên được ưu tiên sử dụng cố định xương gãy trong phẫu thuật cấp cứu. Nó đạt được

độ vững chắc tương đối, kết hợp xương xa ổ gãy nên giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng sau mổ.

- Cố định bên trong: dùng nẹp vít, đinh nội tuỷ, kim các loại để cố định xương gãy, đạt được độ vững chắc. Chỉ nên áp dụng cho các loại gãy hở từ độ II hoặc IIIA, ưu tiên cho các gãy hở chi trên (chấp nhận tỷ lệ nhiễm trùng cao hơn dùng cố định ngoài).
- c. Che phủ xương lộ: rất quan trọng cho việc chống nhiễm trùng vết thương và quá trình lành xương, đặc biệt đối với loại IIIB. Che phủ bằng vật da cân, vật cơ tại chỗ hay tự do.
- d. Dẫn lưu vết thương: cần dẫn lưu triệt để bằng dẫn lưu kín với áp lực âm hay dẫn lưu hở sạch với ống nhựa hoặc cao su cứng. Vị trí dẫn lưu là nơi thấp nhất của vết thương (đáy vết thương)
 - Dẫn lưu kín cho gãy xương hở độ II.
 - Dẫn lưu hở cho loại gãy xương hở độ III.

V. Điều trị thuốc:

1. Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim 2g, Ceftizoxim 1g, Ceftriaxon 1g, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg.

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

2. Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteroid: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

3. Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

VI. Biến chứng và dự hậu:

1/ Biến chứng:

- a. Tồn thương thứ nhất: nếu xương gãy không được bất động đúng cách sau chấn thương, có thể gây nên tổn thương thứ phát nhiều khi nặng nề hơn tổn thương lúc ban đầu, như làm tổn thương mạch máu thần kinh gần nơi gãy xương ...
- b. Nhiễm trùng vết thương: là hậu quả của việc xử trí gãy xương hở thất bại, hay do tính chất của vết thương gây ảnh hưởng nặng nề cho việc phục hồi chức năng chi, việc điều trị rất tốn kém.
- c. Không lành xương (khớp giả): do quá trình xử trí gãy xương hở chưa tốt như bất động xương gãy không vững, nhiễm trùng sau mổ, mất mô mềm và xương nhiều ...

2/ Dự hậu: *Tùy thuộc vào thái độ, thời điểm xử trí loại gãy hở.*

- Dự hậu tốt: xử trí đúng và kịp thời gãy xương hở giúp cho ổn định vết thương và quá trình lành xương cũng như phục hồi chức năng chi tốt.
- Dự hậu xấu: giảm thiểu nhiều hoặc mất chức năng chi, có thể phải đoạn cụt chi khi xử trí gãy xương hở thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CHAPMAN, M.W: Open Fractures, Rockwood and Green's Fractures in Adults 1991, Vol. I: 220-264
2. CHRISTIAN, C.A: General Principles of Fracture Treatment. Cambell's Operative Orthopaedics. 1998. Vol. III:1193-2041
3. COLTON, CL: The History Of Fractures Treatment Skeletal Trauma, 1992. Vol. I: 3-30.
4. FISCHER, M.D., GUSTILO, R.B: The Timing of Flap Coverage, Bone Grafting, and Intramedullary Nailing in Patients who have a Fracture of the Tibia Shaft with Extensive Soft Tissue Injury. J
5. GUSTILO, R.B: Management of Open Fractures and Their Complications. Phila-delphia, WB. Samders 1982
6. SIMON, R.R: Fracture of the Tibial and Fibular Shaft. Emergency Orthopedies The Extremities, 2001. 27:483-487
7. SKINNER, B.H: Tibia and Fibula Injuries. Curent Diagnosis and Treatment in Orthopedies. 2000.103-106.

VẾT THƯƠNG BÀN TAY

I. Đặc điểm:

- Phần lớn do tai nạn lao động. Vết thương bị vấy bẩn cao do môi trường xảy ra tai nạn.
- Cấu trúc bàn tay khá phức tạp. Một vết thương nhỏ có thể có nhiều tổn thương khác nhau gây khó khăn trong điều trị.
- Các khớp bàn đốt và liên đốt các ngón dễ bị hạn chế vận động dù chỉ bất động trong một thời gian ngắn.
- Da bàn tay đặc biệt mặt lòng có nhiều thụ thể cảm giác tinh vi không có ở vùng da khác. Vì vậy cần cần nhắc nhở cẩn thận trước khi cắt bỏ.
- Bàn tay rất ít cơ, xương khớp gân mạch máu thần kinh nằm dưới da nên dễ bị lộ. Che phủ không kịp thời các thành phần này sẽ hoại tử.
- Phù nề và nhiễm trùng làm xơ hoá, gây rối loạn dinh dưỡng, làm ảnh hưởng đến chức năng bàn tay khá lớn.
- Ảnh hưởng không chỉ giới hạn vùng bị tổn thương mà cả vùng khác nữa.
- Vết thương bàn tay chưa được chú trọng ở nước ta.

II. Sơ cứu ban đầu:

- Phát hiện những thương tổn đa doạ đến tính mạng bệnh nhân.
- Che phủ ngay vết thương bằng băng vô trùng để ngừa vấy bẩn thêm.
- Giơ tay cao và băng ép thường kiểm soát được chảy máu. Trường hợp máu tiếp tục chảy có thể phối hợp giơ tay cao và garo hơi phía trên vết thương bằng máy đo huyết áp với áp lực lớn hơn huyết áp tâm thu từ 100-150mmHg. Garo hơi cần được theo dõi và tháo càng sớm ngay sau khi đã kiểm soát được chảy máu.
- Không nên cầm máu bằng cách kẹp cột mạch máu vì có thể làm tổn thương thêm mạch máu và thần kinh, gây khó khăn cho việc phục hồi sau này.

III. Đánh giá tổn thương:

Thăm khám vết thương vết các dụng cụ vô trùng (găng, khẩu trang ...) theo trình tự da, tuần hoàn, xương, gân, thần kinh.

Thăm khám lần đầu:

- Đánh giá vết thương đơn thuần hay phối hợp (đập nát, lộ gân, vết thương phối hợp ở mặt lòng, mặt lưng ...)
- Xquang qui ước nên làm thường qui nhằm phát hiện các gãy xương trật khớp hoặc dị vật.

Thăm khám lần 2: tại phòng mổ sau khi vết thương được kiểm soát cầm máu, cắt lọc và rửa với nhiều nước muối sinh lý.

IV. Trình tự phục hồi:

- Xối rửa vết thương với nhiều nước muối sinh lý:
 - + Lấy đi các dị vật, máu tụ.
 - + Thấy rõ các mạch máu nhỏ đang chảy, từ đó cầm máu bằng băng đốt điện.
 - + Thấy rõ các vạt mỡ, cân mạc ... chết để cắt bỏ.

- + Không nên sử dụng các dung dịch sát trùng để rửa vết thương vì có nguy cơ làm nhiễm độc tế bào.
- + Việc tưới rửa làm sạch vết thương không nên làm vội vã. Nó có thể chiếm đến một nửa thời gian phẫu thuật. Đó là biện pháp quan trọng nhằm làm giảm bớt nguy cơ nhiễm trùng.
- Cắt lọc da cần tỉ mỉ và tiết kiệm. Mức độ và vị trí mất da cần được đánh giá chính xác để có kế hoạch che phủ thích hợp.
- Cố định xương gãy bằng kim Kirchner hoặc cố định ngoài ngay cả trong trường hợp xương lộ chưa được che phủ.
- Che phủ vết thương và cố định xương gãy là 2 biện pháp cơ bản và quan trọng giúp phục hồi các thương tổn khác và phục hồi chức năng. Che phủ có thể làm ngay sau khi cố định xương hoặc trong vòng 5 ngày sau ngày mổ cắt lọc lần đầu. Có nhiều cách che phủ: khâu da thì đầu sớm, ghép da, các vật da tại chỗ, các vật từ xa hoặc vật tự do hoặc vật da cuống bẹn, ngực ...
- Các tổn thương gân, thần kinh có thể phục hồi ngay lần cắt lọc đầu tiên nếu vết thương không dập nát, vấy bẩn, tổn thương gân thần kinh sắc gọn, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và điều kiện phẫu thuật. Các trường hợp khác nên tiến hành khi che phủ vết thương trong lần mổ sau đó. Khi chưa phục hồi được gân, thần kinh nên đính tạm các đầu đứt vào mô mềm nhằm tránh co rút.
- Tập vận động thụ động và chủ động sớm là yếu tố tiên quyết để bảo tồn được chức năng bàn tay.

V. Điều trị thuốc:

1. Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim 2g, Ceftizoxim 1g, Ceftriaxon 1g, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg.

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

2. Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteroid: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

3. Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

4. Dạ dày:

Beraloc, Albis 484 mg...

VI. Những lưu ý khi cắt cụt bàn tay ngón tay:

- Hiện nay có nhiều biện pháp che phủ hoặc tái lập lưu thông máu nên việc bảo tồn các trường hợp gân xương khớp lộ hoàn toàn có thể được. Do vậy không nên cắt bỏ hoặc cắt ngắn xương chỉ vì lý do đóng được vết thương.

- Ngay khi có chỉ định cắt bỏ cần lưu ý để lại những phần của ngón có thể hữu dụng trong tái tạo sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brow PaulW (1999): Open injuries of the hand. Green's operative hand surgery, David Green, 4th edition, vol2, pp 1607-1630.
2. Foucher G. (1992): Traitement en urgence de problemes cutanes de la main, Le traitement primaire des traumatismes de la main, G.Foucher, pp 24-39.
3. Wright II Phillip E.(2003): Acute hand injuries, Campbell's operative Orthopaedics, S.Terry Canale, 10th edition, vol 4, pp3397-3421.

CẤP CỨU ĐỨT LÌA CHI

Cấp cứu đứt lìa chi không chỉ đơn thuần phục hồi lưu thông máu mà còn phục hồi các cấu trúc khác để bảo tồn chức năng của chi.

I. Phân loại:

1. Theo mức độ đứt lìa:

- Đứt lìa hoàn toàn: phần xa của chi bị rời hoàn toàn ra khỏi phần gần. Phần chi rời được “trồng lại” bằng khâu nối động mạch, tĩnh mạch và các cấu trúc quan trọng khác.
- Đứt gần lìa: Phần xa còn dính với phần gần bằng một dải mô mềm (không quá $\frac{1}{4}$ chu vi theo Biemer, $\frac{1}{6}$ theo Sheng C.T). Phần xa không còn tuần hoàn để nuôi sống do mạch máu nuôi bị gián đoạn hoàn toàn. Phần chi gần rời được “trồng lại” tương tự như đứt lìa hoàn toàn.
- Tổn thương cần phục hồi tuần hoàn. Đó là loại tổn thương các mạch nuôi chi chính yếu bị gián đoạn do chấn thương hay vết thương làm phần xa không có hoặc thiếu máu nuôi. Thương tổn này chỉ cần phục hồi lưu thông các mạch máu chính.
- Đứt gần lìa dưới da: Một dạng đứt lìa đặc biệt, tổn thương đứt gần lìa mà không có vết thương ngoài da (Kojima và Arai mô tả năm 1984).

2. Theo vị trí đứt lìa:

- Chỉ áp dụng cho các trường hợp phần chi phải được “trồng lại”.
- Trồng chi lớn: khi vị trí cắt cụt phía trên khớp khuỷu hoặc cổ chân.
- Trồng chi nhỏ: khi thương tổn phía dưới khớp khuỷu hoặc cổ chân.

Vị trí càng cao, càng có nhiều khó khăn trong hồi sức bệnh nhân trước, trong và sau khâu nối (bù đắp thể tích tuần hoàn, độc tố được phóng thích vào tuần hoàn hoặc tăng áp lực khoang sau phục hồi lưu thông máu ...)

3. Theo cơ chế:

Cho phép dự đoán mức độ dập nát của mô mềm và tổn thương nội mạc mạch máu.

- Cắt đứt.
- Nghiền nát.
- Lột găng.
- Giật đứt.
- Phôi hợp.

4. Theo thời gian thiếu máu nuôi phần chi bị lìa:

Thời gian thiếu máu nuôi được tính từ lúc bắt đầu chi bị tổn thương cho đến khi phục hồi được lưu thông động mạch. Quá thời gian này có những biến đổi không hồi phục của mô dù cho mô có được tưới máu dồi dào sau đó.

Thời gian này thay đổi phụ thuộc vào phần chi lìa chứa nhiều hay ít cơ và nhiệt độ bảo quản.

- Thời gian thiếu máu nóng: khi phần chi lìa được giữ ở nhiệt độ bình thường của môi trường. Trung bình thời gian này kéo dài 4-6h. Các ngón tay, chân có thể chịu đựng đến 8h.
- Thời gian thiếu máu lạnh: khi phần chi lìa được bảo quản ở nhiệt độ thấp. Lý tưởng là 5-10⁰C (nhiệt độ của nước đá đang tan chảy). Ở các ngón tay, chân thời gian này có thể kéo dài đến 36h.

II. Sơ cứu bệnh nhân và bảo quản phần chi lìa:

- Ở hiện trường xảy ra tai nạn tình trạng bệnh nhân là quan trọng nhất. Những tổn thương lớn đe dọa đến tính mạng bệnh nhân quan trọng hơn phần chi bị đứt lìa.
- Cầm máu.
- Bảo quản phần chi lìa đúng qui cách.
- Hồi sức tuần hoàn.
- Vận chuyển bệnh nhân đến các bệnh viện có khả năng khâu nối chi trong thời gian ngắn nhất.

1. Cầm máu:

- Kiểm soát các mỗm cụt đang chảy máu bằng băng ép với áp lực và nâng cao chi.
- Không nên cố gắng cầm máu bằng kẹp hoặc cột mạch máu vì có thể gây khó khăn trong việc khâu nối (làm tổn thương thêm mạch máu).
- Nếu máu tiếp tục chảy dùng garot hơi hoặc máy đo huyết áp tốt hơn là các garo bằng băng chun dẫn vì băng chun dẫn có thể bị che khuất do các băng khác chồng lên và bị quên đi.
- Sử dụng garo không đúng quy cách sẽ làm nặng nề thêm tình trạng chi, trường hợp sử dụng garo cần tuân thủ theo các điểm sau:
 - + Dùng băng với chiều ngang lớn.
 - + Chỉ nên xiết garo vừa đủ làm ngưng chảy máu động mạch, với áp lực lớn hơn sẽ làm tổn thương mô lành ở vị trí đặt garo.
 - + Ghi rõ thời điểm đặt garo (ngày, giờ, phút) vào giấy chuyển viện và giấy gắn liền chi.
 - + Phải có nhân viên y tế đi kèm với bệnh nhân.
 - + Trên đường di chuyển đến bệnh viện khâu nối garo được nới lỏng mỗi 30 phút cho máu chảy rồi xiết lại.
 - + Vận chuyển bệnh nhân càng nhanh càng tốt.

2. Bảo quản chi bị đứt lìa:

a. Chi đứt lìa hoàn toàn:

- Sau khi rửa nhẹ nhàng với nước muối sinh lý hoặc dung dịch Iactat Ringer để làm giảm vấy bẩn phần chi bị đứt là hoàn toàn có thể được bảo quản dưới 2 hình thức sau:

- + Phần chi rời được quấn trong gạc vô trùng hoặc băng sạch ẩm thấm dung dịch nước muối sinh lý hoặc lactac Runger và đặt trong một túi nhựa. Sau đó cột chặt miệng túi lại để nước không thể thấm qua.
- + Phần chi rời được ngâm vào túi chứa dung dịch nước muối sinh lý hoặc lactac Ringer rồi cột chặt miệng túi lại.

- Túi nhựa này được đặt trong thùng cách ly chứa nước đá.

- Lưu ý:

- + Không bao giờ để phần chi đứt lìa tiếp xúc trực tiếp với nước đá.
- + Không sử dụng bất cứ dung dịch không sinh lý nào khác (cồn, formaldehyde...) lên phần chi đứt lìa.

b. Chi đứt gần lìa:

- Đặt phần chi đứt gần lìa trở về vị trí giải phẫu của nó để làm giảm tổn thương lên mạch máu và tạo thuận lợi cho hồi lưu tĩnh mạch.
- Che phủ chi bằng gạc vô trùng thấm dung dịch sinh lý.
- Đặt các túi nước đá quanh phần chi gần lìa.
- Bất động chi bằng nẹp. Chú ý tránh cột chặt quá các dây nẹp.

3. Hồi sức tuần hoàn:

- Được tiến hành song song với quả quản chi.
- Hồi sức tuần hoàn đặc biệt quan trọng trong trường hợp chi đứt lìa lớn. Hồi sức tốt không chỉ cứu sống sinh mạng bệnh nhân mà còn tạo nhiều thuận lợi cho việc trồng lại chi sau đó.

4. Vận chuyển bệnh nhân đến các bệnh viện khâu nối:

- Khi tình trạng bệnh ổn định.
- Phương tiện vận chuyển lý tưởng nhất là hàng không.
- Nơi được chuyển đến và đội khâu nối chi cần được thông báo trước khi bệnh nhân đến nơi.

5. Các vấn đề khác:

- Giảm đau, kháng sinh, kháng độc tố uốn ván có thể được thực hiện nhưng không vì lý do đó mà làm chậm quá trình vận chuyển.

III. Chỉ định nối chi:

Quyết định cuối cùng về nối chi phụ thuộc vào bệnh nhân và phẫu thuật viên nên không có chỉ định tuyệt đối mà chỉ có những yếu tố cần được xem xét trước khi quyết định. Phẫu thuật viên cần nhớ không chỉ cứu chi mà phải xét đến cứu lấy sinh mạng bệnh nhân và vấn đề chức năng sau này của chi được khâu nối (nối chi chức năng hữu ích).

- Tuổi: Nên thực hiện khâu nối ở bất cứ vị trí nào của chi ở trẻ em vì kết quả chức năng lâu dài khá ngoạn mục.
- Mức độ trầm trọng của tổn thương.
- Vị trí bị cắt cụt: Nên cố gắng khâu nối ngón cái trong mọi trường hợp do tầm quan trọng chức năng đặc biệt và có nhiều phương pháp phục hồi chức năng ngón cái sau khâu nối thành công.

- Thời gian thiếu máu. Nếu được bảo quản tốt thời gian thiếu máu của phần chi rời có nhiều cơ có thể kéo dài đến 12h, các ngón đến 30h.

Chống chỉ định

- Bệnh nhân đa phương.
- Vết thương dập nát hay vảy bần nhiều.
- Chi bị cắt rời nhiều đoạn.
- Thời gian thiếu máu nóng kéo dài trên 6-8h.
- Có nhiều biến dạng, xơ sẹo... ở vị trí cắt cụt.
- Bệnh nhân tâm thần.
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa không nên kéo dài cuộc mổ (bệnh phổi tắc nghẽn, nhồi máu cơ tim, suy thận mạn...)
- Bệnh nhân có bệnh lý đi kèm ảnh hưởng đến chất lượng của thành mạch (viêm tắc, động tĩnh mạch, tiểu đường, bệnh tạo keo, xơ vữa động tĩnh mạch...)

IV. Điều trị thuốc:

1. Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim 2g, Ceftrizoxim 1g, Ceftriaxon 1g, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg.

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

2. Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

3. Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

4. Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

V. Tổ chức đội nối chi:

Nối chi là phẫu thuật mất nhiều thời gian nhưng thời gian thiếu máu của chi đứt lìa là có giới hạn. Do đó việc tổ chức đội nối chi với sự phản công hợp lý quan trọng không kém gì so với kỹ thuật nối. Tất cả mọi người tham gia, từ dụng cụ, gây mê cho đến phẫu thuật viên, phải thành thạo công việc mà mình phụ trách. Ngoài ra phải phân công người theo dõi và săn sóc sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jobe Mark T.(2003): Replantation.in Campbell's Operative Orthopaedics, 10th edition, vol 4, S.Terry, p3295-3310.
2. Shaw William W., Hidalgo David A. (1987): Replantation, in Microsurgery in trau-ma p 59-70.

3. Urbaniak James R. (2001): Replantation, in Chapman's orthopaedic surgery, 2nd edition, vol 4, Michael W.Chapman, p 1145-1163.
4. Võ Văn Châu (1992): Đứt lìa bàn tay ngón tay, Kỹ thuật vi phẫu trong phẫu thuật bàn tay, tr 261-302.

GÃY XƯƠNG VÙNG VAI

Đai vai gồm xương đòn, xương bả vai, đầu trên xương cánh tay và hệ thống cơ, trong đó xương đòn và xương bả vai làm thành khung xương của đai vai, có nhiệm vụ mang và nâng đỡ, bảo đảm cho vận động của chi trên.

Bài viết này trình bày về gãy xương đòn, gãy xương bả vai và trật khớp cùng đòn là những thương tổn thường gặp và ảnh hưởng đến vận động của khớp vai. Việc điều trị các tổn thương này nhằm mục đích quan trọng nhất là tránh làm mất chức năng của khớp vai.

GÃY XƯƠNG ĐÒN:

Đây là loại gãy xương gặp nhiều nhất ở vùng chi trên, có thể gặp ở mọi lứa tuổi với nguyên nhân thường gặp là do té ngã, tai nạn lưu thông. Đa số gãy xương do cơ chế gián tiếp như ngã đập vai, chống tay trong tư thế dang vai (80%), cơ chế trực tiếp thường gây ra hở (20%).

I. Phân loại:

Gãy xương đòn thường được phân loại theo vị trí gãy.

1. Gãy đầu trong: là loại gãy hiếm gặp, thường ít di lệch.
2. Gãy đầu ngoài: nếu có kèm theo đứt dây chằng quạ đòn sẽ thấy di lệch rõ giống như trật khớp cùng đòn. Nếu không đứt dây chằng này thường ít di lệch.
3. Gãy 1/3 giữa: Đây là thể điển hình, thường gặp nhất. Có thể gặp gãy ngang, gãy chéo hoặc có mảnh thứ ba. Xương gãy di lệch nhiều, dễ chẩn đoán. Di lệch thường gặp là chùng ngắn và sang bên do đầu gần bị các cơ kéo lên trên đầu xa bị các cơ và trọng lượng tay kéo xuống dưới. Khi gãy chéo, đầu trong nhọn có thể chọc thủng da gây gãy hở.

Ngoài ra người ta còn phân loại theo tuổi: gãy xương đòn ở người trưởng thành; ở trẻ em, thường gặp dạng gãy cành tươi; và ở trẻ sơ sinh do bị kéo vai quá mạnh khi sinh, xương liền sau vài ngày, một số trường hợp gặp liệt đám rối cánh tay.

II. Chẩn đoán:

Chẩn đoán thường dễ, dựa vào cơ chế chấn thương, lâm sàng và Xquang

Lâm sàng:

- Sưng đau, mất cơ năng khớp vai.
- Vai xệ, bệnh nhân lấy tay lành đỡ tay đau.
- Sờ thấy xương gãy biến dạng bậc thang, gồ lên dưới da.
- Ấn đau chói và có lạo xạo xương.
- Đo khoảng cách mỏm cùng – xương ức ngắn hơn bên lành.

Xquang: phim chụp thẳng, tư thế trước sau thường đủ giúp xác định vị trí gãy và đường gãy. Các trường hợp khó có thể chụp thêm tư thế chiếu chéo, khi đó xương đòn không chùng lên các xương sườn, dễ thấy rõ đường gãy hơn.

Các tổn thương phối hợp (biến chứng) có thể gặp gồm có:

- Tổn thương động mạch, tĩnh mạch dưới đòn.
- Tổn thương đám rối cánh tay.
- Tổn thương đỉnh phổi gây tràn khí, tràn máu màng phổi.
- Gãy xương sườn, nhất là xương sườn 1.
- Gãy hở.

III. Điều trị:

Xương gãy rất dễ liền nên đa số các trường hợp được điều trị bảo tồn. Phẫu thuật được chỉ định trong các trường hợp thật sự cần thiết như gãy hở, gãy kèm theo biến chứng chèn ép, tổn thương mạch máu, thần kinh, đe dọa chọc thủng da ... hoặc theo yêu cầu đặc biệt của bệnh nhân.

- Điều trị bảo tồn:

Nắn di lệch xương bằng cách kéo vai lên trên và ra sau, nhưng khó cố định xương gãy để không bị di lệch lại. Mục tiêu điều trị là lành xương và phục hồi chức năng, nghĩa là làm sao để bệnh nhân tập vận động sớm khớp vai mà không gây đau. Xương lành thường là can lệch, tuy xấu về mặt thẩm mỹ nhưng không ảnh hưởng nhiều đến chức năng khớp vai. Sau một thời gian khỏi can có thể thu gọn lại. Các phương pháp điều trị bảo tồn thường dùng:

- 1. Băng số 8:** Băng bột số 8 là phương pháp điều trị cổ điển nhưng hiện nay ít dùng vì không tiện lợi, gây khó chịu và không ôm sát được xương. Băng bằng băng thun bản rộng bắt chéo sau lưng hình số 8 giúp ôm sát được xương và bất động tốt xương gãy. Tuy nhiên nếu băng lỏng sẽ dễ sút và mất tác dụng, còn băng chặt có thể gây chèn ép. Sau khi băng bệnh nhân phải dang vai được 90° . Băng được giữ 3-4 tuần và bệnh nhân phải thường xuyên tập vận động.
 - 2. Nẹp vải hình số 8:** Được may bằng vải dày và chắc, có lớp độn để tránh chèn ép và có phần điều chỉnh cho vừa khít tùy người bệnh. Nẹp giúp bất động xương đòn hạn chế di động khi tập vận động, không làm bệnh nhân đau. Thời gian giữ nẹp và tập vận động giống như băng số 8.
 - 3. Dán băng keo thun:** Nhằm mục đích hạn chế sự di động của đầu xương gãy. Băng keo thun bản rộng được dán vắt qua vai và ổ gãy. Đôi khi có bệnh nhân bị dị ứng với băng keo, phải tháo bỏ và dùng phương pháp khác.
 - 4. Phương pháp Rieunau:** Bệnh nhân nằm ngửa kê gối dưới vai liên tục trong 2 tuần. Tư thế này giúp vai đưa ra sau, cơ ức đòn chũm chùng lại và di lệch xương được nắn tự nhiên. Xương gãy chỉ cần băng chéo bằng 2 đoạn băng dính cỡ lớn. Sau 2 tuần cho bệnh nhân ngồi dậy, treo tay và tập khớp vai.
- Điều trị phẫu thuật: Được chỉ định chủ yếu vì các biến chứng. Thời gian liền xương thường dài hơn khi được điều trị bảo tồn. Do phải cắt bỏ màng xương khi mổ nên thường có nhiều nguy cơ chậm liền hoặc gãy khớp giả. Ngoài ra

xương nằm sát dưới da nên dễ bị lộ khi vết mổ bị nhiễm trùng. Xương gãy có thể được cố định bằng kim Kirschner hoặc nẹp vít.

IV. Biến chứng:

Ngoài các biến chứng cấp tính như đã nói ở trên và biến chứng muộn thường gặp là can lệch khi điều trị bảo tồn, khớp giả có thể gặp khi phẫu thuật, gãy xương đòn có thể gây ra cứng khớp vai (còn gọi là hội chứng viêm quanh vai). Nguyên nhân là do ít tập vận động hoặc do tổn thương các gân cơ xoay.

GÃY XƯƠNG BẢ VAI

Xương bả vai nằm sâu trong cơ, được bao bọc bởi nhiều cơ vùng vai và lưng nên không bị thương tổn. Thường gặp gãy xương bả vai do chấn thương trực tiếp ngã đập vào. Xương gãy dễ liền nên hầu hết được điều trị bảo tồn.

I. Phân loại:

Gãy xương bả vai được phân loại theo vị trí gãy gồm có: gãy cổ xương vai là thường gặp nhất, gãy thân xương, gãy hõm khớp và các góc, mỏm vai.

II. Chẩn đoán:

Lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, chủ yếu là đau vùng vai và nách.

- Đau chói khi ấn vào xương bả vai khi gãy thân xương và các góc, mỏm vai. Đau chói ở nách khi gãy cổ xương vai hoặc hõm khớp.
- Dồn gõ cánh tay từ khuỷu lên sẽ làm đau tăng lên.
- Vận động khớp vai được nhưng đau.
- Khi gãy cổ xương vai có thể có bầm tím phía trong nách và vai xệ.

Xquang: Phim chụp vai thẳng, trước sau giúp chẩn đoán chính xác vị trí gãy.

III. Điều trị:

Bó bột hoặc băng thu, băng bằng đai Desault để nâng vai lên, hoặc Poulliquen.

Gãy cổ xương vai và các góc, mỏm vai giữ băng, nẹp 3 tuần.

Gãy thân xương vai và hõm khớp giữ băng, nẹp 2 tuần.

Tập vận động ngay sau khi bất động.

TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

Cơ chế chấn thương do ngã đập vai trực tiếp.

I. Phân loại: Theo 3 mức độ:

Độ 1: Giãn dây chằng.

Độ 2: Trật khớp hoàn toàn do chỉ đứt rách dây chằng cùng đòn, dây chằng qua không tổn thương.

Độ 3: Trật toàn bộ, đứt dây chằng cùng đòn, qua đòn.

II. Chẩn đoán:

Lâm sàng: Sưng đau vùng khớp cùng đòn, nếu có di lệch nhiều sẽ thấy đầu xương đòn nhô cao. Dấu hiệu phím đàn dương cầm dương tính.

Xquang: Phim chụp vai thẳng sẽ thấy đầu ngoài xương đòn nhô cao.

III. Điều trị:

- Nếu di lệch ít có thể bảo tồn bằng băng số 8, băng keo dính hoặc băng đai default giữ 3 tuần. Nếu di lệch nhiều có thể cần phẫu thuật bằng cách xuyên kim cố định hoặc tái tạo dây chằng.
- Thuốc:
 - + Kháng viêm Non_Steroid: Meloxicam, Diclofenac...
 - + Giảm đau: Paracetamol...
 - + Vitamin và khoáng chất: Calci D, Rocatrol...
 - + Dạ dày: Rabeloc, albis 484 mg...

GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY, CẰNG TAY

A. GÃY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy thân xương cánh tay là các gãy nằm trong phần giải phẫu bắt đầu từ trên chỗ bám của cơ ngực lớn đến những gờ trên hai cầu ở dưới.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Lâm sàng

Các dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương (đây là dấu hiệu chắc chắn tuy nhiên không nên cố tìm vì thường gây đau cho bệnh nhân và có thể làm tổn thương thêm mô mềm).

Gãy thân xương cánh tay thường đi kèm tổn thương thần kinh quay (chiếm khoảng 6% - 17% tùy tác giả), do đó luôn chú ý dấu liệt quay: bàn tay rũ, mất vận động duỗi khớp bàn ngón, mất vận động duỗi, dạng ngón cái, mất cảm giác ngón cái.

2. X-Quang:

Cần thực hiện trên 2 bình diện thẳng và nghiêng, qua 2 khớp. XQ giúp chẩn đoán xác định, phân loại, điều trị và tiên lượng.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Bảo tồn:

Hơn 90% các gãy thân xương cánh tay đơn thuần, điều trị bảo tồn đúng cách cho kết quả liền xương và cơ năng tốt, do đó thường là phương pháp lựa chọn tốt. Phương pháp điều trị bảo tồn với khung, nẹp chức năng do Sarmiento khởi xướng là một phương pháp điều trị tin cậy, khắc phục được các biến chứng của điều trị bó một kinh điển. nẹp tre, ứng dụng nguyên tắc điều trị nẹp chức năng của Sarmiento cũng đã được triển khai tại BV Chợ Rẫy.

2. Phẫu thuật:

Điều trị phẫu thuật giải quyết một số ít các gãy cánh tay với chỉ định cụ thể. Các chỉ định cho phẫu thuật thường là: các gãy hở, da chấn thương, có gãy cẳng tay cùng bên (floating elbow), có biến chứng mạch máu, thần kinh, gãy bệnh lý, khớp giả, gãy phạm khớp, nắn điều trị bảo tồn còn di lệch nhiều... một số trường hợp có khó khăn nắn điều trị bảo: béo phì, những bệnh nhân ngồi dậy hay đi đứng khó khăn (bệnh Parkinson), hợp tác kém với yêu cầu điều trị bảo tồn và ngay cả khi bệnh nhân mong muốn được phẫu thuật.

Phương pháp cố định xương: nẹp vít (nẹp kim loại. AO hay nẹp các-bon), định nội tuỷ, định chốt. Vấn đề lựa chọn phương pháp nào vận tuỷ thuộc phẫu thuật viên, cơ sở vật chất, dụng cụ sẵn có, tùy trường hợp bệnh nhân cụ thể...

B. GÃY KÍN THÂN 2 XƯƠNG CẰNG TAY (gãy đơn thuần 1 xương không nằm trong giới hạn bài này):

I. Định nghĩa:

Gãy kín thân 2 xương cẳng tay là các gãy kín vùng thân cả xương quay và xương trụ. Gãy thân xương quay; là các gãy nằm trong phần giải phẫu từ dưới lồi củ xương quay đến trên khuyết trụ. Gãy thân xương trụ: là các gãy nằm trong phần giải phẫu từ dưới khuyết quay đến trên đầu xa xương trụ.

II. Chẩn đoán:

Các dấu hiệu lâm sàng và Xquang thường đủ để chẩn đoán tốt các gãy thân xương cẳng tay không có biến chứng.

1. Lâm sàng:

- Các dấu hiệu chắc chắn: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương (đây là dấu hiệu chắc chắn tuy nhiên không nên cố tìm vì thường gây đau cho bệnh nhân và có thể làm tổn thương thêm mô mềm).
- Các dấu hiệu không chắc chắn: đau, sưng, mất cơ năng ... thường làm ta cảnh giác với các gãy một xương, di lệch ít.
- Khám lâm sàng phải luôn chú ý đánh giá tình trạng mạch máu và thần kinh. Kiểm tra cả chức năng vận động và cảm giác của thần kinh quay, giữa và trụ. Kiểm tra và ghi nhận tình trạng mạch quay và trụ. Nếu cẳng tay sưng nề nhiều phải chú ý loại trừ hay theo dõi phát hiện sớm tình trạng chèn ép khoang.

2. Xquang:

Thông thường chỉ dấu chứng lâm sàng đủ để chẩn đoán gãy xương cẳng tay. Tuy nhiên hình ảnh X-quang vẫn là rất cần thiết để chẩn đoán chính xác, đánh giá phân loại, lựa chọn điều trị và tiên lượng. Cần chụp X-quang cẳng tay trên hai bình diện thẳng và nghiêng, lấy cả khớp khuỷu và cổ tay.

III. Điều trị:

Khác với xương cánh tay, gãy thân 2 xương cẳng tay cần được phục hồi giải phẫu tốt, do đó phương pháp điều trị phẫu thuật được chỉ định rộng rãi.

Điều trị bảo tồn: bó bột.

Gãy không di lệch: gãy không di lệch cả 2 xương cẳng tay (hiếm gặp ở người lớn). Loại gãy này thường được điều trị bằng bột cánh bàn tay, cẳng tay trung tính, khuỷu 90°, khi bó bột chú ý vuốt bột cho khuôn ôm sát cẳng tay. Một số tác giả thường nhắc đến thủ thuật vuốt bột sao cho hơi lõm khoảng giữa hai xương cẳng tay để tránh di lệch dính hai xương, tuy nhiên cần chú ý tránh chèn ép bột khi thực hiện thủ thuật này. Di lệch thứ phát có thể xảy ra do lỏng bột khi sưng, phù nề giảm xuống, teo cơ ... do đó cần kiểm tra cẩn thận với XQ cả 2 tư thế thẳng và nghiêng kiểm tra mỗi tuần, thay bột kịp thời khi lỏng bột.

Gãy trên bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

Phẫu thuật.

xương quay và trụ không vững, các gãy có di lệch gãy trên bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật.

Thời điểm phẫu thuật: càng sớm càng tốt, nhiều tác giả đề nghị thời điểm 24h hoặc khi chưa sưng phù là tốt nhất.

Phương pháp:

- Đinh nội tuỷ: nhiều loại đinh nội tuỷ đã được ứng dụng cho xương quay và đinh Rush, kim Kirschner, đinh Steinmann, đinh Lottes, Kuntscher chữ V đinh Sage... nhược điểm: trong nhiều trường hợp độ cong sinh lý của xương quay không được phục hồi. Sự sử dụng các đinh có thiết diện tròn trong ống tuỷ tròn không kiểm soát được di lệch xoay.
- Kỹ thuật kết hợp xương nẹp vít: Kỹ thuật sử dụng loại nẹp kết hợp xương nên ép AO đã được sử dụng lần đầu tiên năm 1965. Nẹp của ASIF là một cải tiến từ nẹp Danis nhưng khoẻ hơn, do đó đạt được sự nén ép mạnh hơn. Ngày nay nẹp nén ép của AO cho các gãy hai xương cẳng tay được sử dụng rộng rãi với nhiều cải tiến phù hợp với hiểu biết về kiến trúc liên xương mới. Nẹp vít thường dùng là loại nẹp tự nén ép của AO, sử dụng vít 3,5mm.

IV. Biến chứng:

1. Nhiễm trùng:

Xảy ra sau kết hợp xương, khi có triệu chứng nhiễm trùng: sưng, nóng, đỏ, đau, sốt, nổi hạch vùng nách, cần xem xét kỹ vết thương. Cần chỉ để hở vết thương, cấy dịch vết thương hoặc mổ cắt lọc sớm, đúng cách là rất quan trọng.

2. Khớp giả - Cal lệch:

Thường khớp giả xương quay và trụ chỉ hay gặp sau nhiễm trùng hay kết hợp xương bên trong không tốt. Cal lệch cũng chỉ thường gặp trong điều trị bảo tồn không tốt do theo dõi kém, bất động không tốt, di lệch thứ phát... Hầu hết các biến chứng này có thể tránh được nếu điều trị tốt, đúng quy cách.

3. Tổn thương thần kinh:

Tổn thương thần kinh đi kèm gãy kín thân xương cẳng tay hiếm gặp, thường chỉ gặp khi có gãy hở, tổn thương mô mềm rộng... Tuy nhiên cần chú ý kiểm tra các thần kinh quay, giữa, trụ trong tất cả các trường hợp khám gãy xương cẳng tay, khi phát hiện có tổn thương thần kinh đi kèm có thể phải thám sát thần kinh ngay khi kết hợp xương hay cắt lọc vết thương để có hướng xử trí sớm.

4. Tổn thương mạch máu:

Tuần hoàn vùng cẳng tay và bàn tay khá phong phú do đó chức năng cẳng và bàn tay hầu như ít bị ảnh hưởng nếu chỉ động mạch quay hay trụ bị tổn thương. Nếu chỉ có một động mạch quay hay trụ bị tổn thương thì có thể cột thắt, nhất là khi đầu ngoại vi động mạch đứt phun máu tốt. Trường hợp cả hai động mạch đều đứt cần phải phục hồi sớm.

5. Chèn ép khoang:

Chèn ép khoang cẳng tay mà điển hình là chèn ép khoang mặt lòng cẳng tay, biến chứng muộn dẫn đến co rút gấp các cơ gấp bàn ngón tay còn gọi là hội chứng Volkmann đã được nhắc đến nhiều trong y văn. Cũng như trong các gãy xương hay chấn thương khác, biến chứng chèn ép khoang cần phải được lưu ý tìm kiếm và phát hiện sớm. Các dấu chứng sớm có thể là: đau ngày càng tăng dù được bất động tốt, sưng nề, căng cứng nhiều ở cẳng tay, cảm giác tê các đầu ngón tay, vận động thụ động tăng đau... cũng cần lưu ý rằng đôi khi chèn ép khoang đã xảy ra mà vẫn bắt được mạch quay hay trụ.

6. Dính quay trụ:

Dính quay trụ sau gãy hai xương cẳng tay thường chỉ xảy ra sau chấn thương có dập nát mô mềm nhiều, xương quay, trụ gãy cùng một vị trí, bệnh nhân hợp tác kém, cal lệch ... Nếu dính quay trụ không ảnh hưởng nhiều đến cơ năng cẳng tay, nhất là sắp ngửa, việc phát hiện và tập sớm có thể giúp không cần phẫu thuật.

7. Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftrizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglucosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Michael W. Chapman (2001), "Fractures And Dislocations Of The Elbow And Forearm", Chapman's Orthopaedic Surgery, Lippincott William & Wilkin.
2. Lewis D. Andersin, Frederick N. Meyer (1991), "Fractures of the shafts of the radius and ulna", Rockwood and green's fractures in adults, 1, 679-737
3. Christopher G. Finkemeier, Robert K. Shater (2001), "Fractures And Dislocations Of The Shoulder Girdle And Humerus", Chapman's Orthopaedic Surgery, Lippincott William & Wilkin.

4. Charles H. Epp, Richard E. Grant (1991), “Fractures of the shaft of humerus”, Rockwood and Green’s fractures in adult, 1, 843-869.

GÃY XƯƠNG VÙNG KHUYU

GIẢI PHẪU VÀ CƠ SINH HỌC:

Khớp khuỷu gồm 3 khớp:

- Cánh tay – xương trụ là khớp ròng rọc.
- Cánh tay – xương quay là khớp lồi cầu.
- Quay - trụ trên là khớp xoay tròn.

Biên độ gấp duỗi (khớp ròng rọc): $115^{\circ} - 30^{\circ}$. Sấp: 500, ngửa: 500 (khớp lồi cầu, khớp quay trụ).

Tương quan bình thường các mốc xương mỏm trên lồi cầu (MTLC)-mỏm khuỷu (MK)- mỏm trên ròng rọc (MTRR):

- Nếp duỗi khuỷu: 3 điểm nằm trên đường thẳng chéo xuống dưới từ trong ra ngoài.

- Nếp gấp khuỷu: 3 điểm làm thành 1 tam giác cân, đỉnh là mỏm khuỷu ở dưới.

Khớp khuỷu được giữ vững nhờ gân cơ tam đầu bám vào mỏm khuỷu ở phía sau, gân cơ cánh tay bám vào mỏm vẹt và lồi củ trụ ở phía trước, nhờ vào các dây chằng bên và dây chằng vòng nhẫn của chỏm quay bên ngoài.

Cơ chế chấn thương chủ yếu: té chống tay, khuỷu duỗi (thường gặp ở trẻ em) và té chống khuỷu, khuỷu gấp (gấp chủ yếu ở người lớn).

Điều trị chấn thương vùng khuỷu không đúng dễ để lại di chứng: hạn chế chức năng, vẹo khuỷu, cứng khớp khuỷu.

GÃY ĐÀU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy ngoài khớp:

- Gãy mỏm trên lồi cầu (A1)
- Gãy mỏm trên ròng rọc (A1)
- Gãy trên lồi cầu (A2, 3)

Gãy thấu khớp:

- Gãy lồi cầu ngoài (B1)
- Gãy lồi cầu trong (B2)
- Gãy liên lồi cầu (C1, 2, 3)

Khám lâm sàng: Luôn có biểu hiện đau vùng khuỷu, tùy loại gãy mà mức độ giảm hoặc mất cơ năng khác nhau, vận động khớp rất đau. Dấu nhất rìu phía sau khuỷu trong gãy trên hai lồi cầu. Bệnh nhân đến trễ với khuỷu sưng nhiều, có thể có bầm tím mặt trước khuỷu, gọi là bầm tím Kirmisson. Ấn có điểm đau chói hoặc lạo xạo xương nơi xương gãy. Có cử động bất thường dạng (gãy vùng lồi cầu trong) hoặc khép (+) (gãy vùng lồi cầu ngoài).

Trước khi điều trị cần phải có chẩn đoán chính xác: gãy kín hay hở, có biến chứng gì không. Biến chứng quan trọng cần biết và phát hiện sớm là chèn ép khoang chèn ép động mạch và thần kinh giữa.

Điều trị: 2 phương pháp điều trị chính.

- Bảo tồn: nắn xương kín, áp dụng cho các gãy ít hoặc không di lệch, bất động bằng bột cánh cẳng bàn tay.
 - Phẫu thuật: mổ nắn cho các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, gãy phức tạp, gãy có biến chứng mạch máu thần kinh. Kết hợp xương bằng Kirschner, vis xóp nhỏ hoặc nẹp vis AO nhỏ.
- Ngoài ra còn có phương pháp kéo liên tục (KLT) cho gãy sụn nẻ nhiều, gãy phức tạp không vững. Cố định ngoài trong gãy hở. Đối với trẻ con, khuynh hướng chung là điều trị bảo tồn hoặc KLT. Điều trị phẫu thuật (cho người lớn và trẻ con) thường chỉ áp dụng sau khi điều trị bảo tồn thất bại.

Biến chứng sớm:

- Tổn thương động mạch cánh tay: chèn ép, đứt thủng, do mảnh gãy đè. Cần xử trí khẩn cấp nắn sớm, theo dõi nếu không cải thiện nên mổ thám sát và khâu nối mạch nếu bị đứt.
- Chèn ép khoang (CEK): do sụn nẻ nhiều, máu tụ. Có thể có mất mạch quay và trụ. Nếu giai đoạn sớm: nắn xương, theo dõi, treo tay cao, phong bế gốc chi ...; nếu giai đoạn muộn nên mổ giải ép, không để CEK thành mãn tính (hội chứng Volkmann).
- Tổn thương thần kinh quay, giữa, trụ: thần kinh quay có thể gặp khi gãy ở cao và đầu xương gãy đâm chọc vào; thần kinh trụ tổn thương do xuyên kim kéo tạ; thần kinh giữa hay gặp hơn do đầu gãy đâm ào hoặc do bị kéo căng. cần nắn sớm giải ép và theo dõi, nếu không cải thiện sẽ mổ thám sát.
- Gãy hở do xương chọc thủng da.

Biến chứng muộn:

- Rối loạn dinh dưỡng.
- Cai lệch khuỷu vẹo trong.
- Hội chứng Volkmann: bàn tay cào do co rút các gân gấp.
- Viêm cơ cốt hoá làm cứng khớp khuỷu.

GÃY MỎM KHUYU

Thường gặp do té chống khuỷu, mảnh gãy bị cơ tam đầu co kéo gây di lệch xa. Có thể gãy ngoài khớp nhưng đa số là gãy thấu khớp.

Khám lâm sàng: gãy di lệch.

- Sờ thấy khe gãy ngang mỏm khuỷu.
- Thay đổi sự liên hệ của 3 mốc xương. Khi duỗi hoặc gấp mỏm khuỷu đều ở bên trên đường nối MTLC và MTRR.
- Không duỗi chủ động khuỷu được (không chống tay xuống bàn, không gơ tay lên đầu được).

Điều trị: Gãy không di lệch bó bột cánh – bàn tay khuỷu gập nhẹ 45° giữ 4 tuần. Gãy có di lệch: mổ kết hợp xương bằng phương pháp néo ép (xuyên 2 kim Kirschner + cột vòng chỉ thép hình số 8) hoặc bắt vis ép. Nếu vững chắc cho bệnh nhân tập vận động sớm.

GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG QUAY

Thường gặp 2 loại:

- Gãy cổ xương quay. Hay gặp ở trẻ em.
- Gãy chỏm xương quay. Hay gặp ở người lớn. Khám lâm sàng: sưng nhiều phía ngoài khuỷu, đau chói khi ấn, gấp duỗi và sấp ngửa hạn chế. Gãy không di lệch: bó bột cánh – bàn tay 3 tuần

Gãy có di lệch:

- Trẻ em: Nếu nắn không được phải mổ đặt lại và găm giữ bằng kim Kirschner, không được cắt bỏ.
- Người lớn: Nắn không được thì mổ cắt bỏ các mảnh gãy để tránh làm hạn chế vận động khớp. Thay chỏm nhân tạo khi gãy nát chỏm quay.

TRẬT KHỚP KHUYU

Kiểu trật khớp khuỷu (dựa vào vị trí của xương quay/trụ so với xương cánh tay): ra trước, ra sau (thường gặp nhất > 90%), ra ngoài và vào trong. Ngoài ra có loại trật tách rời hai xương quay và trụ, có thể trật đơn thuần một xương trụ, trật đơn thuần chỏm quay thì hiếm thường kèm gãy xương trụ (gãy Monteggia). Khám lâm sàng: khuỷu thường gấp 30°, xác định các tổn thương mạch máu (động mạch cánh tay), thần kinh (TK giữa, trụ quay) và gãy xương đi kèm (MTLC), MTRR, móm vệt, chỏm quay...)

Điều trị: Gây tê ở khớp hoặc gây mê toàn thân.

Kiểm tra vận động khớp sau nắn để loại trừ khả năng có chèn mô mềm hoặc mảnh xương gãy vào khe khớp (gãy trên lồi cầu trong hoặc gãy trên lồi cầu ngoài).

Xquang kiểm tra sau nắn để phát hiện các gãy xương đi kèm.

Đặt nẹp cố định khuỷu tư thế gấp 90°, tùy theo mức độ vững khớp khuỷu sau nắn mà thời điểm bắt đầu vận động khớp theo hướng dẫn của thầy thuốc.

THUỐC:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Cefprozim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

GÃY KHUNG CHẬU VÀ Ổ CỐI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Gãy khung chậu xảy ra sau khi một chấn thương nặng, thường có các tổn thương phối hợp và thường có kèm tình trạng choáng.

II. CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG:

Theo Pennal có 3 cơ chế trong gãy khung chậu:

- 1. Lực trước sau:** Lực tác động vào mặt trước cánh chậu gây biến dạng xoay ngoài hay mở quyền sách của cánh chậu và làm toác khớp mu.
- 2. Lực ép bên:** Lực ép từ phía bên cánh chậu; thí dụ trường hợp té cao, đập một bên cánh chậu xuống đất, làm xoay trong cánh chậu hay còn gọi là khép quyền sách.
- 3. Gãy té dọc:** Khi té cao, tỳ trên một chân, lực tác động từ dưới lên làm gãy dọc nơi khớp đùi chậu, cả dây chằng cùng chậu trước và sau đều bị rách và ½ khung chậu bị di lệch lên trên, trước đây gọi là gãy Malaine.

Thực tế trong chấn thương, thường do nhiều tác động phối hợp như lực ép trước sau, lực ép bên và lực xé dọc. Do đó các tổn thương vùng chậu cũng rất thay đổi. Ngoài ra tính chất của xương cứng hay loãng cũng góp phần tạo sự di lệch.

III. BẢNG PHÂN LOẠI GÃY KHUNG CHẬU CỦA TILE:

Loại A: Gãy vững.

- Loại A1: Gãy một phần xương chậu, không làm ảnh hưởng sự bền vững khung chậu.
- Loại A2: Gãy khung chậu di, lệch ít, khung chậu còn vững.

Loại B: Mất vững theo hướng ngang, còn vững theo hướng dọc.

- Loại B1: Gãy theo kiểu mở quyền sách.
- Loại B2: Gãy kiểu khép quyền sách.
- Loại B3: Gãy kiểu khép quyền sách cả hai bên.

Loại C: Mất vững cả hướng xoay ngang và hướng dọc.

- Loại C1: Mất vững xoay ngang và hướng dọc một bên.
- Loại C2: Mất vững cả hai bên.
- Loại C3: Kết hợp với gãy ổ cối.

IV. PHÂN LOẠI GÃY Ổ CỐI CỦA JUDET-LETOURNEL:

Judet - Letounel phân chia gãy ổ cối làm 2 loại: đơn giản và phức tạp.

1. Gãy đơn giản: Có 5 kiểu

- A. Gãy vách sau
- B. Gãy trụ sau.
- C. Gãy vách trước.
- D. Gãy trụ trước.
- E. Gãy ngang: Đường gãy từ trụ trước ra trụ sau - vòm ổ cối nơi chịu sức nặng còn nguyên vẹn.

2. Gãy phức tạp: Có 5 kiểu

- A. Gãy hình T.

- B. Gãy trụ sau kết hợp vách sau.
- C. Gãy ngang phối hợp vách sau.
- D. Gãy vách trước hay trụ trước phối hợp gãy ngang nữa sau.
- E. Gãy cả hai trụ.

V. LÂM SÀNG:

- Nhìn tìm biến dạng, sưng nề, tụ máu vùng chậu và tăng sinh mô.
- Các điểm đau chói ở gai chậu, mào chậu, khớp mu, ụ ngồi.
- Ép bừa hai cánh chậu để xem dấu hiệu đau chói và mất vững khớp cùng chậu.

VI. X-Quang:

- * Tư thế thẳng:
- * Hai tư thế "Inlet" và "Outlet" còn gọi là hai tư thế Pennal dành cho gãy khung chậu.
 - a. Tư thế "Intel": Tia chóp chéo 45^0 từ đầu xương khung chậu. Cho phép xem rõ các biến dạng của cung sau, các biến dạng xoay trong và xoay ngoài của $\frac{1}{2}$ khung chậu.
 - b. Tư thế "Outlet": Tư thế này tuyến với khung chậu, thực hiện tia chéo 45^0 từ chân lên khớp mu. Cho phép thấy các di lệch lên trên của $\frac{1}{2}$ khung chậu phần cung trước hoặc cung sau.
- * Hai tư thế Letournel dành cho gãy ổ cối:
 - Tư thế cánh chậu: Chụp cánh chậu xoay ngoài 45^0 .
 - Tư thế lỗ bít: Chụp ánh chậu xoay trong 45^0 .
- * CT scan hay CT đa lớp cắt:
Cần thiết trong trường hợp gãy khớp cùng chậu và ổ cối.

VII. XỬ TRÍ:

- Chống choáng và giảm đau
- Chọn phương pháp điều trị căn cứ vào chẩn đoán loại gãy xương.

1. Điều trị bảo tồn:

- Nằm nghỉ tại giường đối với các gãy xương ít di lệch
- Xuyên đinh kéo liên tục

2. Cố định ngoài khung chậu:

Tác dụng của CĐN là:

- Góp phần chống choáng: Nhờ tác dụng giảm đau và giảm chảy máu
- Vận động sớm: Bệnh nhân có thể xoay trở và ngồi sớm nhờ đó tránh được các loét do tư thế và phục hồi cơ năng sớm.
- Sửa được một số di lệch.

3. Kết hợp xương bên trong:

Các gãy trật khớp cùng chậu, các gãy phức tạp cách chậu, các gãy phạm ổ cối mà khả năng điều trị bảo tồn hay CĐN không đạt yêu cầu thì kết hợp xương bên trong là cần thiết để nắn chỉnh và cố định xương gãy.

VIII. CÁC BIẾN CHỨNG VÀ DỰ CHỨNG:

Một số thương tổn hay gặp trong gãy khung chậu là:

- Tổn thương các mạch máu lớn vùng chậu làm nguy cơ tử vong cao.

- Vỡ bàng quang
- Tổn thương niệu đạo, với các hiệu bí tiểu và máu ở miệng sáo.
- Tổn thương thần kinh như liệt thần kinh toạ, thần kinh hông khoeo.
- Thủng trực tràng.
- Vết thương rộng ở tầng sinh môn.

Một số các di chứng hay gặp:

- Mất vững khớp cùng: Do tổn thương dây chằng cùng chậu gây trật khớp cùng chậu: hậu quả là đi lúi rất đau ở phía sau.
- Mất cân xứng hai ụ ngồi gây khó và đau
- Chân cao thấp do biến dạng trên của cánh chậu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dana C.Mears, Pelvic and Acetabular Fractures, 1986, p.95-150
2. Michael W.Cjapman, Operative Orthopedics, 1998, p.341-353
3. Mc Graw-Hill, Practical Frature Treatment, 2001, p.380
4. Ronald Mc Rea, Operative Orthopedics, 1997, p.239-250
5. Rockwood and Green's, Fractures in adults, 1991, p.1339-1444

GÃY XƯƠNG ĐÙI

I. GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI:

1. Đại cương:

Gãy cổ xương đùi có thể xảy ra ở mọi tuổi nhưng thường thấy ở người lớn tuổi và có thể xem là một trong những gãy xương đặc trưng ở người già.

Gãy cổ xương đùi do đặc điểm về cấu trúc giải phẫu của mạch máu nuôi, hậu quả là khó lành và dễ dẫn đến biến chứng hoại tử chỏm xương đùi cho dù có điều trị đúng qui cách.

2. Lâm sàng:

Ở người lớn tuổi sau một chấn thương nhẹ như trượt ngã cũng có thể làm gãy cổ xương đùi.

Dấu hiệu lâm sàng:

- Đau vùng bẹn
- Bàn chân xoay ngoài
- Không thể nâng chân khỏi mặt giường
- Dồn nén từ dưới lên làm đau chói ở vùng bẹn
- Xoay trong bàn chân rất đau

3. X.quang:

Chụp khớp háng thẳng và nghiêng sẽ phát hiện đường gãy; tuy nhiên trường hợp gãy không lệch đường gãy đôi khi khó phát hiện lúc ban đầu, sau một tuần nếu chụp lại sẽ thấy rõ đường gãy hơn do hiện tượng tiêu xương ở mặt gãy.

4. Phân loại:

Có hai loại thông dụng là PL Garden và PL Pauwels

a. Phân loại theo garden:

- Garden type I: Gãy không hoàn toàn
- Garden type II: Gãy hoàn toàn nhưng không di lệch
- Garden type III: Gãy hoàn toàn có di lệch ít
- Garden type IV: Hai mặt gãy di lệch hoàn toàn

Thực tế các phẫu thuật viên chia hai loại là loại Garden không di lệch (loại I và II) và loại Garden có di lệch (loại III và IV)

b. Phân loại theo Pauwels:

Dựa trên góc tạo bởi đường gãy với đường ngang.

- Pauwels type I: Đường gãy gần như ngang, thường là gãy cầu
- Pauwels type II: Đường gãy hợp với đường ngang $> 35^\circ$
- Pauwels type III: Đường gãy gần như thẳng đứng, do đó có khuynh hướng dễ bị trượt

5. Xử trí:

Vì nguy cơ hoại tử chỏm nên nhiều tác giả chủ trương gãy cổ xương đùi cần phải được nắn và cố định sớm, thậm chí cần phải mổ cấp cứu để kết hợp xương bên trong

Đối với người có tuổi từ 70 nhiều tác giả khuyên nên thay chỏm ngay từ đầu
Phương pháp cố định:

Bệnh nhân được nắn và cố định bằng các phương tiện như: Đinh Knowles-Vis xỏp-Vic nén ép DHS (Dynamic Hip Screw); nếu mổ kín, không mổ ổ gãy thì cần phải có màn tăng sáng (C-arm).

Hậu phẫu:

Tập vận động sớm-tập đi hai nạng chưa tì chân đau. Sau 4-6 tháng mới được tì chân, khi bắt đầu có can xương

6. Di chứng:

Nguy cơ hoại tử chỏm vô trùng sau điều trị còn cao (30-40 %), cần giải thích trước cho bệnh nhân và theo dõi bệnh nhân định kỳ.

II. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI:

Gãy thân xương đùi được tính từ dưới máu chuyển đến trên lồi cầu đùi, được chia làm 3 phần: Gãy 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới

1. Lâm sàng:

Gãy xương đùi thường xảy ra sau chấn thương nặng nên cần theo dõi tình trạng choáng, sau đó cần khám các tổn thương phối hợp như: chấn thương sọ não, chấn thương ngực và bụng ...

Về lâm sàng của gãy thân xương đùi gồm có:

- Biến dạng, sưng nề vùng gãy
- Điểm đau chói
- Cử động bất thường]
- Mạch mu chân và chảy sụa
- Vận động và cảm giác cẳng bàn chân
- Đo chiều dài tuyệt đối của xương đùi

2. X.quang:

Hai tư thế thẳng và nghiêng

3. Xử trí cấp cứu:

- a. Cố định tạm thời chi gãy bằng các loại nẹp như nẹp Thomas, nẹp gỗ, nẹp hơi
- b. Đường truyền tĩnh mạch để phòng và chống choáng
- c. Lấy máu làm các xét nghiệm cơ bản, nhóm máu, hematocrite
- d. Giảm đau: tê tại chỗ, giảm đau toàn thân

4. Xử trí chỉnh hình:

- a. Có thể xuyên đinh kéo liên tục để chờ mổ hoặc điều trị bảo tồn, trường hợp bảo tồn thì kéo tạ 3 tuần sau đó bó bột chậu bàn chân từ 6-8 tuần
- b. Phẫu thuật kết hợp xương bên trong:
 - Đinh nội tuỷ Kuntscher
 - Đinh nội tuỷ có chốt
 - Nẹp ốc
- c. Cố định ngoài dùng cho các trường hợp gãy hở

5. Các biến chứng:

- Choáng
- Nhiễm trùng
- Chèn ép khoang
- Tắc mạch máu do mỡ
- Khớp giả

III. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI:

Bao gồm các loại gãy sau: Gãy trên lồi cầu-Gãy lồi cầu trong hay ngoài-Gãy Hoffa-Gãy liên lồi cầu

1. Lâm sàng:

- Sung và biến dạng vùng gối và vùng trên xương bành chè
- Mất cơ năng khớp gối
- Điểm đau chói vùng khớp gối và hai lồi cầu
- Dồn từ xa lên đau vùng gối
- Xem mạch mu chân và chày sau

Biến chứng hay gặp của gãy liên lồi cầu đùi là tổn thương động mạch khoeo nên hết sức chú ý theo dõi vận động và cảm giác cẳng bàn chân, bắt mạch mu chân và chày sau.

2. X.quang:

- Tư thế thẳng, nghiêng và chéch $\frac{3}{4}$ khớp gối
- Siêu âm mạch máu
- X quang mạch máu, DSA khi cần

3. Xử trí:

- Phòng và chống choáng
- Cố định chi gãy tạm thời bằng nẹp

Điều trị xương gãy:

- Một số ít trường hợp gãy ít di lệch có thể điều trị bảo tồn bằng bó bột, đùi bàn chân.

- Hầu hết các gãy LLC xương đùi cần điều trị phẫu thuật

Phương tiện cố định có thể dùng: Vis xóp-Nẹp DCS (Dynamic-Condylar-Screw)

- Nẹp Buttress-Lame plaque-Đinh chốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

2. Michael W.Chapman, Operative Orthopedics, 1998, p.273-313
3. Mc Graw-Hill, Practical Frature Treatment, 2001, p.393
4. Ronald Mc Rea, Operative Orthopedics, 1997, p.273-313
5. Rockwood and Green's, Fractures in adults, 1991, p.1481-1653

GÃY XƯƠNG VÙNG GỐI

GIẢI PHẪU - CƠ SINH HỌC

- Khớp gối cấu tạo gồm 3 xương: Đùi, chày và bánh chè.
- Đầu xa xương đùi phình ra tạo thành lồi cầu. Vùng trên lồi cầu nằm trong khoảng 9cm kể từ đầu xa, gãy cao hơn vùng này xếp vào thân. Trung tâm khớp háng, gối và cổ chân tạo trục cơ học 0 độ.
- Mâm chày: Phần trên xương chày phình ra khớp với lồi cầu, nghiêng 7-10 độ ra sau, có các máu xương cho gân và dây chằng bám.
- Bánh chè: Xương vùng lớn nhất trong cơ thể, nằm trong gân từ đầu, 1/3 dưới không tiếp khớp, 2/3 trên tiếp khớp lồi cầu tùy tư thế gấp đôi.
- Vận động chính. Vì cấu trúc xương không vững nên có các hệ thống cố định tăng cường.
- Hệ thống thụ động: Dây chằng bên trong, bên ngoài, sụn chêm, dây chằng chéo trước, chéo sau.
- Hệ thống chủ động: Hệ thống duỗi, cơ kheo, cơ hamstring.
- Chấn thương các cấu trúc này đơn thuần hay phối hợp, kèm gãy xương hay không.

TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG

- Đa dạng, từ dẫn dây chằng đến trật khớp gối, kèm tổn thương xương hay không.
- Khám cơ chế chấn thương cho hướng chẩn đoán. Khám lâm sàng đôi khi khó, nhất ở những bệnh trẻ, đùi lớn.
- Xquang thường quy: Thấy xương gãy, bong chỗ bám dây chằng.
- MRI: Chẩn đoán chính xác trên 95% tổn thương dây chằng.

1. Dây chằng bên trong:

- Chấn thương dạng gối, có thể kèm xoay; gối sưng đau, test valgus (+).
- Độ I, II: Tổn thương không hoàn toàn, điều trị bột hoặc nẹp.
- Độ III: Thường phối hợp tổn thương dây chằng chéo trước hay mâm chày ngoài. Nếu tổn thương đơn thuần: Điều trị bột 4-6 tuần.

2. Dây chằng bên ngoài: Từ lồi cầu ngoài đến chỏm xương mác, thường ít tổn thương đơn thuần mà phối hợp tổn thương cơ nhị đầu, bao khớp sau ngoài, dải chậu chày. Tổn thương nặng test varus (+).

- X quang có thể thấy gãy chỏm xương mác, nếu lớn thì kết hợp xương (KHX).
- Điều trị bột 4-6 tuần

3. Dây chằng chéo trước: Ngăn di lệch ra trước của mâm chày, tổn thương đơn thuần hay phối hợp dây chằng bên trong, sụn chêm trong, bao khớp sau trong hay dây chằng chéo sau. Có thể đứt qua dây chằng hay qua xương.

- Lâm sàng: có thể nghe được tiếng bốp hay tách khi chấn thương, sưng gối vài giờ sau chấn thương, Lachmann (+). Chấn thương đã cũ có thể có test ngăn kéo trước (+) hay pivotshift test (+).

- Điều trị còn nhiều bàn cãi. Mô khi kèm tổn thương dây chằng khác, sụn chêm hay xương. Tổn thương dây chằng chéo trước đơn thuần mô tái tạo ở những bệnh nhân trẻ, vận động hay không vững sau điều trị bảo tồn.

4. Dây chằng chéo sau: Giúp mâm chày không di lệch lùi sai

- Chẩn đoán lâm sàng dựa trên cơ chế chấn thương, test ngăn kéo sau (+)
- Điều trị nếu bong chỗ bám thì KHX, tập vận động, đặc biệt hệ thống duỗi. Mô tái tạo thường không thấy ích lợi nhiều ở những bệnh nhân không là vận động viên.

5. Sụn chêm: Lâm sàng thường gặp tổn thương sụn chêm trong hơn, sau chấn thương hay mài mòn. Gối đau, sưng, nghe tiếng bộp, kẹt khớp, McMurray (+), MRI cho chẩn đoán tốt.

- Điều trị: bất động, tránh chịu lực. Mô nội soi khi bị kẹt khớp, đau, tràn dịch tái hồi. Mô cắt bỏ phần đứt hay khâu lại.

6. Tổn thương sụn: Chấn thương lặp lại đè ép mặt sụn gây tổn thương sụn.

- Lâm sàng thường không đặt hiệu, thường giống tổn thương sụn chêm. X quang có thể thấy chuột khớp. Chẩn đoán còn nhờ MRI, nội soi chẩn đoán.
- Điều trị cắt lọc, lấy chuột khớp nội soi hay mổ

7. Trật khớp gối: Thường do tổn thương mạnh. Phân loại theo hướng di lệch mâm chày trước sau trong ngoài. Thường tổn thương mô mềm nhiều, luôn đánh giá chức năng mạch máu thần kinh khi khám.

Điều trị:

- Nằm ngay ở phòng cấp cứu tránh chèn ép mạch. Luôn chụp khảo sát mạch máu đánh giá dù mạch mu chân (+). Thiếu máu trên 4g thì dù cứu được chi thì chức năng cũng kém. Fasciotomy sau phục hồi lưu thông mạch máu tránh chèn ép khoang do phù.
- Bất động trong bột, hay cố định ngoài 6-8 tuần khi dễ trật, sau đó chuyển bất động trong bột, tập cơ tứ đầu, hamstrings. Xuyên đinh Steimann từ bánh chè xuống mâm chày (olecranonization of the patella) cũng bất động tốt gối trật, đồng thời giúp tập sớm gối.
- Tái tạo dây chằng muện khi đã cứu được chi, ở những bệnh nhân trẻ

GỠY MÂM CHÀY

1. Gãy mâm chày: Chiếm 1% các gãy xương

- Thường do lực chấn thương dọc trục như té cao, có thể kèm lực khớp hay dạng
- Luôn kiểm tra chức năng mạch máu thần kinh ở gãy này
- Có nhiều phân loại, thường dùng phân loại Schatzker, chia 6 loại
- Điều trị: mục tiêu phục hồi giải phẫu, tập sớm, ngăn cứng khớp, thoái hoá khớp. Phương pháp điều trị phụ thuộc tuổi, tình trạng sức khoẻ bệnh nhân, di lệch, tổn thương mô mềm, da
- Không hay íy di lệch: bột. Di lệch 7-8mm chấp nhận được ở người già, ít hoạt động. tập vận động gối hoàn toàn sau 6 tuần, chịu lực sau 3 tháng.

- Có thể nắn kín, bất động vis, cố định ngoài qua da
 - Phục hồi mặt khớp qua nội soi, kèm ghép xương.
 - Mổ nắn KHX, có thể kèm ghép xương bất động nẹp hay cố định ngoài.
Chịu lực thường bắt đầu sau 6-8 tuần, thường sau 12 tuần.
- 2. Gãy lồi củ chày:** xảy ra do co có từ đầu mạnh nhưng không duỗi được gối.
Điều trị bột duỗi 6-8 tuần, KHX khi di lệch hơn 5mm
- 3. Gãy gai chày:** đơn thuần hay kèm gãy mâm chày, phân loại theo Myers chia làm 3 độ
- Điều trị: độ I, II: bột duỗi 4-6 tuần. Độ III hay kèm gãy mâm chày: KHX

GẤY ĐẦU XA XƯƠNG ĐÙI

- Phân biệt gãy ngoài khớp (trên lồi cầu) hay trong khớp (1 lồi cầu hay liên lồi cầu). Đoạn xa thường xoay do cơ sinh đôi kéo, có thể đâm vào bó mạch khoeo nên cần đánh giá kỹ chức năng mạch máu thần kinh để xử trí kịp thời. Đầu gần thường đâm vào cơ tứ đầu, có thể đâm vào túi hoạt dịch trên bánh chè gây chảy máu khớp hay thủng da.
- 1. Gãy ngoài khớp-trên lồi cầu:** đường gãy đôi khi kéo dài lên thận xương.
- Điều trị hầu hết mổ nắn KHX. Thường dùng nẹp Vis. Đinh nội tuỷ ngược đồng, kín hay mở, có thể dùng cho các gãy tương đối cao.
 - Chống chỉ định mổ có thể kéop tạ hay bó bột, thường thời gian hồi phục kéo dài.
- 2. Gãy liên lồi cầu:** Gãy hình T hẫ Y
- Thường mổ nắn KHX, thậm chí mổ nắn tốt cũng thường gập cứng khớp, đau, viêm khớp sau chấn thương. Thường dùng nẹp buttress hay nẹp 95 độ
- 3. Gãy 1 lồi cầu:** thường ít gặp hơn
- Thường do lực dẹt hay khép gối, tổn thương dây chằng thường đi kèm nên cần kiểm tra. Cũng thường gặp gãy phần sau lồi cầu trên bình điện bên (hoffa).
 - Điều trị thường mổ nắn KHX, phục hồi tổn thương dây chằng kèm theo. Vận động sớm khi KHX vững. Chịu lực sau 3 tháng khi lành xương trên X quang

TỔN THƯƠNG BÁNH CHÈ

- 1. Gãy ngang xương bánh chè:** thường do chấn thương gián tiếp gối bán gập co đột ngột cơ tứ đầu, hay gập đột ngột căng chân khi cơ đang co. Thường gãy ở giữa, đầu gần di lệch lên trên, mức độ di lệch phụ thuộc độ rách cánh bên bánh chè.
- Lâm sàng sưng gối, sờ được khe gãy khi di lệch. Không duỗi chủ động gối được. Đôi khi cũng duỗi được khi cánh bên còn, không rách.
 - Điều trị: gãy không di lệch bột 6-8 tuần. Mổ khi di lệch quá 2-3mm. Mảnh nhỏ hơn 1mm có thể bỏ. HKX bằng kim K và chỉ thép (tension band). Khâu phục hồi cánh bên.

2. Gãy nát bánh chè: thường do chấn thương trực tiếp, ít di lệch do cánh bên thường không rách. Lực chấn thương mạnh có thể làm hư mặt khớp cả bánh chè và lồi cầu.

- Điều trị: gãy không di lệch, ít nát bột 6-8 tuần. Mỗi khi gãy nát di lệch nhiều, đôi khi phải lấy bỏ bánh chè khi quá dập nát.

3. Rách gân tứ đầu: thường người già, trên 40t, do vận động nhanh cơ tứ đầu (té ngã trên nền trơn). Khám thấy đau trên gối, tụ máu khớp, không duỗi hoàn toàn gối được. X quang có thể thấy chồi xương cục trên bánh chè. Mỗi chỉ định cho rách hoàn toàn, bất động bột 6 tuần.

4. Đứt gân bánh chè:

- Cơ chế như đứt gân bánh chè, gãy ngang bánh chè hay gãy lồi củ chày

- Lâm sàng thấy xương bánh chè di lệch lên trên, có thể có mảnh cục dưới xương bánh chè. Điều trị thường mổ, bột 6-8 tuần.

5. Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteroid: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

GÃY XƯƠNG VÙNG CỔ CHÂN

GÃY HAI MẮT CÁ

I. ĐỊNH NGHĨA:

Gãy hai mắt cá là gãy xương mác kèm theo gãy mắt cá trong (hoặc tổn thương dây chằng bên trong) kèm theo tổn thương dây chằng chày mác dưới hoặc không. Ngoài ra có thể kèm theo gãy mắt cá thứ 3 (gãy bờ sau của đầu dưới xương chày).

II. GIẢI PHẪU:

Khớp cổ chân bao gồm hệ thống khớp và dây chằng.

1. Khớp: Gồm khớp xương chày - xương mác, xương chày - xương sên và xương mác - xương sên.

2. Dây chằng: Bao gồm 3 hệ thống dây chằng

a. Dây chằng bên trong: Gồm 2 bó nông và sâu.

- Bó nông: Gồm dây chằng chày sên sau, dây chằng chày gót, dây chằng chày ghe.

- Bó sâu: Dây chằng chày sên.

b. Dây chằng bên ngoài: Gồm dây chằng mác sên sa, dây chằng mác gót, dây chằng mác sên trước.

c. Dây chằng chày mác dưới (syndesmotomic ligament): gồm dây chằng chày mác sau, dây chằng chày mác trước, dây chằng chày mác ngang và dây chằng gian cốt.

III. PHÂN LOẠI:

1. Lauge - Hansen: Dựa vào cơ thể chấn thương chia làm 4 nhóm.

- Kiểu lật ngửa và khép bàn chân: Gãy ngang mắt cá ngoài dưới dây chằng chày mác sau đó gãy dọc mắt cá trong.

- Kiểu lật ngửa và xoay ngoài bàn chân: Gân gãy xoắn xương mác từ trước dưới tới phía sau trên, kể đó làm gãy cắt cá trong hoặc dây chằng bên trong.

- Kiểu lật sấp và dẹt bàn chân: Đầu tiên gãy mắt cá trong hoặc dây chằng bên trong sau đó làm đứt dây chằng chày mác dưới và màng gian cốt, tiếp theo làm gãy chéo hoặc gãy có mảnh cánh bướm của xương mác ở phía trên dây chằng chày mác dưới.

- Kiểu lật sấp và xoay ngoài bàn chân: Đầu tiên gây tổn thương bên trong sau đó làm đứt dây chằng chày mác và gây gãy xoắn xương mác đường gãy đi từ trước trên tới sau dưới ở ngang hoặc trên dây chằng chày mác dưới.

2. Danis - Weber: Dựa theo vị trí gãy của xương mác so với dây chằng chày mác dưới.

a. Loại A: Gãy, mắt cá ngoài ở dưới dây chằng và gãy mắt cá trong. Loại A không có tổn thương dây chằng chày mác dưới.

b. Loại B: Gãy xương mác ngang dây chằng chày mác dưới và mắt cá trong. Loại B có tổn thương một phần dây chằng chày mác dưới.

- c. Loại C: Gãy xương mác trên dây chằng chày mác dưới và mắt cá trong.
Loại C tổn thương toàn bộ dây chằng chày mác dưới.

IV. NGUYÊN NHÂN:

Thông thường gãy 2 mắt cá do cơ thể gián tiếp như trượt chân ngã, bị dòn ép, uồn bễ, kéo căng hoặc phối hợp các cơ chế trên.

Nguyên nhân trực tiếp thấy trong các trường hợp bị cán đập cổ chân, đập cổ chân vào vật cứng hoặc ngược lại.

V. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào cơ chế chấn thương, khám lâm sàng và hình ảnh.

1. Lâm sàng: Bệnh nhân gãy 2 mắt cá có các dấu hiệu: sưng đau vùng cổ chân, mất vận động khớp cổ chân, khớp cổ chân rộng, vẹo khớp cổ chân, xương gót nhô ra sau trong trường hợp trật khớp cổ chân ra sau, lỏng lẻo khớp cổ chân. Dấu bám tim xuất hiện nơi gãy xương, đứt dây chằng.

Cần khám kỹ lưỡng để đánh giá các xương và dây chằng tổn thương, tình trạng tổn thương mô mềm, tổn thương mạch máu thần kinh.

2. Cận lâm sàng:

- XQ: Tối thiểu phải có 2 bình diện thẳng và nghiêng nhằm đánh giá vị trí xương gãy, đường gãy, sự di lệch của xương, khớp, các gãy xương kèm theo như gãy đầu dưới xương chày, gãy xương sên...

Trong trường hợp gãy phức tạp đầu dưới xương chày cần chụp thêm XQ chếch hoặc chụp cắt lớp điện toán để đánh giá chính xác thương tổn.

- Cộng hưởng từ (MR): Có thể thấy được tổn thương của dây chằng, mô mềm, tổn thương sụn khớp và các gãy xương dưới sụn.
- Trong trường hợp nghi ngờ tổn thương mạch máu có thể làm Siêu âm mạch máu để xác định chẩn đoán.

VI. ĐIỀU TRỊ: Mục tiêu điều trị nhằm phục hồi vị trí giải phẫu của khớp cổ chân, bất động vững và tập vận động sớm.

1. Bảo tồn: Chỉ định trong các trường hợp gãy xương trẻ em, gãy không di lệch hoặc gãy vững, các trường hợp gãy di lệch đã được nắn và bất động tốt, những trường hợp không thể phẫu thuật do các yếu tố tại chỗ hoặc toàn thân.

- Nắn xương gãy ngược lại cơ chế tổn thương, cần chụp XQ sau nắn để đánh giá kết quả sau nắn.
- Bất động: Bó bột đùi bàn chân 4-6 tuần sau đó bó bột cẳng bàn chân đối với trường hợp gãy không vững đối với di lệch xoay. Bó bột cẳng bàn chân hoặc nẹp chức năng khi gãy vững.
- Kê chân cao và tập gồng cơ thể ngay sau bó bột, tập đi chống chân khi xương gãy có dấu hiệu liền xương.

2. Phẫu thuật: Chỉ định trong các trường hợp gãy không vững (weber C), các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại.

- Có thể mổ sớm trong vòng 12h hoặc trì hoãn từ 2-3 tuần nếu điều kiện phẫu thuật chưa che phép, khi đó cần phải nắn lại khớp cổ chân và bất động bằng nẹp bột để tránh làm tổn thương thêm mô mềm.
- Cố định mắt cá trong bằng 2 vis xóp hoặc 1 vis xóp và 1 kim Kirschner nếu mảnh gãy nhỏ hoặc 2 kim và 1 vòng chỉ thép nếu gãy nhiều mảnh.
- Cố định xương mác bằng nẹp vis 1/3 ống hoặc bằng vis xóp hay kim và chỉ thép khi gãy mắt cá ngoài dưới mặt khớp xương chày.
- Dùng vis để cố định khớp chày mác dưới trong trường hợp (1) tổn thương xương mác trên trần chày 3cm kèm theo tổn thương dây thừng bên trong mà không được khâu phục hồi (2) trường hợp đứt dây chằng chày mác dưới kèm gãy đầu trên xương mác mà gãy đầu trên xương mác không cố định.
- Nắn và cố định mắt cá thứ 3 nếu mảnh gãy lớn hơn 30% diện tích mặt khớp của xương chày bị di lệch.

3. Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftrizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglucosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRONG CHẤN THƯƠNG

I. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM KHÔNG TỖN THƯƠNG XƯƠNG

1. Giai đoạn cấp (1 tuần đầu):

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
<ul style="list-style-type: none">- Giảm đau, giảm phù nề, giảm co cứng.- Duy trì cử động phần mềm và các cử động của khớp.- Duy trì tầm vận động khớp và toàn bộ chức năng có liên quan.	<ul style="list-style-type: none">- Giảm đau bằng thuốc giảm đau.- Bất động vùng bị chấn thương. Chườm lạnh trong 48 giờ đầu, Tránh tư thế đè ép. Cử động các khớp tự do nhẹ nhàng không làm đau.- Vận động thụ động trong giới hạn đau. Cử động các khớp chủ động hoặc chủ động có trợ giúp nhằm gia tăng tầm vận động khớp và tránh cứng khớp.- Tập vận động tăng tiến có đề kháng. Các cử động khớp tăng lên theo thời gian và cường độ.- Di động sẹo tránh dính.

2. Giai đoạn mãn (sau 1 tuần cho đến khi hết đau):

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
<ul style="list-style-type: none">- Giảm đau nếu có sẹo co rút và kết dính- Tăng sức mạnh cơ và tăng tầm vận động khớp.	<ul style="list-style-type: none">- Kéo dẫn vùng co rút. Điều trị nhiệt, hồng ngoại, đắp sáp...- Di động sẹo. Kéo dẫn từng vùng bị co rút theo kỹ thuật riêng của từng vùng.- Dùng sóng siêu âm bóc tách dính kết hợp xoa và di động da để bóc tách vùng dính.- Có thể sử dụng dụng cụ trợ cấp khi vết thương còn đau.- Tiếp tục tập mạnh cơ tăng tiến cho đến khi chức năng trở lại bình thường.

II. CHÂN THƯƠNG CÓ GÂY XƯƠNG

1. Giai đoạn bất động:

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
1. Ngăn ngừa các biến chứng do nằm lâu như viêm phổi, loét, huyết khối, teo cơ, cứng khớp. duy trì tầm vận động các khớp tự do.	1. Tư thế: kê chi lên cao tránh phù nề. Vận động: <ul style="list-style-type: none">- Vùng cố định: tập cơ cơ tĩnh- Các khớp tự do: vận động chủ động các khớp với các biên độ tối đa của khớp.- Tập thở: Hướng dẫn tập hít thở sâu.
2. Giảm đau.	2. Nhiệt trị liệu. <ul style="list-style-type: none">- Điện trị liệu.- Thuốc giảm đau.

2. Giai đoạn sau bất động:

Mục tiêu	Kế hoạch chăm sóc
1. Giảm đau	1. Nhiệt nóng, lạnh và điện trị liệu
2. Giảm sưng nề	2. Kê chi lên cao
3. Gia tăng tuần hoàn, phá tan kết dính	3. Xoa bóp sâu các vùng vừa giải phóng vùng kết dính và vùng khớp cân gia tăng tầm vận động sau cố định.
4. Gia tăng tầm hoạt động khớp, gia tăng sức mạnh cơ.	4. Vận động: <ul style="list-style-type: none">- Kỹ thuật giữ nghỉ: Tăng tầm hoạt động khớp.- Tăng sức mạnh cơ.- Hoạt động trị liệu.- Luyện tập dáng đi, tập đi nặng (chỗ xương chi dưới bị gãy)
5. Phục hồi chức năng tối đa cho người bệnh.	5. Hoạt động trị liệu: giúp cho bệnh nhân trở lại đời sống thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình bổ sung kiến thức vật lý trị liệu. NXB Y học 1998
2. Tài liệu tập huấn PHCN Lâm sàng tập III: PHCN tổn thương mô mềm - tổ chức liên kết. NXB Y Học 1998.

BÔNG HÔ HẤP

Là bệnh lý có tử vong cao.

Tác nhân bông làm tổn thương cơ quan hô hấp do nạn nhân hít phải.

I. **CHẨN ĐOÁN:** bông đường hô hấp cần được lưu ý ở các bệnh nhân:

- Bông vùng mặt, lông mũi cháy, môi sưng nề như phễu.
- Bông trong phòng kín, hầm mỏ hoặc hít hơi nước nóng.

A. **Khám lâm sàng:**

- Khang tiếng.
- Khó nuốt, khó nói.
- Ho khan, ho khạc đàm có bụi than hay tia máu.
- Khó thở, thở nhanh.
- Thiếu niệu.
- Sốt cao.
- Niêm mạc thực quản hầu họng sung huyết.
- Nghe phổi thô hay có ran rít, ngáy, ẩm.

B. **Cận lâm sàng:**

- X Quang phổi có giá trị hạn chế trong 24 giờ đầu sau bông, thường từ ngày thứ 3 có thể phát hiện những hình ảnh: mờ rốn phổi, 2 đáy phổi, xẹp phổi thùy hay abces phổi ...
- Nội soi phế quản bằng ống soi mềm là phương pháp chẩn đoán bông đường hô hấp chính xác, đánh giá được tổn thương do hít và góp phần trong điều trị một cách tích cực. Qua nội soi có thể phát hiện: có bụi than, phù thanh môn, phù dây thanh, viêm niêm mạc đỏ rực, hẹp lòng phế quản, tiết dịch dễ chảy máu ...
- + Khi máu động mạch: $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ (BT = 92 - 100mmHg)
 $HbCO > 15\%$ (BT = 15%), $PaCO_2 > 50\text{mmHg}$.
- + Dung tích sống $< 1300\text{ml}$ (BT = 3,5 - 5 lít).
- + Tính tỷ số: PaO_2/FiO_2
 - * Nếu $< 400 \rightarrow$ Rối loạn bệnh lý.
 - * Nếu $< 200 \rightarrow$ Suy hô hấp nặng \rightarrow thở PEEP.
 - * pH máu \rightarrow toan hoá.

II. **ĐIỀU TRỊ:**

- Cho nằm phòng không khí ẩm, ẩm.
- Điều trị cấp cứu bông như thường qui.
- Khí dùng trị liệu: bằng dung dịch dẫn phế quản (Bronchospasmolytics) và dung dịch Secretolytic.

- Nếu nặng hơn thì cho thở máy 100% oxy (thể tích khí lưu thông 12 -15ml/kg) qua masque hay ống nội khí quản (NKQ). (Đặt NKQ khi PaCO₂ < 50mmHg và PaCO₂ > 80mmHg). Cần hút đàm nhớt thường xuyên.
- Ngày thứ 3: Soi phế quản hút đàm nhớt, chất hoại tử trong lòng tiểu phế quản cây vi trùng và làm kháng sinh đồ, là biện pháp điều trị tích cực. Soi lại cách ngày hay khi có chỉ định cần thiết.
- Thuốc:
 - + Kháng sinh: nhóm Céphalosporine (tĩnh mạch) + Aminoglycoside, có thể kết hợp với nhóm Quinolone.
 - + Dẫn phế quản: Aminophyline hay Diaphyline.
- Thử khí máu động mạch coi sự giảm HbCO và tăng sự PO₂ để đánh giá kết quả.
- Theo dõi biến chứng phù phổi cấp, để điều trị kịp thời. Cần kiểm tra C.V.P thường xuyên.
- X Quang phổi cách 1- 2 ngày để so sánh đánh giá.
- Khuyến khích tập thở.
- Đo chức năng hô hấp mỗi tuần để kiểm tra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Lê Thế Trung, những kiến thức chuyên ngành, Bông, nhà xuất bản Y học, chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, 2003: 178 – 189.
- 2/ Trương Công Trung, Phông, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, 1985, tập 1: 175.
- 3/ CURRERI P.W., LUTERMAN A., Burns, Principles of surgery, mac Graw Hill book Company, New York, 1989: 285.
- 4/ Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mc Phee, maxine A. Papadakis (2004), Current Diagnosis and Treatment, pp 1534 - 1537.

BỎNG ĐIỆN

Bỏng điện được chia làm 2 loại: bỏng tia lửa điện, bỏng do luồng điện.

- Bỏng do luồng điện: do dòng điện truyền qua cơ thể tạo ra nhiệt năng gây tổn thương tại chỗ và toàn thân.
- Bỏng tia lửa điện có đặc điểm như bỏng nhiệt khô.

I. CHẨN ĐOÁN BỎNG DO LUỒNG ĐIỆN:

- Kouwerhoven nêu ra 6 yếu tố quyết định tổn thương cơ thể người của luồng điện:
 - 1/ Kiểu dòng điện (một chiều hay xoay chiều).
 - 2/ Hiệu điện thế.
 - 3/ Điện trở của tổ chức cơ thể.
 - 4/ Điện lực dòng điện khi truyền qua cơ thể.
 - 5/ Đường dẫn truyền qua cơ thể.
 - 6/ Thời gian dẫn truyền.
- Luồng điện truyền qua cơ thể sẽ theo con đường nào ít điện trở nhất, đường dẫn truyền dòng điện nguy hiểm nhất: Tay phải - chân trái vì dòng điện qua cơ tim gây rung thất, tổn thương cơ tim, ngưng tim.

1. Biểu hiện lâm sàng:

a. Biểu hiện tại chỗ:

- Điểm vào - điểm ra của dòng điện: đường kính từ vài mm tới 3 - 4 cm, amù trắng bệt hoặc cháy đen.
- Vùng bỏng: diện bỏng có thể hợp thành từng đám da nốt phồng, phù nề viêm đỏ hoặc hoại tử khô.
- Đặc điểm tổn thương bỏng tại chỗ:
 - + Hoại tử thứ phát tới cả sâu như: gân, cơ, xương, mạch máu ... có thể gặp tổn thương tạng dưới vùng da bị bỏng.
 - + Dễ chảy máu thứ phát tại vùng bỏng sâu.
 - + Thường gặp các biến chứng nhiễm khuẩn nặng vùng bỏng như hoại thu sinh hơi.
 - + Cần chú ý có tổn thương phối hợp.

b. Biểu hiện toàn thân:

- Thời kỳ sốc hay gặp hội chứng suy thận cấp.
- Thời kỳ thứ 2: nếu diện bỏng sâu lớn có thể gặp biến chứng nhiễm độc - nhiễm khuẩn nặng.
- Thời kỳ khỏi bệnh: hay gặp di chứng dính khớp, co kéo chi, đục nhân mắt...

II. ĐIỀU TRI:

1/ Cấp cứu tại nơi xảy ra tai nạn:

- Nhanh chóng ngắt dòng điện, dùng vật không dẫn điện tách người bệnh ra khỏi nguồn điện.

- Nếu có ngừng tim ngừng hô hấp: xoa bóp tim ngoài lồng ngực ngay, hô hấp nhân tạo khi nào tim đập lại, tự thở được chuyển ngay bệnh nhân tới bệnh viện.
- Tiêm thuốc trợ tim, trợ hô hấp.

2. Tại cơ sở điều trị:

- Bỏng điện có nguy cơ suy thận cấp cao hơn so với bỏng nhiệt bởi vì Hemoglobin và Myoglobin lắng đọng trong ống thận, do đó phải duy trì cung lượng nước tiểu ở mức độ cao 75 - 100ml/ giờ. Lợi tiểu, mannitol, sodium bicarbonate có thể được dùng khi có sự hiện diện hemoglobin và myoglobin trong nước tiểu.
- Escharotomy hay Fasciotomy, ngay cả đoạn chi (amputation) là những phẫu thuật thường có trong bỏng điện.
- Cắt lọc sớm, ghép da là rất cần thiết để ngăn ngừa biến chứng nhiễm trùng nhiễm độc bỏng, nhiễm khuẩn huyết sau bỏng.

3. Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteroid: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Lê Thế Trung, những kiến thức chuyên ngành, Bỏng, nhà xuất bản Y học, chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, 2003: 566 - 577.
- 2/ Trương Công Trung, Phòng, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, nhà xuất bản Y học Tp. Hồ Chí Minh, 1985, tập 1.
- 3/ CURRERI P.W, LUTERMAN A., Burns, Principles of surgery, Mac Graw Hill Book Company, New York, 1989: 285.
- 4/ ZELLWEGER G., Die behandlung der verbrennungen, Deutscher Xizte-Verlag, Kohl, 1985: 25 – 40.

BỎNG HOÁ CHẤT

Các hoá chất gây tổn thương bỏng gồm:

- Dung dịch axit mạnh.
- Dung dịch các chất kiềm mạnh.
- Muối một số kim loại nặng.

I. BỎNG AXÍT MẠNH VÀ CÁC HOÁ CHẤT CÓ TÁC DỤNG TƯƠNG TU:

- Các axit tác dụng làm tổn thương mô tế bào bằng cách hút nước của tế bào và hoà hợp với protein của tế bào làm các chất này đông vón thành các axit proteinat.
- Tuỳ theo tính chất lý hoá, nồng độ từng hoá chất mà có biểu hiện tổn thương khác nhau.
- Đặc điểm chung:
 - + Biểu hiện lâm sàng bằng đám da, niêm mạc hoại tử khô, chắc, có màu sắc phân biệt rõ với mô lành.
 - + Vết bỏng hình giọt nước chảy, hình vết mực, hoặc thành một đám.
 - + Một số hoá chất có tác dụng gây loét da và phỏng nước như axit Cromic, một số hoá chất khác như phenol (Crésol) lại có tác dụng làm huỷ chất Mylein và sợi dây thần kinh.

II. BỎNG DO CÁC CHẤT KIỀM MẠNH:

- Chất kiềm ăn mòn da gây tổn thương trên mô tế bào cơ thể bằng cách làm tan loãng protein và kết hợp với protein đã bị lỏng ra thành protein kiềm.
- Chất kiềm có thể ngấm sâu do đó thường gây bỏng sâu tuy thời gian tác dụng trên cơ thể của chúng có thể chậm hơn axit.
- Đặc điểm chung:
 - + Vết bỏng thường mềm ướt, biểu hiện bằng đám hoại ướt (nếu các đám hoại tử bỏng không có hiện tượng viêm mủ thì vào ngày sau hoại tử ướt chuyển dần thành hoại tử khô).
 - + Bỏng do vôi đang sôi nóng là bỏng kết hợp giữa sức nóng ướt (nhiệt ướt) nhiệt độ lên tới 150°C và bỏng kiềm (pH tối đa 13,1).

III. XỬ TRÍ BỎNG HOÁ CHẤT:

- Kịp thời rửa ngay vùng đang bị hoá chất tác động bằng nước lạnh 16 - 18°C, tốt nhất là rửa vùng bị bỏng ngay dưới vòi nước sạch đang chảy như thể luồng nước dội trên vết bỏng luôn được luân chuyển và tiến hành như thế trong khoảng 10 - 15 phút (chú ý không rửa nước khi bị bỏng axit Sunfuric, axit Chlohydric, axit Muraric và các hợp chất hữu cơ nhôm vì sẽ phát sinh thêm nhiệt). Riêng đối với bỏng do các chất kiềm, như do vôi bột thì không nước để rửa mà chỉ lau khô, thổi sạch bột rồi rửa bằng các dung dịch toan như axit Borric 3%.
- Sau khi đã xử trí vết bỏng, căn cứ vào độ sâu, diện bỏng và loại hoá chất gây bỏng mà quyết định cách điều trị tiếp theo. Chú ý đặc biệt đến trạng thái nhiễm độc toàn thân gây ra bởi một số hoá chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Lê Thế Trung, những kiến thức chuyên ngành, Bông, nhà xuất bản Y học, chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, 2003.
- 2/ Trương Công Trung, Phòng, Bài giảng bệnh học ngoại khoa, nhà xuất bản Y học Tp. Hồ Chí Minh, 1985, tập 1.
- 3/ CURRERI P.W, LUTERMAN A., Burns, Principles of surgery, Mac Graw Hill Book Company, New York, 1989.
- 4/ Mark H.Beers. MD and Robert berkow. MD (1999), “The Merck Manual of Diagnosis therapy”, Merck Research laboratories.
- 5/ ZELLWEGER G., Die behandlung der verbrennungen, Deutscher Xizte-Verlag, Kohl, 1985.

BỎNG NGƯỜI LỚN

I. ĐỊNH NGHĨA:

- Bỏng là thương tổn của bề mặt cơ thể, nông gay sâu, gây hư hại hay biến đổi cấu trúc da hoặc các thành phần của nó, đôi khi gây rối loạn toàn thân.
- Thương tổn bỏng gây ra do tác động của nhiệt, điện, hay hoá chất.

II. CHẨN ĐOÁN: theo diện tích, độ sâu, vị trí, nguyên nhân, tuổi và tiền sử bệnh nhân ...

1. Diện tích bỏng:

- **Phương pháp Palm:** (đối với vết bỏng nhỏ) kích thước bàn tay bệnh nhân tương ứng 1% bề mặt cơ thể.
- **Quy tắc số 9:** (đối với bỏng rộng)
 - + Đầu mặt cổ: 9%.
 - + Thân trước (ngực, bụng): 18%.
 - + Thân sau (lưng, mông): 18%.
 - + 1 chi trên: 9%.
 - + 1 chi dưới: 18%
 - + Bộ sinh dục: 1%.

2. Theo độ sâu:

- Độ I (bỏng nông): lớp biểu bì ảnh hưởng. đỏ râm nắng, đau nhẹ, lành sau 3 - 7 ngày.
- Độ II: (bỏng sâu 1 phần): biểu bì và 1 phần trung bì bị ảnh hưởng. Nốt phỏng nước, đau nhiều, lành từ 10 - 25 ngày.
- Độ III (bỏng sâu): biểu bì và trung bì bị ảnh hưởng cũng có thể gây ảnh hưởng đến các cấu trúc bên dưới như tổ chức dưới da, gân, cơ, xương. Trắng xám, hoại tử ướt hay khô, mất cảm giác, phải ghép da.

Đánh giá độ sâu:

- **Kiểm tra sự co dãn của mao mạch** bằng cách ép nhẹ lên vùng bỏng nếu vùng đó nhợt đi (chuyển thành trắng) và sau đó trở lại màu ban đầu nếu bỏ lực ép đi thì đó là bỏng độ II.
- Chẩn đoán chính xác độ sâu của bỏng thì dùng phương pháp phân tích miễn dịch hoá mô (Immunohistochemical Analysis).

3. Vị trí bỏng: Là yếu tố quan trọng để xác định mức độ nặng nhẹ của bỏng.

- Bỏng vùng mặt, cổ, ngực thường gây ra những vấn đề về hô hấp.
- Bỏng quanh thân hoặc quanh chi cần can thiệp cấp cứu kịp thời.

4. Tuổi: Cũng là yếu tố quyết định mức độ nặng nhẹ của bỏng, ảnh hưởng đến quá trình hồi phục, đặc biệt trẻ dưới 2 tuổi và người trên 60 tuổi.

5. Nguyên nhân: Có nhiều nguyên nhân bỏng, bỏng nhiệt chiếm đa số. Ngoài ra còn có bỏng điện và hoá chất, tia phóng xạ ...

III. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG BỎNG:

Đặc điểm	Bỏng nặng	Bỏng trung bình	Bỏng nhẹ
Diện tích bỏng	≥ 25%	15 - 25%	< 15%
Diện tích bỏng sâu	≥ 10%	2 - 10%	< 2%
Bỏng sâu đầu, cổ, tay chân, tầng sinh môn	(+)	(-)	(-)
Bỏng hô hấp	(+)	(-)	(-)
Tổn thương kèm theo	(+)	(-)	(-)
Bệnh mãn tính đi kèm	(+)	(-)	(-)
Điều trị tại	Đơn vị bỏng hoặc trung tâm bỏng	BV đa khoa	Điều trị ngoại trú

IV. TIỀN LƯỢNG BỎNG:

- **Baux Score:** (tuổi bệnh nhân + % bỏng) = tỉ lệ tử vong.

- **Kazuhumi Okamoto:**

$$\frac{1}{2} (S\% \text{ bỏng độ II} + S\% \text{ bỏng độ III} + \text{tuổi}) = \text{tỉ lệ tử vong}$$

V. ĐIỀU TRỊ:

1. Sơ cứu:

- Loại bỏ nguyên nhân gây bỏng, làm lạnh vùng bỏng bằng nước lạnh 10⁰C - 25⁰C.
- Bảo vệ vết bỏng tránh nhiễm trùng, cởi bỏ quần áo, đồ trang sức, băng tạm vết bỏng bằng tấm vải sạch, băng ép chặt vừa phải (hạn chế sự hình thành nốt phỏng).
- Dự phòng sốc bỏng: ủ ấm, giảm đau.
- Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện gần nhất.

2. Cấp cứu:

a. Bỏng nhẹ: điều trị ngoại trú.

- Chăm sóc vết thương: rửa sạch, dùng các thuốc sát khuẩn tại chỗ băng bảo vệ vết bỏng.
- Kháng sinh uống, phòng uốn ván.
- Thuốc giảm đau.

b. Bỏng trung bình - bỏng nặng:

Lưu ý: hồi sức hô hấp, chống sốc bỏng trước khi chăm sóc vết bỏng.

- **Hồi sức hô hấp:**

- + Rất quan trọng ở bỏng đường hô hấp.
- + Kiểm tra đường thở, bảo đảm thông khí, tránh un tắc khí đạo (cho mọi bệnh nhân thở oxy qua mặt nạ, nâng cao đầu bệnh nhân để giảm phù nề).
- + Có chỉ định rạch giải áp (escharotomy) đối với bỏng sâu vùng cổ ngực bụng để cải thiện sự thông khí.

- + Chỉ định đặt nội khí quản và thở máy cho bệnh nhân bỏng:
 - * Suy hô hấp trầm trọng.
 - * Mất tri giác.
 - * Có dấu hiệu lâm sàng của tổn thương go hít.
- **Chống sốc bỏng:**
 - + Bồi hoàn nước điện giải và giảm đau.
 - + Tất cả bệnh nhân bỏng > 20% cần được truyền dịch.
 - * Công thức **Parkland:**

24h đầu: dung dịch Lactate Ringer: 4ml x kg cân nặng x % diện tích bỏng (8h đầu: truyền 1/2 lượng dịch; 16h kế tiếp truyền 1/2 lượng dịch).

24h sau: dung dịch Colloid 0,5ml x kg cân nặng x % diện tích bỏng.
Dung dịch Glucose 5% 2000ml.

Để đánh giá việc bồi hoàn nước và điện giải: theo dõi lượng nước tiểu cần được duy trì 0,5 - 1ml/kg/giờ, theo dõi tri giác, mạch, huyết áp.
 - * Các chỉ số xét nghiệm trong giai đoạn sốc bỏng cần làm: công thức máu, dung tích hồng cầu, hemoglobin, điện giải đồ, BUN Creatinin; CO₂ content, khi trong máu, pH máu, ECG, X Quang phổi ...
 - + Giảm đau: Perfalgan An Giang/ 4 - 6 giờ (không quá 4g/ ngày). Hoặc Cocktailytique phaui loang (2ml/ 2 - 3h).
- **Điều trị vết thương bỏng:** giảm đau trong thay băng bỏng là cần thiết đối với bỏng nặng: Valium 10mg TB hoặc Ketamine 0,5mg/kg/TB.
 - + Làm sạch vết thương:
 - * **Bỏng nông:**

Bảo vệ vết thương, phòng bội nhiễm bằng các thuốc sát khuẩn (Betadin 10% phaui loang, Silver Sulfadiazin 1%, Silver Nitrate 0,5%).

Các màng sinh học như màng ôi đông khô, da ếch, VinaChy-tin, Collagen có thể áp dụng đối với vết thương bỏng mới, sạch.
 - * **Bỏng sâu:** mổ sớm, lựa chọn 1 trong các giải pháp:

Cắt lọc hoại tử sớm (3 - 7 ngày đầu sau bỏng) ghép da ngay.

Cắt lọc hoại tử sau 7 - 10 ngày; khi vết thương có tổ chức hạt - ghép da.

Cắt lọc hoại tử muộn, ghép lên tổ chức hạt.
 - + **Các điều trị khác:** Kháng sinh toàn thân, ngăn ngừa Stress Ulcer, các vitamin A, B, C, PP ... dinh dưỡng. (25Kcal x Kg trọng lượng) + (40Kcal x S% phỏng)/ngày. vật lý trị liệu, tâm lý liệu pháp ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Mark H.Beers. MD and Robert Berkow. MD (1999), “The Merck Manual of Diag-nosis and therapy”, Merck Research laboratories.
- 2/ Lê Thế Trung (2003), Bông- Những kiến thức chuyên ngành, Nhà xuất bản Y học chi nhánh phía nam.
- 3/ Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mc Phee, maxine A. Papadakis (2004), Current Diagnosis and Treatment, pp 1534 - 1537.

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH NHÂN BÔNG

I. GIAI ĐOẠN ĐẦU (mới bị phỏng)

Mục tiêu	Kế hoạch điều trị
1. Trấn an bệnh nhân 2. Ngăn ngừa các biến chứng do nằm lâu: viêm phổi, cứng khớp, teo cơ. Gia tăng tuần hoàn. 3. Ngăn ngừa co rút da cơ và ngăn ngừa sẹo dính. 4. Giúp bong các mô chết đối với bệnh nhân bị phỏng sâu.	1. Giải thích tình trạng bệnh cho bệnh nhân để bệnh nhân an tâm điều trị. 2. Với độ phỏng 1, 2 nông và diện tích không rộng: vận động chủ động các khớp nhằm duy trì tầm vận động khớp và sức mạnh cơ. Với bệnh nhân phỏng độ 2, 3: - Bệnh nhân phải điều trị tại giường cho nên phải giữ thông đường hô hấp: thở sâu và ho có hiệu quả. - Khi qua giai đoạn sốc, bệnh nhân ngồi dậy tập vận động chủ động nhẹ nhàng theo khả năng của bệnh nhân. - Bệnh nhân tập thở và ho có hiệu quả. 3. Giữ tư thế tốt và tư thế chức năng của các chi tránh co rút cơ và sẹo dính, kê chi cao. 4. Cho bệnh nhân tắm nước muối sinh lý ấm 9% ấm trong bồn xoay để làm bong các mô chết và rửa sạch vết thương.

II. GIAI ĐOẠN LÀNH SẸO:

Mục tiêu	Kế hoạch điều trị
1. Tiếp tục ngăn ngừa sẹo lồi, co rút da, cơ và sẹo dính.	1. Điều trị siêu âm nh ững vùng lành sẹo nhằm bóc tách các mô dính và sẹo dính, sẹo co cứng (có thể siêu âm qua nước) – dùng nẹp tránh co rút cho những vùng đặc biệt như nách, khuỷu tay.

2. Ngăn ngừa cứng khớp và các tư thế xấu.	2. Vận động chủ động các khớp có tầm vận động tốt - vận động thụ động các khớp bị giới hạn vận động do nằm lâu và do sẹo dính.
3. Phục hồi chức năng sinh hoạt.	3. Tập và hướng dẫn các động tác tỉ mỉ cho bàn tay trong sinh hoạt hàng ngày - tập.

III. GIAI ĐOẠN GHÉP DA

Mục tiêu	Kế hoạch điều trị
1. Giữ cho lành ghép dính vào da tốt.	1. Bất động và hướng dẫn cho bệnh nhân gồng cơ làm tăng lưu thông tuần hoàn.
2. Gia tăng tuần hoàn.	2. Xoa bóp nhẹ nhàng những vùng quanh vùng ghép da và gia tăng tuần hoàn.
3. Gia tăng và duy trì tầm độ vận động của khớp xương.	3. Tập vận động chủ động các khớp không liên quan đến vùng ghép da hoặc vùng lấy da ghép để duy trì tầm vận động của khớp.

IV. GIAI ĐOẠN XUẤT VIỆN:

Mục tiêu	Kế hoạch điều trị
1. Gia tăng và duy trì các khớp tránh cứng khớp.	1. Vận động tất cả các khớp theo hướng dẫn.
2. Tránh sẹo lồi.	2. Băng vết sẹo bằng thun khi tập đi.
3. Giữ tư thế tốt, làm tốt các hoạt động sinh hoạt.	3. Tập đi tư thế đứng tránh sẹo dính. Tập các hoạt động trị liệu tại nhà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu tập huấn PHCN Lâm sàng tập 3: PHCN tổn thương mô mềm - tổ chức liên kết NXB Y Học 1998.
2. Vật lý trị liệu – PHCN (sách chuyên dùng cho cán bộ chuyên ngành PHCN – NXB Y Học 2002).

I. ÑÒNH NGHÓA :

Laø nhöõng toản thöông soi naõo xaây ra thöôøng do tai naïn giao thoaïng, tai naïn sinh hoaït hoaëc treû bò ngöôïc ñaõi, ôu treû em döôùi 15 tuoãi.

Cou moät soá ñaëc ñieäm laâm saøng – sinh lyù – giaüi phaäu khaüc ngöoøi lòun : thaêm khaùm caüc daáu hieäu laâm saøng quan troïng do khaü naêng traü lòøi khoäng ñaây ñuü, khaü khai thaüc ñöôïc beänh söu ; caøng nhuü tuoãi xöông soi caøng möïng vaø meäm, deä xuyeân thuïng vaø deä loïm nhö loïm soi Pingpong; maüu tui ngoaøi maøng cöùng ít xaây ra do maøng cöùng ñính saüt xöông; nöüt soi treû em cuïng ít gaây maïch maüu maøng naõo do chöa haën saâu taïo raõnh ôu maët trong xöông soi ; khaü naêng chaáp nhaän khoái choaùn choã trong soi ôu treû em hôn ngöoøi lòun nhöø coøn thöùp vaø söi daõn nöü caüc khöùp; treû em neáu maát maüu deä ñöa ñeän shock hôn so vöüi ngöôøi lòun. Khaü naêng hoài phuïc caüc chöùc naêng thaàn kinh ôu treû em toát hôn.

II. TIEÄU CHUAÁN CHAÁN ÑOAÜN :

1. Tieäu chuaån laâm saøng :

Ñaüh giaù vaø theo döïi tri giaüc raát quan troïng. Donald A. simpson (3): khoäng deä gì ñaüh giaù möüc ñöa tri giaüc ôu treû em nhaát laø nhuõ nhi.

Ñaây laø baüng C.C.S (Childeren's Coma Score) cuüa Handbook of Neurosurgery, 5th edition duøng cho treû em döôùi 4 tuoãi (5).

ÑAÙP ÖÜNG MAËT	- Môu maët töi nhieän		4
	- Môu maët khi goïi		3
	- Môu maët khi kích thích ñau		2
	- Khoäng ñaüp öüng		1
ÑAÙP ÖÜNG LÖØI NOÛI	- Cöôøi, nhìn theo ñöa vaät, âm thanh		5
	Neáu Beù chæ bieát khoüc	Neáu Beù ñaõ bieát giao tieáp	4
	- Doã beù nín khoüc	- Noüi ra caäu toái nghóa	3
	- Doã beù nín roài khoüc laïi	- Phaüt ra caüc âm reän ræ	2
	- Khoüc lieän tuïc	- Beù böüt röüt, khoäng yeän	1
- Khoäng ñaüp öüng			
ÑAÙP ÖÜNG VAÄN ÑOÄNG	- Thöïc hieän ñuüing y leänh		6
	- Ñaüp öüng ñau chính xaüc		5
	- Ñaüp öüng ñau khoäng chính xaüc		4
	- Goàng cöùng maát vou		3
	- Goàng cöùng maát naõo		2
- Khoäng ñaüp öüng		1	

Daáu hieäu thaàn kinh khu truü, Ña soá cou toản thöông noãi soi ñi keøm:

- Yeäu lieät ½ ngöôøi - Daõn ñöàng töü moät beän - Ñöäng kinh

Daáu hieäu khaùc :

- Daáu hieäu thieáu màu : da xanh nieâm nhait.
- Da ñàu bò xaây saùt, bò raùch, tuí màu.
- Thòup caêng phòang sau chaán thòong, chòùng toú còu taêng aùp löic noãi soï.
- Chaùy dòch não tuý qua muõi hay tai ít gaëp hôn ôu ngöôøi lòun.
- Khoâng buù, boú buù, quaáy khoùc laø daáu hieäu raát ñàng quan taâm chuù yù.

2. Tieâu chuaån caän laâm saøng :

- X- quang soï: Neáu beù tænh taò hoaøn toaøn, trên da ñàu còu chaán thòong nên chuíp kieám tra vì nhieàu tröôøng hõip loãm soï Pingpong, beá soï, nõùt soï ñöôic phaùt hieän.

- Sieâu âm qua thòup cuõng còu giaù trò chaån ñoàn caùc toản thòong noãi soï.

- CT Scan laø phòong tieän chaån ñoàn nhanh, chính xaùc. Laø caàn thieát baét buoäc neáu sau chaán thòong beänh nhaân meâ, hay theo doõi tri giaùc giaùm daàn, hoaëc còu xuaát hieän daáu thaàn kinh cõ truù... Ñây laø phòong tieän chuù yeáu ñöôic aùp duïng ôu nhieàu trung taâm trong nõùc vaø trên theá giöù vì tính hieäu quaù trong chaán thòong soï não (3).

- Sieâu âm buïng, x-quang phoái ... ñeå chaån ñoàn caùc tröôøng hõip ña thòong ñi keøm.

II. CHAÀN ÑOÀN PHAÂN BIEÁT :

Moät vaøi tröôøng hõip, tri giaùc cuõa beänh nhi giaùm, do khoù khaên trong khai thaùc bõnh söù chaán thòong soï não ôu treù em, vaøi daáu hieäu còu theá gaëp trong caùc beänh sau :

- Daáu thaàn kinh khu truù: U não, aùp xe não.
- Daáu maøng não : Vieâm maøng não, thöôøng còu soát keøm theo.
- Ñoàng töü co nhuù còu theá gaëp trong ngoã ñoäc thuoác tröø saâu: ñoàng töü daõn to trong ngoã ñoäc caùc thuoác nhòum Atropin.
- Goàng kieàu maát vô ñoät ngoät ñöôic baò caò trong suy dinh döôøng, hai ñöôøng huyeát.

III. ÑIEÀU TRÒ :

1. Ñieàu trò noãi khoa :

- Theo doõi laâm saøng vô cuøng quan troïng: Tri giaùc giaùm daàn, xuaát hieän daáu hieäu khu truù ..., caàn chuíp CT Scan ñeå còu chæ ñònh can thieáp ngoaïi khoa kòp thòøi.

- Phaùt baùo ñaùm thoàng ñöôøng hoâ haáp toát ñeå giaùm aùp löic noãi soï, ñuù löõng oxy nuôi teá baøo maø: nhö huùt ñaøm, thôu oxy ..., neáu caàn phaùt ñaët noãi khí quaùn.

- Caét cõn ñoäng kinh lieân tuïc: (còu theá daån töü taéc ngheõn co thaét ñöôøng thôu vaø töü vong neáu khoàng ñöôic xöù trí thích hõip).

Theo Bách Văn Cam (1). Diazepam 0.2mg/ TMC (tính mạch chậm) (nếu không tiêm mạch não có thể dùng nồng độ 0.5mg/kg) có thể lặp lại sau 10 phút, tối đa liều (liều tối đa trẻ < 5 tuổi : 5mg; trẻ tuổi: 10mg).

Nếu cơn vẫn tiếp tục hoặc tái phát phải dùng Phenobarbital 20mg/kg TMC trong vòng 30 phút qua bơm tiêm, nguy cơ ngừng thở cao khi phối hợp Diazepam và Phenobarbital.

Nếu cũng không kiểm soát được dùng Phenyton 1mg/kg/phút TMC qua bơm tiêm.

Khi tất cả thuốc chống co giật kinh thất bại, dùng phosfocyanua gây mê bằng Thiopental 5mg/kg truyền tĩnh mạch. Ván theo dõi tri giác khi tỉnh. Chụp CT Scan nếu phát hiện sùm biến chứng của chấn thương sọ não.

Phosphocyanua duy trì Phenyton 3-7mg/kg/24 giờ uống.

- Mannitol 20% 0,25-1g/kg truyền TM 30-60 phút nếu trẻ phù nề. Chú ý liều cao, kềm gạc có thể dẫn đến suy thận cấp.

- giảm đau, hạ sốt: Paracetamol 15-20mg/kg tối đa 4 lần, nhất là khi trẻ dùng thuốc giảm đau, bắt đầu từ 4-6 giờ nếu cơn sốt.

- Nếu trẻ hôn mê cần theo dõi và xử lý ngay các biến chứng có thể xảy ra.

- Màu tím môi da nhợt nhạt, trớ trệ nên dùng kim hút máu, có nguy cơ nhiễm trùng nên rửa tay và sát khuẩn toàn thân theo dõi, tốt nhất sẽ hấp thu.

- Hiện nay BV Chẩn Đoán và Điều trị Bệnh Trẻ em Khoa Hồi sức cấp cứu thần kinh nên theo dõi, nếu trẻ bệnh nhân chấn thương sọ não nặng.

2. Nếu trẻ ngoại khoa :

Chẩn đoán nếu trẻ ngoại khoa : Dùng thuốc giảm đau và hình ảnh học.

- Loãng xương: Giảm xương nên dùng thuốc giảm đau.

- Màu tím : Chọc kim qua thóp (Tapping) rút máu tím môi da nhợt nhạt, có thể lặp lại với liều cao. Nếu môi tím ngoại khoa nên dùng thuốc giảm đau và hạ sốt, hoặc dùng thuốc giảm đau nếu môi tím môi da nhợt nhạt nên dùng thuốc giảm đau.

- Veát thông sọ não: làm sạch và rửa sạch màng cứng.

- Rửa da nhợt nhạt, bắt đầu từ đầu phải gây mê nên để da sạch làm sạch và rửa sạch veát thông.

- Dùng thuốc giảm đau nhiều, nếu trẻ ngoại khoa thất bại, có hiệu quả dùng thuốc giảm đau: Môi tím giảm đau và dùng thuốc giảm đau.

IV. NHỮNG VẤN ĐỀ QUAN TRỌNG CẦN THEO DÕI / BIẾN CHỨNG :

- Theo dõi lâm sàng rất quan trọng.

- Nguyên nhân phải điều trị trẻ em là bệnh nhân mất máu.

- Biến chứng sau mổ xuất hiện màu tím.

V. TIÊÂN LÖÖING BEÄNH, THEO DOÏI TAÏI NHAÏ :

- Ña soá nõüt soi ôu treû em, chæ caàn theo doïi, tieâ lööing toát.
- Loöm soi, veát thöông soi naõ sau phaâu thuaät thöðong coù tieân lööing toát.
- Maàu tuï tuøy theo tình traïng laâm saøng coù tieân lööing khaùc nhau.
- Vôõ soi tieán trieån hieám gaëp – Vieâm maøng naõ – Chaùy dòch naõ tuyû ít gaëp.
- Sau chaán thöông soi naõ, phaùt töø daën do theo maäu BV Chöi Raãy ñeä theo doïi taïi nhaï.

TAÏI LIEÄU THAM KHAÛO :

1. Baïch Vaên Cam, Haø Maïnh Tuaán. Co giaät. Phaùc ñoà ñieàu trò BV Nhi Ñoàng 1998. pp 31-33.
2. Döông Minh Maãn. Chaán thöông soi naõ treû em. Höðung daãn thöïc haønh caáp coùu ngoaïi thaàn kinh 1998. BVCR. pp 36-46.
3. Donald A. Sipson. Clinical examination anh grading. Head injury. pp 145-151.
4. Jame T. Goodrich. Management of scalp injuries. Pediatric Neurosurgery. pp 251-255.
5. Mark S. Greenberg. Cona. Handbook of Neurosurgery. Fifth edition. pp 118-119.

KHAÛM ÑIEÄU TRÒ CHAÁN THÖÔNG SOÏ NAÕO

I. ÑAÛNH GIAÛ LAÂM SAØNG :

1. Khaùm toaøn dieän: naïn nhaân CTSN coù keøm caùc thöông toãn hoä haáp (traøn maàu, traøn khí), xuaát huyeát noäi, gaõy xöông daõi, coät soáng ?
2. Khaùm thaàn kinh :
 - Nhìn caùc thöông toãn ôu da ñeäu, saøng soi: raùch da ñeäu, daáu hieäu maét gaáu truùc, doø dòch naõ tuyû töø tai – muõi ...
 - Nghe : Coä boùc taùch ñoäng maïch caùnh. Maét : doø ñoäng tönh maïch xoang hang.
 - Khaùm thaàn kinh :
 - + Thaàn kinh VII, ñoàng töü, ñeäu maét.
 - + Tri giaùc : döïa theo baùng Glasgow.
 - + Vaãn ñoäng : coü ñoäng töü chi, phaùn xaï cô voøng haäu moän ...
 - + Caùm giaùc : noäng, saâu, möüc maát caùm giaùc.
 - + Phaùn xaï gaân xöông, Baninski, haønh lang ...

II. ÑIEÄU TRÒ CTSN :

1. Khaùi nieäm chung veà xöü trí CTSN (baùng 2) :

a. Các bệnh nhân chẩn đoán thông sợi não có thể cho về nhà với các điều kiện sau :

- Chẩn đoán sợi não bình thường.
- Năm Glasgow luôn hơn 12, không có dấu hiệu bất thường.
- Ưu tiên có một người luôn có thể theo dõi bệnh nhân chẩn đoán thông sợi não theo một bảng hướng dẫn.

Bệnh nhân có thể quay về phòng cấp cứu để dưỡng :

- Không còn yếu tố nguy cơ bỏ chẩn đoán thông sợi não (trên em bé ngoài 1 tuổi, không nôn ói kèm...))

c. Các yếu tố cần quan tâm khi di chuyển bệnh nhân chẩn đoán thông sợi não:

Đầu hiệu lâm sàng cần chú ý.	Các yếu tố cần kiểm tra	Các bước điều trị.
Thiếu oxy	Khí máu	Nhiệm vụ khí quản cho bệnh nhân có tăng CO ₂ và O ₂
Thông khí kém	Nhịp thở	
Hạ huyết áp	Nhịp hạ	Truyền máu khi có dấu hiệu mất máu.
Cao huyết áp	Hp. Hct	
Nóng kinh	Nhiệt độ tăng	Nhiệm vụ Natri, natri, ... Cho các thuốc chống nóng kinh.
Nhiễm trùng	Công thức bạch cầu	Chức năng thận nếu có dấu hiệu mất máu não và không có chức năng thận.
Soát		
Sợi võng mạc cắt sáng	Chụp XQ	Nếu cần : có hình cắt sáng (vùng có hình cắt sáng cả, vùng có hình cắt sáng ngoài, ...)

c. Điều trị chẩn đoán thông sợi não ở bệnh nhân chuyên khoa :

- Bệnh nhân chẩn đoán thông sợi não loại nhẹ (Năm Glasgow trên 14) :
 - + Nhiệt độ cao 30 – 45°.
 - + Theo dõi dấu hiệu thần kinh mỗi 2 giờ.
 - + không nôn ói nên uống gì cho tới khi tỉnh thì có thể dùng một chút thức ăn lỏng.
 - + Truyền dịch nước trong 75cc/giờ.
 - + Cho giảm đau nhẹ, codeine nếu cần, qua natri haas môn, tiêm bắp.
 - + Cho thuốc giảm đau, tránh dùng thuốc an thần.
- Bệnh nhân chẩn đoán thông sợi não loại trung bình (Năm Glasgow 9 – 13):
 - + Y lệnh nhẹ loại nhẹ.
 - + Cho hạ sốt nếu cần nếu CT có dấu hiệu xuất huyết.
 - + Bệnh nhân có C.T não sau 12 giờ.

- Beänh nhaän chaán thöông söi naõo loaïi naëng (Ñieäm Glasgow 9): chæ cauc chæ ñönh ñæc bieät.

- Hoài suaát tuaàn hoaøn – Hoâ haáp :

Duy trì :

+ Huyeát aùp ñoäng maïch thì taâm thu trên 90mmHg.

+ PaO₂ trên 60mmHg: cho oxy lieàu cao (12l/ phuët).

- Ñæät :

+ Sonde tieàu, dai daày.

+ Pule oxymetry.

+ Ñieän tim.

- Ñæät noäi khí quaün:

+ Ñieäm Glasgow döôùi 17 (caàn taêng khoâng khí).

+ Gaõy naëng xöông haøm maët.

+ Khoâng ñæät noäi khí quaün ñöông muõi – khí quaün coù nghi ngôø vô saøn söi.

- Söü düng Manitol :

+ Coù daáu tuït naõo (daõn ñoàng töü).

+ Coù daáu hieäu aünh höông khoái choaün choã trên laâm saøng (daáu thaàn kinh khu truù, lieät nöüa ngôøi)

+ Daáu hieäu taêng aùp löïc noäi söi trên C.T naõo.

+ Chöuc naêng thaän naõo khoâng hoait ñoäng.

+ Choáng chæ ñönh.

* Hai huyeát aùp.

* Töông ñoái: Manitol coù theå laøm ngaên caün nheï söi ñoäng maàu.

d. Vaán ñeà chæ ñönh moả chaán thöông söi naõo:

* Ñieàu trò baùo toàn:

- Beänh nhaän tænh hoaøn toaøn.

- Maàu tuï ngoaøi truic öü baùn caàu öü theå laø möät thöông toån ñôn ñoac chöa gaây leäch ñöông giöõa.

- Khoâng coù aünh höông khoái choaün choã trên laâm saøng vaø trên C.T naõo.

* Chæ ñönh phaäu thuaät:

- Theå tích hôn 40mm.

- maàu tuï döôùi maøng cöùng coù :

Ñöông giöõa leäch hôn 5mm.

Beà daøy maàu tuï hôn 5mm.

- Cauc khoái choaün choã coù theå tích hôn 40ml

- Daõn naõo thaát caáp tích,

- Luøn söi kín.

Sâu hôn 5mm.

Ñöông giöõa leäch hôn 3mm.

- Möü söi giaüi eùp naõo: taêng aùp löïc trong söi khoâng kieám soaüt.

III. LỢI DAËN DOØ BEÄNH NHAÂN CHAÁN THÖÔNG SƠ NAÏO :

Lợi daën doù beänh nhaân CTSN: neáu hoï coù daáu hieäu sau, hoï caàn trôù beänh vieän ngay.

1. Nhöùc ñaàu.
2. Traàm caùm.
3. Lo aâu,sôï haõi, deã bò kích thích.
4. Thay ñoãi tính tình, tính caùch.
5. Coù nöùc trong chaùy töø tai, muõi.
6. Nguû nhieàu.
7. OÛi möùa, ñoäng kinh.
8. Giaûm: nghe, ngöüi muõi.
9. Trí nhöù giaûm.
10. Ñau khi cöù ñoäng coã.
11. Thöïc hieän khoù khaên, caùc ñoäng taùc laøm vieäc, sinh hoait ôu nhaø.
12. Tâm thaàn trì treä: noùi khoù, nghe maø khoâng hieäu.
13. NHòp thôù khaùc thöðøng, soát hôn 38°C.
14. Nhìn ñoõi, cöù ñoäng maét baát thöðøng.

Beänh nhaân khi cho veà nhaø khoâng ñöôïc uoáng röðiu, thuoác an thaàn trong voøng 48 giøø.

Hoï

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO :

1. Döông Minh Maãn. Ñieàu trò chaán thöông söi naõo naëng. Y hoïc Thaønh phóá Hoà Chí Minh. Taäp 4.
2. Döông Minh Maãn. Hoäi chöùng taêng aùp löïc trong söi. Beänh hoïc Ngoaïi Thaàn Kinh. Ñaïi hoïc Y Döôïc Thaønh phóá Hoà Chí Minh. Taäp I.
3. Döông Minh Maãn. Khaùm chaán thöông söi naõo. Baøi giaûng Ngoaïi khoa cô sôù. Nhaø xuaát baân Y hoïc 2001. trieäu chöùng hoïc ngoaïi khoa.
4. Greenberg WS. Head trauma. Handbook og neurogery Florida 1997.
5. Tröông Vaên Vieät. Chuyeân ñeà Ngoaïi Thaàn Kinh. Nhaø xuaát baân Y hoïc 2002.

VEÁT THÖÔNG SÖI NAÕO

A. VEÁT THÖÔNG SÖI NAÕO DO HOØA KHÍ (VTSN)

I. ÑAÏI CÖÔNG :

1. Toản thöông nguyêñ phaùt :

- Toản thöông phaàn meàm: Toản thöông tröïc tieáp phaàn söi hoaëc maët. Nhöõng phaàn meàm vaø vi khuaañ coù theá ñöôïc ñöa vaøo trong hoäp söi, nhöõng toá chöùc bò hoaïi töù coù theá taïo ñieàu kieän phaùt trieån cho vi khuaañ, nhöõng soáñ chaán ñöaëng do thuoaç noá cuõng coù theá laø nguyêñ nhaân gaây chaán thöông neáu vuõ khí ôu gaàn.

- Söi vôõ naùt xöông söi: coù theá gaây toản thöông nhöõng maïch maàu ôu gaàn vaø /hoaëc nhöõng toá chöùc vöi naõo (toản thöông loõm söi)

- Toản thöông naõo do hoøa khí: Toản thöông naõo tröïc tieáp do ñöôøng ñaïn ñi (coù theá laø thöông toản zic zaéc hay thöông toản ñaép naùt, ...). Toản thöông nhöõng toá chöùc do soùng rung ñöaëng vaø toản thöông tröïc tieáp coäng vöùì toản thöông giaùñ tieáp (contrecoup) do söi taùc ñöaëng cuõa ñaàu ñaïn (coù theá thöông toản ôu xa ñöôøng ñi cuõa ñöôøng ñaïn)

2. Toản thöông thöù phaùt:

- Phuø naõo xaùy ra gioáñ nhö laø chaán thöông söi naõo kín. AÙp löïc noäi söi (Intra – cranial pressure – ICP) coù theá taêng nhanh trong vaøi phuùt (keát quaü ICP taêng cao tuyø theo toác ñöa cuõa vieân ñaïn), truyï tim maïch coù theá xaùy ra ñöaëng thöøi. Söi taêng IPC vaø giaùñ aùp löïc ñöaëng maïch taâm tröông (Mean Artery Pressure – MAP) seõ aùnh höôøng töù aùp löïc töù ñaàu maàu naõo (cerebral perfusion pressure – CPP).

- Nhöõng bieán chöùng khaùc bao goàm ñöaëng maàu raüi taùc trong löøng maïch, xuaát huyeát noäi söi do toản thöông maïch maàu.

3. Bieán chöùng muoän : AÙp xe naõo, vieâm maøng naõo, phình maïch naõo do chaán thöông, ñöaëng kinh, söi di chuyeån nhöõng dò vaät trong nhu mô naõo

II. LAÂM SAØNG :

Thaêm khaùm veát thöông caàn mô taù loã ra (neáu coù). Ñöaï vöùì veát thöông xuyeån thaáu hoäp söi, loã vaøo thöôøng nhuõ hôn loã ra do söi xoaén óác cuõa vieân ñaïn. Loã vaøo coù theá ñaëc bieät nhuõ do söi taùc ñöaëng tröïc tieáp

vaø ñààu. Baúng phaân loaïi möüc ñoã toản thöông VTSN do hoøa khí cuõa Raimondi vaø Samueiso

Ño ã	Ñaéc ñieãm
1	Tình, khoâng coù tieàn söü maát tri giaùc , khoâng coù trieäu chöùng toản thöông thaàn kinh
2	Tình, khoâng coù tieàn söü maát tri giaùc coù trieäu chöùng thaàn kinh khu truù
3	Tình, nhöng nguû gaø, kích ñoäng hoaëc luù laãn, coù tieàn söü maát tri giaùc
4	Hoân meâ (chæ ñàup öùng vöüi kích thích ñau)
5	Goàng maát voû hoaëc maát naõo

Tuy nhieân, Glasgow Coma Scale vaãn laø heä thoáng ñöïoc söü duing roäng raõi vaø cho pheùp ñaùng giaù toát hôn

Moät soá VTSN ñaéc bieät: VTSN tieáp tuyeán, VTSN vuøng hoác maét – maét, VTSN dò vaät trong naõo thaát, VTSN toản thöông xoang toính maich.

III. ÑIEÀU TRÒ :

1. Ñaùng giaù toáng quaùt :

a. Chuïp x-quang phoái; ñaét noãi khí quaùn neáu beãnh nhaân bò hoân meâ hoaëc toản thöông ñöôøng hoâ haáp.

b. Nhöõng toản thöông keøm theo (vd: veát thöông ngöïc caàn phaùt hieän vaø ñieàu trò töüc thôøi).

c. Luoân luoân phaûi chuù yù ñeán toản thöông coät soáng.

d. Caàn thieát truyeàn dòch ñeå thay theá töông ñöông löõng maøu ñaõ maát: caàn traùnh söi dö nuòuc (giaùm toái thieáu söi phuø naõo).

e. Caàn duy trì àup löïc ñoäng maich taâm tröông trong vaø sau khi buø phuï nöùc dieãn ra.

2. Ñieàu trò thöông toản :

a. Nhanh chöùng ñaùng giaù toản thöông thaàn kinh

b. Caàn phaõu thuaät vieân thaàn kinh coù kinh nghieãm ñaùng giaù vaø ñieàu trò beãnh nhaân, ñoã ra nhöõng böùc ñieàu trò tieáp theo. Nhöõng beãnh nhaân coù bieäu hieän coøn ít chöüc naêng thaàn kinh (neáu khoâng phaûi do soác chaán thöông) thì khoâng thích hôïp cho phaõu thuaät môû söi. ÔÛ nhöõng beãnh nhaân giaùm tri giaùc nhanh chöùng hoaëc thoàt vò naõo caàn can thieáp phaõu thuaät ngay laáp töüc. Neáu thôøi gian cho pheùp caàn laøm theo nhöõng böùc sau.

c. Böùc ñaàu tieân: Kieãm soàt chaùy maùu töø da ñaàu vaø nhöõng veát thöông phoái hôïp, caïo ñaàu ñeå nhaän bieát vò trí cuõa loã vaø vaø loã ra vaø tieát kieãm thôøi gian treân phoøng moả.

d. Ñaùng giaù veà hình aùnh : Chuïp söi thaùnh nghieâng ñeå xaùc ñònh vò trí maùnh kim loaïi vaø maùnh xöông, ñeå bieát vò trí loã vaø vaø loã ra. Chuïp TC Scan söi naõo khoâng caùn quang : ñeå nhaän bieát ñöôøng ñi cuõa vieân ñaìn,

maàu tuí noãi soi, vò trí cuũa maũnh xõng vaø maũnh kim loaïi ôu trong nhu moã naõo. Chuïp ñoäng maïch naõo ñoïc chæ ñoanh tuyø töøng tröøøng hôïp.

e. Ñieàu trò noãi khoa :

- Giaûm söi taêng aùp löïc noãi soi: Ñaët ñaàu giöøøng cao 30 – 45 ñoã vôi ñaàu nhìn thaúng (ñeã traùnh söi cheøn eùp vaøo tónh maïch caũnh). Mantol (1g/1kg caân nhaän truyeàn nhanh treân 80 gioit phuùt) khi huyeát aùp ñoäng maïch oanh ñoanh. Taêng thoäng khí cho ñeãn khi PCO₂ = 30 – 35mmHg. Steroid: 10mg dexamethasol tieâm tónh maïch. Choáng loeùt daï daøy: ranitidine 50 mg IV moãi 8 giøø, ñaët song daï daøy ñeã bôm röùa. Choáng ñoäng kinh: 100mg IV moãi 8 giøø. Khaùng sinh: Nafcilin 1-2 gm IM/IV moãi 4 gøø. Treu em : 50- 200 mg/kg/ngaøy chia 4-6 laàn. Neân duøng ít nhaát 5 ngaøy. Choáng uoán vaùn : huyeát thanh choáng uoán vaùn

f. Chuïp ñoäng maïch naõo trong VTSN do hoøa khí: ñoïc söu ñuïng chæ ñoanh trong :

nhöøng xuaát huyeát noãi soi chaãm, nghi ngøø ñaïn daïo ñi qua nhöøng mcaih maàu lòun, xuaát huyeát nhieàu trong nhu moã naõo. Hieám khi laøm caáp cõu, thöøøng laøm vaøo ngaøy thöu 2 vaø thöu 3.

3. Ñieàu trò ngoaïi khoa :

Nhöøng beãnh nhaân naëng, ngheøo naøn veà chöùc naêng thaàn kinh, vd: ñoàng töü giaõn vaø khoâng phaün xaï aũnh saùng, goàng maát voü hoaëc maát naõo... (chæ khi khoâng coù soác vaø khi ñaõ ñoïc cung caáp ñuü oxy) khoâng neân moã böü vì cô hoãi phuïc hoãi gaàn nhö laø khoângcoù. Nhöøng beãnh nhaân ít naëng hôn neân ñoïc moã caáp cõu.

a. Muïc ñích cuũa phaũu thuaät: Laøm saïch nhöøng toã chöùc hoãi töü : ñoãi khi coù ít toã chöùc bò toãn thöøøng do VTSN do hoøa khí, nhöng do taêng aùp löïc noãi soi haäu phaũu neân coù theã ñoã ñeãn söi laáy ñi nhöøng toã chöùc hoãi töü naøy ñi nhieàu hôn laø caàn thieát, ñaëc bieät laø ôu nhöøng vuøng naõo khoâng chöùc naêng (vd: nhö ñaënh thuyø thaùi döøng). Laáy maàu tuí: döøü maøng cõng, trong nhu moã. Laáy ñi nhöøng maũnh ñaïn vaø nhöøng maũnh xõng khi coù theã. Caàm maàu kyõ. Ñoàng maøng cõng kín (thöøøng yeâu caàu maũnh gheùp). Ngaên caùch nhöøng thaønh phaàn ôu trong soi vôi nhöøng xoang hôi bò toãn thöøøng do hoøa khí. Xaùc ñoanh loã vaøo vaø loã ra cho muïc ñích phaùp y. thu hoãi maũnh ñaïn cho muïc ñích phaùp y.

b. moät soá ñieãm caàn löu yù trong phaũu thuaät : Tö theã beãnh nhaân khoâng ñoïc ngaên tröü tuaàn hoaøn hoaëc hoã haáp. Trauï drap caàn böc löã löã vaøo, löã ra vaø cho pheùp môü röøng ñoøøng môü da. Nhöøng toã chöùc hoãi töü xung quanh löã vaøo vaø löã ra cuũa veát thöøøng phaũu ñoïc laáy heát. Nhöøng maũnh xõng vöð neân ñoïc laáy ñi baèng caùch caét soi xung quanh noù (môü soi coù theã söu ñuïng trong moät soá tröøøng hôïp veát thöøøng soi naõo maø vò trí cuũa löã vaøo naèm trong löã môü soi phaũu ñoïc laáy ñi hoaëc laøm saïch xõng soi ôu xung quanh). Xoang hôi bò toãn thöøøng phaũu ñoïc laøm saïch caùc ñieãm maïc vaø sau ñoù bòt kín baèng cô hoaëc bao böc vôi moät maũnh gheùp ñeã

taùch chuùng khoûi caùc thaønh phaàn trong hoäp soï. Maøng cöùng thöôøng ñöôïc môû roäng hìn sao. Naõo daäp ñöôïc laøm saïch vaø laáy ñi baèng oáng huët vaø dao ñoát löôøng cöïc theo hình nòn roäng cho ñeán toå chöùc naõo laøm ôû xung quanh (caàn traøn nhöõng caáu truùc saâu ôû ñöôøng giöõa). Nhöõng maûnh dò vaät ôû ñoái beân neáu khoâng coù loã ra thì khoâng neân laáy trøø khi coù theå laáy ñöôïc. Nhöõng dò vaät ôû trong naõo thaát laø nhöõng nguy cô tieàm taøng. Noãi soi naõo thaát (neáu coù theå) laø caùch toát nhaát ñeå laáy chuùng ra. Maøng cöùng caàn thieát phaûi ñòùng kín : coù theå duøng maûnh gheùp laø maøng xöông soï, caàn cho thaùi döông hoaëc caàn cô ñuøi ; traøn söû duøng nhöõng vaät lieäu thay theå maøng cöùng khaùc. Taïo hình hoäp soï (cranioplasty) coù theå chöù ñeán 12 thaùng ñeå giaùm nguy cô nhieäm trung. Neáu dò dòch naõo tuýy trên 2 tuaàn caàn phaûi phaõu thuaät ñeå söûa chöõa.

4. Ño aùp löïc noãi soï : aùp löïc noãi soï thöôøng taêng sau khi phaõu thuaät. Do aùp löïc noãi soï laø caàn thieát.

5. Nhöõng yeáu toá tieân löôøng :

Möïc ñoä hoân meâ laø yeáu toá tieân löôøng quan troïng nhaát : khoaùng 94% beänh nhaân hoân meâ luùc nhaäp vieân töû vong vaø 3% taøn pheá naêng.

Theo Cushing, ñöôøng ñi cuûa vieân ñaïn cuõng laø möät yeáu toá quan troïng ñeå tieân löôøng. Ñaéc bieät tieân löôøng xaáu trong nhöõng tröôøng hôïp sau: Vieân ñaïn ñi qua ñöôøng giöõa vaø/hoaëc qua nhöõng trung taâm quan troïng cuûa naõo. Vaø/hoaëc xuyeân qua naõo thaát vaø/hoaëc qua nhieàu thuý naõo.

Maàu tuï nhìn thaát trên CT laø 1 daáu hieäu tieân löôøng xaáu.

Nhöõng noãi löïc töï saùt thì thöôøng gaây töû vong.

B. VEÁT THÖÔNG SOÏ NAÕO KHOÄNG DO HOÛA KHÍ :

Phaàn naøy noùi veà VTSN khoâng phaûi do hoõa khí maø do caùc loaïi hung khí nhö dao, teân, ...

Vieäc chaån ñoàn vaø ñieàu trò cô baûn cuõng gioáng nhö VTSN do hoõa khí. Caàn löu yù möät soá vaán ñeå sau :

1. Tröôøng hôïp dò vaät vaãn coøn trong soï :

Trong tröôøng hôïp VTSN vaãn coøn dò vaät thöôøng khoâng neân laáy dò vaät ra khoûi soï tröôùc khi ñoä beänh nhaân ñeán phoøng möå, trøø khi khoâng theå khoâng laøm. Vieäc coøn dò vaät seõ giuùp laäp keá hoäch laày dò vaät ra nhaèm müc ñích ít gaây toån thöông nhaát cho heå thaàn kinh trung öông. Nhöõng dò vaät caàn ñöôïc coá ñònh trong thôøi gian vaãn chuyeån beänh nhaân vaø laøm chaån ñoàn. Trong luùc möå, caàn coù nhöõng duøng cuï ñeå coá ñònh dò vaät trong quaù trình chuaån bò vaø giai ñoäïn ñaàu cuûa phaõu thuaät.

2. Chæ ñònh chuiپ maïch naõo ñoä :

Dò vaät ñi qua nhöõng vuøng coù ñoäng maïch lòùn, dò vaät ñi qua vuøng xoang toính maïch. Coù nhöõng baèng chöùng cho thaáy soï chaùy maàu töø ñoäng maïch lòùn thì maïch naõo ñoä khoâng thích hôïp neáu khoâng theå kieám soát vieäc caàm maàu tröôùc.

3. Kyõ thuaät phaõu thuaät :

a. Nên tiến hành mổ sởi phía quanh dò vạt nhỏ vậy việc lấy nếp sởi không ảnh hưởng dò vạt. Phần xương cuối cùng nên nối lấy bằng cách ghép xương.

b. Nên mổ màng cứng trước khi lấy dò vạt vì nếu lấy dò vạt ra khỏi sẽ rất khó khăn khi kiểm soát cảm màu não trong lúc mổ cứng còn nối kín.

c. Máu đầu VTSN do hở khí thì không vô trùng nhỏ ngoài ta nghĩ những nút ít gây nhiễm khuẩn hôn VTSN do hung khí. Do vậy cần làm sạch những dò vạt.

d. Nên trò kháng sinh phổ rộng (nafcilin 2g/6h nhỏ vài ngoài lớn 25mg/kg/6h nhỏ vài trẻ em; chloranphenicol 1g/6h nhỏ vài ngoài lớn 25mg/kg/6h nhỏ vài trẻ em) ngay từ ban đầu. Cần cấy vi khuẩn từ vết thương nếu giúp ích cho việc nối xương sau mổ.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛU:

1. Julian R. Youmans, M.D., Ph.D. Neurological Surgery, 1990. WB.Saunders Com-pany.
2. Mark S. Greenberg, M.D. Handbook of Neurosurgery, 1997. Greenberg Graphic Inc.
3. Setti S. Rengachary, M.D.; Robert H. Wilkins, M.D. Principles of Neurosurgery, 1988. Wolfe.

CHẤN THƯƠNG ÔU NGŨNG LỚN TUỔI I. NẾU CÓNG :

Ngôôôï lòn tuỏi (NTL) ngøy cøng taêng trên theá giòu. Moät cô cheá chaán thöông còu theá gaây nhieàu htöông toản ôu NTL, hoï caàn nhieàu quan tâm vaø ñieàu trò chuyeân bieät.

II. BEÄNH CAÛNH LAÂM SAØNG :

1. Beänh söu :

- Teu ngaõ: laø nguyeân nhaân chính cuûa chaán thöông ôu NTL.
- Ngaát xæu : lieân quan töüi caùc vaán ñeà thöù phaùt nhö loaïn nhòp tim, tuít huyeát aùp theá ñöùng, thieáu oxy, thieáu maàu, hai ñöông huyeát.
- Chaán thöông soi naõo do tai naïn giao thoâng, bò ngôôic ñaõ.
- Tieàn söu : beänh cuõ, dò öùng thuoác.

2. Khaùm beänh laâm saøng :

- Daáu hieäu sinh toản.
- Tim ñaäp nhanh do ñau, giaûm theá tích, lo söi, thuoác β còu theá laøm môø trieäu chöùng naøy.
- Caàn chuù yù : thoài hoùa vieâm coät soáng coã, thaùi döông haøm (ñaët noãi khí quaûn ôu NTL nhieàu khi raát khoù), gaõy caùc xöông (loaõng xöông) caùc vaán ñeà naøy seõ laøm NTL naêng hôn neáu sö cöu khoâng toát.

III. CHAÁN ÑOAÛN :

1. Chaán thöông ñaàu : theo doõi tri giaùc, deã sai laïc khi NTL thöông còu sa suùt trí tueä, laõo hoùa. Maàu tuï ngoaõi maøng cöùng ít còu, döüi maøng cöùng thöông còu, caàn laøm CT naõo.

2. Toản thöông coät soáng coã :

NTL thöông bò toản thöông C1 – C2 (khaùc vöüi ngôôôï treü), ñöông gaõy – nöùt khoù thaáy khi còu keøm vieâm – thoài haùo coät soáng. Caàn ñeo neip coã khi NTL than ñau coã. Laøm XQ - CT coät soáng coã.

3. Chaán thöông göic : gaõy xöông söøøn, daäp phoãi, traøn maàu, traøn khi maøng phoãi, seõ daãn nhanh töüi suy hoã haáp ôu NTL. Caàn do khi maàu ñoäng maich.

4. Chaán thöông büng :

Caàn chuù yù gaõy xöông chaäu, xöông söøøn. Theo doõi söi maát nöùc, chöüc naêng thaän, NTL còu theá còu giaûm theá tích do duøng thuoác löi tieäu.

5. Chaán thöông chænh hình :

Gaõy xöông ñuõi (lieân maáu chuyeån), xöông daõi, caùc gaõy xöông ñôn ñoäc naøy ít laøm giaûm theá tích ôu NTL.

IV. XÖÛ LYÙ CAÁP CÖU CHAÁN THÖÔNG NTL:

1. Ñaüh giaù toaøn dieän nhö caùc chaán thöông ôu caùc ñoái töüing khaùc :

- Laøm caùc xeùt nghiëam khaån caáp thöông quí, NGFL, HCT, Hb, tieäu caàu, caùc xeùt nghiëam veà ñoäng maàu, chöüc naêng gan, thaän, ñöông maàu. Ño ñeän tim, chuip XQ phoãi, khí maàu,

2. Xöü lyù khaån caáp :

a. Cung cấp n̄ūu Oxy: N̄āt n̄ōi k̄i quān, th̄ōu māu y khi PaO₂ < 60mmHg hay PaO₂ < 50mmHg

b. Duy trì h̄ūȳāt āūp th̄īc h̄ōīp, n̄ēāu h̄ūȳāt āūp giām đ̄ē ḡāy th̄īēu māu nāo, tim vāo cāūc tāīng quan trōīng, cān cho cāūc đ̄ōch cōū trōīng l̄ōōīng phān t̄ōi cao, tr̄ūȳēn hōāng cāū (giūp cung cāp n̄ūu O₂ lām giām th̄īēu māu tēa bāo_ khi Hb < 70g/l

c. Theo đ̄ōi th̄ōōng x̄ūȳēn cāūc đ̄āu h̄īēu sinh tōān, tri giāc, đ̄āu th̄ān kinh khu trūu.

d. Tiēp tūc th̄ōīc h̄īēn cāūc xēt nghīēm cān lām sāōng n̄ēā chān n̄ōān xāūc n̄ōn̄h vāo lōāī tr̄ō: XQ ngōīc, cōāt sōāng, khung chāu, sōi, CT: nāo būīng, ... n̄ēāu cān cho chūīp CT n̄ā l̄ōūp cāēt (Multiscie).

e. ch̄ūȳēn sāēn sōūc n̄āēc biēt n̄ēāu đ̄īēn tiēān nāēng cān theo đ̄ōi monitoring cāūc đ̄āu h̄īēu quan trōīng.

3. Thūōc:

Kh̄āng sinh:

Nh̄ōm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nh̄ōm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nh̄ōm Cefolosporin: Cefepim, Ceftrizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nh̄ōm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nh̄ōm Aminoglucosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kh̄āng vīēm:

Kh̄āng vīēm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kh̄āng vīēm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Gīām đ̄āu:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

D̄ạ d̄āy:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

TĀŌI LIĒĀU TH̄ĀM KHĀŪO :

1. D̄ōng Minh Mān. N̄īēu tr̄o chān th̄ōng sōi nāo nāēng. Y hōīc Thāōnh Phōā Hōā Chí Minh. Tāp 4.

2. D̄ōng Minh Mān. Hōāi ch̄ōūng tāēng āūp l̄ōīc trong sōi. Bēānh hōīc Ngōāī Thān kinh. N̄āī hōīc Y D̄ōīc Thāōnh Phōā Hōā Chí Minh. Tāp I.

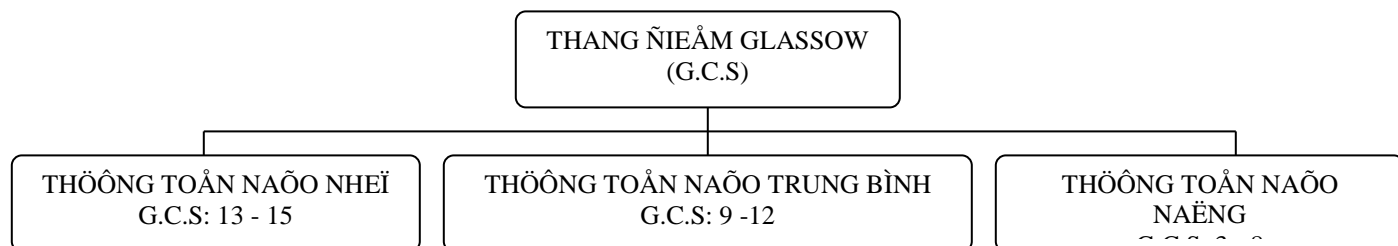
3. D̄ōng Minh Mān. Khām chān th̄ōng sōi nāo Bāōi giāūng Ngōāī khoa cô s̄ōu. Nhāō x̄uāāt bāūn Y hōīc 2001. tr̄īēu ch̄ōūng hōīc ngōāī khoa.

4. Greenberg WS. Head trauma. Handbook of neurosurgery Florida 1997.

5. Tr̄ōng Vān Vīēt. Ch̄ūȳēn n̄ēā Ngōāī Thān Kinh. Nhāō x̄uāāt bāūn Y hōīc 2002.

CÔNG TÁC NIỀM DỒI TRONG NIỀM TRÒ CHÁN THÔNG SỞ NAỖ

I. PHÂN LOẠI THÔNG TOẢN NAỖ THEO THANG NIỀM GLASSOW



II. YU NGHĨA DAAU HIEAU SINH TOẢN TRONG CHÁN THÔNG SỞ NAỖ (CTSN) :

1. Hoá háp :

- Hoá háp baát thöông trong CTSN tuyø theo möc ñoà toản thöông naõo
- + Thôu chaäm khi àùp löic trong söi baét ñàu taêng
- + Thôu nhanh, roáng khi àùp löic trong söi tieáp tuïc taêng cao
- Caùc yeâu toá khaùc aùnh höông ñeán hoá háp :
- + Roái loain bieán döông (toan houa ôu beánh tieäu ñöông) : thôu kieâu

Kussmaul.

- + Toản thöông coät soáng coả C4.

Döüi C4 : thôu khoù.

Treân C4 : lieät thaàn kinh hoaønh, ngöng thôu hoaønh toaøn.

2. Huyeát àùp :

- Haï huyeát àùp : hieám trong CTSN
- + Haï huyeát àùp vaø nhòp tim nhanh

- Giai ñoain cuoái cuúa CTSN.
- Xuaát huyeát nôi khaùc (buïng, xöông chaäu, göic, ...)

+ haï huyeát àùp vaø nhòp tim chaäm : toản thöông coät soáng coả, ñöông daãn truyeàn xuoáng cuúa heä thaàn kinh giao caùm bò caét ñöùt.

- Taêng huyeát àùp : taêng àùp löic trong söi, ñau, söi haõi

- Taêng huyeát àùp vaø nhòp tim chaäm: taêng àùp löic trong söi aùnh höông leân heä thaàn naõo.

3. Maïch :

- Chaäm : taêng àùp löic trong söi, toản thöông coät soáng coả.

- Nhanh :

+ Xuaát huyeát nôi khaù. Soác haï theá tích.

+ Thöông toản vuøng haï ñoài.

+ Giai ñoain cuoái cuúa CTSN.

4. Nhieät ñoä :

- Giaùm toản thöông vuøng haï ñoài, toản thöông sòum cuúa tuyü coả.

- Taêng : xuaát huyeát vuøng da haï ñoài, caàu naõo.

- Khi nhieät ñoä taêng 1°C, löiing oxy tieäu thuï taêng 10%, neáu nhieät ñoä taêng töø 37° (98,6°F) leân töü 40,5°C (105°F) löiing oxy tieäu thuï taêng 35%.

III. CHAÊM SOÙC BAN ÑÀU CHAÁN THÖÔNG SÖI NAÕO NAËNG

(GCS ≤ 8)

ÑIEÀU TRÒ	CAÙC CHÆ SOÁ CAÀN OẢN ÑÒNH	COÂNG TAÙC ÑIEÀU DÖÔNG
Thoâng khí cô hoïc. Oxygen 20% -	PaO ₂ :90 – 100 mmHg. PaCO ₂ : 27 – 30 mmHg. SaO ₂ : 92 - 100 mmHg.	Naêng ñàu giöông 30° Giöõ ñàu ôu vò trí thu giaøn. Giöõ thoâng ñöông thôu.

<p>40%. Taêng thoâng khí : PaCO₂ 30 – 35% Mannitol (0,25 1g/kg bolus) An thaàn Giaùm ñau</p> <p>Ngöøa ñoäng kinh Buø nöôùc Samine Theo doõi àùp löïc trong soĩ daãn löu naõo thaát neáu ICP > 20 mmHg caùc ñieàu trò khaùc - Hoãn meá barbitu – rate. - Hai nhieät. - Môu soĩ giaùi eùp.</p>	<p>MAP : 90 - 100 mmHg. CPP > 70 mmHg.</p> <p>ICP < 20 mmHg. CO : 4 – 6 L/phuët.</p> <p>CI > 30 L/phuët CVP : 8 – 10 mmHg.</p>	<p>Xoay trôu beänh nhaân moãi 2 giôø. Thôu oxy trôôùc vaø sau huët.</p> <p>Traùnh thuû thuaät Valsalva. Theo doõi thöôøng xuyeân ñáu hieäu thaàn kinh sinh toàn.</p> <p>Kieãm soaùt ho Ngaên beänh nhaân run.</p>
--	---	---

IV. CHAÊM SOÙC ÑIEÀU DÖÖÔNG ÔU BEÄNH NHAÂN CTSN COÙ KEØM ÑA CHAÁN THÖÔNG

NHÖÔNG VAÁN ÑEA CAÀN CHUÛ YÙ	ÑIEÀU DÖÖÔNG CAÀN BIEÁT	LÖÖING GIAÛ CAÙC DAÁU HIEÄU	XÖÙ TRÍ
<p>Heä thaàn kinh - CTSN naëng : meá, keøm theo daáu hieäu thaàn kinh khu truù. - Taêng àùp löïc trong soĩ. - Thoaùt vò naõo.</p>	<p>- Roái loãn thaàn nhieät. - Nguy cô toãn thöông naõo thôù phaùt. - Roái loãn caùm giaùc. - Maát phaün xaĩ töĩ veä</p>	<p>- Thaàn kinh khu truù - Taêng àùp löïc trong soĩ. - Àùp xuaát löôùt maøu naõo neáu coù ICP</p>	
<p>Heä hoä haáp - Taéc ñöôøng hoä haáp. - Thieáu oxy naõo. - Khoù thôu do xeíp</p>	<p>- Nguy cô hít ngöôic. - Roái loãn khí maàu. - Roái loãn kieäu thôu.</p>	<p>- Chöùc naêng hoä haáp. - Nghe phoái - Ghi nhaän kieäu thôu.</p>	<p>- Huët ñaøm nhòt - Lidocain. - Thôu oxy.</p>

phoải. - CTSN gây khòu thòu, thieáu oxy. - Phuø phoải do CTSN naëng.	- Nguy cô nhieãm truong.	taàn soá thòu, ho saëc. - Caän laâm saøng. - Khí màu - Công thòuc màu. - XQ ngöic - Caáy ñaøm. - Pule oxymetry.	- Chaêm soüc môu khí quaün. - Xoay trôu beãnh nhaän mỗi 2 giøø. - Quan saüt khaùm phaù caüc kieäu hoá haáp baát thòøng.
NHÖÖNG VAÁN ÑEÀ CAÀN CHUÙ YÙ	ÑIEÀU DÖÖÖNG CAÀN BIEÁT	LÖÖÖNG GIAÙ CAÙC DAÁU HIEÄU	XÖÙ TRÍ
Da - Loeüt da. - Traày nieâm maïc do ñaët NKQ	- Nguy cô nhieãm truong - Thay ñoái maøu da. - Thay ñoái tính chaát nieâm maïc.	- Daáu hieäu da	- Chaêm soüc da mỗi 4 giøø. - Xoay trôu beãnh nhaän mỗi 2 giøø. - Chaêm soüc mieäng 2 – 4 giøø. - Ghi chuù tình traïng da
Heä xöông cô : - Baát ñoäng do bieán ñoái cô vaø thòup. - Caüc tö theá baát thòøng.	- Daáu hieäu caüc baát ñoäng khaüc thòøng.	- Khòup : cöu ñoäng bieán daïng, co cöng.	- Ghi chuù caüc bieán ñoái khòup cô - Taäp VLTL. - Ñaët tö theá ñuøng - Duøng goái
Heä tieâu hoùa: - Duøng steroid : nguy cô xuaát huyeát tieâu hoùa. - Taéc ruoät. - Boun : naèm laâu, nuôi baèng dòch truyeàn, duøng Oplade trò ñau.	- Nguy cô loeüt xuaát huyeát daï daøy. - Boun. - Taéc ruoät.	- Nhu ñoäng ruoät. - Buing tröøng - Caän laâm saøng ghi chuù döi suy giaùm He-moglobin.	- Ghi chuù tình traïng phaün (màu) - Ghi chuù pH dòch ha daøy 2 – 4 giøø. - Nghe buing. - Theo döi daáu hieäu sinh toàn: xuaát huyeát.
Heä tieát nieäu sinh duïc : - Roái loaïn lööng baõi tieát nöøc tieäu. - Tieäu khoäng töi chuù beãnh nhaän meá.	- Thay ñoái söi baõi tieát roái loaïn nöøc tieäu	- Nöøc xuaát nhaäp	- Ñaët thoäng tieäu Condom. - Ghi chuù caüc daáu hieäu baát thòøng (giöø nöøc, khoá nöøc).
Bieán döøng : - Nuôi baèng ñöøng truyeàn ôu vaøi ngaøy ñaäu. - Roái loaïn dòch dieän giaüi do thay ñoái ADH, stress. - Ñaui thaø nhaüt - Roái loaïn ñieän giaüi. - Taêng ñöøng màu.	- Giaùm lööng dòch cô theá. - Thieáu huít nuôi döøng	- Balance xuaát nhaäp - Theo döi caän naëng. - Caän laâm saøng. - Hct - Lon ñoái - Ñöøng - Acvetol	- Ghi chuù lööng nöøc XQ – aáp nhaäp, VP, CPV. - Kieäm tra tyü trong nöøc tieäu 1 - 4 giøø. - Ghi chuù söc naëng cô theá mỗi tuaàn.
Taâm thaàn - CTSN coù/meá - Söi caän thieát gia ñinh ñoái vöüi beãnh nhaän.	- Lo söi - Giaùm söi hieäu bieát. - Sa suüt trí tueä	- Tìm hieäu quan heä gia ñinh vöüi beãnh nhaän tröøc vaø sau tai naïn.	- Lieän laïc gia ñinh2 beãnh nhaän giaüi thích, taío ñieäu kieän thaêm nuôi chaêm soüc.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO :

1. Döông Minh Maãn. Ñieàu trò chaán thöông soï naõo naëng. Y hoïc Thaønh Phoá Hoà Chí Minh. Taäp 4.
2. Döông Minh Maãn. Hoäi chöùng taêng aùp löïc trong soï. Beänh hoïc Ngoaïi Thaàn kinh. Ñaïi hoïc Y Döôïc Thaønh Phoá Hoà Chí Minh. Taäp I.
3. Döông Minh Maãn. Khaùm chaán thöông soï naõo Baøi giaùng Ngoaïi khoa cô sôu. Nhaø xuaát baün Y hoïc 2001. trieäu chöùng hoïc ngoaïi khoa.
4. Greenberg WS. Head trauma. Handbook of neurosurgery Florida 1997.
5. Tröông Vaên Vieät. Chuyeân ñeà Ngoaïi Thaàn Kinh. Nhaø xuaát baün Y hoïc 2002

THÔU MAÛY TRONG CHAÁN THÖÔNG SOÏ NAÕO

I./ MUÏC NÍCH:

- 1./ Ñaâm baùo oxy cho teá baøo naõo ($PaO_2 = 90 - 100$ mg Hg)
- 2./ Ñieàu trò giaùm aùp löïc noäi soï baèng caùch taêngkhí ($PaCO_2 = 25 - 30$ mmHG), tuy nhieân khi ICP giaùm caàn phaûi ñieàu chænh $PaCO_2$ trôu veà bình thöôøng ñeä traùnh gaây kieàm hoä haáp keuo daøi.

II./ CHÆ ÑÒNH

- 1./ Roái loaïn thoâng khí do taêng ICP (Aùp löïc noäi soï):
 - Nhòp thôu Cheyne – Stokes.
 - Taêng thoâng khí do toãn thöông thaàn kinh trung öông.
 - Ngöng thôu : do toãn thöông cheøn eùp naëng.
- 2./ Phuø phoái do nguyêân nhaân thaàn kinh (do chaán thöông ñeàu).
- 3./ Chaán thöông ñeàu ñi keøm chaán thöông coät soáng, ngöic, buïng:
- 4./ Ñang duøng caùc thuoác gaây öüc cheá hoä haáp (Barbiturate, an thaàn, lieät thaàn kinh – cô) :

III./ CAØI ÑAËT CAÙC THOÄNG SOÁ BAN ÑAÀU:

- 1./ Mode : A/C hay SIMV
- 2./ Tidal Volume : 10-12ml/kg
- 3./ taàn soá : 10-15 laàn/phuët. Neáu caøi öu taàn soá cao hôn chuù yù coù soï hieän dieän cuõa Auto – PEEP.
- 4./ Thôøi gian hít vaøo (1) : 1s, neáu caøi taàn soá > 15l/phuët, coù theä caøi 1<1s ñeä traùnh auto –PEEP.
- 5./ PEEP : 0-5cmH₂O möüc ñoä naøy khoâng laøm taêng ICP, tuy nhieân trong phuø phoái coù theä sôu ñuïng PEEP cao hôn ñeä caùu thieän PaO_2 .

6./ FiO_2 : 40 – 100% sao cho $PaO_2 = 90 – 100\text{mmHg}$ (sôu dưỡng FiO_2 cao trong phø phoải)

7./ Plateau pressure (àùp löic bình nguyêân) < 35, vì neáu àùp löic ñöôøng thôu cao -> giaûm àùp löic maàu ñoäng maïch, giaûm löông maàu trôu veà tónh maïch, giaûm cung löông tim -> taêng ICP.

IV./ THEO DOÏI :

1./ Khí maàu:

a./ PaO_2 : Ñieàu chænh ñeå PaO_2 ñaët 90 – 100mmHg

b./ PCO_2 : Neáu muoán taêng thoâng khí ñeå laøm giaûm ICP neân giöõ $PCO_2 = 25 – 30\text{mmHg}$ nhöng khi ICP ñaõ giaûm neân ñieàu chænh sao cho PCO_2 trôu veà bình thöôøng (35-40mmHg).

2./ Àùp löic noãi soï

3./ Pulse oxymetry and tidal PCO_2

4./ Auto – PEEP

5./ AÙp löic ñöôøng thôu trung bình, àùp löic ñænh pheá nang

6./ Nhòp tim vaø huyeát àùp.

V./ NHÖÕNG NHOÙM THUOÁC THÖÔØNG ÑÖÖIC SÔU DƯỠNG TRONG THÔU MAÛY:

1./ Nhoùm an thaàn : Benzodiazepam (diazepam, lorapam, midazolam), barbiturate, propofol.

-Taát caù caùc thuoác treân : Choáng lo aâu, gaây nguû, daõn cô, maát trí nhòu, nhöng khoâng coù taùc dưỡng giaûm ñau.

-Taát caù caùc thuoác treân (ngoài trøø midazolam vaø propofol) ñeàu öùc cheá heä tuaàn hoaøn.

-Valium vaø barbiturate coù thôøi gian baùn huýy keò daøi 1-3 ngaøy, caùc thuoác naøy hoøa tan trong môu cao, chuyeån hoùa ôu gan thaàn -> tích tuï keò daøi -> gaây aûnh höôøng xaáu (nhaát laø ôu ngöôøi gia)

-Lorazepam (Ativan) : T = 6-15h

-Midazolam (Hynocel) : T = 1h -> thöôøng ñöôic sôu dưỡng

-Propofol (Diprivan) : T<30 phuýt, thôøi gian taùc dưỡng nhanh, tuy nhieân raát ñaét tieàn vaø ñoãi khi cuõng gaây tuít huyeát àùp.

Thuoác an thaàn ñöôic sôu dưỡng ICU

	Lorazepam	Midazolam	Propofol
Khoûi ñaàu taùc ñoäng	3-5 phuýt	2-2,5 phuýt	1 phuýt
Lieàu taûi	0,05mg/kg	0,03mg/kg	0,5mg/kg
Toác ñoã truyeàn	0,5-5mg/h	1-20mg/h	0,5–3mg/kg/h
Giaù	Thaáp	Cao	Cao

2./ Nhoùm gaây lieät thaàn kinh:

-Thuoác ñeå ñieàu trò hoang töôøng : Haloperidol (HaLdol)

+2-10mg IV 2-4h

-Haloperidol gây QT kéo dài trên ECG -> nên cẩn thận sử dụng với các thuốc khác gây QT kéo dài.

3./ Nhóm thuốc giảm đau:

-Có 2 loại gây nghiện và không gây nghiện.

-Những trường hợp nặng cần thủ thuật, thuốc giảm đau gây nghiện là thuốc opioid chọn (Morphin, fentanyl và hydromorfin)

-Morphin là thuốc thông opioid sử dụng (trở trường hợp huyết não không ổn định do morphin làm phóng thích histamin gây hạ huyết áp).

-Trong trường hợp huyết não không ổn định Fentanyl là thuốc opioid chọn.

Chú ý : Sử dụng số lượng lớn và liên tục thuốc giảm đau gây nghiện có thể gây tác dụng, không dung nạp thối biến và gây viêm tụy.

Thuốc giảm đau gây nghiện dùng ở ICU

	Morphin	Fentanyl	Hidromorfin
Thời gian tác dụng	Nhanh	Rất nhanh	Nhanh
Liều tải	0,05mg/kg	1-2µg/kg	0,5mg
Toxic nếu dùng	≥4-6mg/h	≥1-2µg/kg/h	1-2mg/h
Già	Thấp	Trung bình	Trung bình

3./ Nhóm thuốc gây liệt thần kinh cơ:

-Pancuroium bromide (Pavulon)

-Vecuronium bromide (Norcuron)

-Tubocurarine chlorid (Curare)

+Các thuốc này có thể gây toàn thân da dãn thần kinh (bệnh nhân tiểu đường dùng corticoides kéo dài) gây yếu cơ kéo dài.

-Chẩn đoán các thuốc này khi thuốc an thần và thuốc giảm đau không có tác dụng.

-Trauhen sử dụng kéo dài > 24h ở những bệnh nhân nhiễm trùng hoặc suy thần hoặc sử dụng corticoides liều cao.

-Mỗi người có sử dụng với thuốc liệt tk cơ khác nhau.

Thuốc ức chế TK – cơ

	Morphin	Fentanyl	Hidromorfin
Thời gian tác dụng	Nhanh	Rất nhanh	Nhanh
Liều tải	0,05mg/kg	1-2µg/kg	0,5mg
Toxic nếu dùng	≥4-6mg/h	≥1-2µg/kg/h	1-2mg/h
Già	Thấp	Trung bình	Trung bình

TAI LIỆU THAM KHẢO :

A./ Tài liệu Việt :

1./ Lê Hoàng Hạc, thủ thuật ở bệnh nhân chấn thương sọ não. Cẩm nang nội trú hồi sức cấp cứu. BVCR-HICA 1999 : 39 –40.

2./ Lê Hoàng Hạc. Chấn thương sọ não. Những vấn đề thiết yếu trong thông khí cơ học 2002 : 139 – 144.

B./ Tài liệu tiếng Anh :

1./ Brian T Andrews the Intensive Care Management of Patients with head injury
Neurosurgical Intensive Care 1993 : 227 – 240.

2./ Marion DW, Firlik A, Mc laughlin MR, Hyperventilation therapy for severe
traumatic brain injury. New horizons 1995 : 3 : 439 – 447.

CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ Ø TUỖY SỐNG CỎ

1./ Nữ công

Chấn thương cột sống cỏ (CTCSC) và Ø tuỷ sống cỏ (TSC) là Ø một
thông toàn năng và Ø phức tạp gây tử vong cao và Ø di chứng nhiều. Nó

ñeả laïi moät gaùnh naêng cho gia ñình vaø xaõ hoãi. Nguyeân nhaân thöôøng do tai naïn lao ñoäng nhöng hieän nay taïi beänh vieän Chôi Raãy tai naïn löu thoâng chieám ña soá.

Coät soáng coả ñöôïc chia laøm hai vuøng chính: Coät soáng coả cao goàm C1 vaø C2 vaø coät soáng coả thaáp töø C3 ñeán C7. Ñoát soáng C1 khoâng coù thaân ñoát maø chæ coù cung tröôùc vaø cung sau noái vôùi nhau böüi khoái beân vaø laøm ñieäm töïa cho chuøy chaäm neân ñöôïc goïi laø ñoát doãi. Rieâng C2 gaàn gioáng vôùi caùc ñoát C3 ñeán C7 nhöng coù theâm maáu raêng laøm ñieäm töïa cho C1 xoay chung quanh neân goïi laø ñoát tröïc. Töø C3 ñeá C7 caùc ñoát soáng gaàn gioáng nhau nhöng gai sau C7 nhỏ cao nhaát.

II./ BIEÄN HIEÄN LAÂM SAØNG

Moät beänh nhaân bò (CTCSC) vaø (TSC) coù nguyeân cô ñe doïa tính maïng do suy hoâ haáp caáp, hoãi chöùng phöùng beá giao caùm coả, vaø lieät tuýy coả.

1./ Suy hoâ haáp caáp :

Beänh nhaân bò (CTCSC) vaø (TSC) coù theå bò suy hoâ haáp caáp do cô lieân söôøøn bò lieät neáu toản thöông ôû döôùi C4. Luùc naøy beänh nhaân phaûi thôø baêng buïng do cô hoaønh ñieäu khieän. Neáu toản thöông treân C4 luùc naøy beänh nhaân coù theå lieät cô hoaønh do ñoù beänh nhaân coù theå bò ngöng thôø hoaønh toaøn. Nhöõng beänh nhaân naøy maát khaù naêng ho khaïc ñaøm khieän bò ñoäng ñaøm nhöùt gaây ra vieäm phoái hoaëc xeïp phoái. Ñaây laø nguyeân nhaân thöôøng ñaän ñeán töü vong.

2./ Hoãi chöùng phöùng beá giao caùm coả :

Goàm coù caùc trieäu chöùng nhòp tim chaäm, huyeát aùp haï, lieät ruoät cô naêng, nhieät ñoä thay ñoãi luùc cao luùc thaáp, ñoäng töü co nhỏ. Hoãi chöùng naøy phaûn aùnh tình traïng toản thöông naêng vaø dö haäu xaáu.

3./ Ñöùt tuýy hoaønh toaøn:

Töø thöông toản tröü xuoáng maát taát caù caùc chöùc naêng vaän ñoäng vaø caùm giaùc. Neáu thöông toản töø C4 tröü neân beänh nhaân seõ lieät hoaønh toaøn töø chi roái loaïi hoâ haáp naêng tieân löôïng soáng mong manh. Neáu thöông toản döôùi C4 beänh nhaân chæ lieät hai chi döôùi vaø yeáu hai chi treân vaø beänh nhaân thöôøng thôø baêng buïng.

4./ Ñöùt tuýy khoâng hoaønh toaøn.

a./ Hoãi chöùng tuýy soáng tröôùc:

Toản thöông naøy chuü yeáu ôû söøng tröôùc gaây ra lieät vaän ñoäng, beänh nhaân chæ coøn caùm giaùc saâu vaø caùm giaùc baùn theå. Hoãi chöùng naøy tieân löôïng xaáu khaù naêng phuïc hoài keùm.

b./ Hoãi chöùng tuýy trung taâm:

Toản thöông töø trung taâm lan toûa ra ngoaïi bieân. Bieäu hieän laâm saøng lieät töø chi tay lieät naêng hôn chaân. Hoãi chöùng naøy thöôøng xaùy ra ôû ngöôøi bò heïp oáng soáng coả.

c./ Hoãi chöùng Browne – Sequard :

Lieät vaän ñoäng vaø maát caùm giaùc saâu cuøng beân. Nöüa thaân beân ñoái dieän vaän ñoäng bình thöðøng nhöng roái loain caùm giaùc noäng.

d./ Hoäi chöùng tuý phía sau:

Bao goàm maát caùm giaùc eùp saâu nhöng chöùc naêng khaiïc cuüa tuý bình thöðøng.

III./ CHAÂN ÑOÀUN:

1./ Khaùm thöïc theá:

Ñoái vöüi beänh nhaân tænh taùo chaân ñoàun thöðøng deã : Lieät töü chi hoaëc lieät hai chaân yeáu hai tay. Maát hoaëc giaùm caùm giaùc noäng saautöø thöðøng toãn trôü xuóáng. Caùc phaün xaï gaân xöøng vaø da ñeäu khoâng xuaát hieän. Neáu beänh nhaân hoân meä khaùm vaän ñoäng vaø caùm giaùc thöðøng khoü khaên do ñoù thöðøng phaüi kích thích ñau xem beänh nhaân coù cöü ñoäng tay chaân hay khoâng, xem beänh nhaân thöü büng hay thöü ngöïc.

2./ Chuïp X quang :

Taát caü caùc beänh nhaân hoân meä do chaân thöðøng ñeäu phaüi chuïp X quang coät soáng thaúng vaø nghiêng, chuïp coä thaúng coù haü mieäng ñeä xem maáu raêng C2. Nhöðng beänh nhaân coät soáng coä bình thöðøng nghi coù traät khöùp nheï vaø khoâng bò lieät coù theá chuïp theâm tö theá cuüi, ngöüa.

3./ CT scan : Cho pheùp xaùc ñònh ñöðic toãn thöðøng cuüa xöøng, maët khöùp, daây chaèng, ñóa deäm. Neáu chuïp da caét löùp coù theá taüi taïo hình aùnh coät soáng möät caùch roä raøng hôn.

4./ MRI : Ñöðic chuïp trong caùc tröðøng höïp toãn thöðøng möa meàm, tuý soáng, thoät vò ñóa ñeäm, maüu tuï ngoaøi maøng tuý, daäp tuý.

IV./ CAÜC THÖðØNG TOÀN:

1./ Gaõy cung C1 : Thöðøng coù caùc loaïi gaõy:

- Gaõy cung sau C1
- Gaõy khoái beân C1
- Gaõy nhieäu maûnh

Nguyeân nhaân thöðøng do teü cao. Chaân ñoàun thöðøng döüa vaøo CT scan. Ñieäu trò chuü yeáu laø neïp ngoaøi hoaëc halo.

2./ Haõy maáu raêng C2 :

Anderson vaø Dalonzo chia gaõy maáu raêng C2 thaønh 3 kieäu.

-Gaõy ñöüt choûm maáu raêng : loaïi naøy hieám vaø thöðøng laø gaõy vöðng

-Gaõy ngang chaân maáu raêng C2 : loaïi naøy thöðøng gaëp nhaát vaø laø gaõy khoâng vöðng.

-Gaõy thaân C2 : loaïi naøy thöðøng gaõy vöðng.

Kieäu I thöðøng ñöðic ñieäu trò baüo toãn. Ñoái vöüi II, III coù chæ ñònh möa khi di leänh 4-5mm gaëp goüc treän 100. Taïi beänh vieän Chöï Raýy chuùng toái thöðøng möü loaïi sau baèng caùch buoäc chæ theùp C1 vaø C2 vaø gheùp xöøng.

3./ Gaõy chaân cung C2 : Thõðøng ñõðic goã laø gaõy ngõðøi treo coã (Hangman's fracture) Lewin vaø Edwards chia laøm boãn loãii:

-Loãii 1 : Gaõy vöõng, di giõða C2 vaø C3 nhuõ hôn 3mm cô cheá luøn theo truïc, ít coù thõðøng toãn thaàn kinh.

-Loãii 2 : Coù di leäch lòn hôn 4mm, coù di leäch gaäp goüc. Thõðøng do cô cheá ðoàn truïc vaø ngõða quaù möüc. Ñãây laø loãii gaõy khoâng vöõng, ít coù thõðøng toãn thaàn kinh.

-Loãii IIA : Di leäch ít nhõng gaäp goüc traàm troïng. Ñãây laø loãii gaõy khoâng vöõng. Cô cheá chuõ yeáu laø gaäp vaø caêng ðaõn.

-Loãii III di leäch vaø gaäp goüc nhieàu. Ñãây laø loãii gaõy khoâng vöõng, thõðøng toãn thaàn kinh coù theã xaõy ra.

Ñoái vöüi kieâu 1 thõðøng ñieàu trò noãi khoa. Vöüi kieâu II, III chuùng toãi thõðøng laøm cöùng baèng neíp vít vaøo chaân cung C2 vaø khoái khõùp beân V3.

4./ Chaán thõðøng coät soáng coã thaáp.

a./ Cô cheá chaán thõðøng:

-Cô cheá cuùi

-Cô cheá cuùi xoay

-Cô cheá ðoàn truïc

-Cô cheá ngõða

-Cô cheá xuyeân thaáu

b./ Caùc loãii thõðøng toãn:

-Traät khõùp möät beân : Thõðøng do cô cheá cuùi xoay. Thõðøng ít coù thõðøng toãn thaàn kinh.

-Traät khõùp hai beân : Ñãây laø thõðøng toãn thõðøng gaäp nhaát.

-Chaán thõðøng ðaây chàeng sau:

-Gaõy nhieàu maõnh : Thõðøng do cô cheá ðoàn truïc gaây ra vaø thõðøng coù maõnh roài trong oáng soáng.

-Ngoaøi ra coøn coù caùc thõðøng toãn nhõ : gaõy maáu gai, vôõ baún soáng, gaõy maáu khõùp. Caùc thõðøng toãn naøy thõðøng nheõ vaø ít khi coù thõðøng toãn thaàn kinh.

V./ ÑIEÀU TRÒ:

Nhõng beãnh nhaân ñõðic coi laø chaán thõðøng coät soáng vaø caàn phaõi laøm chaån ñoàn vaø ñieàu trò khi :

-Beãnh nhaân coù chaán thõðøng traàm troïng.

-Beãnh nhaân hoãn meâ

-Coù ñau vuøng coät soáng coã beãnh nhaân thôõ buïng.

1./ Caáp cõu nõi xaõy ra tai naïn:

-Coá ñõnh coã beãnh nhaân baèng neíp coã cöùng, hoæc tuõi caùt, naèm trên maët phaúng cöùng.

-Giỗ huyết àp oản ñhnh : dopamine thồøng ñöøc khuyên duøng.
Truyeàn dòch neáu caàn thieát.

-Giỗ thoâng ñöøng thôu, thôu O₂.

-Khaùm nhöøng ñoäng taüc ñhnh giaün nhö cöu ñoäng tay chaân.

2./ Taii phoøng caáp cöu:

-Coá ñhnh : Baát ñoäng laii coá baèng neip coá cöøng chuyên duøng,
naèm treân neäm choáng loeùt.

-Giỗ huyết àp > 90mmHg tuøy theo nguyên nhaân shock maø ñieàu
trò.

-Thoâng khí toát, neáu khoù thôu cho ñaët noãi khí quaün vaø cho thôu
maùy hoã tröi:

-Ñaët caüc oáng thoâng nhö thoâng tieâu, thoâng dai daøy, hoaëc oáng
thoâng haäu moân neáu chöøng buïng.

-Khaùm ñaünh giaù laii thaàn kinh.

3./ Vieác söu duïng Methylprensilon:

Vieác söu duïng Methylprensilon ñöøc ñeà nghò söu duïng trong 8 giøø
ñààu sau chaán thöøng. Lieàu khöui ñààu laø 30mg/kg truyeàn tænh maïch. Sau
ñöu 5,4mg /kjg moãi giøø trong lieân tuïc 23 giøø. Tuy nhieân cuøng coù moät soá
bieán chöøng nhö xuaát huyết tieäu hoùa.

4./ Ñieàu trò phaâu thuaät:

a./ Muïc ñích:

-Laøm cho coät soáng vöøng chaéc.

-Taïo ñieàu kieän phuïc hoài thaàn kinh

-Taïo xoay tröi vaø taáp vaät lyù trò lieäu söùm

b./ Thôøi gian phaâu thuaät:

Nhöøng beänh nhaân caàn moá söùm.

-Trieäu chöøng thaàn kinh ngaøy caøng naèng theâm.

-Caüc gaøy traät nhieàu nhöng khoâng coù trieäu chöøng thaàn kinh.

c./ Keuø naén coät soáng coá:

-Coù nhieàu loaïi duïng cuï ñeã keuø coät soáng coá nhöng hieän nay taii
beänh vieän Chöi Raãy chuùng toãi chæ duøng moüc Gradner. Loaïi naøy coù öu
ñieãm bieân ñöa roäng, khoâng phaui khoan soï, khoâng bò söùt, keuø ñöøc troïng
löøng lòùn.

-Thôøi gian keuø : Coù theã keuø nhanh, vaø theâm ra, vaø kieám tra treân
X quang moãi 10 ñeán 15 phuùt. Hoaëc keuø vöui thôøi gian laâu vaø chuip kieám
tra nhieàu laàn.

d./ Ñieàu trò phaâu thuaät trong chaán thöøing coät soáng C3-C7:

-Ñöøng môu loái tröøuc : caët boù thaân soáng bò vöø, dóa ñeäm. Gheùp
xöøng chaäu töi thaân vaøo choã xöøng bò caët boù. Duøng neip vaø vít ñeã coá
ñhnh maünh xöøng gheùp.

-Nỗõøng moả phía sau: Thõõøng nõõõic chæ ñõnh cho caùc loãii gaõy traät vaø caàn phaõii naén laõii caùc traät khõuøp. Coù nhieàu loãii neõp vaø vít khaùc nhau ñeã coá ñõnh vaø xu hõõøng thõõøng vaø baét vaøo chaân cung.

e./ Thuõc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglucosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

VI./ SAÊN SOÙC BEÄNH NHAÂN (CTCSC) VAØ (TSC)

-Choáng loeùt : Naèm giõõøng naèm neãm choáng loeùt, xoay trõu beãnh nhaân, thay ñõải caùc ñieãm tì.

-Choáng nhieãm trøøng tieäu: Thoâng tieäu moät caùch voâ trøøng, röüa baøng quang vaø thay thoâng tieäu moãi tuaàn.

-Caùc bieán chõøng nõõõøng tieäu hoùa : Ñæät thoâng ãi ãaày hay thoâng haäu moân neáuu coù chõõøng buõng.

-Choáng teo cô cõøng khõuøp baèng caùch taäp vaät lyù trò lieäu sõøm.

-Cheá ñõã ãunh ãõõõøng ñãày ñuõ, nhieàu calo vaø vitamin.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO:

1./ Clark K. Injuries to the cervical spine and spinal cord Yumams J.R, Neurogycal Surgery, Phyladelphia, W.B Saunder company 1982 2318-2337

2./ Greenberg M.S spine injuries, in handbook of neurosurgery Fourth editon Vol – ume II 1997, 754-784

3./ Perin N.I and Cooper P.R Posterior Stabilization of the Cervical Spine Using Pate and Crew, In : Surgery for spinal cord inhuries Raven Press 1993, 113 – 122.

4./ Sonntag V.KN Management of upper cervical spinal instability, in Winkins R H. Neurosurgery, New york, Mc grow Hill 2915 – 2926.

5./ Sybert G.W Management of lower cervical spinal instability, in Winkins R H. Neurosurgery, New york, Mc grow Hill 2915 – 2926.

6./ Yashon D. Fracture of the upper cervical spine inhuries in spinal traumaconnecti-cus 1986 p.133-168.

7./ Yashon D. Fracture of the lower cervical spine inhuries in spinal traumaconnecti-cus 1986 p.185-208.

TAËNG AÙP LÖIC NOÄI SÖI

I./ ÑÒNH NGHÓA:

Theå tích chöua cuua hoäp söi ôu ngöôøi tröôung thaønh xaáp xæ 1800cc, trong ñoù 80% theå tích laø naõo boä vaø dòch môa keõ, màu (ñoäng maïch va tónh maïch) vaø dòch naõo tuýy (DNT) möi phaàn chieám khoaúng 10%.

Dòch naõ tuýy coù theá thoát chuyeán veà khoaún döõuì maøng nheán trong óáng soáng, màu coù theá ñoá vaø caùc xoang tænh maích. Trong khi ñoù, thaønh phaàn naõ khoaúng theá doán chuyeán. Khi kaù naêng buø khuyeát theá tích cuõa mình vaø DNT ñeán giõuì haïn, baát cõu nguyêân nhaân choaùn choã, chieám theá tích trong hoáp soĩ seõ gaây taêng aùp löïc noãi soĩ (ALNS) (Hoïc thuyeát Monro – kellie, hình 1).

Aùp löïc noãi soĩ ôu ngõõõi trööõng thaønh ñööõic xem bình thööõng khi ôu möüc döõuì 10-15mm Hg. ALNS coù theá thay ñoái theo tuoái (treù em < 10 tuoái, ALNS bình thööõng trong giõuì haïn 3-7 mmHg) vaø tö theá ôu ngõõõi bình thööõng.

Hình 1 : Hoïc thuyeát Monro – kellie

II./ TIEÁU CHUAÁN CHAÁN ÑOÀUN:

1./ Laâm saøng : Beánh caùnh cuõa hoãi chöùng taêng aùp löïc noãi soĩ.

a./ Tri giaùc : Taêng ALNS luôn gaây suy giaùm veà tri giaùc.

b./ Nhöüc ñaàu : Thööõng khoaúng khu truù hoaëc taáp trung vuøng traùn hay chaám.

c./ Noân vaø buoàn noân : Thööõng gaëp trong taêng ALNS

d./ Phuø gai : Trong taêng ALNS maõn tính. Xuaát huyeát voøng maïc coù theá gaëp trong taêng ALNS caáp vaø chæ ñieám aùp löïc taêng cao.

e./ Thay ñoái nhòp thôù vaø roái loaïn maích (chaám) huyeát aùp (taêng) laø nhöõng trieäu chöùng cuõa taêng ALNS.

1./ Caùc trieäu chöùng khoaùc : Caùc trieäu chöùng chöüc naêng khoaùc coù theá keøm theo tuýy nguyêân nhaân.

2./ Caán laâm saøng

a./ X quang soĩ : daáu baøo möøn löng yeân, daáu aán ngoùn tay, thööõng ôu trööõng hoïp maõn tính.

b./ Maích naõ ñoá : Khoaúng coøn laø choïn löia ñeá chaán ñoàun. Tuy nhieân coù theá cho thaáy tuaàn hoaøn maích màu, döøng chaùy chaát caùn quang trong maích màu chaám ; thaønh maích màu heïp vaø caùc daáu thoát vò naõu giaùn tieáp.

c./ CT : Chính xaùc, nhanh choùng vaø an toaøn. Coù theá thaáy daáu phuø naõ lan toúa : heá thoáng naõ thaát bò cheøn heïp hoaëc daõn nôù ; raõnh naõ vaø beá DNT quanh thaân naõ bò xoua, ñoái khi coù theá xuaát hieán daáu noãi màu thuýy chaám.

d./ MRI : Boá sung cöøng CT scan trong chaán ñoàun xaùc ñoành vaø nguyêân nhaân. Tuy nhieân, MRI bò giõuì haïn trong nhöõng tình huoaúng khoaù caáp, hoaëc khi ngõõõi beánh coù mang nhöõng thieát bò hoã tröi soĩ soáng cuõa ICU.

e./ Thieát bò ño vaø theo doõi taêng ALNS : Veà cô cheá coù hai loaõi thieát bò : xuyeán qua da; vaø caáy döõuì moá. Moãi loaõi coù nhöõng öu khuyeát ñieám rieâng.

Thiết bò xuyêân qua da ño ALNS trong naõo thaát : ñôn giaân, chính xaüc vaø coù theá keát hôïp ñieàu trò nhõ thaòo boù DNT, laáy DNT ñeã thõu, bõm caân quang chaån ñoàùn, bõm khaùng sinh ñeã ñieàu trò.

Thiết bò caáy ñaët döõuùi moà : döõuùi maøng cöùng, döõuùi maøng nheãn.

III./ ÑIEÀU TRÒ:

ALNS trên 15-20mmHg nên xüüc tieán ñieàu trò. Taêng ALNS seõ laøm beãnھ caânھ laâm saøng xaáu ñi nhanh choùng. Khi ñaõ xaüc ñõnh coù taêng ALNS caàn nhanh choùng ñaùnھ giaù toaøñ dieãn ñeã xaüc ñõnh nguyêãn nhaãn vaø ñieàu trò thích hôïp ngay.

Ñieàu trò taêng ALNS cô baùn bao goàm caüc vaán ñeã sau:

1./ Ñieàu trò toáng quaùt:

a./ Caân baèng nöõüc ñieãn giaù : Trong möüc ñoã caàn thiết vòuì mức ñích ñeã ñaùnھ baùo huyeát aùp vaø aùp löïc töõuùi maùu toái thiết.

b./ Thuoác hai soát vaø giaùm ñau : acetaminophen laø thuoác ñöõc duøng.

c./ Choáng co giaät, ho

2./ Ñieàu trò laøm giaùm ALNS:

a./ Naâng cao tö theá ñaùu : ñaùu naâng cao ôu tö theá 30 – 40 ñoã trên möüc tim.

b./ Taêng khaùng khí:

Taêng khaùng khí coù theá thay ñoã PaCO₂ seõ taüc ñoäng höõu hieäu laøm giaùm phø naõo. Duy trì PaCO₂ ôu möüc 25-30mmHg coù theá giaùm ALNS möät thõuì gian ngaén. Tuy nhieãn PaCO₂ quaù thaáp laøm giaùm löõ löõng chaùy cuà maùu trong noãi söi döõuùi möüc chuaån seõ taüc düng ngõõc gaây taêng ALNS.

Khi kieãm soaùt taêng thoâng khí keò daõi, caàn cho daõn cô nhõ : pancuronium bro mide (Pavulon) vòuì lieäu 2-4mg tieãm maìch möã 1-2 giõuì. Caàn ñaùnھ giaù laõ laâm saøng tröõüc khi tieáp tuïc daõn cô.

c./ Daõn löõ naõo thaát:

Laø phõõng phaùp ñõn giaân, höõu hieäu vaø nhanh choùng ñeã laøm giaùm ALNS. Keát hôïp vòuì thiết bò theo döõi thoâng soá ALNS.

Caàn thõic hieãn keát hôïp vòuì taêng thoâng khí, khi taêng thoâng khí ñõn thuaàn khaùng taõo giaùm ALNS röõ reät. Chæ nên thoaùt löõ DNT vòuì soá löõng nhuõ vaø laõp laõi tuõy chæ soá ALNS.

d./ Duøng taüc nhaãn thaãm thaáu :

Duøng dung dòch öu tröõng khí hai phõõng phaùp daùu khaùng keát quaù.

Hieäu quaù nhanh nhõng khaù duy trì laâu, ñeã gaây roái loãn ñieãn giaù.

Dung dòch öu tröõng phoã bieãn ñöõc söü düng : Manitol 20% vòuì lieäu 0,5 – 2,0 mg/kg caân naèng. Truyeãn töñh maìch nhanh, coù theá laõp laõi sau 3-5 giõu khi caàn thiết.

e./ Löiì tieäu : Furosemide

Coù taüc düng giaùm ALNS khi duøng keát hôïp vòuì Manitol.

Lieàu duøng 1 mg/kg cân naëng, tieâm tónh maïch nhanh, coù theá taïo laäp laïi sau 6-12 giôø.

f./ Corticosteroids :

Coù taùc duïng roõ raøng choáng phuø naõo trong u naõo nhöng vaãn coøn baøn caõi trong taêng ALNS do chaán thöông.

Thuoác thöôøng duøng : Dexamethasine 6-20mg, tieâm tónh maïch, coù theá laäp laïi sau moãi 6 giôø vôùi lieàu 4-6 mg. Hoaëc methylprednisolone 60mg, tieâm tónh maïch, coù theá laäp laïi sau moãi 6 giôø vôùi lieàu 20 – 25mg.

g./ Thuoác nguû lieàu cao:

Pentobarbital laø thuoác thöôøng duøng ñeå laøm giaûm ALNS.

Lieàu duøng : 3-10mg/kg cân naëng truyeàn tónh maïch trong 0,5-3 giôø duy trì böôù lieàu 0,5-3mg/kg/giôø.

h./ Nguø saâu baèng thuoác gaây meá :

Giaûm toái thieáu nhu caàu chuyeån hoùa naõo.

Thiopental laø thuoác choïn löïa Propofol cuõng chöùng minh coù keát quaû cao.

3./ Ñieàu trò nguyêân nhaân ngoaïi khoa:

Giaûi quyêát caùc nguyêân nhaân ngoaïi khoa gaây taêng ALNS nhö : U naõo, maùu tuï noãi soï, daõn heá thoáng naõo thaát.

4./ Môù soï giaûi aùp:

Laø moät phöông phaùp can thieäp ngoaïi khoa ñöôïc choïn löïa hoaëc keát hoïp vôùi ñieàu trò nguyêân nhaân ngoaïi khoa, khi tình traïng phuø naõo naëng neà nhöng tình traïng taêng ALNS khoâng caûi thieän roõ raøng caùc phöông phaùp ñieàu trò treân.

TAÏI LIEÄU THAM KHAÛO:

1./ Setti S.Rengachary, Derek A. Duke Increased Intracranial Pressure. Cerebral Edema, and Brain herniation. In Principles of Neurosurgery by S.S rengachary and R.H.Wikins, Wolfe Publishing 1994.

VEÁT THÖÔNG DA ÑAÀU

I./ MÔÙ ÑAÀU

Da ñaàu laø moät caáu truùc ñaëc bieät goàm da, cô vaø cân. Noù phuû treân xöông soï chöùa khoaùng 100.000 soïi toùc. Do da ñaàu laø lòùp naèm naâng beân ngoaøi, neân noù deã bò toản thöông nhaát böôù caùc taùc ñoäng vaät lyù, hoùa hoïc. Toản thöông da ñaàu coù theá laø veát raùch nheï cho töù loùc toaøn boá da ñaàu. Trong baøi vieát naøy chuùng toái chæ ñeå caäp ñeán veát thöông da ñaàu sau chaán thöông.

II./ GIAÛI PHAÛU DA ÑAÀU:

1./ Caáu truùc da ñaàu:

-Da ñààu traùi daøi töø gôø trên ñeán hoác maét ñeán ñöðøng gaùy döùu. Bên ngoaøi, nõu lan töuì gòc tieáp giaùp giöða tay vaø ñààu. Tòuc phuù toaøn boã trên ñààu ngoaïi tröø phaàn traùn trööùc.

-Da ñààu coù 5 lòup: 1/ lòup da daøy; 2/ lòup caân döùu da; 3/ lòup Gelea; 4/ mô loùng leùo döùu da; 5/ lòup maøng xöøng. Ba lòup trên dính chaët vöuì nhau thaønh möät khoái. Döùu lòup Gelea laø mô loùng leùo, lòup naøy deã taùch taïo thaønh maúng lòc da ñààu. Lòup trong cuøng laø lòup maøng xöøng dính chaët vöuì xöøng soï ñaéc bieät laø ôu caùc khöùp soï.

2./ Maïch maàu nuoaï:

-Maïch maàu töuì nuoaï da ñààu laø nhöøng nhaùn cuûa heã ñöäng maïch caùnh trong vaø ñöäng maïch caùnh ngoaøi. Coù 5 nhaùn chính ñi vaøo möái bên cuûa da ñààu, chuèng thoàng noái töi do vöuì nhau vaø vöuì bên ñoái dieän.

-Phaàn trööùc cuûa da ñààu ñöôïc cung caáp böuì nhaùn cuûa ñöäng maïch trên oã maét vaø nhaùn traùn cuûa ñöäng maïch maét. Nhöøng maïch maàu naøy ñi qua gôø trên oã maét vaøo cô traùn vaø cung caáp cho da ñààu vuøng traùn.

-Phía thaùi döøng vaø phaàn ngoaøi da ñààu ñöôïc nuoaï böuì ñöäng maïch thaùi döøng noàng.

-Phaàn sau ñöôïc cung caáp böuì hai nhaùn cuûa ñöäng maïch caùnh ngoaøi laø ñöäng maïch chaãm vaø ñöäng maïch tai sau.

-Sau khi ñi vaøo da ñààu, caùc ñöäng maïch taïo thaønh möät maúng löùu maïch maàu ñi qua phaàn cao nhaát cuûa da ñààu. Nhöøng maïch maàu naèm ngay trên galea.

3./ Thaàn kinh:

Caùm giaùc da ñààu ñöôïc chi phóái böuì nhaùn cuûa thaàn kinh V ñi ra trööùc vaø reã sau cuûa thaàn kinh coã. Phía trööùc ñöôïc chi phóái böuì thaàn kinh trên oã maét vaø nhaùn trên roøng roïc cuûa thaàn kinh V. Phaàn sau ñààu ñöôïc chi phóái böuì thaàn kinh chaãm lòun vaø chaãm beù vaø phaàn thaàn kinh tai lòun laø nhaùn cuûa reã sau töø C2 ñeán C4. Phaàn dính cuûa caù hai bên ñöôïc chi phóái böuì thaàn kinh thaùi döøng goø maù laø nhaùn haøm trên cuûa thaàn kinh V.

III./ CAÙC DAÏNG TOẢN THÖÔNG DA ÑÀÀU VAØ PHÖÔNG PHAÙP ÑIEÀU TRÒ

1./ Raùch da ñààu:

-Raùch da ñöðøng thaúng nhuù → deã soùt tòuc dính, di vaät bên döùu ñöðøng raùch

+Neáu galea coøn nguyeân, galea coù khuynh höðøng co laïi, caùc maïch maàu naèm ôu caùc lòup caân cô döùu da khoàng co laïi → chaùy maàu nhieàu.

+Galea bò raïch lòup caân cô naøy co laïi gaây go co thaét maïch maàu. Do ñoù chaùy maàu ít hôn.

+Ñieàu trò: Neáu khoàng coù beã soï bên döùu + raùch ñöðøng thaúng nhuù → baêng eùp taïi choã

Raùch da roäng → caàm màu + laøm saích + khaâu döôùi gaây tê taiĩ choã
→ lờp döôùi da khaâu khaâu baèng chæ thieâu, lờp galea neân khaâu laiĩ neáu
coù theã, lờp döôùi da ñöôic khaâu baèng chæ nylon. Khaâu ñeã 7 – 10 ngaøy sau
mòui caét chæ.

Caùc phöông phaùp ñeã taùi taìo da ñaàu:

+Khaâu da sôùm : raùch ñôn giaân khoâng nhieãm truøng

+Khaâu da muoän:

+Laønh thòu phaùt: raùch roäng vaø saâu tòui maøng xöông → khaâu tuøm
moät phaàn veát thöông, phaàn coøn laiĩ chöø leân moâ haít

+Gheùp da töi theân daøy: maát moâ döôùi da roäng + maøng xöông coøn
nguyeân

+Xoay vaít da: maát moâ döôùi da roäng + raùch maøng xöông

+Duøng maùng da coù cuoáng (cô thang, cô thaùi döông ...) : khi vaít da
khoâng ñuù

+Caáy moâ töi thaân (da, cô ...)

2./ Lòc da ñaàu:

-Gaëp trong tröôøng hoïp phaàn toüc bò keuo vuông goüc

-Ñieàu trò:

+Khuyeát nouù thì xoay moät hay nhieàu vaít da

+Thænh thoaùng, phaùi raích galea song song treân maét döôùi cuoáng da
ñeán trüic cuùa lờp da ñöôic keuo leân ñeã laøm vaít da roäng ra deã keuo

+Chuyeån ñoãi vaít da (Replantation)

3./ Thuóc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion
400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol
250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftrizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g,
Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

IV./ VAÁN ÑÈÀ ÑIEÀU TRÒ KHAÙNG SINH VAØ CHAÊM SOÙC VEÁT THÖÔNG

Neáu vieäc chaêm soùc veát thöông toát ngay töù giai ñoài ban ñàu vaø khaâu da sôùm trên veát thöông saéc goïn vaø saïch thì vieäc duøng khaùng sinh seõ ñöôïc haïn cheá ñàng keå veà lieäu löôïng, loaïi khaùng sinh vaø soá ngaøy ñieàu trò.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛU

1./ Levin L.S Scalp injuries. Neurosurgery, Second Editon, Volume II, Chapter 269, p 2727.

CHAÁN THÖÔNG COÁT SOÁNG NGÖÏC VAØ THAÉT LÖNG

I./ ÑÒNH NGHÓA

Chaán thöông coát soáng ngöïc vaø thaét löng laø caùc tröôøng hôïp chaán thöông taùc ñoäng lên caùc thaønh phaàn cuûa coát soáng vaø/hoaëc tuý soáng, chuøm ñuoài ngöia vaø caùc reã thaàn kinh töø ñoát soáng ngöïc 1 ñeán heát ñoát soáng thaét löng 5.

II./ PHAÂN LOAÏ

1./ Phaân loaïi theo kieäu chaán thöông:

-Teu cao : rôï töø trên cao xuoáng.

-Tröïc tieáp : Löïc chaán thöông taùc ñoäng tröïc tieáp vaøo coát soáng.

-Giaùn tieáp : Löïc chaán thöông taùc ñoäng lên coát soáng thoâng qua caùc boä phaän khaùc cuûa cô theá.

2./ Phaân loaïi theo cô cheá:

-EÛp doïc trüic : löic taüc ñoäng doïc theo trüic cuüa coät soáng.

-EÛp beân : löic taüc ñoäng vaø moät beân cô theå doïc theo chieàu daøi cuüa coät soáng.

-Cuùi : löic taüc ñoäng theo hööùng ñaây phaàn trên cuüa coät soáng gaáp ra trööüc xung quanh moät taâm naèm ôü phía trööüc coät soáng.

-Cuùi xoay : löic taüc ñoäng vöøa laøm xoay moät phaàn cuüa coät soáng quanh trüic cuüa noù, vöøa ñaây phaàn naøy cuùi gaáp ra trööüc.

-Ngöüa: löic taüc ñoäng theo hööùng ñaây phaàn trên cuüa coät soáng ngöüa ra sau.

-Caét : hai löic theo phöông naèm ngang so vöüi cô theå ngöôic chieàu nhau cuøng nhau taüc ñoäng lên moät khu vöïc cuüa coät soáng.

3./ Phaân loaïi maát vöõng theo Dennis:

-Maát vöõng ñoä I (maát vöõng cô hoïc) khi coù trong caùc ñieän sau : (1) 2 trong 3 coät bò toản thöông, (2) thöông toản coät giöõa coù maûnh rôøi, (3) caùc thöông toản coù nguy cô gaây bieán daïng coät soáng sau naøy.

-Maát vöõng ñoä II (maát vöõng thaàn kinh) : caùc chaán thöông coù thöông toản thaàn kinh.

-Maát vöõng ñoä III (maát vöõng cô hoïc – thaàn kinh) : vöøa coù maát vöõng cô hoïc, vöøa coù maát vöõng thaàn kinh.

4./ Phaân loaïi toản thöông coät soáng theo Dennis:

-Gaõy luùn: Chæ gaõy thaân soáng ôü phaàn coät trööüc.

-Gaõy nhieäu maûnh : gaõy thaân soáng qua coät trööüc vaø coät giöõa, coù theå coù traät khöùp phía sau keøm theo.

-Gaõy traät : gaõy qua caù 3 coät, caù thaân soáng vaø cung sau.

-Gaõy dây ñai : do cô cheá cuùi caêng gaây ra, gaõy qua caù ba coät.

5./ Phaân loaïi toản thöông tuý soáng :

-Thöông toản tuý hoaøñ toaøñ : maát toaøñ boä chöùc naêng thaàn kinh beân döùu möïc cuüa thöông toản trong khi coù phaün xaï haøñ hang.

- Thöông toản tuý khoâng hoaøñ toaøñ : coøn laïi moät soá chöùc naêng thaàn kinh ôü khu vöïc beân döùu cuüa thöông toản, taáp höïp thaøñh moät soá hoäi chöùng.

a./ Hoäi chöùng thöông toản tuý trung taâm : suy giaûm vaän ñoäng ôü phaàn trên nhieäu hôn phaàn döùu.

b./ Hoäi chöùng thöông toản tuý trööüc : giaûm hoaëc maát vaän ñoäng, coøn caûm giaùc eùp saâu vaø caûm giaùc baùn theå.

c./ Hoäi chöùng thöông toản tuý sau : coøn vaän ñoäng, maát caûm giaùc ñau saâu, caûm giaùc eùp saâu vaø caûm giaùc baùn theå.

d./ Hoäi chöùng thöông toản tuý beân : giaûm hoaëc maát vaän ñoäng cuøng beân, giaûm caûm giaùc ñau vaø caûm giaùc nhieät ñoä beân.

-Ñaùnh giaù thöông toản tuý baèng thang ñieäm Franket:

a. A: maát hoaøñ toaøñ caûm giaùc vaø vaän ñoäng

b. B: caûm giaùc coøn, maát vaän ñoäng

- c. C: caùm giaùc coøn, vaän ñoäng giaùm, söüc cô döôùi hoaëc baèng 3/5
- d. D: caùm giaùc coøn, vaän ñoäng giaùm, söüc cô trên 3/5
- e. E: bình thöôøng hoaøn toaøn

III./ CAÁP CÖÜU BEÄNH NHAÂN CHAÁN THÖÔNG COÄT SOÁNG:

-Nguyeân taéc caáp cöüu: Taát caù nain nhaân khoâng chöùng minh ñöôïc laø khoâng bò chaán thöông coät soáng thì vaän phaûi ñöôïc xem laø coù bò chaán thöông coät soáng.

-Choáng shock vaø baùu toàn caùc chöùc naêng soáng.

-Baát ñoäng võõng chaéc khi di chuyeån.

-Baùu veä teá baøo tuýy soáng : söü duïng Methylprednisolon tieâm toán maïch cho beänh nhaân tröôùc 8 giôø sau chaán thöông: toäng coäng 24 lieàu, möái lieàu caùch nhau 1 giôø, lieàu ñaàu 300mg/kg, caùc lieàu sau 5,4mg/kg.

IV./ HÖÖÜNG ÑIEÀU TRÒ:

-Nguyeân taéc ñieàu trò:

a. Naén thaúng laïi coät soáng.

b. Ngaên ngöøa söi maát chöùc naêng caùc mô thaàn kinh chöa bò huýy hoaii.

c. Taïo kieàu kieän cho söi phuïc hoaii cuûa heä thoáng thaàn kinh.

d. Taùi taïo vaø giöõ võõng söi oån ñònh cuûa coät soáng.

e. Taïo ñieàu kieän ñeä phuïc hoaii chöùc naêng söùm.

-Caùc tröôøng hôïp gaõy võõng : Caùc tröôøng hôïp gaõy võõng thöôøng chæ caàn baát ñoäng ngoaøi baèng neïp löng. Sau giai ñoain caáp cöüu ban ñaàu, beänh nhaân caàn ñöôïc naèm nghæ vaø vaän ñoäng nheï töø 8 ñeán 12 tuaàn.

-Caùc tröôøng hôïp gaõy khoâng võõng: caàn ñöôïc baát ñoäng. Phöông phaùp baát ñoäng coù hieäu quaù nhaát laø möa laøm cöùng coät soáng.

PHAÙC ÑOÀ ÑIEÀU TRÒ CHAÁN THÖÔNG COÄT SOÁNG

1./ Chaán thöông coät soáng coã cao:

a. Gaõy C1: baát ñoäng halo 3 thaùng

b. Gaõy maáu raêng C2:

-Kieäu I : baát ñoäng halo 3 thaùng.

-Kieäu II vaø kieäu III coù di leäch : Möa gheùp xöông laøm cöùng C1 – C2.

-Kieäu III khoâng di leäch : baát ñoäng baèng halo, sau 6 tuaàn göõ halo vaø chuiùp coät soáng coã ñoäng. Neáu võõng : tieáp tuïc baát ñoäng halo 6 tuaàn nöõa, neáu khoâng võõng : möa gheùp xöông laøm cöùng C1 – C2.

c. Gaõy chaân cung C2:

-Kieäu I: baát ñoäng halo 3 thaùng.

-Kieäu II vaø IIA : naén vaø baát ñoäng baèng halo, sau 6 tuaàn göõ halo vaø chuiùp coät soáng coã ñoäng. Neáu võõng : tieáp tuïc baát ñoäng 6 tuaàn nöõa, neáu khoâng võõng : möa laøm cöùng baèng vít chaân cung C2.

-Kieáu III : moả laøm cöùng baèng vít chaân cung C2.

d. Traät khòup chaân ñoài vaø baùn traät C1 – C2 : Moả giaûi eùp, gheùp xöông vaø laøm cöùng chaâm – coả.

2./ Chaán thöông coät soáng coả thaáp :

a. Chaán thöông nheï, vöõng : neïp coả meàm 3 ñeán 6 tuaàn.

b. Chaán thöông daây chaèn sau:

-Di leäch gaäp goùc treân 11^0 : moả laøm cöùng khòup theo Roy Camille.

-Di leäch gaäp goùc döôùi 11^0 : chuïp coät soáng coả ñoäng. Neáu di leäch treân 11^0 : moả laøm cöùng khòup theo Roy Camille. Neáu di leäch gaäp goùc döôùi 11^0 : baát ñoäng baèng neïp coả cöùng 3 thaùng.

c. Traät khòup vaø gaõy traät : keuo naén coät soáng coả baèng mouc Gardner, sau ñoù moả laøm cöùng khòup theo Roy Camille.

d. Gaõy nhieàu maûnh thaân ñoát soáng : Moả caét thaân soáng, gheùp xöông, coả ñình neïp vít loái tröôùc.

e. Cou thöông toản tuý soáng, khoâng thöông toản coät soáng.

-Chuïp coäng höôùng töø.

-Daây tuý ñôn thuaàn : baát ñoäng neïp coả cöùng 6 tuaàn. Cheøn eùp töø phía tröôùc do vôõ ñóa ñeäm : laáy ñóa ñeäm loái tröôùc. Cheøn eùp do daây chaèn vaøng töø phía sau : moả caét baùn soáng giaûi eùp. Heïp oáng soáng coả treân 3 ñoát soáng : moả loái sau taïo thaønh hình baùn soáng.

3./ Chaán thöông coät soáng ngoïc vaø thaét löng:

a. Gaõy vöõng : Neïp löng vaø naèm 6 ñeán 8 tuaàn, vaän ñoäng nheï töø 8 ñeán 12 tuaàn.

B. Gaõy khoâng vöõng :

-Gaõy cuõ (sau 2 tuaàn) cou cheøn eùp tuý : Moả giaûi eùp vaø laøm cöùng loái tröôùc.

-Caùc tröôøng hôïp khaùc : laøm cöùng khòup loái sau theo Steffee. Neáu cou cheøn eùp tuý : giaûi eùp baèng naén thaúng coät soáng vaø caét baùn soáng.

PHAÛC ÑOÀ CAÁP CÖÛU BAN ÑÀÒU CHAÁN THÖÔNG COÄT SOÁNG

1./ Ñaùnh giaù vaø oản ñình sinh toản:

-Thoâng ñöôøng thôû : huët ñaøm nhòt, laáy dò vaät.

-Kieám soàt vaø hoã tröï hoã haáp : giuùp thôû hoaëc thôû O_2 .

-Kieám soàt vaø hoã tröï tuaàn hoaøn : caàm màu, choáng soác, duy trì huyeát aùp tâm thu treân 90mmHg.

-Ñaùnh giaù tình traïng tri giaùc (thang ñieãm tri giaùc Glasgow), tình traïng thaàn kinh (thang ñieãm Frankel) vaø toaøn boã caùc thöông toản keøm theo.

2./ Baát ñoäng :

-Ñoái vôi coät soáng coả : neïp coả cöùng (kieáu Philadelphia, hai maûnh tröôùc sau).

-Ñoái vôi coät soáng ngoïc vaø thaét löng : ñaët vaø coả ñình beãnh nhaân treân vaùn cöùng.

-Ñäet beänh nhaân (vaø caù vaùn cöùng neáu coù) leân baêng ca cöùng coù neäm moùng.

-Chæ di chuyeån beänh nhaân treân baêng ca cöùng khi coù theå kieám soaùt ñöôïc sinh toàn.

3./ Ñieàu trò caáp cöùu ban ñaàu:

-Thôu O₂ neáu coù thöông toån tuý: Giuùp thôu neáu kho thôu hoaëc ngöng thôu.

-Neáu thöông toån tuý soáng : söù duýng Methylprednisolon (tröôùc 8 giôø sau tai naïn : 30mg/kg lieàu ñaàu, sau ñoù moãi giôø 5,4mg/kg trong 24 giôø; sau 8 giôø vaø tröôùc 48 giôø sau tai naïn: 250 mg lieàu ñaàu, sau ñoù moãi 6 giôø 125 mg trong 72 giôø).

-Thoâng tieåu neáu coù roái loain ñi tieåu hoaëc caàn theo doõi löôïng nöôùc tieåu.

-Giaûm ñau neáu coù ñau vaø an thaàn neáu beänh nhaân lo laéng söi haõi.

4./ Thöïc hieån caùc xeùt nghieäm chuaån ñoaùn:

-Chuiïp XQuang coät soáng : ít nhaát laø 2 tö theá thaúng vaø nghieäng, taäp trung vaø vuøng coù thöông toån.

-Chuiïp XQuang phoái thaúng (luôn luôn coù) vaø caùc boä phaän khaùc neáu caàn.

-Neáu coù thöông toån xöông coät soáng : chuiïp CT scan coät soáng (caù xöông vaø caùc ñóa ñeäm khu vöïc bò toån thöông).

5./ Chuyeån beänh nhaân ñi moả hoaëc veà traïi beänh:

-Neáu coù chæ ñönh moả caáp cöùu: thöïc hieån caùc xeùt nghieäm tröôùc moả vaø ñieàu chænh caùc roái loain neáu coù, sau ñoù môùi chuyeån beänh nhaân ñeán phoøng moả.

-Neáu khoâng moả caáp cöùu: nhanh choùng chuyeån beänh nhaân veà traïi beänh.

-Taiï traïi beänh ñeå beänh nhaân naèm treân giöôøng neäm (neáu coù loùt vaùn cöùng thì boû vaùn cöùng ra), sau ñoù haïn cheá di chuyeån.

CHAÁN THÖÔNG XÖÔNG SOÏ (Skull Fractures)

I./ NÖÜT XÖÔNG SOÏ (Linear Skull Fractures)

1./ Ñòngh nghĩa:

Nöüt söi laø ñöôøng gaõy ñôn thuaàn cuûa xöông söi vöôit qua toaøn boä beà daøy cuûa xöông söi.

2./ Chaån ñoaùn:

Thoâng thöôøng beänh nhaân ñöôic chuiپ x quang söi neáu sau chaán thöông bò maát tri giaùc, chaùy màu hoaëc dòch qua tai, muõi, coù daáu hieäu thaàn kinh baát thöôøng. Vô trí da ñààu bò chaán thöông thöôøng laø nôì xöông söi bò toãn thöông. Söi hieän dieän cuûa ñöôøng nöüt söi chöùng toû ñààu ñaõ nhaän moät löic chaán thöông khâu naëng, nhöng keát quau cuoái cuøng cuûa beänh nhaân laïi phui thuoäc vaøo thöông toãn cuûa naõo chöù khoâng phaui vaøo ñöôøng nöüt söi. Neáu ñöôøng nöüt söi caét ngang ñöôøng ñi cuûa ñoäng maich maøng naõo giöõa, beänh nhaân caàn ñöôic theo doõi vì coù khâu naëng bò màu tuï ngoaõi maøng cöùng. Phim chuiپ söi coøn coù theá cho thaáy gaõy luøn, veát thöông xuyeân, ngoaõi vaät trong söi. Daõn khöup söi (diastatic fracture) laø moät daïng cuûa nöüt xöông söi thöôøng hay gaëp ôu treu nhuu hôn 3 tuoái ít gaëp ôu cauc nhuom tuoái khâuc.

3./ Ñieàu trò :

Nöüt söi kín khoâng caàn phaui baát ñoäng cuøng nhö moả thaêm doø. Nöüt söi hôu caàn moả laáy cauc dò vaät, caét löic da vaø ñoùng kín.

II./ GAÕY VUÏN XÖÔNG SOÏ (Comminuted Fracture)

1./ Ñòngh nghĩa:

Gaõy vuïn laø khi coù nhieàu ñöôøng gaõy xöông söi, cauc ñöôøng gaõy naøy toûa ra töø ñieãm va chaïm. Coù theá coù cauc maüh xöông rôõi tại ñieãm va chaïm.

2./ Chaån ñoaùn:

Döia vaøo phim x-quang söi vaø CT scan ñààu coù môu cöua soả xöông.

3./ Ñieàu trò:

Neáu laø gaõy kín vaø maûnh xöông luøn vaøo ít hôn chieàu daøy moät baûn xöông soï thì ñieàu trò baùo toản. Neáu gaõy hôu caàn moả caét loïc, laáy boû dò vaät vaø ñoùng kín.

III./ LUÛN SOÏ (Depressed Skull Fractures)

1./ Ñònghóa:

Luøn soï laø khi maûnh xöông luøn vaøo trong soï saâu hôn chieàu daøy cuûa xöông soï. Nôi xöông luøn saâu nhaát coù theå laø nôi giao tieáp giöõa xöông luøn vaø xöông laønh, cuõng coù theå laø gaàn trung taâm cuûa caùc maûnh xöông luøn. Luøn soï xaûy ra khi löïc va chaïm taùc ñoäng vaøo moät khu vöïc töông ñoái nhỏ.

2./ Chaån ñoàn:

Đoïa vaøo chuïp x-quang soï thöðøng qui, nhöng neáu chuïp tieáp tuyeán thì cho hình aûnh rõ raøng hôn. CT scan laø phöông phaùp ñoïc chöín löïa haøng ñoàn. CT scan coøn cho thaáy caùc thöðøng toản mô ño keøm theo (thöðøng gaëp), caùc dò vaät trong soï.

3./ Ñieàu trò:

Ñieàu trò luøn soï thöðøng phaûi ñieàu trò caùc thöðøng toản keøm theo hay gaëp nhö: maùu tuï trong ño, raùch maøng cöùng ... Maëc duø naâng caùc maûnh xöông luøn ñoái khi caûi thieän tình traïng thieáu huït thaàn kinh do thöðøng toản voû ño ngay döùu nôi luøn soï, nhöng nhìn chung caùc thöðøng toản ño xaûy ra luèc va chaïm vaø quaù trình hoài phuïc ñoï hoûi thöøi gian nhieàu tuaàn, nhieàu thaùng töø nhö sau ñoät quò hay chaán thöðøng soï ño khoâng do luøn soï. Tyû læ ñoäng kinh treân caùc beänh nhaân luøn soï laø 7 – 9,5% vaø ño ñoïc xaùc ñòngh rõ laø do thöðøng toản voû ño xaûy ra luèc va chaïm vaø khoâng thay ñoái böüi vieäc naâng xöông luøn. Nhö vaây, vieäc ñieàu trò phaûu thuaät luøn soï khoâng phaûi ñeå hoài phuïc chöùc naêng thaàn kinh cuõng nhö phoøng ngöøa ñoäng kinh maø laø ñieàu trò thaâm myõ cuõng nhö phoøng ngöøa nhieãm truøng trong caùc tröðøng hôïp luøn xöông hôu. Chæ ñòngh phaûu thuaät luøn soï döïa treân:

- a. Bieán daïng thaâm myõ
- b. Raùch da ñoàn
- c. Raùch maøng cöùng
- d. Daäp, raùch mô ño
- e. Luøn soï treân caùc xoang tönh maïch
- f. Caùc thöðøng toản khauïc trong soï nhö maùu tuï, daäp ño ...

Chæ ñòngh phaûu thuaät trong caùc tröðøng hôïp luøn soï kín thöðøng laø veà thaâm myõ. Traùn laø khu vöïc beänh nhaân nhaïy caûm nhaát veà bieán daïng thaâm myõ. Trong caùc tröðøng hôïp nhö vaây, beänh nhaân thöðøng ñoïc mô sau vaøi ngaøy khi chuaån bò toát cho vieäc gaây me.

Ñieàu trò luøn soï hôu laø caáp cöùu ngoaïi khoa vì nguy cô nhieãm truøng trong hoäp soï. Muïc ñích cuûa phaûu thuaät laø:

a. Lááy boû caùc maûnh xõng boãi nhieãm cuõng caùc dò vaät nhõ toùc, quaàn àu, ñaát caùt...

b. Caét loïc caùc môa daäp naüt cuûa da ñaàu, maøng cõng vaø môa naõo

c. Ñoùng kín maøng cõng.

Laáy boû dò vaät, caùc môa bò boãi nhieãm cuõng nhõ caét boû caùc môa daäp naüt, maát söc soáng ñeã giaùm nguy cô nhieãm truøng. Ñoùng kín maøng cõng caàn thieát cho vieác phoøng ngöøa doø dòch naõo tuý vaø thoàt vò naõo vaøo khu vöïc khuyeát xõng. Maøng cõng ñoùng kín coøn laø haøng raøo ngaên vi truøng, phoøng ngöøa söi nhieãm truøng lan roäng töø veát thõng da ñaàu vaøo trong soï.

Taùi taïo thaãm myõ ít khi ñöôïc thöïc hieän ngay trong kyø môa ñaàu vì lyù do nguy cô nhieãm truøng, cuõng nhõ tình traïng beänh nhaân khoâng cho pheùp (ña thõng ...)

Luøn söi treân caùc xoang toán maich:

Phaõu thuaät lááy caùc maûnh xõng luøn coù theå gaây chaùy maùu nhieàu neáu caùc maûnh xõng laøm raùch xoang. Trong caùc tröôøng hõp khoâng coù boãi nhieãm roõ (veát thõng coù nhieàu dò vaät), khoâng gaây bieán daïng thaãm myõ nhieàu hoaëc khoâng gaây taêng aùp löïc noãi söi do taéc xoang, thì chæ neân caét loïc veát thõng da ñaàu, röûa kyõ veát thõng vaø tieáp theo laø theo doõi toái thieäu trong möät naêm baèng CT scan ñeã tìm daáu hieäu cuûa aùp xe naõo.

Luøn söi ôu treû sö sinh vaø treû em.

Söi chõa tröôøng thaønh meàm hôn, do ñoù khoù gaõy hôn söi ngöôøi lòùn. Gaõy luøn ôu giai ñoaïn sö sinh laø loaïi gaõy caønh töôi, thõng gaëp ôu khu vöïc traùn hay ñính, nò coøn coù teân goïi laø luøn söi “ping-pong”. Nhieàu trò nhaèm muïc ñích thaãm myõ baèng caùch naâng söi luøn.

V./ VÕÕ SAÏN SÖI (Basilar Skull Fractures)

Gaõy nòut ñaùy söi taïo nguy cô nhieãm truøng trong soï. Maøng cõng che phuû neàn söi deã daøng bò raùch böúi ñöôøng nòut xõng, laøm cho khoang döôùi nheän tieáp xuùc tröïc tieáp vöùi caùc xoang caïnh muõi, caáu truùc tai giöõa hoaëc caùc khí baøo chuõm. Do dòch naõo tuý sau võ saøn söi coù theå taïo thaønh ñöôøng doø vónh vieän, taïo nguy cô vieãm maøng naõo hay aùp xe cao neáu khoâng ñöôïc ñieàu trò. Caùc bieán chöùng nhieãm truøng naøy coù theå xaùy ra sau võ saøn söi (sòùm hay muoän) neáu khoâng phaùt hieän ñöôïc do doø dòch naõo tuý khoâng roõ hoaëc khoâng phaùt hieän ñöôïc khí trong soï.

1./ Chaån ñoaùn:

Võ saøn söi thõng gaëp khi coù caùc daáu hieäu laâm saøng lieän quan: baàm quanh hai maét, maát ngöüi, doø dòch naõo tuý qua muõi (võ saøn söi tröôùc), chaùy maùu tai, baàm maùu treân xõng chuõm, hoaëc doø dòch naõo tuý qua tai (võ xõng thaùi döøng). CT scan khoù xaùc ñònh võ saøn söi. Phim söi thõng vaø caùc tieâu chuaån laâm saøn coù ñeã nhaïy cao hôn.

Chẩn ñoàùn laâm saøn:

Caùc daáu hieäu naøy coù theá xuaát hieän vaøi giôø sau chaán thöông, bao goàm:

- a. Chaùy dòch naõo tuýy qua tai hay muõi
- b. Chaùy maàu maøng nhó hay raùch óáng tai ngoaøi
- c. Daáu baàm maàu sau tai (Battle's sign)
- d. Daáu baàm maàu quanh maét (Raccoon's eyes (maét caáu truùc))

khoâng phaùi do chaán thöông tröïc tieáp, nhaát laø caù hai maét

- e. Toản thöông caùc daây thaàn kinh soï :

Daây VII vaø/hoaëc daây VIII: vôõ xöông thaùi döông

Daây khöùu giaùc (I): coù theá gaëp trong vôõ saøn soï tröôùc, gaây chöùng maát muõi, coù theá toản thöông daây II keøm theo

Daây VI: coù theá gaëp khi ñöôøng gaãy ñi qua maét doác (clivus)

2./ Ñieàu trò :

- a. Khaùng sinh phöøng ngöøa:

Söü süng thöôøng qui khaùng sinh phöøng ngöøa coøn ñang baøn caõi, coù moät soá nghieän cöùu cho thaáy khoâng coù söï khaùc bieät giöøa söü düng hay khoâng. Neáu söü düng neân söü düng khaùng sinh phoả roäng trong 7 – 10 ngaøy.

- b. Ñieàu trò vôõ saøn soï:

Ñieàu trò vôõ saøn soï thöôøng ñöôïc xaùc ñònh coù hay khoâng döø dòch naõo tuýy, döø raèng ña soá caùc tröôøng hôïp laønh. Moät beänh nhaân bò vôõ saøn soï khoâng bò döø dòch naõo tuýy caàn ñöôïc theo doõi trong 2-3 ngaøy. Caùc tröôøng hôïp coù döø dòch naõo tuýy caàn giöø ñieàu trò cho ñeán khi khoûi beänh. Caùc tröôøng hôïp döø dòch qua tai thöôøng töï laønh so vôùi döø qua muõi. Sau 7-10 ngaøy, neáu coøn döø dòch naõo tuýy caàn phaùi moả bòt loã döø.

- c. Vôõ thaønh sau xoang traùn:

Caùc trieäu chöùng cuûa vôõ xoang traùn bao goàm daáu baàm khu truù, tui maàu, hoaëc raùch da vaø ñöôøng gaõy coù theá lan vaøo hoác maét gaây tui maàu döôùi keát maïc. Ñieàu trò ngoaïi khoa bao goàm laáy boû thaønh sau xoang, vaù maøng cöùng, laáy boû nieâm maïc xoang traùn, bòt óáng muõi traùn baèng cô hay saùp.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO

1. Meaney DF: Mechanisms of primery head injury. In Wilkins RH, Rengachary SS: Neurosurgery. McGraw-Hill, New York, 1996, pp 2611-2622
2. Bruce DA: Cephalhematoma and subgleal hematoma. In Wilkins RH, Rengachary SS: Neurosurgery. McGraw-Hill, New York, 1996, pp 2739-2740.
3. Geisler FH: Skull Fracture. In Wilkins RH, Rengachary SS: Neurosurgery. McGraw-Hill, New York, 1996, pp 2741-2756
4. Tomita T: Growing Skull Fractures of children. In Wilkins RH, Rengachary SS: Neurosurgery. McGraw-Hill, New York, 1996, pp 2757-2762

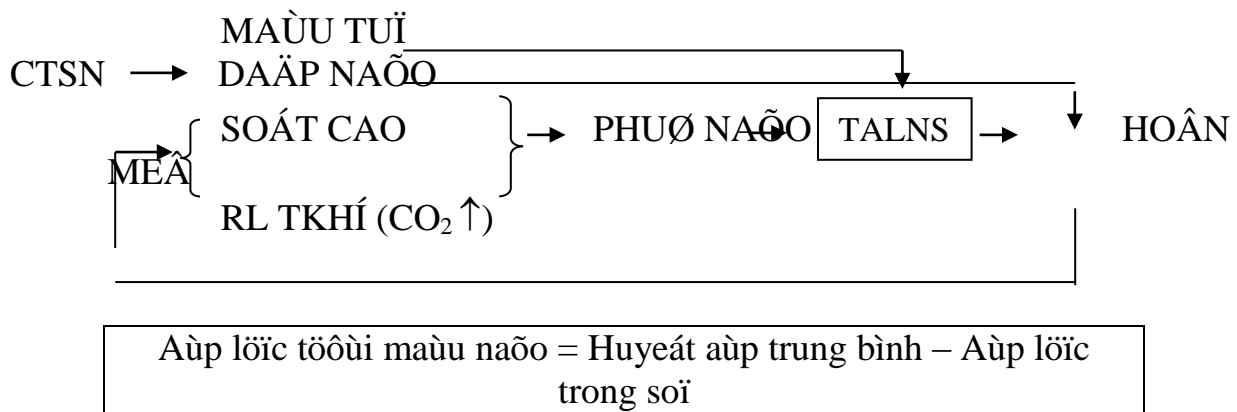
5. Greenberg MS: SAH and aneurysms. Handbook of Neurosurgery. Thieme, New York, 2001

HOÀI SÖUC CHAÁN THÖÔNG SÖI NAÕO NAËNG

I./ VAÁN ÑEÀ

1. Nhöõng trööðong hôip chaán thöông söi naõo naëng : $GCS \leq 8$.
2. Coù theá keát hôip vôùi ña chaán thöông: coát soáng, haøm maët, ngöic, buíng, gaõy xöông chi, maích maàu.
3. Quan troíng nhaát trong hoài söuc laø vaán ñeà hoâ haáp, thieáu maàu nuôi ôu naõo, phuø naõo.

II./ TOUM TAÉT CÔ CHEÁ BEÄNH SINH



III./ ÑIEÀU TRÒ

- 1./ Nguyeân taéc ñieàu trò:
 - Tö theá ñaàu cao 30⁰, coã ñeã thaúng
 - Àùp löïc tónh maích trung taâm (VCP): 5 – 10mmHg.
 - Huyeát àùp trung bình > 90mmHg.
 - Nöðuc tieäu: 0,5-1 ml/kg/giôø (30-60 ml/giôø).
 - Khí maàu: duy trì PaO₂ >70 mmHg, PaCO₂ : 35 mmHg.
 - Ñöä thaám thaáu (osmolarity): 290 mOsmol/l (khoaêng ñeã <260, >320).
 - Ñieän giaûi: chuù yù Natri (135-145 mEq/l), K (3,5-5,5 mEq/l).
 - Duy trì àùp löïc trong söi < 15mmhg. Baét ñaàu ñieàu trò taêng àùp löïc trong söi khi àùp löïc trong söi ≥ 20mmHg.
 - Duy trì àùp löïc töðui maàu naõo (cerebral perfusion pressure-CPP) 70mmHg.
- 2./ Hoài söuc choáng phuø naõo:
 - a. Veà hoâ haáp :

-Năët noăi khí quaân.

-Thôu maùy: taàn soá 12/phuýt, vt = 8-10ml/kg. Cheá ñoă caøi ñăët: A/C, khi chuaån bò caøi maùy chuyeån sang SIMV. Trong trồøng hôïp coù toản thồøng phoải (daáp phoải, vieâm phoải), coù theá sôu ðuỷng maùy thôu vồu cheá ñoă PEEP (ñeá caùu thieån Oxy, nhồøng hkoâng laøm taêng aùp löïc noăi soï).

-Khí maùy: duy trì PaO₂ >70 mmHg. Khi ñăõ ðăån löu ñăõ thaát, ðuøng mannitol maø vaãn coøn taêng huyeát aùp löïc noăi soï hti ñieàu chæng maùy thôu ñeá giaûm PaCO₂, PaCO₂ = 30-35 mmHg. Neáu vaãn coøn taêng aùp löïc trong soï, coù theá tieáp tuïc cho giaûm PaCO₂, nhồøng khoâng ñeá PaCO₂ < 25 mHg.

b. Veà tuaàn hoæ:n

-Duy trì huyeát aùp oản ñiõnh : neáu huyeát aùp bò thaáp: huyeát aùp taâm thu < 90mmHg, ôu treu em tính theo coâng thồuc: 70 mmHg + (2 X tuoải tính baèng ñeâm), thì ðeá bò thieáu maùy nuoi ôu ñăõ. Luoân duy trì huyeát aùp trung bình > 90mmHg. Ñeá traùnh nguy cô thieáu maùy nuoi ñăõ, nhaát laø khi coù keøm theo taêng aùp löïc trong soï.

-Coù theá ðuøng thuoác vaãn maïch (Dopamin, Norepinephrine) ñeá ñăng huyeát aùp lêân cao hõn, khi aùp löïc trong soï taêng cao, ñeá baùo ñăm aùp löïc töøu maùy ñăõ ≥ 70 mmHg.

c. Mannitol:

-Lieàu ban ñăàu : 1g/kg,

-Duy trì : 0,25-0,50g/kg moãi 6 giôø.

-Neáu coøn taêng aùp löïc trong soï : 0,5-1g/kg moãi 4 giôø

-Ngõng khi Osmolarity > 320 mOsmol/l.

-Chuu yù vaãn ñeá maát nõøuc vaø roái loain ñieån giaûi.

d. Furosemide (Lasix):

-Lieàu: 10-20mg moãi 6 giôø. Treu em: 1mg/kg, toái ñă 6mg moãi 6 giôø.

-Ngõng khi Osmolarity > 32⁰ mOsmol/l.

e. Hai soát:

Hai soát: lau maýt, acetaminonhen (nheüt haäu moân, qua xoâng, chích)

f. Giaûm ñău, an thaàn, ðăõn cô:

-Muïc ñích ñeá bañnh nhaân ñeâm yeân, khoâng vaýt ðăõ, thôu khoâng choáng maùy.

-Morphine (10 mg moãi 4 giôø), Propofol (0,3-3 mg/kg/giôø), Hypnovel (0,03-0,2mg/kg/giôø), Arduan (0,01-0,015mg/kg). Norcuron (1 microgam/kg/phuýt).

g./ Theo ðoõi aùp löïc trong soï vaø ðăån löu ðeç ñăõ tuý:

-Baét ñăàu ñieàu trò taêng aùp löïc trong soï khi aùp löïc trong soï > 20mmHg

-Ruýt bõüt ðeç ñăõ tuý qua choã ðo aùp löïc trong soï, khi aùp löïc baét ñăàu taêng.

-Duy trì aùp löïc trong soï < 15mmHg

h./ Tô theá ñăàu :

- Giõõ tö theá ñààu cao 30⁰
 - Giõõ coả thaúng (khoâng nghiêân sang beân, khoâng gaáp) ñeả traành cheøn eùp tónh maích caùnh hai beân.
 - i./ Caân baèng nõôùc ñieän giaùi:
 - Duy trì huyeát aùp trung bình > 90mmHg.
 - Duy trì CVP töø 5-10 mmHg.
 - Löõing nõôùc tieâu töø 0,5 –1ml/kg/giôø (khoaùng 30-60 ml/giôø). Neáu > 30⁰ ml/giôø, kieám tra tæ troing nõôùc tieâu.
 - Caân baèng löõing dòch xuaát nhaáp.
 - Chuù yù vaán ñeà roái loãn Na tri vaø ka li
 - k./ Phoøng ngöia ñoäng kinh sôùm:
 - Phoøng ngöøa vaø ñieàu trò ñoäng kinh baèng Diphenyl hydantoin : 100mg
- x 2

l./ Phoøng ngöøa xuaát huyeát tieâu hoùa :

- Khi coù nuôi aên qua sonde : ucralfat (Sucrate)
- Khi chöa nuôi aên qua sonde : Zantac, Omeprazol

m./ Dinh döõng :

- Ñöõng tónh maích vaø nuôi aên sôùm qua sonde dài daøy.
- Primperran 10mg : 1 óáng x 3 TB, khi coù òù ñoäng thöùc aên ôu dài daøy.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛU:

1./ Guidelines for the acute medical mana gemnet of severe traumatic brain inhury on infants, children and adolescents. Official journal of the society of critical care medicine 2003.

2./ Head frawma handbook of Neurosurgery Greenberg Graphics Lakeland florida 2001.

3./ Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. The Brain Trauma Foundation. The American Association of Neurological surgeons the joint Section on Neurotrauma and critical care 1997.

4./ Intensive management of traumatic brain injury robert H.Wilkins, setti S.ren gachary. Neurosurgery Mc Graw Hill New York 1996.

5./ Pathophysiology of traumatic brain injury. Robert H.Wilkins, setti S.ren gachary. Neurosurgery Mc Graw Hill New York 1996.

6./ Neurosurgery Association. The use of hyperventilation in the acute management of severe traumatic brain injury. Guidelines for the management of severe head injury. Brain trauma Frondation Inc Twxas 1995.

7./ Pathophysiology and management of increased intracranial pressure. Brian T Andrew. Neurosurgical intensive care Mc graw –Hill New york 1993.

VEÁT THÖÔNG THÁÁU NGÖÏC

I./ ÑÒNH NGHÓA: Veát thöông goïi laø thaáu ngöïc khi coù thuâng laù maøng phoái thaønh. Taùc nhaân gaây thöông tích coù theå laø hoùa khí hay baïch khí. Tuøy möùc ñoä xuyeân thaáu, kích thích, vaãn toác di chuyeån cuûa vaät gaây thöông tích maø toản thöông moät hay nhieàu cô quan vaø nhöõng möùc ñoä khaùc nhau.

II./ VEÁT THÖÔNG PHOÁI – MAØNG PHOÁI:

Hay gaëp nhaát trong veát thöông ngöïc. Chia laøm 3 loaii: traøn khí maøng phoái kín, hôu vaø coù van:

1./ Traøn khí maøng phoái kín: khi veát thöông ñöôïc bít kín ngay baèng toả chöùc xung quanh, khoang ngöïc khoâng bò thoâng thöông vôùi beân ngoaøi.

-Soác, ñâu ngöïc, khoù thôù: laâm saøng coù nhieàu möùc ñoä.

-X quang: xaùc ñònh löõng khí ít hay nhieàu, tuï màu trong nhu mô phoái ...

2./ Traøn khí maøng phoái môù: khi veát thöông laøm hôu thaønh ngöïc, khoang ngöïc thoâng thöông töï do vôùi beân ngoaøi.

-Khoù thôù, nhanh chöùng suy hoâ haáp vaø roái loain tuaàn hoaøn.

-Veát thöông hôu nhuù: daáu phì phoø; veát thöông hôu roäng lòun hôn 3 cm, hôu trên 2/3 ñöôøng kính khí quaùn coù hoâ haáp ñâu chieàu vaø laéc lö trung thaát.

-X quang: coù theå keøm traøn màu maøng phoái

3./ Traøn khí maøng phoái van: veát thöông thaønh ngöïc hoait ñoäng nhö moät caùi van khoâng khí töø ngoaøi vaøo maø khoâng ra ñöôïc theo moät chieàu laøm aùp löïc taêng nhanh chöùng gaây cheùn eùp tim vaø caùc cuoáng maïch phoái...

-Khoù thôù naêng, vaät vaõ, ngoät ngait, tím taùi, huyeát aùp hai, nhòp tim nhanh.

-Beân traøn khí âm pheá baøo giaùm, goõ vang, tónh maïch coả noãi, traøn khí döùu da.

-X quang: traøn khí maøng phoái coù theå keøm traøn màu, khí quaùn bò ñây læch, coù theå coù traøn khí trung thaát.

4./ Traøn màu maøng phoái: Hoãi chöùng thöôøng gaëp nhaát trong veát thöông thaáu ngöïc. Nguyeân nhaân coù theå laø töø thaønh ngöïc hoæc do nhöõng cô quan beân trong.

-Laâm saøng tuøy thuoäc vaøo möüc ñoä maát màu.

-Ñâu ngöic, khoù thôu, soác, ho ra màu khí toàn thöông thøng vaøo ñöông thôu.

-Hoäi chöùng 3 giaùm bên còu traøn màu, còu theá keøm traøn khí maøng phoái.

-Tónh maích coả noãi khi còu cheøn eùp trung thaát, cheøn eùp tim.

-Caän laâm saøng: X quang ngöic xaüc ñònh lööing dòch trong khoang maøng phoái; chöic doø xaüc ñònh màu trong khoang maøng phoái. Tuøy toàn thöông phoái hõp maø còu chæ ñònh laøm CT Scan, MRI...

III./ VEÁT THÖÔNG TIM: Caän caáp cöu khaån caáp.

Khai thaüc beãnh söu, tö theá beãnh nhaân vaø ñaéc ñieäm cuüa vaät gaây thöông tích cuõng giuùp cho hööùng chaån ñoàn.

-Vò trí veát thöông trên thaøn ngöic laø möät yeáu toá nghi ngöø còu toàn thöông ôu tim: trong tam giaüc Kocher hoaëc töü dieän giaüi phaü cuüa tim. Veát thöông sau löng töü, thööing vò, hoaëc bên phaüi ... còu theá laøm toàn thöông tim.

-Laâm saøng: Hoäi chöùng maát màu caáp hoaëc hoäi chöùng cheøn eùp tim caáp (Tam chöùng Beck)

-Caän laâm saøng: Chuip X quang ngöic thaúng: böùng tim hình gioit nöü. Sieâu âm tim còu vai troø quan troïng trong chaån ñoàn nhöng chæ còu theá laøm khi huyeát ñöäng coøn oãn ñònh. Ñieän tim cho thaáy giaüm ñieän theá cuüa QRS khi tim bò cheøn eùp.

IV./ VEÁT THÖÔNG CAÜC MAÍCH MAÙU LÖÜN TRONG LOÀNG NGÖIC:

Laø veát thöông cuüa caüc maích màu thuoäc cuoáng tim, cuoáng phoái vaø caüc nhaünh chính cuüa chöùng ... Caän caáp cöu khaån caáp nhö möät veát thöông tim.

-Veát thöông ngöic, khoù thôu, ñâu, màu chaüy ra ngoaøi hoaëc vaøo trong loàng ngöic.

-Soác maát màu. Ñoãi khi còu cheøn eùp tim caáp do màu chaüy vaøo khoang maøng tim .

-Caän laâm saøng: Chuip X quang ngöic thaúng cho thaáy trung thaát trên giaõn röäng trên 8 cm hoaëc tæ læä tim/ ngöic löün hõn 0,28. Neáu hgyeát ñöäng

oản ñònħ ðưøng sieâu âm chàån ñoàùn, chuiپ ñoäng maich, CT Scan, MRI laø ñhöøng phöøng tieån chính xaùc ñôi toản thöøng.

V./ VEÁT THÖÖNG KHÍ QUAÛN NGÖÏC VAØ PHEÁ QUAÛN:

khoàng bao goàm khí quaûn coả.

-Traøן khí trung thaát, traøן khí maøng phoải vaø traøן khí döøui da.

-Khoù thôu naëng, ho vaø coù theả ho ra maàu.

-Ñäëc bieát ðaån löu khí ñöøic huýt döøui àùp löic va trong nhieàu giôø maø phoải khoáng ñô.

-Caån laâm saøng: Chuiپ X quang ngöic cho thaáy traøן khí, traøן maàu maøng phoải vaø xeip phoải. CT Scan ña lòùp caét coù döing hình coù theả phaut hieån ñöøic vò trí thøng khí.

-Pheá quaûn; ñoãi soi meàm laø phöøng tieån chàån ñoàn xaùc ñònħ.

VI./ VEÁT THÖÖNG THÖÏC QUAÛN NGÖÏC:

Laø loãi toản thöøng ít gaëp ðo vò trí cô quan ñeøm saâu trong trung thaát sau.

-Luèc ñaàu coù trieäu chöøng môø ñhaít ñhöng khi vaøo giai ñoain vieâm taáy seõ coù ñau ngöic nhieàu, khoù thôu, khoáng ðaùm nuoát, maich nhanh, nhieãm trøng tieån trieån coù theả nhieãm trøng huyeát.

-Neáu loã thuùng ôu vuøng 1/3 döøui: ñau ôu ñaàu döøui xöøng öuc, thöøing vò.

-Neáu thöic quaûn vaø khí quaûn bò toản thöøng cuøng luèc gaây roø khí – thöic quaûn: khí aên hoaëc uoáng laø ho saëc suĩa, khaic ra thöuc aên ñoà uoáng. Neáu loã roø ñhoù seõ khoáng coù trieäu chöøng ñoøy.

-Caån laâm saøng: X quang ngöic: thöøng coù traøן khí trung thaát ôu ngay trên cô hoønh, coù theả coù traøן khí maøng phoải, traøן ðoç maøng phoải;

-Chàån ñoàn xaùc ñònħ baèng chuiپ htöic quaûn coù caûn quang hoaëc soi thöic quaûn.

VII./ VEÁT THÖÖNG NGÖÏC –BUÏNG:

Laø loãi veát thöøng coù thuùng cô hoønh.

-Vò trí veát thöøng vaø tìm hieäu höøng ñi cuúa vaát gaây thöøng tích giuùp chàån ñoàn.

-Soác laø thöøng gaëp, ñau ngöic, khoù thôu, ho khaic ra maàu, traøן khí hoaëc maàu maøng phoải;

-Trieäu chöùng cuôa veát thöông buïng: ñau buïng, xuaát huyeát trong oã buïng, vieâm phuüc maïc...

-Thoàùt vò caùc taïng ôu buïng leân ngoïc gaây roái loain hoã haáp vaø tuaàn hoøøn naëng, nhanh chöùng.

-Caän laâm saøng: X quang ngoïc, X quang buïng khoâng hoãc coù chaát caün quang, noãi soi oã buïng, sieâu aâm vaø CT Scan laø nhöõng phöông tieän chaän ñoàùn hieäu quaû.

VIII./ NGUYEÂN TAÉC ÑIEÀU TRÒ:

Nguyeân taéc ñieàu trò noùi chung khoâng khaùc trong ñieàu trò caáp cöùu ngoaïi khoa chaán thöông ngoïc kín. (xem baøi chaán thöông ngoïc). Moät soá ñieâm caän boã sung sau goàm:

1./ Veát thöông ngoïc hôu roäng:

-ÔÛ tuyeán sô cöùu duøng baêng, gaïc taâm vaseline ñaép kín loã hoãng roái baêng laïi vaø beân ngoaøi daùn baêng keo kín khoâng ñeã khoâng khí loit qua vaø chuyeån ngay veà tuyeán ñieàu trò chuyeån khoa.

-Nguyeân taéc laø khaâu kín thaønh ngoïc, neáu caän chæ khaâu da tröôùc. Kyõ thuaät moã: coù theã duøng kyõ thuaät schuyeån vaít cô, khaâu treo cô hoãnh hoãc duøng maünh gheùp nhaân taïo. Phoái hõp kieám tra nhöõng cô quan trong khoang ngoïc khi môu ngoïc do veát thöông ngoïc hôu roäng.

2./ Môu ngoïc caáp cöùu:

-Khi chaän ñoàùn coù veát thöông tim, veát thöông maïc maùu lòùn trong lòang ngoïc, veát thöông ngoïc hôu roäng, veát thöông ngoïc gaây traøn khí coù van.

-Raùch khí – pheá quaün toát nhaát laø ñöôic xöu trí trong voøng 24 giöø ñeàu sau khi bò thöông.

-Veát thöông thuùng cô hoãnh neáu chöa coù chæ ñònh môu ngoïc thì thoãng thöôøng môu buïng ñeã kieám tra toãn thöông trong khoang buïng vaø khaâu cô hoãnh qua ñöôøng môu buïng.

3./ Veát thöông thuùng thöïc quaün ñeán muoän:

-Ñão nhieãm truøng roõ, vieâm taáy, tui muù. Muic ñích luüc naøy khoâng phaûi laø khaâu tröïc tieáp laø môu ngoïc loaïi boù moã hoãi töù, ôu nhieãm truøng, röua lieân tuïc baèng nöôùc sinh lyù coù pha Beütadine.

-Nuôi aên baêng ñöông tónh maìh vaø qua sonde dai daøy; ñaët sonde muõi thöïc quaûn ñeã traùnh khoâng choù ñöùc boít chaûy qua choã veát thöông vaø yeâu vaàu beänh nhaân khaiïc ra khoâng nuoát ñöùc boít.

-Khi heát nhieãm trøng trung thaát, beänh nhaân oån ñönh moã taïo hình thöïc quaûn.

4./ Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteriod: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

UNG THÖ PHỎI

I./ ÑAÏI CÖÔNG:

-Ung thö phỏi laø loaïi ung thö thöôøng gaëp treân theá giöui vaø Vieät Nam.

-Ñieàu trò ung thö phỏi ñaõ ñöôïc thöïc hieän taïi nhieàu beänh vieän lòùn ôû nöôùc ta nhöng do nhieàu lý do khac nhau ngöôøi beänh ñeán beänh vieän coøn muoän vaø vieäc phoái hôïp nhieàu phöông phaùp ñieàu trò cuõng coøn khoù khaên.

-Nguyeân nhaân chuû yeáu gaây ung thö phỏi laø do ngöôøi beänh nghieän huët thuoác laø vaø do oâ nhieâm moâi tröôøng khoâng khí gaây neân.

-Phaàn lòùn ung thö phỏi thöôøng gaëp ôû ngöôøi lòùn tuoái vaø laø loaïi ung thö khoâng phaûi teá baøo nhoû.

II./ TRIEÄU CHÖÙNG VAØ CHAÄN ÑOÀUN:

1./ Trieäu chöùng laâm saøng:

-Cô naêng:

+Ñau ngöïc

+Ho, coù theá ho ra maùu

+Khoù thöu

-Thöïc theá:

+Trong giai pñoaïn sôùm thöôøng trieäu chöùng raát ngheøo naøn.

+ÔÙ caùc giai ñoàiñ muoän coù theá xuaát hieän caùc trieäu chöùng do u cheøn eùp hay lan vaøo trung thaát hoaëc di caên xa gaây neän nhö: noùi khaøn, phuø aùo khoaùc... ñoài khi sôø naén thaáy khoái haïch thöðing ñoøn.

2./ Trieäu chöùng caän laâm saøng:

-X quang phoái: coù boung môø ôu pheá tröðong, ñoài khi coù hình aùnh xeïp 1 thuøy hay 1 beän phoái. Khi u lan ra maøng phoái coù theá coù traøn dòch maïng phoái.

-Ct Scan ngöic: cho hình aùnh raát roõ raøng ôu vò trí u, kích thích khoái u, haïch trong trung thaát hay tình traïng traøn dòch maøng phoái...

-Noài soi pheá quaùn sinh thieát: Coù theá thaáy u suøi deã chaùy maàu. Nhöng trong caùc tröðong hôïp u naèm ôu ngoaïi bieän cuûa phoái, óáng soi khoâng theá tieáp caän, caän phaûi chaûi röûa pheá quaùn. Noài soi sinh thieát giuùp cho chaän ñoàiñ chính xaùc loaïi boù teá baøo ung thö.

+Trong moät soá tröðong hôïp u ôu ngoaïi bieän coù theá sinh thieát xuyeän thaønng ngöic.

+Caùc tröðong hôïp u ôu maøng phoái, noài soi loàng ngöic + sinh thieát giuùp ích raát nhieäu cho chaän ñoàiñ vaø ñieäu trò.

-Caùc chæ soá ung thö (Tumor marker):

+CEA (carcino-Embryonic-Antigen – khaùng nguyeän carcinoâm phoái): bình thöðong töø $1,93 \pm 1,94$ ng/ml. Trong ung thö phoái chæ soá naøy taêng cao.

+CYFRA 21-1 (Cytokeratin 19 Fragment 21-1 Maùnh cytokeratin 19): bình thöðong baèng $2,75 \pm 0,76$ ng/ml. Khi taêng cao cho pheùp nghó töüi ung thö phoái.

Caùc xeüt nghieäm naøy khoâng tuyeät ñoái chính xaùc vì trong moät soá beänh lỵ khaùc caùc chæ soá treän coù theá taêng.

Noùi töüm laïi: Khi moät ngöðøi trung nieän hay lòun tuoái coù caùc trieäu chöùng ñau ngöic, ho, ho maàu hay hay khoù thôu caän phaûi chuïp X quang phoái thaúng neáu coù ñaùm môø trong phoái, caän chuïp CT Scan ngöic ñeã xaùc ñònh. Noài soi pheá quaùn sinh thieát laø böðuc tieáp theo ñeã xaùc ñònh loaïi boù teá baøo ung thö.

III./ PHAÂN LOAÏ:

1./ Theo teá baøo ung thö : coù 2 loaïi

-Ung thö phoái khoâng phaûi teá baøo nhuù: hay gaëp chieám treän 80-85%

-Ung thö teá baøo nhuù ít gaëp hôn.

2./ Theo giai ñoại ñ bệnh:

Theo AICC và UICC 1997 có 4 giai ñoại

Bảng phân loại

Giai ñoại	T	N	M
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T1 T2	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	Bất kể N	M0
	Bất kể T	N3	M0
	Bất kể T	Bất kể N	M1

Trong ñó: T: khối u

N: hạch

M: di căn xa

Để vẽ bảng phân loại này cần chú ý nhiều trò phẫu thuật hay không

IV./ ÑIEÀU TRÒ:

Có 3 phương pháp chính:

Phẫu thuật, hóa trị bằng thuốc chống ung thư và xạ trị phóng xạ để tiêu diệt tế bào ung thư. Ngày nay có xu hướng phối hợp nhiều phương pháp nhiều trò (đa mô thức điều trị liệu) trên cùng một bệnh nhân.

1./ Điều trị bằng phẫu thuật:

Phẫu thuật và giải phẫu bệnh tế bào ung thư, tuổi tác, giai ñoại bệnh và các bệnh lý khác kèm theo...

Đối với ung thư không phải tế bào nhỏ, phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị. Phẫu thuật thông qua giai ñoại bệnh có thể tổng quát: IA, IB, IIA, IIB, IIIA.

Trong caùc tröôøng hôïp ngôôøi beänh giaø yeáu, coù beänh lyù keøm theo thì chæ ñoanh phaäu thuaät raát haïn cheá.

Nguyeân taéc phaäu thuaät laø caét thuøy phoái coù u (coù khi caét hai thuøy hoaëc moät laù phoái), laáy boù caùc haïch.

Trong 5 naêm (1999-2004) Khoa ngoaïi Lòang Ngöïc beänh vieän Chôï Raãy ñaõ moá 573 tröôøng hôïp vôùi tyù leä töù vong alaø 0,52%.

2./ Hoùa trò:

-Ñoái vôùi ung thö phoái teá baøo nhoù, u tieán trieån nhanh coù khuynh hööùng lan traøn toaøn thaân. Hoùa trò laø phöông phaùp chuù yeáu ñeã caùu thieän thôøi gian soáng theâm vaø laøm dòu caùc trieäu chöùng.

-Vôùi ung thö phoái khoâng phaùu teá baøo nhoù, phaäu trò vaø xa trò laø phöông phaùp chuù yeáu, hoùa trò nhaém gia taêng hieäu quaù ñieàu trò cuûa caùc phöông phaùp treân vaø xoa dòu trieäu chöùng.

+Chæ ñoanh hoùa trò:

-Hoùa trò trieäu chöùng: trong giai ñoain tieán xa taùi phaùt hoaëc ñaõ di caên.

-Hoùa trò taân hoã trôï: phaäu thuaät nhaèm giaûm nguy cô taùi phaùt vaø di caên xa

-Hoùa trò hoã trôï: trong giai ñoain sôùm ñang baét ñieàu nghieän cöùu

Hieän nay xu hööùng cuûa theá giöùu laø duøng caùc thuoaéc ung thö theá heä môùi (Gemzar, Taxol, Taxotere...) phoái hôïp vôùi Cysplatine, Carboplatine.

3./ Xaï trò:

Hieän nay xaï trò baèng maùy gia toác thaúng (ñaõ trang bò ôù beänh bieän Chôï Raãy vaø beänh vieän K Haø Noäi) ñeã ñieàu trò ung thö phoái. Böôùc ñieàu xaï trò cho keát quaù khaù quan.

V./ KEÁT LUAÄN:

Ung thö phoái laø loaïi ung thö gaây töù vong nhieàu caàn phaùu phaùt hieän sôùm.

Caàn chuiïp X quang phoái thaúng caùc tröôøng hôïp coù trieäu chöùng veà hoã haáp vaø khi nghi ngôø coù u phoái phaùu chuiïp CT Scan ngöïc vaø sau ñoù chuyeån ngay ngôôøi beänh ñeán caùc trung taâm phaäu thuaät.

Boù thòuï quen huët thuoaéc vaølaøm saïch môùi tröôøng khoâng khí laø caùch phoøng beänh ung thö phoái toát nhaát ñoái vôùi môïi ngôôøi.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO

1. Ñoàng Löu Ba vaø cs, Ñieàu trò ung thö phoái tại khoa ngoäi loàng ngoïc tim maïch beänh vieän Chôi Raãy. Y hoïc thöïc haønh soá 431-2002.
2. Ñoàng Löu Ba vaø cs, Phoái hôïp hpaäu thuaät- hoùa trò lieäu trong ñieàu trò ung thö phoái nguyeân phaùt: moät soá kinh nghieäm baét ñeàu. Y hoïc thöïc haønh soá 489-2004.
3. Nguyeân Chaán Huøng, Ung böôùu hoïc noäi khoa. Nhaø xuaát baân y hoïc – 2004.
4. Hoøng Vaên Sôn vaø cs, Caùc chæ soá ung thö AFP, CEA, CA 19-9, CA 72-4, CYFRA 21-1 vaø NSE trong màu ngöôøi Vieät Nam. Taip chí thông tin y döôïc Hoäi thaùo quoc teá mieän dòch vaø ung thö 10-11/05/2001, Haø Noäi Vieät Nam.
5. Toni SK Mok, Caùc hoùa chaát môùi trong ñieàu trò ung thö phoái tieán trieän. Taip chí thông tin y döôïc Hoäi thaùo quoc teá mieän dòch vaø ung thö 10-11/05/2001, Haø Noäi Vieät Nam.
6. Heine H-Hansen; Paul A Bunn JR, Lung cancer therapy, Annual 2-2002.

PHUÏC HOÀI CHÖÙC NAÊNG BEÄNH NHAÂN AÙP – XE PHOÁI

VLTL nhaèm giuøp ngöôøi beänh thaùu heát muù aùp-xe baèng kyõ thuaät daãn löu tö theá, giuùp vuøng aùp-xe mau laønh. VLTL chæ aùp duïng khi oã aùp-xe coù ñöôøng thông ra khí quaûn, ngöôøi beänh ho vaø khaiïc muù.

I./ ÑIEÀU TRÒ NOÄI KHOA:

Muïc tieâu	Keá hoaïch chaêm soùc
1. Oãn ñoñh taâm lyù ngöôøi beänh	1. Giaùu thích cho ngöôøi beänh an taâm vì khi thaùu muù ngöôøi beänh thöôøng hoát hoaùng, lo laéng.
2. Duy trì söi thông khí	2. Taip thôù buïng (cô hoaønh), chuù yeáu thì thôù ra. Khoâng neän hít vaøo sau vì coù theá

<p>3. Laøm saich cauc chaát treân ñöøng daãn khí</p>	<p>laøm ruoäng theâm vuøng aùp-xe. 3. AÙp duïng kyõ thuaät daãn löu tö theá (Postural Drainage): laø kyõ thuaät daãn löu ñaøm, muû baèng caùch ñaët ngöôøi beänh trong tö theá sao cho dòch tieát töø cauc pheá quaûn nhuû chaùy xuoáng cauc pheá quaûn löun do tauc ñoäng cuûa troïng löic. -Thôøi gian cho moãi tö theá daãn löu cuûa töøng phaân thuøy: 10 phuùt vaø htöic hieän 1-2 laàn/ngaøy.</p>
<p>4. Taêng thaûi chaát tieát trong khi tieán haønh phöông phaùp daãn löu tö theá</p>	<p>4. Höðung daãn beänh nhaân taäp thôû phaân thuøy vaø ho saâu -AÙp duïng kyõ thuaät voã, rung ñeã giuùp cauc chaát nhaày ñính trong phoái bong ra deã daøng.</p>
<p>5. Gia taêng giaõn nôû loàng ngöic, duy trì taàm hoait ñoäng cuûa ñai vai vaø khòup vai</p>	<p>5. Taäp thôû ñeã khaùng töøng vuøng. -Taäp vaãn ñoäng chuû ñoäng hai baøn tay vaø chaân, taäp gaäy duoãi thaân mình.</p>
<p>6. Ngaên ngöøa bieán daïng coät soáng</p>	<p>6. Höðung daãn tö theá ñuùng</p>
<p>7. Taïo moãi troøøng thích hôip cho quaù trình phuic hoai</p>	<p>7. Cho ngöôøi beänh naèm trong phoøng aám thoâng khí, nhieáu aùnh saùng, yeân tónh, maéc ñuû aám. -Giöõ veä sinh raêng mieäng, xöu lyù ñaøm haèng ngaøy</p>

II./ ÑIEÀU TRÒ NGOAÏ KHOA:

Ñieàu trò ngoaï khoa khi ñieàu trò noãi khoa tích cöic nhöng beänh vaãn khoâng thuyeân giaâm, hình aùnh XQ vaãn coøn oã aùp-xe. Chöông trình ñieàu trò

VLTL trong giai ñoài nàøy àùp ñuìng theo phaùc ñò “PHCN phaâu thuaät loàng ngöïc”.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO

1. Bøi giaùng Phuïc Hoài Chöùc naêng – Hoài Phuïc chöùc naêng Vieät Nam. Nhaø xuaát baân Y Hoïc.
2. Vaän ñoäng lieäu phaùp – nguyêân lý & Kyõ thuaät. Taùc giaû : Carolyn Kisner & Lynn Allen Colby – Nhaø Xuaát Baân Y Hoïc.

UNG THÖ PHEÁ QUAÛN

Ung thö pheá quaûn laø u ôu bieäu mô pheá quaûn

I./ LAÂM SAØNG:

- Ho ra màu
- Ñau ngöïc
- Khoù thôu
- Suít cân, aên keùm ngon

-Soi maøng phoái: trong trööøng hôïp toản thöông daøy maøng phoái hoaëc traøn dòch maøng phoái nghi ngôø aùc tính maø sinh thieát maøng phoái muø khoâng xaùc ñònh ñöôïc.

-Môu loàng ngoïc: cho caùc trööøng hôïp khoâng ñaùnh giaù ñöôïc trööøc moã.

3./ Caùc xeùt nghiëäm khoaïc:

-Tumormarker: CEA, TPA. Coù ñoã nhaiy caùm vaø ñaëc hieäu thaáp neân hkoâng duøng ñeã truy taàm ung thö vaø khoâng coù yù nghóa chaån ñoàn sôùm maø chæ ñeã theo doõi dieãn tieán cuûa K PQ.

III./ PHAÂN CHIA GIAI ÑOÀÏN BEÄNH:

A. Phaân chia giai ñoàïn theo TNM (ñoái vöùc ung thö phoái khoâng phaûi teá baøo nhôù)

T (Khoái u)	N (Haích)	M (Di caên)	Giai ñoàïn
T1: u < /= 3cm	N0: chöa di caên haích	M0: chöa di caên xa	IA
T2: u > 3cm, u PQ goác caùch carina > /= 2cm, xaâm laán maøng phoái táng, roán phoái, xeïp phoái moät phaàn			IB
T1	N1: haích roán phoái cuøng beân	M0	IIA
T2			IIB
T3: u PQ goác caùch carina < 2cm, xaâm laán maøng phoái thaønh, cô hoaønh, maøng tim, maøng phoái trung thaát, xeïp toaøn boã phoái			IIB
T3	N1	M0	IIIA
T1	N2: haích trung thaát cuøng beân, haích döùc carina		
T2 T3			
T4: xaâm laán trung thaát, tim, maích màu lòùn, khí quaûn, thöïc quaûn, coät soáng, carina, traøn dòch maøng phoái aùc tính	N0 N1 N2	M0	IIIB

Baát kyø T	N3: Haïch trung thaát ñoái beân, haïch roán phoái ñoái beân, haïch thöðïng ñoøn		
Baát kyø T	Baát kyø N	M1: coù di caên xa	IV

- B. Phaân chia giai ñoain ñoái vôi ung thö phoái teá baøo nhuù
1. Giai ñoain coøn khu truù: khoái u khu truù ôu moät beân loàng ngoïc, trong moät tröðong xaï trò.
 2. Giai ñoain lan toûa: khoái u ñaõ coù di caên xa hay coù traøn dòch maøng phoái do ung thö

IV./ ÑIEÀU TRÒ:

- A. Ñieàu trò ung thö phoái khoâng phaûi teá baøo nhuù

Giai ñoain	Ñieàu trò
I	Phaûu thuaät caét thuøy phoái
II	
IIIA chöa lan roäng	Phaûu thuaät + xaï trò sau moả
IIIA lan roäng (N2)	Hoùa trò 2-3 chu kyø hoaëc xaï trò tröðuc moả + phaûu thuaät
IIIB (T4 hoaëc N3)	Hoùa trò hoaëc ñieàu trò naâng ñôõ
IV	

- B. Ñieàu trò ung thö phoái teá baøo nhuù

Giai ñoain	Ñieàu trò
Khu truù	Ña hoùa trò (6 ñôit) + xaï trò loàng ngoïc + xaï trò döi phoøng naõo (tröðong hôip ñaùp öùng hoøøn toaøn)
Lan toûa	Ña hoùa trò

V./ KEÁ HOAÏCH THEO DOÏI:

-Beänh nhaân u phoái giai ñoain sôùm sau moá caän theo doõi chuiþ X quang phoái ñòngh kyø moái 3 thaùng ñeã phaùt hieän taùi phaùt.

-Beänh nhaân ñang ñieàu trò hoùa chaát, ñöôic theo doõi công thöc màu sau hoùa trò vaøo ngaøy 10 vaø ngaøy 5, kieám tra chöïc naêng gan, thaän, công thöc màu tröôùc moái ñöit hoùa trò, vaø theo doõi trieäu chöùng soát.

-Hoaõn hoùa trò laïi moät tuaàn neáu Neutrophil < 1500 hay tieäu caàu < 100000.

VI./ CHIEÁN LÖÏC PHOØNG BEÄNH:

Khuyeân moõi ngöôøi khoâng huùt thuoác laù vò thuoác laø ñöôic xem laø yeáu toá quan troïng nhaát gaây ra ung thö phoái.

Caûi thieän moái tröôøng soáng.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO

1. Handbook of cancer chemotherapy fourth edition. Roland T Skeel, Nell A Lachant.
2. Text book of lung cancer IASLC, Edited by Heine H Hansen, Martin Dunitz.
3. Lung cancer therapy annual 2, Heine H Hansen, Paul A Bunn Jr. Martin Dunitz.

TOÀN THÖÔNG MAÏCH MAÙU NGOAÏI BIEÂN

I. ÑAÏI CÖÔNG :

- Toån thöông maïch màu ngoaïi bieân (TTMMNB) laø moät caáp cöu ngoaïi khoa thöôøng gaëp trong thöøi chieán cuõng nhö thöøi bình.

- TTMMNB laø loaïi toån thöông naêng caän sô cöu kyø ñeàu toát, phaõn thuaät kòp thöøi, ñuùng kyø thuaät möi coù khaù naêng cöu soáng vaø phöic hoài laïi söùc lao ñöng cho ñain nhaân.

- Tàuc nhaân gaây thöông toản : trong thöøi chieán chuû yeáu laø maûnh hoøa khí, trong thöøi bình chuû yeáu laø vaät saéc noãn vaø chaán thöông kín.

II. TRIỆU CHÖÙNG VAØ CHẨN ÑOÀUN :

1. Triệu chöùng lâm saøng :

Tuøy theo thöông toản ñoäng maïch hay tónh maïch, toản thöông maïch màu cöu thöông ra ngoaøi da hay khoâng maø triệu chöùng lâm saøng cöu nhöõng bieäu hieän khác nhau :

- Cöu veát thöông trên ñöông ñi cuûa maïch màu
- Màu chây nhiều qua veát thöông
- Cöu khoái màu túi (cöu theá ñaáp theo nhöp maïch)
- Bieäu hieän thieáu màu caáp tính phaàn ngoaïi bieân :

+ Ñàu chi lãn

+ Maát vaãn ñoäng

+ Roái loãn hay maát caûm giaúc chi bò thöông

- Khi ñeán chãm cöu theá bieäu hieän hoã töu chi rõ: Ñàu chi tím ñen hay cöu choã traéng böít, tím baâm

- Bieäu hieän maát màu toaøn thaân : ñeâm maïc nhöit nhait, maïch nhanh, huyeát aùp tuít ...

2. Triệu chöùng caãn lâm saøng :

- Cäc xeùt nghiêm veà huyeát hoïc chöùng töu cöu tình traéng maát màu (hoàng caàu, huyeát saéc toá giaûm ...)

- Sieâu âm Doppler maïch màu

- Chuíp maïch màu cöu caûn quang

Thöøi gian qua taïi beänh vieän Chöi Raãy chöùng toái ñaõ aùp duïng hai phöông phaùp sieâu âm Doppler vaø chuíp maïch màu.

- Vôùi sieâu âm Doppler keát quaû ñuùng chæ khoaûng 70-80%

- Chuíp ñoäng maïch vôùi màu DSA cho keát quaû raát toát. Nöu giuùp phaùp thuaät vieân ñaùnh giaù ñuùng vö trí toản thöông vaø giuùp cho cuïoc maø thuaän löi hôn.

- Trong möt soá tröông hôp ñaéc bieät do khoâng theá söu duïng DSA cöu theá chuíp ngay trong cuoác maø vôùi màu x quang di ñoäng thöông thöông

Trong möt soá tröông hôp nghi ngôø cöu TTMMNB maø khoâng cöu ñieäu kieån chuíp maïch thì phaûi maø thaêm döø ñeã kieám tra söi toaøn veïn cuûa maïch màu.

III ÑIEÀU TRÒ CAÙC TTMMNB

1. Sô cöùu kyø ñàau : vôi 2 muïc ñích

- Caàm màu tím thòi

- Phøng, choáng soác

* Caàm màu tím thòi :

Tuøy tröøøng hôi vaø ñieàu kieän cuï theá chuùng ta còu theá àup duing moät trong cauc bieän phaùp sau ñây :

- Gaáp chi toái ña (trong cauc tröøøng hôi toãn thöông maich màu ôu gaàn khoeo chân hay khuyú tay)

- Duyệt tay cheøn lên trên ñöøng ñi của maich màu ôu ñàau trung tâm

(Hai bieän phaùp trên chæ laø tím thòi khi ngöøi laøm sô cöùu chóa còu cauc phöông tieän khàuc nhö baêng gaic, ga-roâ...)

- Baêng eùp : duyệt baêng cuoän baêng chaët veát thöông ñeä caàm màu

- Baêng eùp còu troing ñieäm : laø loaii baêng eùp còu ñoän theäm moät cuïc gaic hay moät cuoän baêng ñeä còu hieäu quaú caàm màu hôn

- Baêng nuët gaic: nheüt baác gaic thaät chaët vaøo veát thöông sau ñoù baêng eùp

- Garoâ : duyệt moät baêng baêng moät cao su quaän phía trên vaø saët veát thöông ñoù sieát chaët. Ñây laø bieän phaùp caàm màu tím thòi toát nhöng còu theá gaây hoaii töu chi neáu ñeä muoän khoâng moả kòp thòi. Neän garoâ trong moät soá tröøøng hôi ñaéc bieät nhö :

+ Chi ñaõ caët cuët töi nhieän sau bò thöông

+ Chi daáp nuët khoâng theá baùu toãn

+ Garoâ tröøuc ñeä chuaän bò cho phaùp thuaät traüh chây màu trong moả

Ngay nay ñeä caàm màu tím thòi haàu heát cauc tröøøng hôi chæ caän baêng eùp còu troing ñieäm caän còu moät neip goã ôu phía ñoái dieän ñeä còu hieäu quaú caàm màu ñoän thòi khoâng laøm ngait thöu ñaän nhaän.

* Choáng soác :

- Truyeän màu vaø cauc dòch thay theá màu

- Neip cauc chi gaõy neáu còu gaõy xöng

-Laøm löu thoäng ñöøng khí ñaio, thöu oxy vaø cauc bieän phaùp choáng soác khàuc...

2. Nĭeàu trò phaũ thuaät caùc TTMMNB :

- Choïn phöông phaùp voâ caùm : Tuøy tröôøng hōip cuĩ theỏ maø gaây meỏ hay teỏ taĩi choỏ hoaëc teỏ vuøng

- Choïn ñöôøng moỏ : Thuaän lôĩi cho phaũ thuaät vieân vaø ngöôøi gaây meỏ.

- Choïn loaĩi phaũ thuaät : Muĩc ñĩch cuĩa phaũ thuaät laø caàm maũu cöũu soáng beỏnh nhaân vaø phuĩc hoỏi laĩi chöũc naêng cuĩa cô theỏ. Coũ hai loaĩi phaũ thuaät cô baũn:

+ Coỏt thaét caùc maĩch maũu

+ Phuĩc hoỏi löũ thoỏng döøng maũu

Coỏt thaét maĩch maũu trong caùc tröôøng hōip caùc maĩch maũu naøy khi coỏt ít hoaëc nguy cô hoỏi töũ chi khoỏng ñaùng keỏ. Tröôũc ñaỷ trong ñieàu kieỏn chieỏn tranh do coũ nhieàu khoũ khaên veỏ phöông tieỏn, kyỏ thuaät neỏn coỏ maĩch maũu khaũ phỏ bieỏn daũn töũ tẻ leỏ caét cuĩt cho coũn cao.

Trong ñieàu kieỏn thöũi bình vieỏc phuĩc hoỏi löũ thoỏng maĩch ñöũc thöũc hieỏn nhieàu hōn. Taĩi beỏnh vieỏn Chöũ Raỷ khoaũng 80% caùc tröôøng hōip TTMM ngoỏi vi ñöũc moỏ phuĩc hoỏi löũ thoỏng döøng maũu. Trong phuĩc hoỏi löũ thoỏng coũ caùc phöông phaùp :

+ Khaũu beỏn

+ Noỏi maĩch

+ Gheũp maĩch (thöũc gheũp baêng tónh maĩch töũ thaân coũ ñaũu chieỏu)

- Caét cuĩt chi : ñöũc chẻ ñõnh trong möt soỏ tröôøng hōip :

+ Chi daũp naũt nhieàu khoỏng theỏ baũu toỏn

+ Chi ñaũ bò gỏoỏ ñeỏn muỏn hoỏi töũ

+ Khi phaũ thuaät khoỏng hieỏu quaũ chi bò hoỏi töũ phaũi caét cuĩt thì hai

- Noỏi chi : trong möt soỏ tröôøng hōip ñeỏn sũm, phaỏn chi theỏ ñöũt rỏi coũn toỏt vaø ñöũc ñaết trong tuũ õũp ñaũ laĩnh ...

3. Bieỏn chöũng sau moỏ :

- Nhieỏm truøng vaø chaũy maũu thöũ phaũt (2-4%), thöũc vaøo ngaøy thöũ 3 ñeỏn ngaøy thöũ 7 sau moỏ. Phaũi moỏ laĩi coỏt hai ñaũu maĩch maũu toỏn thöũc.

- Suy thầän cááp : thồøng bieãn hieãn ôu càùc trồøng hõip ñeãn muoãn chi ñaõ hoãii töu càùc loïc maøu ngoaøi thầän, caét cuít chi, hay caét loïc sòm càùc môa hoãii töu.

- Hoãii töu chi sau phaũu thuaät coät maích hay phuïc hoài löu thồang : càùc phaũi theo doõi vaø caét cuít sòm.

Taïi beãn h vieãn Chõii Raỹ trong 240 trồøng hõip TTMMNB coù 7 trồøng hõip chaũy maøu thõu phaùt. 3 suy thầän cááp, 11 trồøng hõip caét cuít chi trong ñoù coù 3 caét cuít chi kyø ñaàu 11 trồøng hõip caét kyù hai. Tõu vong 3 (1,25%).

4. Thuốc:

Kháng sinh:

Nhóm Quinolon: Lefloinfusion 750mg/150ml, Ciproloxacin Infusion 400mg/200ml, Ciprofloxacin, Ofloxacin...

Nhóm Metronidazol: Metronidazol 500mg/100ml, Metronidazol 250mg...

Nhóm Cefolosporin: Cefepim, Ceftizoxim, Ceftriaxon, Cefotaxim 1g, Cefuroxim 500mg...

Nhóm Betalactam: Tiropenem 1g...

Nhóm Aminoglycosid: Neltimycin 300mg/3ml, Neltimycin 100mg/ml...

Kháng viêm:

Kháng viêm Corticoid: Hydrocortison 100mg/5ml, Depersolon 30mg/ml...

Kháng viêm Nonsteroid: Meloxicam 15mg/1,5ml, Diclofenac 75mg/3ml...

Giảm đau:

Perfalgan 1g/100ml, Efferangan 0.5g, paracetamol 0.5g...

Dạ dày:

Albis 484 mg, Rabeloc...

Vitamin và khoáng chất: Nutriplex, Calci D, Rocaltrol...

TAØI LIEÄU THAM KHAÛU

1. Ñoàng Löu Ba, goùp phaàn chaãn ñoàùn vaø ñieàu trò toãn thõng maích maøu lòùn ñaàu coã vaø töu chi. Luaãn àùn toát nghieäp chuyeãn khoaII-1998.

2. Ñoàng Löu Ba vaø cs, toãn thõng maích maøu ngoaïi bieãn taïi khoa ngoaïi loàng ngoïc tim maích beãn h vieãn Chõii Raỹ 9/1997-1/2002. baøu càùc taïi HNKH Ñaïi hoïc y Haø Noãi 2002, kyù ñieãm 100 naêm thaønh laäp trồøng ñaïi hoïc y Haø Noãi.

3. Lööng Tøø Haui Thanh, möät soá nhaän xeüt qua vieäc ñieàu trò veát thöông maïch máu thøi bình tái beänh vieän Vieät Ñöùc. Luaän vaø toát nghieäp baüc só noäi truù trööøng ñaïi hoïc y khoa Haø Noäi 1986.

4. Cuïc quaän y, Toång keát kinh nghieäm xöü trí veát thöông chieán tranh. 1984

5. Dang Hanh De et coll, Olaires cardio-vasculaires meüdicine digest – 1996

6. Debakey ME, Simeone FA, Batle injuries of arteries in world war II. An analysis of 271 cases. Ann Surg 1946. 123: 534-597.

7. Ring NM, Baugh JH, Huges CW, acute arterial injuries in Viet Nam, 1000 cases trauma 1970, 10: 359-369.

CHẢN THỔNG NGÖIC KÍN

I. NÒNH NGHÓA :

Toản thõng còu theỏ chẻ ôu thaỏnh ngöic hoặc goàm nhiều cò quan trong loàng ngöic. Mòuc ñoỏ toản thõng ôu caùc cò quan cuõng khauc nhau. Vì vaỷ chửn ñoàu vaỏ xõu trí caàn còu ñaứnh giầu toaỏn dieỏn.

II. TOẢN THỔNG THAỎNH NGÖIC

Chẻ bò ôu phaỏn meỏm hoặc keỏt hõip gaỷy xõng òuc hoặc xõng sỏõn. Gaỷy xõng sỏõn còu theỏ bò moỏt hoặc nhiều xõng, ôu nhiều vò trí khauc nhau. Hay gaỷp nhau nhaỏt laỏ gaỷy ôu cung beỏn vaỏ cung sau ôu xõng sỏõn soỏ 5 ñẻn 9.

1. Gaỷy xõng òuc hoặc xõng sỏõn :

- Ñieỏm ñau chòu, laỏ xaỏo vaỏ sỏi maỏt lieỏn tuỏc cuỏa xõng.
- Chửn ñoàu baềng x quang ngöic thaứng, gaỷy xõng òuc xaùc ñònh nhỏ chuiỏp phim nghiềng

2. Maứng sỏõn di ñoảng : còu ít nhaỏt 2 xõng sỏõn lieỏn keỏ nhau bò gaỷy ôu 2 ñaừ.

- Còu nhiều kieỏu gaỷy sỏõn khauc nhau neỏn còu nhiều daứng maứng sỏõn di ñoảng : daứng beỏn, trỏừc vaỏ sau. Daứng ñaẻc bieỏt chẻ gaỷy moỏt ñaừ ñaừ kia laỏ suỏn sỏõn laỏm maứng sỏõn di ñoảng nhỏ caứnh cõu.

- Haừ quỏu naẻng neỏ cuỏa maứng sỏõn di ñoảng laỏ gaỷy ra hoỏ haỏp ñaừo chieỏu vaỏ laẻc lõ trung thaỏt.

III TOẢN THỔNG KHÍ – PHEỏ QUAỦN VAỎ PHỎI :

- Ñau ngöic, khòu thỏu, còu theỏ còu traỏn khí ôu da, suy hoỏ haỏp vaỏ soỏc, ho ra maừu neỏu toản thõng thoỏng vòu ñoỏng thỏu.

- Traøn khí maøng phổi. Toản thöông maïch maàu, raùch phổi nhieàu : traøn maàu maøng phổi.

- Ñaëc tröng cuûa toản thöông khí-pheá quaûn goác laø traøn khí trung thaát, neáu nhieàu gaây cheøn eùp caùc cô quan trong trung thaát gaây roái loain huyeát ñoäng.

- X quang ngöïc : daäp phổi, tuï maàu nhu mô phổi, traøn dòch vaø khí trong khoang maøng phổi, traøn khí trung thaát.

- CT Scan coù theå giuùp ñaùnh giuù toản thöông khi löôïng khí trong khoang ngöïc ít, taäp trung ôû trung thaát, toản thöông nhu mô, nghi ngôø xeïp phổi, tu dòch khu truù ... CT Scan ña löuùp coù döïng hình coù theå phaùt hieän toản thöông khí pheá – quaûn.

- Soi qua oáng soi meàm vaãn ñöôïc coi laø phöông tieän chaån ñoàn xaùc ñònh

- Chuù yù traøn khí maøng phổi coù gan, coøn goïi laø van trong ñeå phaân bieät vôùi daïng van ngoaøi trong veát thöông ngöïc :

+ Do toản thöông khí – pheá quaûn hoaëc phổi laøm khí vaøo khoang maøng phổi ñöôïc maø khoâng ra ñöôïc daãn ñeán xeïp phổi, ñaây leäch trung thaát, cheøn eùp toán maïch chuû, tim vaø toaøn boä trung thaát vaø laøm giaùm theå tích keá caù phổi ñoài beân.

+ Hoå haáp vaø huyeát ñoäng roái loan nhanh choùng, khoâng nghe tieáng pheá baøo moät beân ngöïc, goõ vang, huyeát aùp haï thaáp, toán maïch coà noái, xanh tím.

+ X quang khí – pheá quaûn bò ñeåy leäch, khí maøng phổi nhieàu. Thôu maùy qua noái khí : aùp löïc trong khí quaûn cao.

IV. TOẢN THÖÔNG TIM VAÙ CAÙC MAÏCH MAÙU LÔÙN TRONG LOÀNG NGÖÏC:

1. Daäp tim : Tim bò chaån thöông coù theå bò ñuïng daäp laøm toản thöông thaønh tim. Neáu treân dieän roäng gaây suy tim caáp töù vong nhanh choùng: neáu daäp töù noái maïch gaây hình thaønh huyeát khoái laøm ngheõn maïch.

- Ñau taïi choã hoaëc sau xöông öüc, baàm maàu thaønh ngöïc, suy tim òu huyeát, soác tim, vôõ tim.

- Muoän thì hình thaønh tuùi phình thaønh cô tim.

- Ñieän tim coù yù nghóa tieân löôïng hôn laø chaån ñoàn.

- Chẩn đoán đũa trên men tim, Radionucleide test, siêu âm tim.

2. Vô tim : laø thaønh cô tim raùch ra gaây chaúy màu nên chæ khoaúng 50% beänh nhaän soáúng soùt ñeán ñöôïc beänh vieän. Tâm tháát hay bò hôn tâm nhỏ.

- Hoài chöùng mát màu cááp hoặç hoài chöùng cheøn eùp tim cááp.

- Khi cáú trườc ên trong cuôa tim : van tim, trũ cô, vaùch lieän tháát... bò toản thöông gaây roái loain huyeát ñöäng hoic.

- Siêu âm tim : ñöôïc laøm khí huyeát ñöäng oản ñònh, laø phöông tieän chaän ñoàn hieäu quaû.

3. Toản thöông maích màu loun : ñöäng maích chuû ngöic chieám : 85%.

- Neáu raùch toaøn boä thaønh maích gaây chaúy màu vaøo khoaúng ngöic oà aít nhöng moät soá khaùc chæ raùch loun noái maic vaø loun cô daän ñeán taïo tuùi phình giaû.

- Soác, coù ñau ngöic lan sau löng hoặç giöõa 2 xöông baû vai, tuùi maøu tuí trong ngöic seõ cheøn eùp xung quanh gaây khoù thôû, khoù nuóát, noùi khoù hoặç khaøn.

- Moät soá khaùc laï coù bieäu hieän nhö tháét eo ñöäng maích chuû, taêng huyeát àùp ôû phaàn trên vaø hai huyeát àùp phaàn döõuì cô theá.

- X quang ngöic qui öðuc: trung tháát trên giaõn roäng, daùm môû xoua cung ñöäng maích chuû, khí – pheá quaûn goác bò ñaây læch.

- Chẩn đoán xaùc ñònh : chuiپ ñöänng maích coù câûn quang, CT Scan, siêu âm qua thöic quaûn.

V. VÔ THÖIC QUAÛN :

Hieám gaëp, khoù phaut hieän thöðøng bò toản thöông cuôa nhöõng cô quan khaùc che lááp hoặç chaän ñoàn làm cho ñeán khí coù vieâm trung tháát.

- Ñau ngöic khoâng töông xöùng thöic theá lââm saøng.

- Traøn khí maøng phoái maø khoâng coù gaõy söðøp, traøn khí maøg tím, traøn khí trung tháát oả thááp gaàn cô hoaønh; daän löu ngöic boít khí læn thöuc aên.

- Lââm saøng muoän laø vieâm trung tháát, tuí muû trung tháát, muû maøng phoái.

- Chẩn đoán baèng chuiپ thöic quaûn coù câûn quang loaïi khoâng coù Barryte hoặç soi thöic quaûn.

VI. VÔÕ CÔ HOAØNH :

Do moät löic chaán thöông raát maïnh gaây neân, thöông keøm toản thöông nhieàu cô quan vaø bieán daïng loàng ngöic. Beân traùi chieám 90% vaø raát hieám bò vôõ caù hai beân ... Sau chaán thöông 50% ñeán caáp cöu trong tình traïng soác vaø 20% cheát do coù nhieàu toản thöông khoái hõip.

- Ñau ngöic, khoù thôu, tím taùi, truiy tim maïch.

- Neáu coù thoàt vò âm pheá baùo giaùm, nghe ñöôic tieáng ruoät, tieáng òc aùch treân khoàng ngöic; aùnh höông naëng neà ñeán chöùc naëng hoà haáp, tuaàn hoaøn.

- Moät soá tröông hõip vôõ hoaøn bò che laáp böüi nhöõng toả thöông khauïc naëng neà hôn hoaëc trieäu chöùng thoàt vò dieãn tieán muoän sau nhieàu ngaøy thaãm chí nhieàu naêm : ñau thöông vò, taùo boùn, ôi hôi, taéc ruoät ...

- Chaán ñoàn xaùc ñònh baèng chuiپ X quang ngöic coù ñaët óáng sonde daï daøy, naêm ñaáu thaáp bôm chaát caùn quang. Noài soi khoàng buïng, chuiپ CT Scan laø nhöõng phöông tieän ñoàn chính xaùc.

VII. HOÀI CHÖÙNG NGAÏT THÔU DO CHAÁN THÖÔNG (Traumatic asphyxia)

Thöông gaëp khi bò ñeø eùp naëng leân ngöic laøm gia taêng aùp löic trong loàng ngöic, tónh maïch chuù treân trong khi hai nhieät ñang ñoùng laïi taïo neân löu löông ngöic leân heä thoáng tónh maïch khoàng van ôu vuøng coả vaø ñaàu daãn ñeán vôõ haøng loaït mao maïch.

- Bieäu hieän baèng toản thöông keát hõip giöõa thaønh ngöic vaø cô quan trong loàng ngöic.

- Xanh tím ôu coả ngöic, phuø neà treân maët, baàm maùu toả chöùc döùu da, hoaëc nhöõng ñaùm tui maùu laám chaám döùu da, baàm maùu oả keát maïc maët.

- Trieäu chöùng thaøn kinh : nhöùc ñaàu, giaùm hoaëc maát trí nhöu, giaùm hay bò maát thò löic taïm thöøi hoaëc vónh vieãn. Ñoài khi coù chaùy maùu muõi, tai hoaëc tieàu ra maùu.

- Ngoaøi ra laø trieäu chöùng cuûa nhöõng cô quan coù toản thöông phoái hõip khauïc.

VIII. CHAÁN THÖÔNG NGÖIC DO SÙNG CHAÁN ÑOÀNG:

Sau moät vui noả aùp löic lan truyeàn trong khoân khí raát maïnh vaø nhanh taïo neân sùng chaán ñoàng theo hai chieàu ñaây vaø huët taùc ñoàng.

Sòng chấi ñoàng nạy vớa táo sùc eùp cao ñoàng thõi táo ra sõi rung máinh cuía mói trõðng laøm caùc toả chõu trong cô theả cuõng rung ñoàng theo mói caùch ñoàng boả.

- Da còu sùc ñaøn hoài cao neân thõðng nguyêi vein trong khi noãi táng toản thõðng naẽng.

- Soác; ñau hai beân ngoïc, ñoài khi keøm ñau buĩng vaø cõng buĩng maø còu theả khoâng còu toản thõðng thõic theả trong buĩng.

- Ho ra maàu, loàng ngoïc giaùm di ñoàng, goõ vang.

- Naẽng còu theả còu phuø phoải caáp, traøn khí hoặe traøn maàu khoang maøng loám ñoám do xuaát huyeát trong nhu mô phoải. Khi còu daäp phoải roàng, tu maàu trong nhõ mô CT Scan còu vai troø quan troĩng ñeả chấi ñoàng .

IX. NGUYÊI TAÉC XÕU TRÍ:

1. Hoài sùc caáp cõu :

- Baù ñaùm thoàng khí, ñu lõoing khí, buø theả tích maàu lõu thoàng, nõùc – ñeãn giaúi, giaùm ñau, an thaàn ...

- Nhanh choùng thieát laäp nhõng ñõðng truyeàn dòch vaø kieãm soát trung táam (Swan catheter), keãn thoàng tin nhõ ñeãn tim, ñeãn naõo, do Oxygen, Monitor ... ñeả hoài sùc chĩng xaùc, hieäu quaü.

2. Xõu trí gaõy xõng õu hoặe xõng sõð :

- Gaõy xõng õu neân ñõðc khaâu coả ñõnh baèng theùp.

- Gaõy xõng sõð cung sau khoâng caàn moả, coả ñõnh baèng tõ theá naèm.

- Gaõy xõng sõð cung beân hoặe cung trõðc coả ñõnh baèng khaâu trõic tieáp nhõng khoâng hieäu quaü baèng coả ñõnh xuyeãn ñĩnh Kirchner hoặe ñaët neíp coả vít

- Maøng sõð di ñoàng :

+ Caáp cõu táii choả : baèng eùp còu troĩng ñeãm, hoặe naèm nghiêng ñeũ leãn vuøng còu maùng sõð di ñoàng nhaèm haĩn cheá vaãn ñoàng cuía maùng sõð vaø chuyeãn beãn nhaãn còu chuyeãn khoa ngoaĩ.

+ Táii nôi còu chuyeãn khoa : keùo lieãn tuĩc baèng caùch khaâu chæ luàn qua xõng sõð vaø treo leãn trong vuøng 1 thaùng; hoặe keát hõip xõng baèng xuyeãn ñeãn Kirchner, baét neíp coả vít, khaâu coả ñõnh treãn khung hoặe khaâu kieäu keát beø.

+ Thôu maùy àùp löic döông qua noãi khí quaûn gaàn ñây cuõng ñöôic àùp duïng.

3. Daãn löu kín khoang maøng phoãi :

Ña soá beãnh nhaân coù traøn khí hoaëc traøn maùu maøng phoãi ñöôic ñieàu trò khoûi baèng daãn löu kín.

- Khi coù chaån ñoaùn xaùc ñònh traøn maùu maøng phoãi ôu möüc vöôit quaù goüc söôøn hoaønh hoaëc traøn khí lòun hôn 1/3 pheá tröôøng thi caàn daãn löu.

- Nguyeân taéc laø oáng daãn löu ñuù lòun, heä thoáng daãn löu phaûi kín, huët theo moät chieàu vaø lieân tuïc.

- Vô trí daãn löu maùu ñôn thuaàn hoaëc keøm theo coù khí thöôøng ôu khoaùng lieân söôøn 5 hoaëc 6 ñöôøng naùch giöõa hoaëc sau, daãn löu khí ñôn thuaàn ôu lieân söôøn 2 ñöôøng trung ñoøn hoaëc coù theå ôu gian söôøn 4 ñöôøng naùch giöõa cuõng laø vô trí ñöôic duøng khi khoaùng coù tieàn caên vieâm ñính maøng phoãi.

- AÛp löic huët khoaùng quaù 60 cm nöôùc do laøm raùch phoãi. Trong xöù trí caáp cöùu neáu khoaùng caàn môu ngöïc, thoáng thöôøng oáng daãn löu ñöôic duy trì 24 – 48 giöø.

4. Chæ ñònh môu ngöïc caáp cöùu :

- Vôõ tim, raùch caùc maïch maùu lòun gaây maát maùu caáp hoaëc cheøn eùp tim caáp.

- Coù baèng chöùng hình aùnh toãn thöông maïch maùu lòun trong khoang ngöïc.

- Toãn thöông caáu truïc beân trong tim nhö : raùch van, ñöùt daây chaèng van tim, raùch vaùch lieân thaát. Tuùi phình thaønh tim sau chaán thöông

- Khi ñaët oáng daãn löu maø maùu ra ñuù töôi, lieân tuïc, söø oáng daãn löu thaáy aá trong vaøi phuùt neáu ra oà aït môu ngöïc ngay. Maùu daãn löu ra khoaùng ngöøng : 150 – 200 ml / giöø trong 3 giöø lieân tieáp. Moät taùc giaù ñeã nghò neáu lööïng maùu daãn löu laàn ñaàu ra töø 1500ml trôu leân cuõng neân môu ngöïc.

- Traøn khí maøng phoãi ñaõ daãn löu lööïng khí ra nhieàu khoaùng ñaùp öùng khí ra nhieàu khoaùng ñaùp öùng ñieàu trò vaãn xeïp : gaëp trong raùch phoãi roäng, vôõ naút moät cuøng phoãi, raùch khí – pheá quaûn.

- Noãi soi phaùt hieän toãn thöông khí – pheá quaûn.

- X quang hoăc năi soi còu baêng chòung raùch thöic quaûn.
- Traøn khí maøng phoải còu van trong ôû phoải hoăc khí – pheá quaûn.
- Còu baêng chòung hoăc nghi ngôø nghi ngôø còu thuyeân taéc khí ôû tim, ñoăng maìch phoải.

- Suy hoả haáp thoàt vò hoảnh sau chaán thöông.

5. Chæ ñoanh môû ngöic caáp còu còu trì hoản :

- Traøn dòch döông chaáp : moả năi soi hoăc môû ngöic.
- Maùu ñoăng trong khoang maøng phoải : moả năi soi hoăc môû ngöic.
- Daăp phoải naêng còu tuì maùu trong nhu moả phoải.

6. Vaán ñeà năi soi trong chaán ñoanh vaø ñeàu trò : laø kyõ thuaät môûi ñöôic söû döng gaàn ñaây.

- Hieäu quaû trong chaán ñoanh traøn khí maøng phoải, traøn maùu maøng phoải ñang khoâng toái caáp hoăc tuì maùu nhu moả phoải.

- Xöû trí maùu maøng phoải ñoăng, khaâu phoải raùch nhu vaø caàm maùu ñoăng maìch vuù trong, ñoăng maìch lieân söønh.

I./ TRÖÖUC KHI MOẢ

Muïc tieâu	Keá hoaïch chaêm soüc
<p>1./ Chuaån bò veà theá chaát vaø taâm lyù cho vieác phaáu thuaät.</p> <p>2./ Loaiï boû chaát tieát ôû phoái vaø ñöông hoá haáp treân.</p> <p>3./ Gia taêng söï daõn nôû vuøng phoái 2 beân.</p>	<p>1./ Giaûi thích chung veà nhöõng gì seõ xaûy ra sau phaáu thuaät nhö : vò trí cuûa veát moả, vò trí vaø chöùc naêng cuûa oáng daãn löu ôû ngoïc ...</p> <p>-Höông daãn caùc baõi taäp maø ngöôï beänh caàn naém vöõng ñeå thöïc hieän ngaøy töø nhöõng ngaøy ñaàu sau phaáu thuaät.</p> <p>2./ Daãn löu tö theá:</p> <p>-Höông daãn ho coù hieäu quaû.</p> <p>3./ Höông daãn caùc baõi taäp thôû saâu:</p> <p>-Thôû cô hoaønh</p> <p>-Giaõn nôû söõn beân vaø ñaùy phoái phía sau.</p> <p>-Khuyeán khích taäp thôû vöüi duïng cuï ñeå caûi thieän khaû naêng hít vaøo.</p>

II./ SAU KHI MOẢ:

Muïc tieâu	Keá hoaïch chaêm soüc
<p>1./ Xaùc ñònh tình traïng cuûa beänh nhaân tröôùc moãi làn ñieàu trò. Ñeå quyeát ñònh phöông phaùp ñieàu trò tieáp theo.</p> <p>2./ Duy trì söï thoâng khí vaø daõn nôû phoái, ngaên ngöõa vieâm phoái vaø xeïp phoái.</p> <p>3./ Giuùp loaiï boû caùc chaát tieát.</p>	<p>1./ Ñaùng giaù caùc daáu hieäu sinh toàn : maïch, huyeát aùp, nhòp thôû, oáng daãn löu ngoïc, tình traïng ñaùu, XQ phoái, SpO₂ ...</p> <p>2./ Taäp hít vaøo chaäm vaø saâu, keát hôïp vöüi duïng cuï taäp thôû ñeå kieám soàt söï daõn nôû cuûa vuøng ñaùy phoái 2 beân.</p> <p>3./ Baét ñaàu taäp ho saâu vaø coù hieäu quaû ngay sau khi ngöôï beänh taénh taøo vaø hôïp taùc.</p>

<p>4./ Duy trì tuấn hoàn ôu chi dồuì phøng ngöøa vieâm tónh maich huyeát khoái.</p> <p>5./ Duy trì tầm vãn ñoäng ñai vai</p> <p>6./ Ngâên ngöøa tö theá xaáu.</p> <p>7./ Caùc baøi taäp phuïc hoài khaù naêng chòu ñöïng.</p>	<p><u>Chuù yù:</u> Duøng khaên tay goái eùp lên trên veát moả ñeả giaùm ñau khi ho (2 tay ôâm).</p> <p>4./ Thöïc hieän caùc baøi taäp chuù ñoäng ôu chi dồuì, ñaét bieät laø ñoäng taùc gaäp duoãi khòup coả chaân.</p> <p>Taäp caùc khòup baèng baøi taäp chuù ñoäng ñeỉ nhaøng.</p> <p>5./ Thöïc hieän caùc baøi taäp thö giaõn ôu vuøng vai.</p> <p>Chuù yù : Ñaùm baùm cho ngöøøi beänh caùc vãn ñoäng ñeỉ nhaøng seõ khoâng gaây toản thöông veát moả. Taêng daàn caùc baøi taäp chuù ñoäng cuûa khòup vai baét ñaàu töø ngaøy sau phaâu thuaät theo khaù naêng chòu ñöïng cho töuì khi ngöøøi beänh thöïc hieän ñöïc toaøn boả tầm vãn ñoäng.</p> <p>6./ Ngöøøi beänh coù xu hööùng nghieâng veà bên moả. Hööùng daãn ngöøøi beänh ngoài ngay ngaén, hai vai ngang nhau khi ñaõ ñöïc pheùp ngoài daây vaøo ngaøy thòu hai hay thòu ba sau phaâu thuaät.</p> <p>Chuù yù : Khi ngoài không laøm caêng veát moả.</p> <p>Khi taäp caùc ñoäng taùc vai không laøm caêng veát moả.</p> <p>7./ Baét ñaàu taêng daàn vaø saép xeáp moät chöông trình di chuyeån ngay khi óáng daãn löu ôu ngöïc ñöïc laáy ñi vaø tuøy thuoác vaøo tình traïng ngöøøi beänh (thöông vaøo ngaøy thòu tö sau phaâu thuaät).</p> <p>-Taêng tieán veà thöøi gian taäp ñi vaø khi söüc khoe beänh nhaân cho pheùp taäp ñi</p>
---	---

	boä leân xuoáng thang laàu.
--	-----------------------------

III./ VEÀ NHAØ:

Muïc tieâu	Keá hoaïch chaêm soüc
Duy trì caùc baøi taäp nhaèm taêng tieán khaù naêng chòu ñöïng cuûa beänh nhaân.	-Taäp ñi boä taêng daàn veà chieàu daøi ñöôøng ñi, toác ñoä, thôøi gian. -Taäp laøm moät soá coâng vieäc nhaø.

Moät soá coâng vieäc nhaø baïn coù theå ñöôïc laøm theo baûng sau:

Coâng vieäc	
-Röûa cheùn	1 tuaàn
-May vaù, giaët quaàn aùo	2 tuaàn
-Ñi xe ñaïp, uûi ñoà moûng	3 tuaàn
-Nhoá coû	4 tuaàn
-Doïn deïp giöôøng, queùt nhaø, huët buï	6 tuaàn
-Bôi	8 tuaàn
-Caét coû, laøm vöôøng, nhaéc vaät naêng.	12 tuaàn

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO:

1./ Cardiac Surgery Patient information Guide North shore private hospital

2./ Vaän ñoäng lieäu phaùp – nguyêân lý 2 kyõ thuaät.

Taùc giaû : Carolyn Hisneer & Lynn Allen Colby – Nhaø xuaát baûn y hoïc.

AÙP XE PHỎI DO VI KHUẨN

I./ NGUYỄN NHÂN:

-Nhiều bệnh cần nhận xét gây áp xe phổi, quan trọng nhất là nhiễm trùng hoại tử do VK kỵ khí (VKKK), nổi bật là Fusobacterium nucleatum, Bacteroides melaninogenicus B intermedius, peptostreptococcus, streptococci hiếu khí, Microaerophilic Strptococci.

-Viêm phổi do Stap, aureus, Kleb, pneumoniae đã báo cáo ở vùng áp xe.

-Các nguyên nhân nhiễm khuẩn : Strep, pyogenes, strep, pneumoniae (typ 3), strep milleri, H.influenzae typ B, Pseudo aeruginosa, Pseudo, pseudomalei, tinomyces, Legionella, Nocardia, Paragonimus westermani, entamoeba histolytica.

-Vi khuẩn Gram (-) số lượng rất ít gặp, xảy ra/bệnh nhân nặng với bệnh nội ngoại khoa phối hợp.

-Phản ứng áp xe phổi, và tất cả vi khuẩn kỵ khí, có liên quan tới dòng vi khuẩn ô nhiễm.

-Áp xe do Stap.aureus G (-) thường ô nhiễm vết.

-Áp xe do amib thường do sởi lan rộng của áp xe gan qua cơ hoành.

-Nocardia gây áp xe đặc biệt trong bệnh nhân suy giảm miễn dịch, cần điều trị corticoids.

-Thuyền các nhiễm trùng ô nhiễm thường gặp nhiều ở áp xe, nguyên nhân thường nhất là do St aureus, VKKK P.aeruginosa ở da, vết mổ nội tâm mạch van 3 lần, làm dùng thuốc tiêm TM, catheter đặt lâu trong TM.

II./ NHIỀU TRÒ :

1./ Khàng sinh

a./ Vi khuẩn yeám khí :

3 cheá ñoà ñieàu trò

-PNC, Clindamycin PNC +metronidazole

-PNC G : 10 – 20 trieäu dv/ngaøý cho ñeán khi heát soát, laâm saøng caùi thieän.

Thôøi gian thöøøng töø 3-6 tuaàn hoaëc ñeán khi saïch toản thöøøng trên XQ hay di chöøng ñhoù ñhã oản ñhnh.

Clindamycin:

+Coù hieäu quaù ñoái vôùi vi khuẩn khaùng PNC (20 – 25%)

+Laø thuoaéc ñhàu tay, hoaëc thay theá khí PNC khoâng ñhàùp öùng hay dò öùng.

+Lieàu : 600mg TM/6-8 giøø töù khi heát soát vaø caùi thieän laâm saøng, sau ñhoù giaùm 300mg (u0 x 4 laàn/ngaøý).

-PNC + metronidazole : PNC lieàu ñhø trên, metronidazole : 2g/ngaøý, 2-4 laàn.

b./ Staphylococcus Aureus :

-PNC khaùng PNCnase hoaëc Cephalosporin theá heá 1

-Vancomycin daønh cho chuùng khaùng Methicilin 1 g moãi 12 giøø TTM.

-Vancomycin hoaëc Clindamycin söù düng trong tröøøng hõip khaùng beta-lactam.

c./ Streptococcus beta hemolytic : PNC G laø thuoaéc choïn löia : 10-20 trieäu ñv/ngaøý.

d./ Vi khuẩn Gr âm : döia vaøo khaùng sinh ñhoà Aminoglycoside + PNC phoả roäng.

2./ Daãn löu tö theá : Tuøý theo ñhieu kieän söüc khoùe cuia beänh nhaân, daãn löu tö theá caàn tieán haønh moãi laàn 10-20 phuùt/ngaøý. Chuù yù quan saùt beänh trong luùc ñhàng daãn löu vì nguy cô ngaït coù theá xaùy ra.

3./ Ñhành giaù ñhàùp öùng vôùi ñhieu trò:

-Soát giaùm töø 3-7 ngaøý vaø heát soát töø 7-10 ngaøý, ñhøm böùt thoát sau 3-10 ngaøý.

-XQ tuaàn ñhàu coù theá coù xoang môùi, oả àùp xe to ra, toản thöøøng lan roäng. Caàn theo doõi moãi 2-3 tuaàn cho töù khi saïch toản thöøøng hay coøn moät seïo ñhoù hay moät keùn coù thaønh môung.

- Soi pheá quaûn : Khi
- +Bieâu bieån khoâng ñieån hình
- +Thaát baïi vôùi ñieàu trò khaùng sinh ñaõ cho
- +Muïc ñích noãi soi : phaân bieät vôùi K aùp xe hoùa, phaùt hieån beån h caên baûn (K pheá quaûn, heïp pheá quaûn, ðo vaät) ðaãn löu tö theá.

4./ Giaûi phaõu:

- Xuaát huyeát naêng khoâng khoáng cheá ñoõic.
- K pheá quaûn
- Taéc pheá quaûn
- Thaát baïi hay khaùng vôùi ñieàu trò noãi khoa
- Aùp xe coïc lòu
- Aùp xe ñeå laâu troøùc khi baét ñaàu ñieàu trò
- Do vi khaûn Gr âm

CAÙC DAÁU HIEÄU TIEÂN LÖÖÏNG NAËNG

- Kích thöôùc > 6cm
- Trieäu chöùng keò daøi troøùc khi nhaäp vieån
- Toån thöông hoaiï töu vôùi nhieàu ôu ôu nhieàu phaân thuøy
- Lòu tuoãi, suy kieät, suy giaûm mieån ðo
- Aùp xe keát hôïp vôùi taéc pheá quaûn.
- Do staphylococcus aureus Gr (-)

LIEÀU LÖÖÏNG KHAÙNG SINH GÔÏI YÙ SÖÛ DUÏNG CHO VIEÂM PHOÃI VAØ AÙP XE PHOÃI:

1./ Macrolides :

- Clarithromycine vieån 0,5g .1v x 2 laàn/ngaøy uoáng
- Azithromycine oáng 0,5g, vieâm 0,5g 1 oáng pha 100 CaCL 0,9% TTM x 2l /ngaøy 1v x 2 l/ngaøy.

2./ Quinolones :

- Ciprofloxacin vieån 0,5g löi 0,2g 1 löi x 2 l TTM/ngaøy 1v x 2 l/ngaøy
- Levofloxacin vieån 0,5g löi 0,2g 1 löi TTM/ngaøy 1v l/ngaøy
- Gatifloxacin vieån 0,4g . 1v/ngaøy
- Moxifloxacin vieån 0,5g löi 0,5g 1 löi TTM/ngaøy 1v /ngaøy

3./ Bate lactams (+/- beta lactamase inhibitors)

- Cefuroxim löi 0,75g vieån 0,5g 1 löi x 3 TM/ngaøy 1v x 2-3 l/ngaøy
- Ceftriaxone löi 1g 2 löi TM/ngaøy Ceftriaxone löi 1g x 3-4l/ngaøy TM.

-Cefotaxim loĩ 1g 1 loĩ x 3-4 laàn/ngaøý Cefoperazone loĩ 1g,1loĩ x 2l/ngaøý.

-Cefepime loĩ 1g 1 loĩ x 2-3 laàn/ngaøý Amoxicilline + Clav.acid 1loĩ x 3l/ngaøý TM.

-Cefoperazone + sulbactam : 1 loĩ x 3TTM/ngaøý + Ticarcillne + Clav.acid : 1 loĩ x 3 TTM/ngaøý.

-Piperaclline + Tazobactam : 1 loĩ x 3-4l/ngaøý

4./ Aminoglycosids :

+Gentamycone 80mg/oáng . 1 oáng x 2l /ngaøý TB

+Tobramycine 80mg x 2 laàn/ngaøý.Amikacine 0,5g/loĩ.1loĩ x 2 TB hay TTM/ngaøý.

TAØI LIEÄU THAM KHAÛO

1./ Textbook of pulmonary Disease 1989n

2./ Principles of Internai Medicin 2005.

3./ Pneumologicum 1990

4./ Bòn hoiç noãi khoa, ÑHYD TP.HCM 1990

5./ Fishman's Pulmonary diseases and disorders 1998.

U TRUNG THAÁT

Trung thaát giöõ vò trí raát quan troïng. U trung thaát cho bieäu hieän laâm saøng taïi choã cuõng nhö toaøn thaân phöùc taïp.

-Taïi choã gaây cheøn eùp, khoù thôû vaø phuø aùp khoaùc...

-Toaøn thaân nhö caùc u tuyeán noãi tieát, mieãn dòch vaø caùc beänh vieâm heä thoáng.

Khoái y vaø nang trung thaát coù theå laø laønh hoaèc aùc tính. Muoán chaån ñoaùn ñöôïc u trung thaát, phaûi bieát ñöôïc caáu truùc giaûi phaäu bình thöôøng caùc vuøng cuûa trung thaát (1).

Trung thaát ñöôïc chia laøm 3 khoang : trung thaát tröôùc (vuøng tröôùc treân) trung thaát giöõa (hay trung thaát noãi taïng) vaø trung thaát sau (1).

I./ SUAÁT ÑÖÛ U TRUNG THAÁT

Söï xuaát hieän cuûa u trung thaát (UTT) hoaøn toaøn khaùc nhau, tuøy theo tính chaát khoái u, tuoãi vaø theo vuøng cuûa trung thaát.

1./ Neáu tính theo suaát ñöõ : thì u thaàn kinh (TK) chieám nhieàu nhaát 23%, u tuyeán hung (17%) u lympho (11%) u teá baøo maàm (9%), u trung mô vaø u tuyeán noãi tieát (2-3%). Rieâng u nang chieám tyû leä 10-25%.

2./ Neáu tính theo tuoãi (1)

Theo thoáng kê chung, thì u TK vaø u tuyeán hung chieám tyû leä cao nhaát (30-40%) nhöng neáu tính rieâng thì u TK chuû yeáu xaùy ra ôû treû em (2).

ÔÛ ngöôøi lôùn : u TK (20%) u tuyeán hung (19%) u nang (18%) u teá baøo maàm (10%) u tuyeán noäi tieát (6%) u trung mô (6%) Carcinim nguyêân phaùt (4%) caùc loaïi khaùc (2%).

ÔÛ treù em : u TK (33%) lymphoma (14%) u quaùi (10%) u tuyeán hung (8,5%) nang pheá quaûn (7,5%) nang ruoät (enteric cyst) (7%) u maàu (6,8%) khoái haïch vieâm (4,4%). Xaùc suaát u trung thaát àùc tính (tính ñeán 16 tuoái) laø 50% (1).

3./ Neáu tính theo vò trí (2)

Chaân ñoàùn phaân bieät döïa treân neàn taùng cuûa vò trí khoái u (1)

a./ U trung thaát tröôùc chieám tyû leä cao nhaát, bao goàm u tuyeán hung, u teá baøo maàm, lymphoma ðaïng Hodgkin's vaø khoâng Hodgkin, u nang (maøng bao tim cuûa phoái hoaëc cuûa tuyeán hung) vaø böôùu giaùp thoøng trong loàng ngöïc (1).

Ít gaëp hôn laø u trung mô (u mô, u sôi, u maïch baïch huyeát, nang thanh dòch (hydroma) hoaëc caùc u àùc töông öùng) (1)

b./ U trung thaát giöôa chieám 18-255 cuûa toång soá bao goàm u nang (maøng tim, pheá quaûn), nang ruoät, lymphoma. Coù theá coù di caên thòu phaùt, nhöng K nguyêân phaùt chieám ña soá.

c./ U trung thaát sau coù tyû leä 23-27%, maø $\frac{3}{4}$ coù nguoàn goác TK. Caùc toản thöông khaùc ít gaëp hôn (1).

4./ Neáu döïa treân taàn suaát àùc tính : u àùc tính chieám töø 25/42% soá u trung thaát (ñaïi ña soá laø u lympho, K tuyeán hung, K teá baøo maàm, carcinoma nguyêân phaùt vaø u TK) (3,6).

A./ Lieân quan ñeán vò trí phaân vuøng thì u àùc chieám nhieàu nhaát ôu vuøng trung thaát tröôùc – treân (59%) trung thaát giöôa (29%) trung thaát sau (16%).

b./ Theo tuoái : ñaenh cao cuûa u àùc tính trung thaát thöôøng ôu löua tuoái 20-40. ÔÛ ñoä tuoái naøy, u lympho vaø u teá baøo maàm chieám öu theá. Traùi laïi ôu tuoái <10, u trung thaát vuøng thöôøng laønh tính (73%).

-UTT sau ôu ngöôøi lôùn ít hôn treù em. Noùi chung, moät kho phaùt hieän u TK ôu ngöôøi lôùn thì gaàn nhö laø laønh tính (2).

-UTT sau thuoác veà treù em (52%) vaø chieám töø 33% ñeán 50% toång soá UTT ôu treù em (2).

Trong ñoù u àùc nguyêñ bårø thàn kinh (neuroblastoma) cuõa càùc trêù em döõuì 3 tuõai, chieám nhieàu nhaát (1).

UTT àùc tíñh ñöõng haøng thòu 2 thöðøng gaëp ôù trêù em laø u lymphoà (lymphomas) thuoác vuøng trung thaát tröðùc. Loaiì u ñöõng haøng thòu 2 ôù trung thaát tröðùc cuõa trêù em laø càùc u teá bårø maàm (sinh duïc) (2). Nhöng may maén thay, hôn 2/3 u teá bårø maàm maøy laïì laø u quaùì laønh tíñh.

Càùc UTT coøn laïì ôù trêù em nhö :

-Càùc loaìì u nang (maøng bao tim, khí thöïc quaûn) ; u trung moà (maìch maàu hoaëc càùc caáu truïc x quañh) taát caù gaàn nhö laø laønh tíñh.

-Khoái taêng sinh tuyeán hung cuõng thöðøng gaëp ôù trêù em döõuì daïng U nang laønh tíñh ; hoaëc taêng sinh ñôn thuaàn. Toát nhaát laø neân caét boù khoái taêng sinh aáy, nhaèm 2 muïc ñích : giaùì phòùng cheøn eùp vaø xaùc ñònh tíñh chaát teá bårø hoïc.

II./ BIEÁU HIEÁN LAÂM SAØNG (LS) CUÛA U TRUNG THAÁT (4,5,7)

30-50% càùc tröðøng hôiپ UTT khoâng coù bieáu hieán hoaëc LS khoâng ñaéc hieäu nhö. Ñau ngöïc (33%), khoù thôù (20%), Ho (18%), Soát, òùn laïnh (19%), suýt caân (9%), HC cheøn eùp TM chuù treân (8%) nhöðic cô (7%) meät moùì (6%), khoù nuoát (4%) ñoả mò hoài ñeâm 3%.

1./ Bieáu hieán LS thöðøng laø haäu quaù cheøn eùp hoaëc xaâm laán taï choã cuõa khoái u treân càùc caáp truïc laân caân, mô hoà khoâng ñaéc hieäu nhö : khoù thôù, ho, thôù ngaùy, khí huyeát, ñau ngöïc, khoù nuoát, khaøn tieáng, lieät daây TK hoài quy (7).HC cheøn eùp TM chuù treân, ñaùnh troáng ngöïc, meät moùì, suy nhöðic vaø suýt caân (2) vaø HC Horner.

-Càùc TC TK thöðøng laø càùc daáu hieäu xaâm laán tuý soáng gaây càùc HC cheøn eùp tuý, nhö u TK hình quaù taï (dumbbell) (1).

-Khaùm LS coù theá phaùt hieán : haìch ôù coả hoaëc ôù naùch, daõn TM coả, taêng phaùn xaì (2).

Noùì chung:

-Khoái u vuøng trung thaát tröðùc treân thöðøng gaây ra HC cheøn eùp TM chuù treân (3,4).

-U trung thaát giöõa thöðøng gaây ra HC cheøn eùp tim.

-U trung thaát sau thöðøng gaây HC cheøn eùp tuý.

2./ Càùc bieáu hieán toaøn thaân:

Vaøi loaii u nguyean phaùt trung thaát coøn saün sinh ra noäi tieát toá hoaëc khaùng theá, gaây ra caùc bieäu hieän toaøn thaân ñaëc hieäu nhö:

a./ Cô cheá mieãn dòch trong beänh nhöôic cô vaø u tuyeán hung, vôùi TC baát saün hoàng caàu (3,6) giaùm gammaglobulin maàu, ñau nhöùc khöù (2).

b./ Böôùu carcinoid vôùi HC Cushing (tieát ra ACTH).

c./ Caùc TC noäi tieát nhö:

-TC cöôøng giaùp hoaëc suy giaùp. TC “ñoäc tuyeán giaùp” töøng hôip vôùi böôùu giaùp thoøng trong trung thaát ; hoaëc.

-HC taêng calci maàu, trong u tuyeán caän giaùp chìm trong trung thaát vaø beänh Hodgkin.

-Chöùng nöõ hoùa tuyeán vuù (gynecomasty) cuûa ung thö teá baøo maàm khaùng phaùt tinh hoaøn (noneminomatous germ cell) 3.6).

d./ Neáu coù côn taêng HA àùc tính, kòch phaùt, thì haõy nghó ñeán u saéc toá (pheochro – mocytoma). Tuy nhieän cao HA cuõng coù theá gaëp troùng soá u TK ôù treù em.

e./ Moät vaøi HC chöa giaùt thích ñöôic nhö : u trung mô toá (mesenchymal) ít gaëp nhö mesothelioma vaø fibrosarcoma tieát ra chaát gioáng nhö insulin hoaëc chaát insulin gaây chöùng hai ñöôøng huyeát baát thöôøng (2) (HC Doege – Potter).

Chaån ñoaùn:

+Muïc ñích cuûa chaån ñoaùn UTT laø xaùc ñònh tính chaát teá baøo hoïc. Töø ñoù môùi coù phöông thöùc ñieàu trò cuí theá.

+X quang chæ chi duøng ñeá taàm soaùt. Vai troø cuûa CTScan raát quan troïng. Ngoaøi ra coøn coù MRI maïch ñoá giuùp chaån ñoaùn trong 1 soá tröôøng hôip ñaëc bieät.

-Vôùi 1 u trung thaát tröôùc môá, caän coù 7 döõ lieäu sau ñaây :

1./ U nguyean phaùt hoaëc di caên.

2./ Phaùt hieän TC toaøn thaân, ñeá traùnh caùc bieán chöùng chuù phaùu.

3./ Phaùt ñaùng giaù möùc ñoá cheøn eùp cuûa u (treân khí pheá quaùn ÑM phoái vaø TM chuù)

4./ Phaùt ñaùng giaù cho ñöôic khoái u coù aên vaøo coät soáng hay khaùng (MRI)

5./ Neáu laø u sinh duïc, phaui loaïi tröø cho ñöôïc u sinh duïc khoâng teá baøo maàm (nonseminomatous germ – cell T)

6./ Phaui ööüç lööïng khaui naêng caét laáy u.

7./ Bieát ñöôïc caùc phöông thöïc ñieàu trò noãi keát hïp hoùa vaø xaï trò (3,6).

III./ ÑIEÀU TRÒ:

Tuøy theo loaïi u trung thaát vaø tính chaát teá baøo hoïc maø ta coù nhieàu phöông phaùp ñieàu trò : phaäu trò, hoùa, xaï trò hoaëc keát hïp ñieàu trò da mô thöïc nhö hieän nay.

A./ Phaäu thuaát caét troïn vaø vaán ñeà voâ caùm : caét troïn ñeà giaui phöng cheøn eùp vaø xaùc ñònh tính chaát giaui phaäu beänh.

1./ U to ôu vuøng trung thaát, nhaát laø ôu trung thaát tröôùc vaø giöõa seõ laøm taêng bieán chöùng tim phoãi, nguy cô raát cao trong phaäu thuaát (1,3,6) vaán ñeà gaây meä toaøn thaân seõ gaëp khuøi khaên, vì nguy cô cheøn eùp khí pheá quaün. Ñeéc bieät vöüi treü em, caùc TC cheøn eùp treân LS thöôøng khoâng töông xöùuùng vöüi thöông toãn cheøn eùp thöïc söi.

a./ Neân ñieät beänh nhaân ôu 1 tö theá moã maø haïn cheá cheøn eùp TM chuü treân hoaëc khuøi thôu. Trong caùc tröôøng hïp beänh nhaân ít coù TC cheøn eùp treân LS nhöng neáu treân CT Scan, khi ñeàu bò cheøn eùp treân 355 (3,4) hoaëc treân 1/3 ñöôøng thôu thì khoâng neân moã beänh nhaân ôu tö theá naèm ngöüa vaø neân thoâng khí töi nhieân, neáu caàn, söü ñuïng tuaàn hoaøn ngoaøi cô theá (2).

b./ Hieäm nguy cuüa cheøn eùp “TM chuü treân” vaø “khí ñeàu” trong quaù trình gaây meä toaøn thaân laø maát maát ñi taùc ñuïng “âm tính” trong loàng ngöïc. Theâm vaøo ñeàu, thuoác ñaõn cô seõ laøm gia taêng khaui naêng xeáp khí quaün vaø laøm giaüm theá tích khí löu thoâng trong moã.

2./ Vöüi caùc beänh nhaân naøy, ñeà ñeàu baùo thoâng khí thích hïp khoâng neân duøng phöông phaùp voâ caùm toaøn thaân, maø neân tieán haønh thuü thuaát sinh thieát vöüi phöông phaùp gaây teá taïi choã.

Neáu ööüç lööïng choïc ñoø khoâng theá mang laïi KQ teá baøo hoïc thoùa ñeàu hoaëc chöa theá sinh thieát ñöôïc, thì neân tieán haønh xa trì, corticord lieäu phaùp vaø hoùa trò keát hïp tröôùc, ñeàu treân chaån ñeàu ööüç ñònh. Bôui vì

- 2./ DECAMP M.M SWANSON S.J and SUGARBAKER D.J 1996 “Mediastinum” Glenn’s Thor and Cardiovasc Surg 6th Appleton and Lange USA 643-664.
- 3./ DUANE DAVIS R.NEWLAND OLDHAM H.and SABISTON D.C 1995 “The Mediastinum”. Surg of the chest. Sabiston – Spencer 6 Ed W.B Saunder Co. Philadelphia 576.612.
- 4./ GUTETREZ F.R (1999) “Mediastinum” Thoracic Imaging Apractical Aproach McGraw Hill NY 123-138.
- 5./ LANGE S. and WALSH G (1998) “Diseases of the Mediastinum” Radiology of Chest Diseases 2nd Ed Thieme NY 256-270
- 6./ LAU L.Ch.And DUANE DAVIS R. 2001 “Mediastinum” T. of surg 16 Ed bau-champ Evers mattow W.B saunder Co..Philadelphia 1185 – 1204
- 7./ RUSCH V.W and GINSBERT J 1999 “Meddiastinum” P of Surg 7th Ed S Schwartz NY 1999 –770 – 784.