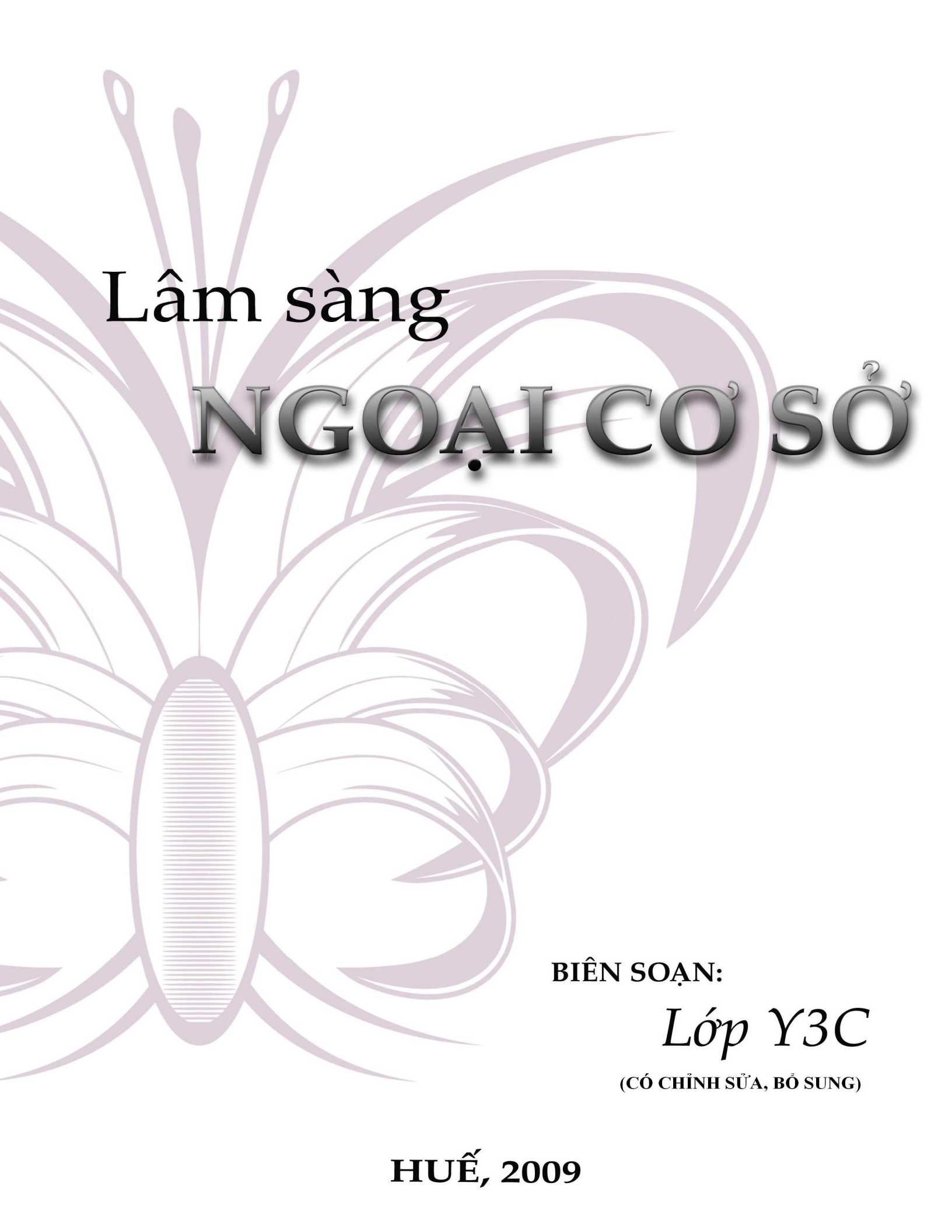




Lâm sàng

NGOẠI CƠ SỞ

BIÊN SOẠN:

Lớp Y3C

(CÓ CHỈNH SỬA, BỔ SUNG)

HUẾ, 2009

MỤC LỤC**I. CHẤN THƯƠNG – BỎNG – THẬN KINH**

1. Cách làm bệnh án	5
2. Chèn ép khoang	8
3. Sơ cứu gãy xương hở	11
4. 1 số khái niệm trong gãy xương	15
5. Cách đo chi thể	16
6. Gãy xương bánh chè	17
7. 1 số phương tiện trong chấn thương chỉnh hình	19
8. Gãy xương cẳng chân	22
9. Gãy xương cẳng chân	24
10. Gãy xương cẳng chân	26
11. Gãy 2 xương cẳng tay	29
12. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay	31
13. Gãy trên lồi cầu xương cánh tay	33
14. Gãy liên mấu chuyển	34
15. Gãy liên mấu chuyển	35
16. Gãy thân xương đùi	39
17. Gãy WEBER	41
18. Gãy liên lồi cầu đùi	42
19. Bệnh án bỏng	46
20. Bỏng điện	50
21. Điều trị bỏng	52
22. Khám chấn thương sọ não	54

II. KHOA THẬN TIẾT NIỆU

1. Bí tiểu	56
2. Khám thận – tiết niệu	59
3. Thận đồ - ASP – UIV	60
4. U bàng quang	63
5. Cơ quan sinh dục nam	65
6. Phẫu thuật bàng quang – dẫn lưu bàng quang	67
7. Chấn thương thận	68
8. Sỏi hệ tiết niệu	70
9. Sỏi thận	73
10. ASP	75
11. Sỏi niệu quản	77

III. KHOA LÒNG NGỰC

1. Dẫn lưu ngực	79
-----------------	----

2. Viêm tắc động mạch chi mãn tính	83
3. Tắc mạch cấp	85
4. Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới	87
5. Chấn thương động mạch	92
6. Giãn tĩnh mạch nông chi dưới	94
7. Kháng đông	96
8. Vết thương ngực kín	99
9. Vết thương ngực hở	100
10. Một số bệnh lý của động mạch	103
11. Khám hệ thống mạch máu	104
12. Phẫu thuật mạch máu đùi – khoeo	105
13. Xét nghiệm về hàm lượng khí trong máu	107

IV. TIÊU HÓA –CẤP CỨU BỤNG – NGOẠI NHI

1. Sỏi mật	109
2. Sỏi mật	111
3. Viêm ruột thừa cấp	114
4. Abscess ruột thừa	116
5. Thủng tạng rỗng	117
6. Viêm ruột thừa	120
7. Hội chứng tắc ruột	123
8. Abscess gan	127
9. K dạ dày	132
10. Ung thư gan nguyên phát	134
11. Xử trí tăng áp tĩnh mạch cửa	138
12. Các cơn đau	140
13. Ống sonde - ống dẫn lưu	143
14. Tắc ruột sau mổ	146
15. Phẫu thuật hậu môn trực tràng	148
16. Ống dẫn lưu Kerl	149
17. Tiên lượng viêm tụy cấp	151
18. Theo dõi điều trị sau mổ gan mật	154
19. Những bài ngoại nhi của thầy Vũ:	155
i. Tắc ruột sơ sinh	156
ii. Hirschprung	158
iii. Dị tật bẩm sinh vùng rốn	160
iv. Teo thực quản bẩm sinh	161
v. Thoát vị cơ hoành bẩm sinh	162
vi. Hẹp phì đại môn vị	163
vii. Ống phúc tinh mạc	164
viii. Dị dạng đường mật bẩm sinh	167

I. CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH- BỔNG

CÁCH LÀM BỆNH ÁN

I. Hành chính:

Chú ý giới, tuổi bệnh nhân.

II. Bệnh sử:

1. **Lý do vào viện:** triệu chứng, biến chứng (triệu chứng chủ quan của bệnh nhân)

Ví dụ:

- Gãy cánh tay: bệnh nhân đau, không dạng được.
- Tổn thương thần kinh quay: không duỗi được cổ bàn tay.
- Gãy 2 xương cẳng tay: không sắp ngửa tay được.

2. **Quá trình bệnh lý:**

- Thời gian chấn thương
- Cơ chế chấn thương: bị té như thế nào? đập vào vị trí nào trên cơ thể?... → liên quan vấn đề chẩn đoán và xử lý
- Tình trạng bệnh nhân sau chấn thương?
- Sơ cứu như thế nào?
- Vào viện sau chấn thương bao lâu?(mấy giờ?) Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện?
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán và hướng xử trí, xét nghiệm hỗ trợ?
- Diễn biến sau xử trí? (toàn thân? tại vị trí tổn thương? nhiễm trùng?...).

3. **Tiền sử:**

- **Toàn thân:**

+ Liên quan chuyển hoá canxi (cường cận giáp, suy thận, bệnh lý tuyến giáp...)

+ Nằm lâu: loãng xương.

- **Tại chỗ:**

+ Gãy xương do chấn thương trên 1 xương đã có bệnh lý trước đó (viêm xương, u, nang xương...).

III. Thăm khám hiện tại:

- **Toàn thân**

- **Vùng gãy xương**

+ **Cơ năng**

+ **Thực thể:** nhìn, sờ, gõ (gõ dồn từ xa), đo vận động (chủ động).

- Chi chấn thương

IV. CLS:

Chủ yếu là XQ:

- + Phải thấy rõ 2 khớp trên và dưới ổ gãy
- + Chụp ít nhất 2 tư thế: thẳng, nghiêng.

Đọc phim XQ:

* Thẳng:

- Vị trí ổ gãy.
- Di lệch trong _ ngoài
- Nếu là gãy 2 xương cẳng tay thì 2 xương gãy về cùng 1 phía hay khác phía để đánh giá tình trạng màng liên xương.

* Nghiêng:

1. Vị trí ổ gãy.
2. Di lệch trước _ sau...

V. Tóm tắt - Biện luận - Chẩn đoán:

1. Tóm tắt:

- + Các triệu chứng chính (cơ năng, thực thể, cận lâm sàng)
- + Hội chứng

- **Lưu ý:** *Không có hội chứng gãy xương.
Không có chẩn đoán sơ bộ.*

2. Chẩn đoán: → rõ ràng.

3. Biện luận:

- a) **Triệu chứng:** → giải thích triệu chứng dựa vào cơ chế

Ví dụ:

- Cơ chế trực tiếp thường gây gãy xương phức tạp (*tuy nhiên ở tuổi trưởng thành, do xương rắn chắc nên có thể gãy đơn giản*)
- Cơ chế gián tiếp thường gây gãy xương đơn giản.

b) Biện chứng có thể xảy ra:

• **Lúc vào viện:**

- *Choáng chấn thương* (do gãy hở phức tạp).
- *Chèn ép khoang (CEK):*
 - o Là biến chứng vô cùng nguy hiểm
 - o Thường xảy ra khi gãy xương cẳng chân, xương cẳng tay trong trường hợp gãy cả 2 xương, gãy phức tạp, có di lệch (càng di lệch thì càng CEK do bó mạch TK càng bị khúc khuỷu nhiều).

• **Hậu phẫu:**

- Nhiễm trùng

c) Thái độ xử trí:

- **Sơ cứu:** phải hỏi kĩ bệnh nhân để phát hiện sơ cứu đúng hay sai, nếu sai thì có thể gây di lệch thứ phát, choáng...

Ví dụ: gãy 2 xương cẳng tay, sơ cứu ban đầu phải dùng nẹp (tốt nhất là nẹp Cramer), hoặc dùng tay lành đỡ lấy tay bị gãy, tuyệt đối không treo tay bệnh nhân mà không cố định trước để tránh làm di lệch thứ phát.

- **Xử lý thực thụ:**

Tuỳ vào vị trí mức độ tổn thương và tình trạng bệnh nhân mà áp dụng 1 trong 2 phương pháp: điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

Ví dụ: Gãy 2 xương cẳng tay thì Phẫu thuật được ưu tiên hàng đầu do mục đích điều trị là phải bảo toàn cơ năng (sấp, ngửa), muốn vậy phải:

- + Đảm bảo độ cong của xương quay.
- + Khớp cổ tay và khuỷu tay phải cùng 1 bình diện (cùng sấp hoặc cùng ngửa).
- + Màng liên cốt phải tốt.

Chỉ có PT mới đáp ứng được các yêu cầu trên.

**** Lưu ý:** trong gãy 2 xương cẳng tay, bó bột theo nguyên tắc:

+ Gãy càng cao càng bó ngửa, gãy càng thấp càng bó sấp (tuân theo tác dụng của các cơ cẳng tay).

+ Đoạn gãy xa phải theo đoạn gãy gần.

CHÈN ÉP KHOANG - CẤP CỨU NGOẠI KHOA

(Compartment syndrome)

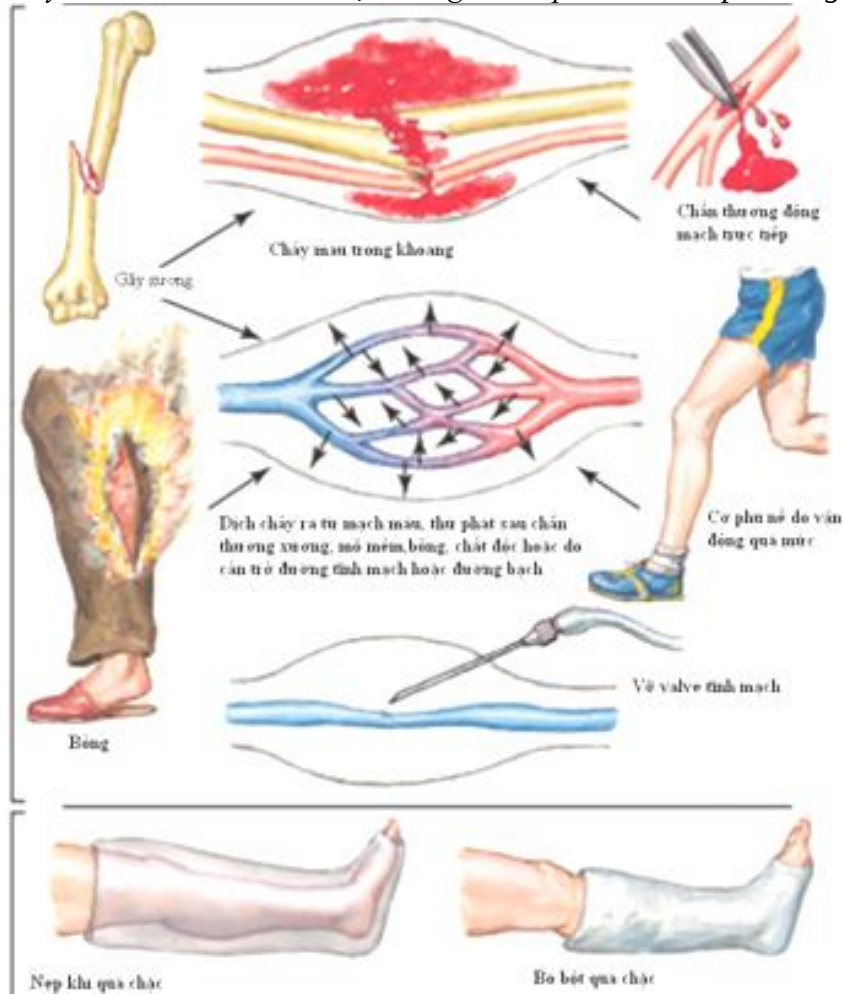
Thầy Phúc

1. Nguyên nhân, cơ chế:

Cơ chế:

- Tăng thể tích vật chứa trong khoang: máu, dịch, xương di lệch, bầm dập mô mềm
- Giảm thể tích khoang: bó bột chặt or khâu kín cân cơ quá

→ *Khoang ít thay đổi kích thước và có độ chun giãn thấp* → dễ chèn ép khoang.



Nguyên nhân chèn ép khoang:

- Bên ngoài: bó bột, kéo liên tục
- Bên trong: Máu, dịch, xương di lệch, bầm dập mô mềm
- Nguy cơ cao:
 - o Gãy kín.
 - o Bệnh lý mạch máu, rối loạn huyết động.
 - o Rối loạn chảy máu đông máu
 - o Khâu kín cân cơ.
- Vì sao huyết áp tụt kẹt lại gây chèn ép khoang?
 - o Vì khi đó co mạch ngoại vi để nâng huyết áp lên → giảm tưới máu ngoại vi
(mà chèn ép khoang lại là 1 biến chứng của giảm tưới máu ngoại vi)

2. Chẩn đoán: 6P

- Pain(đau): bệnh nhân kêu la do đau, da căng bóng, đau tự nhiên, dữ dội
- Pallor: màu sắc chi nhợt nhạt
- Pulse: Mạch yếu, ko rõ (ít có giá trị vì CEK là thiếu máu cục bộ, tắc các mao mạch nhỏ vào cơ nên đôi khi các mạch máu lớn vẫn có)
- Paresis: Liệt
- Paresthesia: Dị cảm đầu chi
- Pressure: Áp lực khoang

“Bệnh nhân thường đau trên mức độ chấn thương, kêu la mặc dù đã được bất động chỉ gây khám càng đau hơn, làm động tác gấp duỗi cơ thụ động → bệnh nhân đau không chịu nổi”

→ Đau khi đã dùng thuốc giảm đau

3. Đo áp lực khoang:

- Khoang tăng áp lực: ảnh hưởng vi mạch và các mạch máu gây thiếu máu cục bộ
- Áp lực khoang bình thường: 8-10mmHg
- Cách đo:
 - o Kim nhỏ.
 - o Áp kế.
 - o Hoặc bơm liên tục → $\geq 30\text{mmHg}$ → chèn ép khoang
- **Máy đo áp lực khoang:**
 - o Gồm 3 phần:
 - Phần vô trùng.
 - Phần gắn với áp kế.
 - Phần gắn với bơm
 - o Đầu tiên phần vô trùng phải được lấp đầy nước
- Bơm khí vào → ban đầu khí đi vào phần gắn áp kế → chờ đến lúc áp lực 2 bên cân bằng → đọc trị số trên áp kế.
 - o Công thức White-site:
 - $P_{\text{khoang}} - HATTr = |X| < 30\text{mmHg}$

- o Sỡ dĩ có huyết áp tâm trương trong công thức để tránh các trường hợp CEK mà huyết áp tụt kẹt:

- $P - HATr = 30 - 50 = |-20| = 20 < 30 \rightarrow$ chèn ép khoang

4. Điều trị:

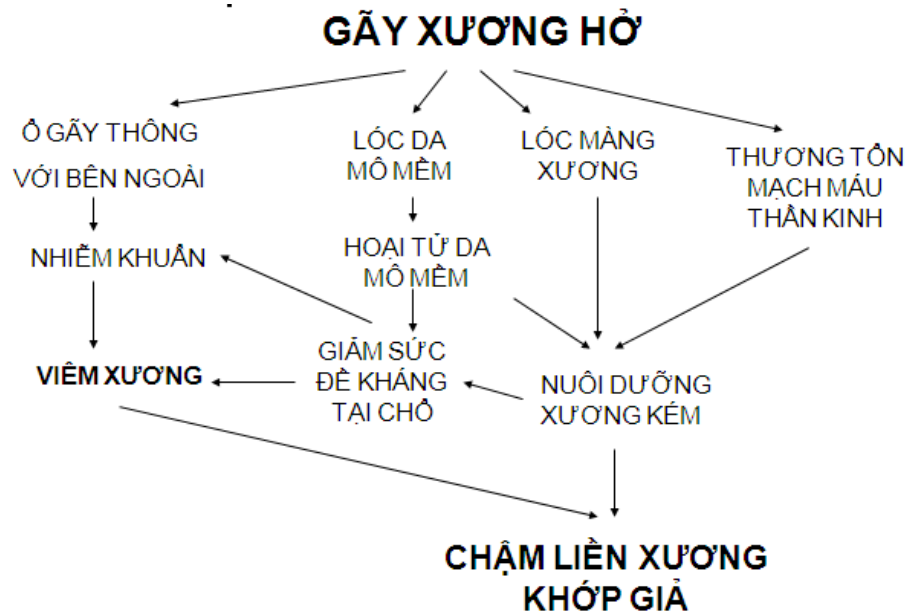
- **Dự phòng:**

- o Theo dõi 30 phút, 1 giờ... (thường CEK 24-72h: 2-3 ngày đầu)
 - o Kê cao chân và dùng thuốc giảm đau
 - Nếu có dấu hiệu nếp nhăn da: Wrinkle $\rightarrow$ hết phù nề $\rightarrow$ cho phép mổ
 - Nếu $P = 20-30$: giải phóng chèn ép khoang:
 - Fasciotomy:
 - o Đường gần xương mác bên ngoài có thể giải phóng cả 4 khoang
 - o Thường rạch đường trong và đường ngoài
 - Khả năng nhiễm trùng $\rightarrow$ khâu và kéo từ từ khi 2 mép da liền sát thì khâu lại
-

SƠ CỨU GÃY XƯƠNG HỖ

- Sơ cứu gãy xương hở tốt : rửa sạch vết thương → ngăn chặn nhiễm trùng kín
- Nguyên tắc sơ cứu : không bao giờ di chuyển bệnh nhân nếu chưa bất động
- Gãy xương đến sớm : trước 8h (6-8h), còn tùy thuộc vào môi trường bị tai nạn
- **Nguy cơ trong gãy xương hở :**
 - o **Biến chứng ngay:**
 - Shock chấn thương:
 - Do mất máu, do đau.
 - Vì thế phải băng và bất động tốt ngay.
 - Tồn thương mạch và thần kinh:
 - Độ 3c.
 - Tắc mạch do mỡ tủy xương:
 - Hiếm gặp.
 - o **Biến chứng sớm:**
 - Nhiễm khuẩn vết thương:
 - Nguy hiểm nhất là vi khuẩn yếm khí.
 - Vì thế khi xử lý vết thương phải rạch rộng, không khâu kín da.
 - Chèn ép khoang gây hội chứng Wolkman.
 - Sau mổ cần để chi ở tư thế cao.
 - o **Di chứng (biến chứng muộn):**
 - Viêm xương sau chấn thương:
 - Di chứng nặng nề.
 - Điều trị còn khó khăn, phức tạp.
 - Chậm liền xương, khớp giả:
 - Chiếm tỉ lệ cao, do mất sự liền xương sinh lý.
 - Can xương lệch:
 - Nếu chi ngắn quá 2cm, gập góc >10o thì phải mổ lại phá can, sửa trục chi.
 - Teo cơ, cứng khớp vì phải bất động lâu.
- Nhiễm trùng : phụ thuộc vào
 - o Vi khuẩn.
 - o Môi trường.
 - o Thời gian vi khuẩn sinh trưởng.

Sinh lý bệnh gãy xương hở:



- o Diễn biến phần mềm : Hoại tử mô
- o Diễn biến phần cứng : Chạm liền xương, khớp giả (can xương dừng lại ở mức độ liền sụn, chưa phát triển đến xương).

- **Phân độ gãy hỡ theo Gustilo:**

Độ gãy	Vết thương	Vảy bắn	Tổn thương mô mềm	Tổn thương xương
I	<1cm, năng lượng thấp. Thường do gãy từ trong ra ngoài	Sạch	Tối thiểu	Đơn giản
II	>1cm. Năng lượng vừa	Vừa	Vừa, đụng dập một vài cơ của một khoang cơ	Phức tạp vừa phải
III A	Thường > 10cm. Năng lượng cao	Nhiều	Dập nát nặng, lóc da và màng xương ít	Thường xương gãy phức tạp nhưng mô mềm còn đủ che xương
III B	Thường > 10cm Năng lượng cao	Nhiều	Mất phần mềm lớn, lóc màng xương và da rộng, lộ xương	Thường xương gãy phức tạp và cần làm vật che phủ xương gãy
III C	Thường > 10cm Năng lượng cao	Nhiều	Cụt chi Mất phần mềm lớn và thương tổn mạch máu cần can thiệp ngay	Thường xương gãy phức tạp và cần làm vật che phủ xương gãy

Những chú ý trong phân độ của Gustilo:

- o Gãy phức tạp, gãy hai tầng, mất đoạn xương
- o Gãy trong môi trường bẩn như nông trại
- o Gãy trong các tai nạn giao thông tốc độ cao
- o Gãy do đạn bắn
- o Đến muộn >8h

Xem như gãy độ III

- **Vết thương vấy nhiễm:**
 - o Tiếp xúc với nước, dầu, chất phân
 - o Nhiễm bản khuẩn chí do vết cắn
 - o Vấy bẩn rõ,
 - o Đến muộn >12h
- **Năng lượng cao:**
 - o Gãy nhiều đoạn
 - o Mất đoạn xương
 - o Chèn ép khoang
 - o Cơ chế nghiền ép
 - o Lóc da rộng
 - o Kết hợp phần mềm đòi hỏi phải làm vạt che phủ
- **Mục tiêu điều trị:**
 - o Phòng chống được nhiễm trùng
 - o Lành vết thương phần mềm và liền xương
 - o Phục hồi được cấu trúc giải phẫu
 - o Phục hồi được chức năng
- **Điều trị :**
 - o **Tại phòng cấp cứu:**
 - Hồi sức
 - Làm sạch vết thương và băng sạch
 - Nắn thẳng trục và bất động chi gãy
 - Kháng sinh và SAT
 - Chụp x quang xương gãy
 - o **Phẫu thuật bước đầu:**
 - Bảo tồn sự sống của bệnh nhân và chi gãy
 - Đánh giá chính xác tổn thương
 - Cắt lọc vết thương: cần thận. tẩy mủ và loại bỏ hết mô chết, lấp lại sau 48-72 giờ
 - Cố định xương gãy: vững chắc và phải được che phủ
 - o **Phẫu thuật kết hợp xương:**
 - Độ I: giống gãy xương kín
 - Độ II: nẹp vít, đinh nội tủy không khoan ống tủy, khung cố định ngoài
 - Độ IIIA: đinh nội tủy không khoan ống tủy, khung cố định ngoài
 - Độ IIIB: Khung cố định ngoài-vạt che phủ khuyết hồng phần mềm
 - Độ IIIC: Khâu nối chi
- **1 số chỉ định:**
 - o Độ I, II, cắt lọc sạch
 - o Độ III:
 - Trước 6h, cắt lọc. Độ IIIa có thể cắt kết hợp xương
 - Muộn : khuyến sử dụng kháng sinh (do đã có nhiễm trùng)
- Sau khi mổ, quan trọng nhất là xem có nhiễm trùng, viêm xương không
- **Kéo liên tục :**
 - o Tạm thời, chờ mổ.

- o Điều trị : để sau này bó bột mà không mổ
 - Tuyệt đối không được để những phương tiện quá lâu trong cơ thể (đinh, vít,...) Lâu nhất cho phép là 2 năm. Một số bệnh nhân dị ứng, không kết hợp đc mà phải thay đổi..
 - **Kết luận:**
 - o Gãy xương hở gặp nhiều nhất trong cấp cứu chấn thương.
 - o Chẩn đoán dễ, nhưng có thể bỏ sót các gãy xương hở nhỏ.
 - o Cấp cứu ban đầu và phẫu thuật kịp thời, đúng phương pháp giảm tỷ lệ các biến chứng của gãy xương hở.
 - o Cắt lọc rạch rộng cố định xương vững và để da hở là nguyên tắc chính trong điều trị gãy xương hở.
-

MỘT SỐ KHÁI NIỆM TRONG GÂY XƯƠNG

- **Thời gian liền xương:**
 - **Người lớn:** các xương gần tim (x. đòn, x. bả vai, x. sườn, x.chậu) liền nhanh sau 3 – 4 tuần do được tưới máu tốt.
 - **Trẻ em:** xương dễ liền sau 2 – 3 tuần (tuổi chưa đi học) hoặc 4 – 6 tuần (tuổi phổ thông).
 - Một số xương khó liền, chậm liền do được tưới máu kém (x. thuyền, cổ xương đùi...).
 - **Xương được điều trị bằng phẫu thuật luôn chậm liền so với xương được điều trị bảo tồn bằng nắn bó.**
- **3 điều kiện cần cho quá trình liền xương:**
 - Bảo đảm khối máu tụ không bị phá vỡ.
 - Bảo đảm màng xương không tổn thương (nuôi xương).
 - Không nhiễm trùng.
- **Chậm liền xương (sau 3 tháng bất động) thường gặp trong các trường hợp:**
 - Người có tuổi.
 - Người có ổ gãy bất động kém (thay bột nhiều lần, bột quá lỏng).
 - Người có ổ gãy được tưới máu kém.
- **Khớp giả (sau 6 tháng mà không liền xương)**
 - **Khớp giả thật:** + Khe hở giữa 2 đầu xương hẹp
+ Ổ gãy không bị lỏng lẻo nhưng vẫn lúc lắc được ít.
+ Nếu bị ở chân thì đi đau, cà nhắc.
 - **Khớp giả lỏng lẻo:** khi bị mất đoạn xương, thường gặp trong gãy xương hở nhiều mảnh, bị nhiễm khuẩn, và mảnh xương lớn bị chết => cần mổ để chữa
* **Bị khớp giả => chuyên khoa điều trị riêng.**
- **Can xương lệch:** ổ gãy đã liền chắc nhưng 2 đầu xương bị lệch => hỏng khớp.
 - **4 kiểu lệch:**
 - + Hai xương chồng lên nhau => ngắn chi.
 - + Gập góc.
 - + Lệch sang 1 bên.
 - + Lệch xoay.
 - **Can lệch ảnh hưởng tới cơ năng khi:**
 - + Ngắn chi quá 2cm.
 - + Gập góc $\leq 30^0$.
 - + Xoay nhiều.

CÁC CÁCH ĐO CHI THỂ

- **Đo trực chi:**

- **Trục chi trên:** đường nối từ mỏm cùng vai đi qua điểm giữa nếp gấp khuỷu đến giữa nếp gấp cổ tay đến giữa ngón 3. Khớp khuỷu mở ra ngoài 10^0 .
- **Trục chi dưới:** đường nối từ GCTT đi qua điểm giữa khớp gối đến điểm giữa nếp gấp cổ chân đến kẽ ngón 1 – 2. Khớp gối mở ra ngoài 10^0 .

- **Đo vòng chi:**

Từ mốc đã chọn đo lên hoặc xuống 1 đoạn 10cm, 15cm, hoặc 20cm, đánh dấu nơi này, sau đó dùng thước dây đo vòng chi nơi vừa đánh dấu rồi so sánh với bên lành.

- **Đo chiều dài:**

- **Chiều dài tương đối (CDTgĐ):** đo qua 1 khớp.
- **Chiều dài tuyệt đối (CDTĐ):** không qua khớp.

- + **Cánh tay:**

- CDTgĐ: từ mỏm cùng vai tới mỏm trên LC ngoài.
- CDTĐ: từ củ lớn đến mỏm trên LC ngoài.

- + **Cẳng tay:**

- CDTgĐ: từ mỏm trên LC ngoài đến mỏm trâm quay.
- CDTĐ: từ mỏm khuỷu đến mỏm trâm trụ.

- + **Chi dưới:**

- CDTgĐ: từ GCTT đến mắt cá trong.
- CDTĐ: từ mấu chày lớn đến mắt cá ngoài.

Ý NGHĨA

- CDTgĐ thay đổi + CDTĐ không đổi : trật khớp
- CDTgĐ thay đổi + CDTĐ thay đổi : gãy xương, có thể kèm trật khớp

GẤY XƯƠNG BÁNH CHÈ

Thầy Thới

“Bệnh nhân nữ 48 tuổi vào viện vì tình trạng đau, xưng nề khớp gối và mất cơ năng khớp gối. 6h trước đó bệnh nhân bị té, đập gối xuống đất, sau đó đau ở khớp gối (T), không có gấp được. Bệnh nhân không được bất động gì rồi được chuyển đến trạm y tế xã, họ cố định cho bệnh nhân bằng nẹp và chuyển đến bệnh viện TW Huế trong 2h. Ghi nhận tại bệnh viện TW Huế:”

- Bệnh nhân đau.
- Gấp duỗi gối trái không được.
- Sờ có khe gãy ở gối trái.
- Có cử động bên ngược chiều.
- Xquang; vỡ đôi xương bánh chè.

Chẩn đoán:

- Vỡ xương bánh chè, đang chờ phẫu thuật.”

Chú ý:

- **Nội khớp:** Diện khớp tiếp xúc ròng rọc xương đùi trong quá trình gấp duỗi gối.
- **Ngoại khớp:** không tiếp xúc ròng rọc.

CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG:

Té đập gối xuống đất → toàn bộ trọng lực cơ thể đập vào xương bánh chè + phản lực từ dưới lên → xương bánh chè chịu 1 lực tác động mạnh.

Khi gấp gối :

- Cơ tứ đầu đùi vô cùng căng.
- Khi chấn thương trạng thái gấp gối, tức là cơ tứ đầu đùi ở trạng thái kéo căng.
- xương bánh chè càng dễ bị vỡ làm đôi.

Liên hệ ở khuỷu:

- Gấp khuỷu → cơ tam đầu căng → nếu chấn thương → thì dễ vỡ khuỷu hơn.

TRIỆU CHỨNG:

Cơ năng:

- Đau.
- Không duỗi gối được.
- Nếu còn duỗi gối được:
 - + Rạn xương.
 - + Không di lệch.
 - + Không tổn thương hệ đệm khớp gối.
- Có khả năng điều trị không cần phẫu thuật.

Thực thể:

- **Nhìn:** Xung: do máu tụ ở khớp.
- **Sờ:** có rãnh giữa xương bánh chè.
- Cơ cử động bên ngược chiều (lắc qua lắc về).

Di lệch:

- Xương bánh chè thường di lệch xa khi gãy dọc.

- Các xương khác thường di lệch chồng ngăn khi gãy dọc.
- Đỉnh xương bánh chè chỉ nằm ở ngang mức mặt khớp (ngang khe khớp).

Phân loại vỡ xương bánh chè:

- Vỡ 2 mảnh lớn.
- 1 mảnh lớn, 1 mảnh nhỏ → thường ở đỉnh XBC.
- Vỡ nhiều mảnh.

ỨNG DỤNG ĐIỀU TRỊ:**Nhóm 1:****Áp dụng nguyên tắc Hauban:**

- Tìm cách néo lại.
- Khi gấp duỗi gối → lực ép phần sau, còn phần dưới được néo lại rồi → cùng ép cả 2 phần.

Nhóm 2:

- Vỡ đỉnh xương bánh chè phải cố gắng giữ lại vì đây là chỗ bám của gân bánh chè.

Nhóm 3: Nguyên tắc:

- Biến nhiều mảnh thành ít mảnh → đưa về nhóm 2.
- Nếu không bảo tồn được → cắt bỏ xương bánh chè vì xương bánh chè gập gềnh → phá hủy mặt khớp xương đùi → cắt bỏ XBC, tái tạo hệ duỗi gối.

Khi nào điều trị bảo tồn được:

- **Khi trên phim thẳng** khe gãy < 3mm.
- **Phim nghiêng:** độ cấp kênh < 2mm (vì độ cấp kênh càng lớn → phá hủy rỗng rọc xương đùi càng nhanh).
- **Trên lâm sàng:** vỡ xương bánh chè mà còn duỗi gối được → điều trị bảo tồn được bằng cách bó bột 4-6 tuần → tập vận động.

Lưu ý:

- **Khi áp dụng nguyên tắc Hauman: sau mổ phải tập vận động ngay (tĩnh lại và vận động liền).**

MỘT SỐ PHƯƠNG TIỆN TRONG CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

Thầy Phúc

NỆP BỘT:

- Không ôm kín toàn bộ chu vi, chỉ ôm lấy 2/3 chu vi chi.
- Hình lòng máng.

Ví dụ: Nẹp buộc cánh – cẳng – bàn tay.

Chú ý: - nẹp chi ở tư thế cơ năng giải phẫu.

- Ví dụ như gối : tư thế cơ năng là chùng cơ.

BÓ BỘT:

Có 2 loại bó bột:

- **Bó bột có rạch dọc** (để tránh chèn ép khoang) : khi thấy căng tức thì nói ra. Sau 7-10 ngày thay bột mới vì 7-10 ngày hết xung nề → bột trở nên lỏng → có khả năng di lệch.

- **Bó bột không có rạch dọc**

XUYỀN ĐINH KÉO LIÊN TỤC(hình thức cố định ngoài):

+ **Đinh Steiman:**

- Kéo qua lồi cầu đùi.
- Kéo qua lồi củ chày.
- Kéo qua xương gót.

Ở lồi cầu đùi → xuyên đinh kéo từ trong ra.

Ở lồi củ chày → xuyên từ ngoài vào.

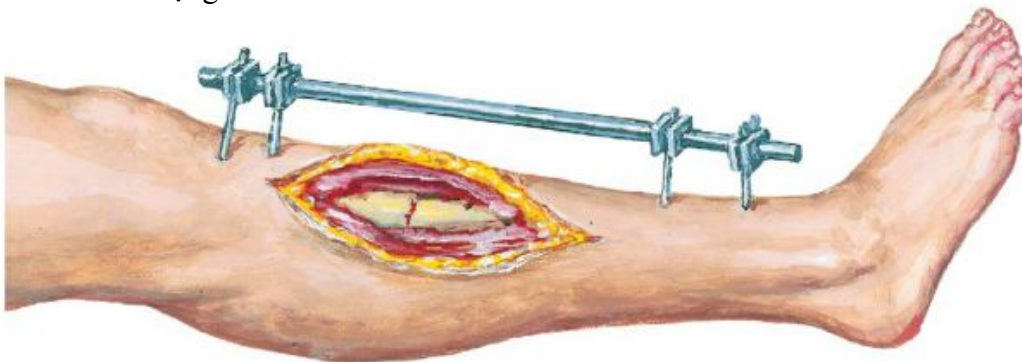
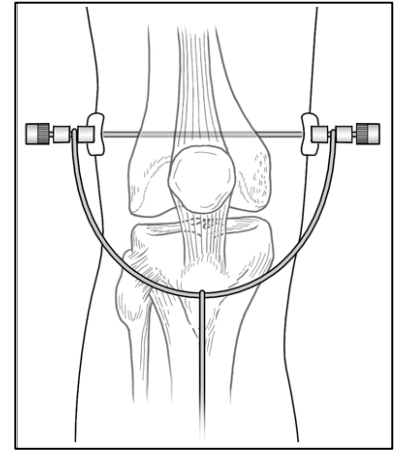
Ở xương gót → xuyên từ trong ra : do ở mắt cá trong có mạch máu thần kinh.

CỌC ÉP RĂNG NGƯỢC CHIỀU

- Sử dụng đinh Steiman.

BYFIX:

- Sử dụng đinh Schwanz.



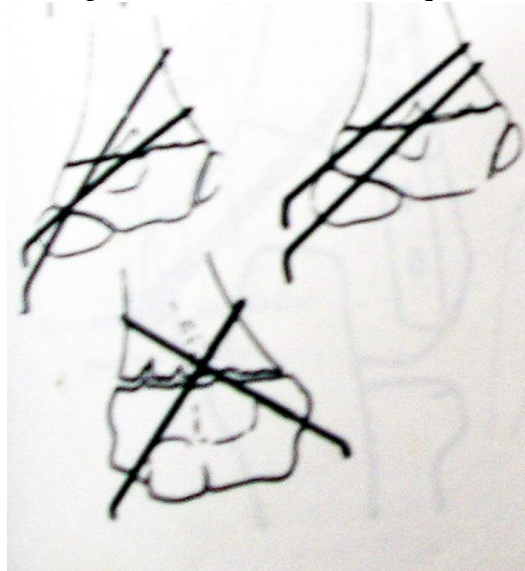
Khung cố định ngoài

Cố định ngoài trong trường hợp:

- Gãy hở đến muện.
- Gãy hở đến sớm nhưng tổn thương rộng.

- Cố định tạm thời.

Trong 1 số trường hợp, ta kết hợp đinh Kirchner và chỉ thép.



Ví dụ như gãy xương bánh chè, mỏm khuỷu, mắt cá trong.

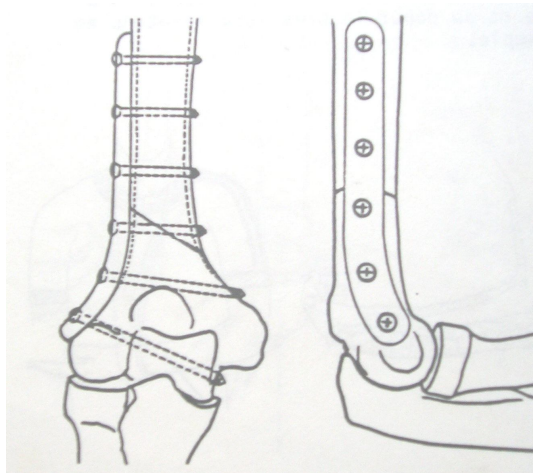
VÍT:

Vít đặc → sử dụng cho thân xương.

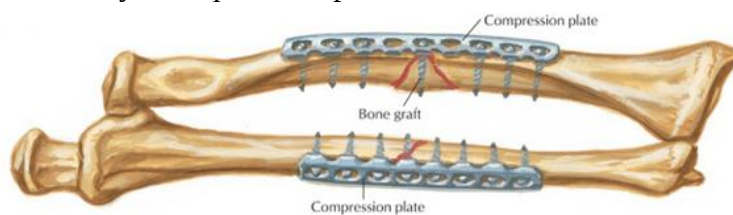
Vít xoắn → sử dụng cho vùng xương xốp.

Nẹp vít có 2 loại:

- **Nẹp trung tính:** Nẹp hình lòng máng, lỗ nẹp tròn, không có tác dụng nén ép chỗ gãy.



- **Nẹp DCP:** dày, lỗ nẹp hình elip.



Nẹp DCP

Bắt theo nguyên tắc AO: tạo lực ép trên ổ gãy → 2 mặt ép dính vào nhau → liền xương nhanh → không có tình trạng can xương từ máu tụ → do đó trên X quang, xương thẳng, không xù xì.

Chú ý:

- Nẹp DCP phẳng, tỷ lệ diện rộng → loãng xương diện rộng.
- Trường hợp gãy chéo không sử dụng nẹp DCP theo phương pháp AO.

ĐINH NỘI TỦY:

- **Thế hệ 1: Đinh Kuntscher:**

- Rỗng, mỏng, không có chốt.
- Nhược điểm: dễ gãy, cong, xoắn đinh.

- **Thế hệ 2: Đinh AO.**

- Có chốt → chống xoay.

- **Hiện nay: Đinh SIGN.**

- Có 2 chốt ở mỗi đầu:
- 2 chốt tròn: chốt tĩnh.
- 2 chốt bầu dục: chốt động.



Có 2 phương pháp đóng đinh nội tủy.

- **Đinh nội tủy xuôi dòng:** đi từ trung tâm ra ngoại vi, có mở ổ gãy hoặc không mở ổ gãy.
- **Đinh nội tủy ngược dòng:** đi từ ngoại vi vào trung tâm.

Ưu điểm của đinh nội tủy:

- Không mở ổ gãy, hoặc mở rất nhỏ.
- Bảo vệ cấu trúc mô mềm.
- Bảo vệ khối máu tụ.
- Liền xương tốt hơn.

NẸP VÍT:

- Muốn đặt nẹp → phải mở ổ gãy.

Ưu điểm:

- Thấy bằng mắt, nắn chỉnh cấu trúc giải phẫu hoàn chỉnh, chỉnh nắn vững chắc.

Nhược điểm:

- Phá vỡ nguồn nuôi dưỡng (màng xương).
- Bầm dập mô mềm
- chậm liền xương.

GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN

Thầy Nhân

Chú ý:

Đối với cẳng chân: Gãy 1 xương → biến dạng không đáng kể.

Nếu biến dạng nhiều → gãy 2 xương trở lên.

XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ GỠ:

- Gãy kín hay hở.
- Đơn giản hay phức tạp.
- Vị trí gãy + xương gãy.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA GỠ 2 XƯƠNG CẰNG CHÂN

- Đau chói ở ổ gãy, chân biến dạng.
- Sờ được đầu xương gãy do bờ trước và bờ trong của xương chày nằm ở dưới da.
- Tiếng lạo xạo rõ.
- Cử động bất thường.

Khi gãy xương lớn:

- Choáng.
- Chèn ép khoang.
- Tắc mạch do mỡ.

CHÈN ÉP KHOANG:

- Bình thường: áp lực trong khoang: 0 mmHg.
- Chèn ép khoang xảy ra trong trường hợp tăng V trong khoang mà khoang không giãn ra được → tăng áp lực trong khoang (có thể lên đến 30mmHg).
- Áp lực càng tăng → ép khoang càng dữ dội → hoại tử cơ.

Triệu chứng của chèn ép khoang:

- **Đau:**
 - Dữ dội có thể dẫn đến choáng.
 - Đau tăng lên lúc vận động, khi ép mạnh vào khoang vì lúc vận động, cơ gồng lên → tăng áp lực.
- **Dị cảm đầu chi:** tê như kiến bò.
- **Đầu chi nhợt nhạt, lạnh** hơn so với bên đối diện.
- **Thời gian vi tuần hoàn giảm.**
- **Vận động mất.**
- **Nếu chèn ép khoang sâu → bắp chân căng cứng (khoang trước và sau sâu hay bị chèn ép nhất).**
- **Mạch mu chân hoặc mạch chày sau (-).**

HỘI CHỨNG VOLKMAN: khi chèn ép khoang gây hoại tử cơ.

- Đau dữ dội.
- Mất cảm giác.
- Đầu chi nhợt nhạt.
- Thời gian vi tuần hoàn giảm.
- Vận động (-).
- Mạch mu chân, chày sau (-).

CẬN LÂM SÀNG:

- Siêu âm: phù nề cơ.
- Siêu âm doppler: thấy được tình trạng tưới máu chi thông qua tình trạng động mạch, tĩnh mạch.
- Đo áp lực khoang: phương pháp Whiteside.

KẾT LUẬN:

- Chẩn đoán xác định CEK khi áp lực khoang $>30\text{mmHg}$. Nhưng thật chất chỉ số này chỉ mang tính chất tương đối nên tin cậy nhất vẫn là lâm sàng.

Tốt nhất nên can thiệp những giờ đầu của hội chứng Volkmann.

ĐIỀU TRỊ:

- Kê cao chân để máu về tim dễ dàng hơn.
- Dùng thuốc chống phù nề: NSAIDs, corticoid.
- Kháng sinh,
- Bất động ổ gãy :
 - + Kéo liên tục.
 - + Nẹp bột.
 - + Khung cố định ngoài.

Lưu ý:

- Nẹp bột có thể gây chèn ép vì thể không sử dụng. Kéo liên tục vừa bất động được xương vừa giảm được phù nề nên được sử dụng nhiều hơn.
- Phải theo dõi 15 -30 phút nếu triệu chứng CEK không giảm mà càng tăng lên thì phải giải phóng khoang kết hợp bất động ổ gãy.

Bất động ổ gãy có thể dùng:

- Khung cố định ngoài:
- Đinh nội tủy.

Theo dõi 15 ngày nếu bệnh nhân không có di chứng gì của CEK thì đóng ổ mổ và ghép da.

Một số lưu ý khác:

- Gãy ở vị trí càng cao $\rightarrow$ CEK càng nặng.
 - o Vì 1/3 trên, 1/3 giữa nhiều cơ.
 - o Các mạch máu dễ bị viêm tắc.
 - o Thường là xương xốp nên dễ chảy máu.
- Gãy xương mác dễ gây tổn thương thần kinh mác.
 - +Thần kinh mác: Mác nông: cơ mác.
 - Mác sâu: cơ duỗi các ngón chân.

Cách chia xương:

- Nhìn vào giữa(khu vực tủy xương): 1/3 giữa là đoạn hẹp nhất, đều nhất.
- Sau khi đã xác định 1/3 giữa rồi thì trên và dưới sẽ là 1/3 trên, 1/3 dưới.

Ý nghĩa của việc chia xương:

- 1/3 trên và 1/3 giữa : có thể nẹp bằng Kuntscher(đinh nội tủy).
- Còn 1/3 dưới thì không.

Xử trí xương mác:

- Vì xương mác chỉ có giá trị trong nhảy và xoay chân nên xương mác gãy thì không cần can thiệp.
- nó sẽ tự lành do có khối cơ cứng bao bọc xung quanh.
- Sử trí xương mác sẽ ảnh hưởng đến sự phục hồi của xương chày.
- Khi tổn thương 8cm cuối xương mác $\rightarrow$ nên phối hợp can thiệp với xương chày.

GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN (Bài giảng 1)

Thầy Thới

Bệnh nhân nam 25 tuổi vào viện vì 1 vết thương ở vùng cẳng chân trái, đau và mất cơ năng. Bệnh nhân bị tai nạn lao động, do bị ngã và 1 viên đá đè vào mắt trong cẳng chân trái. Sau khi té, bệnh nhân rất đau ở vị trí chấn thương, không tự đứng dậy được, kèm theo đó là 1 vài vết thương hở ở vùng dưới gối. Bệnh nhân được bất động bằng 2 thanh gỗ và được chuyển thẳng đến bệnh viện TW Huế sau 5h.

Ghi nhận tại bệnh viện TW Huế:

- Bệnh nhân tỉnh táo, có 2 vết thương ở vùng cẳng chân.
- Đau và mất cơ năng vùng cẳng chân trái.

X quang:

- Gãy ngang 1/3 giữa xương chày, các đầu xương cài vào nhau.

Chẩn đoán:

- Gãy kín 1/3 giữa xương chày + vết thương phần mềm ở vùng gối.

Hiện tại, bệnh nhân đang được cố định ngoài và chờ phẫu thuật

Chú ý:

- Trên phim nghiêng, xương mác nằm sau.
- Khi gãy kín + vết thương phần mềm → thiên về điều trị gãy hở vì nguy cơ nhiễm trùng cao.
- Gãy kín mà cố định ngoài → chứng tỏ có nguy cơ bị nhiễm trùng vết thương.

CHỈ ĐỊNH CỐ ĐỊNH NGOÀI:

- Gãy hở, đến muộn (nguy cơ nhiễm trùng cao).
- Gãy hở, đến sớm + vết thương phần mềm rộng.
- Cố định tạm thời.

NGUY CƠ LỚN NHẤT TRÊN BỆNH NHÂN NÀY:

→ CHÈN ÉP KHOANG.

Vì :

- Tổn thương theo cơ chế trực tiếp.
- Tác động trên diện rộng → vết thương phần mềm phức tạp.

XỬ TRÍ:

Điều trị bảo tồn:

- Cắt lọc, khâu vết thương.
- Xương → bó bột: chỉ gãy 1 xương, cho nên không cần kéo liên tục (xương mác vẫn còn nguyên vẹn).
- Khả năng di lệch ở bệnh nhân này rất khó (vì vẫn còn xương mác).

Phẫu thuật:

- <6h: + cắt lọc vết thương
+ Kết hợp xương bên trong.
- >6h: + cắt lọc vết thương.
+ Cố định ngoài → chờ phẫu thuật.

GỠ XƯƠNG CHÀY ĐƠN THUẦN:

Nếu là gãy vững → ít có nguy cơ di lệch thứ phát sau khi nắn.

(tức là dạng gãy ngang cài vào nhau).

- Xương mác còn, đó là 1 cản trở cho sự lành lại của xương chày, vì xương chày không ép lại được → khớp giả, trước đây người ta làm gãy luôn xương mác).

Gãy không vững (có nhiều mảnh rời):

- Xương mác còn là 1 thuận lợi vì gãy không vững không cần lực ép, xương mác làm trục cho cẳng chân → xương mác còn là 1 thuận lợi.

Và cần lưu ý:

Trong cơ thể đang có 1 ổ nhiễm khuẩn → chống chỉ định kết nẹp xương bên trong.

→ **Cụ thể trên bệnh nhân này, có 1 vết thương phần mềm phức tạp, cho nên mặc dù đến sớm, người ta vẫn chọn phương pháp cố định ngoài, chờ khi nào điều trị vết thương phần mềm ổn định, hết nhiễm trùng, thì mới bắt đầu phẫu thuật kết nẹp xương.**

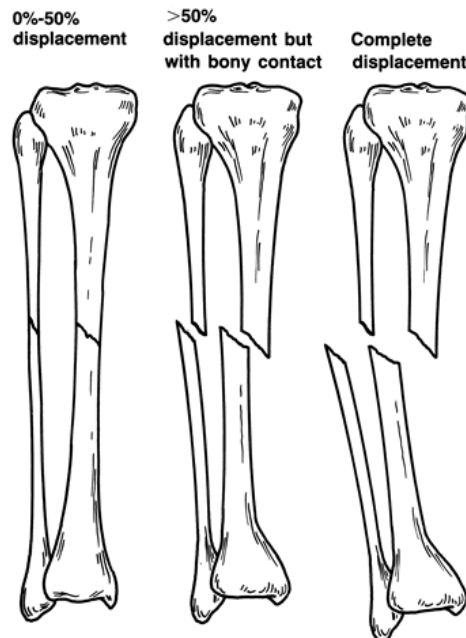
GỠ 2 XƯƠNG CẰNG CHÂN (Bài giảng 2)

Thầy Thói

“Bệnh nhân nam, 42 tuổi, tai nạn giao thông chạm thương vào cẳng chân (P) cách 13 ngày, sau tai nạn không cử động được, vết thương phần mềm 1/3 dưới cẳng chân (P). Bệnh nhân được sơ cứu bất động, đưa vào bệnh viện sau 12h

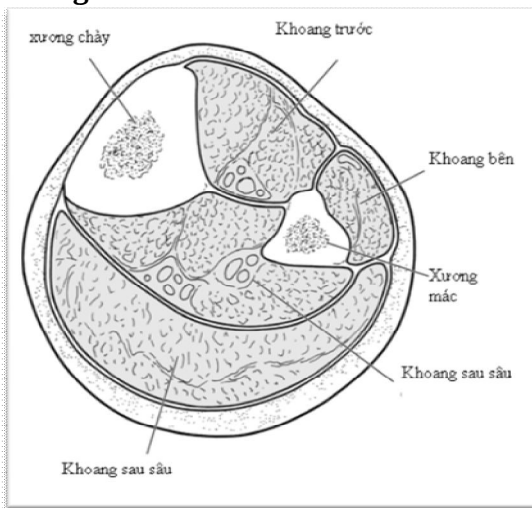
Bệnh nhân được sơ cứu bất động, đưa vào bệnh viện sau 12h

- Ghi nhận lúc vào viện
 - o Không sốt.
 - o Vết thương phần mềm hở 10x4cm ở 1/3 dưới cẳng chân (P)
- Tại khoa :
 - o Gãy 1/3 dưới 2 xương cẳng chân (P)
- Xquang :
 - o Gãy 1/3 dưới 2 xương cẳng chân (P)
- Chẩn đoán :
 - o Gãy hở 1/3 dưới 2 xương cẳng chân (P) độ IIIa, giờ thứ 12
- Xử trí :
 - o Cắt lọc vết thương, cố định ngoài, có ghép da
- Hậu phẫu :
 - o Bệnh ổn.”



- Đối với 1 chẩn đoán gãy xương hở, chẩn đoán phải đầy đủ như trên:
 - o Vị trí gãy + độ + giờ thứ mấy?
- Đối với việc đọc Xquang, phải miêu tả cụ thể như sau :
 - Vị trí gãy : 1/3 dưới
 - Xương gãy : 2 xương
 - Hình thái : Đơn giản hay phức tạp, nếu cẳng chân : chủ yếu dựa vào xương chày

- Di lệch : gập góc mở ra ngoài, các đoạn gãy, 2 xương di lệch cùng phía
- Liên quan ổ gãy : xương mác gãy thấp hơn
- **Chú ý :**
 - Chẩn đoán độ mảy : chỉ sau mổ, còn trước mổ chỉ ghi theo dõi
 - Ổ gãy ở 1/3 dưới, độ IIIa, nguy cơ nhiễm trùng cao do nuôi dưỡng kém
 - Xương gãy đơn giản → lực ép tốt
 - Xương chày gãy đơn giản + xương mác gãy → thuận lợi vì không cản lực ép của xương chày
 - Xương chày gãy phức tạp + xương mác gãy → bất lợi yếu tố cố định
 - Chấn thương trực tiếp hầu như gãy hở và xương mác gãy thấp, còn chấn thương gián tiếp thì xương mác gãy cao hơn và thường là gãy chéo, xoắn.
- **Những biến chứng trên bệnh nhân này?**
 - o **Biến chứng ngay:**
 - Shock chấn thương: đặc biệt là gãy xương hở.
 - Tổn thương mạch máu thần kinh.
 - Hội chứng chèn ép khoang.
 - o **Biến chứng sớm:**
 - Nhiễm khuẩn: nhất là hoại thư và hoại thư sinh hơi.
 - Rối loạn dinh dưỡng kiểu Sudex: căng chân phù nề, nổi nhiều nốt phỏng nước ở da. Từ các nốt phỏng nước này có thể dẫn đến nhiễm trùng vào sâu trong xương.
 - o **Di chứng:**
 - Chậm liền xương: 4 -5 tháng mà xương không liền.
 - Khớp giả: ngoài 6 tháng mà xương không liền.
 - Can lệch: gây ngấn chi, lệch trục chi, làm bệnh nhân không đi lại được.
 - Viêm xương: nhất là sau gãy xương hở, điều trị phức tạp và tốn kém.
- **Hội chứng chèn ép khoang:**



- o 45% là do chấn thương gãy xương. Trong số đó 80% là do gãy xương cẳng chân, bàn chân .
 - Xuất hiện khi có thương tổn mạch máu trong xương, trong phần mềm, gây máu tụ trong các khoang chật hẹp.
 - Các hiện tượng rối loạn vận mạch, tăng xuất tiết gây phù nề tổ chức, càng phù nề càng tăng chèn ép khoang → vòng luẩn quẩn.
- o Quá 8h, nếu không xử lý thì coi như đã có những thương tổn không hồi phục.
- o **5 biểu hiện lâm sàng hội chứng CEK (theo Matsen):**
 - Đau quá mức 1 gãy xương thông thường mặc dù đã được bất động.
 - Cứng cứng toàn bộ cẳng chân.
 - Tê bì và có cảm giác “kiến bò” ở đầu ngón, về sau không còn nhận biết được các ngón.
 - Đau tăng lên khi vận động, căng dẫn cơ bắp.
 - Liệt vận động các ngón.
- o **Cận lâm sàng:**
 - Đo áp lực khoang:
 - Bình thường: 10mmHg. Trên 30mmHg là phải mổ cấp cứu mở cân ngay.
 - Doppler mạch:
 - Mất hoặc giảm lưu lượng dòng chảy ở phía hạ lưu.
 - Chụp mạch, CT scanner.
 - Xét nghiệm các yếu tố đông máu: loại trừ chèn ép khoang do các bệnh lý về máu.
- **Thái độ xử trí : Bệnh nhân gãy IIIa > 8h (muộn) → nguy cơ nhiễm trùng (gãy 1/3 dưới) → nuôi dưỡng kém + tiếp xúc môi trường bẩn**
 - o **Cắt lọc :**
 - Đến sớm cắt lọc triệt để
 - Đến muộn không được cắt lọc rộng rãi, nhiều như đến sớm nữa, mà chỉ cắt lọc các tổ chức hoại tử, bẩn , tụ máu → cắt lọc + làm sạch + để hở da là thuận lợi (không được để hở xương)
 - Nếu từ đầu dùng kháng sinh sớm => rất thuận lợi
 - o **Bất động xương :** Để ổn định tổn thương phần mềm
 - Bên trong : không cho phép, do nguy cơ NT rất cao.
 - Bên ngoài : tốt và hợp lý. Có thể dùng kéo liên tục hoặc nẹp bột.

GỠ HAI XƯƠNG CẰNG TAY

Thầy Thới

“1 bệnh nhân vào viện vì đau và không sắp ngửa được cẳng tay phải. Cách đầu 2 ngày, bệnh nhân bị tai nạn giao thông với cẳng tay bị kẹp giữa 2 xe. Sau tai nạn, bệnh nhân đau nhiều ở cẳng tay và không sắp ngửa được. Bệnh nhân được chuyển đến trạm y tế xã và được nẹp + treo tay sau đó chuyển vào bệnh viện TW Huế.

Ghi nhận lúc vào viện:

- Đau và mất cơ năng.
- Cẳng tay phải sưng.

X quang:

- Gãy 1/3 dưới tay P, cả xương trụ lẫn xương quay (gãy ngang, 2 đầu gãy của 2 xương ở đầu xa hoặc gần cùng di lệch về 1 phía, di lệch chồng ngắn).
Hiện tại, bệnh nhân đã được mổ để kết hợp xương. Hậu phẫu ổn định.”

BIỆN LUẬN:

- **Cơ chế :** về cơ chế ở đây là cơ chế trực tiếp. Tuy nhiên có một điểm không phù hợp là vì gãy trực tiếp nhưng chỉ gãy đơn giản, điều này có thể giải thích là ở lứa tuổi này xương phát triển rắn chắc.
- **2 đầu gãy của 2 xương ở đầu xa hoặc gần cùng gãy về một phía:** điều này chứng tỏ màng liên cốt chưa bị tổn thương
- **Trong cơ chế gãy 2 xương cẳng tay thì xương quay luôn gãy cao hơn xương trụ vì:**
 - Gãy theo thớ của màng liên xương
 - Xương trụ ở dưới như đòn bẩy làm gãy x quay ở trên (??)

BIỆN CHỨNG:

- **Chèn ép khoang** là biến chứng sớm dễ xảy ra và nguy hiểm trong trường hợp này do:
 - Vùng cẳng tay dễ xảy ra chèn ép khoang (ngoài ra còn đùi và cẳng chân)
 - Đây là tổn thương trực tiếp: gây tổn thương phức tạp về cả xương và phần mềm
- **Gãy 2 xương**
 - Di lệch chồng ngắn(Càng chồng ngắn bao nhiêu thì càng tăng nguy cơ CEK bấy nhiêu vì làm mạch máu càng khúc khuỷu → rối loạn tuần hoàn)

XỬ TRÍ:

- **Ban đầu:**
 - Nẹp bột
 - Nẹp gỗ rồi treo tay.

- **Thực thụ:**

- **Bảo tồn**(không phẫu thuật):

- + Bó bột: Bột cánh-cẳng-bàn tay (khủy 90^0 theo tư thế cơ năng, bàn tay hơi sấp vì gãy 1/3 dưới i(*gãy càng cao thì càng ngửa, càng thấp thì càng sấp vì :cao thì cơ ngửa-cơ ngửa và cơ nhị đầu-ưu thế →tay phải ngửa để tránh di lệch đầu gãy khi bó bột,thấp thì cơ sấp-cơ sấp tròn và cơ sấp vuông- ưu thế*)

- **Trường hợp này điều trị bảo tồn bằng bó bột được vì :**

- + Gãy 1/3 dưới (ít bị tác động của các cơ gây di lệch)

- + Gãy ngang (nắm lại thì ít bị di lệch thứ phát)

- **Tiêu chuẩn trong nắm →bó bột:**

- Nắm đoạn gãy xa theo đoạn gãy gần

- Nắm di lệch chồng ngắn trước,các di lệch khác nắm sau

- Phẫu thuật:**

- + Nẹp vít

- + Đinh nội tủy(chưa làm được đinh nội tủy xương cẳng tay)

- Lưu ý:**

- Yêu cầu điều trị gãy xương cẳng tay là phải xấp ngửa được***

- Đảm bảo độ cong xương quay

- 2 khớp trên dưới phải trên cùng một bình diện (cùng ngửa hoặc cùng sấp)ur

- Hệ thống màng liên xương không tổn thương

- ***Để đạt tốt các yêu cầu trên thì phẫu thuật là tối ưu***

GÃY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Thầy Nhân

- Thường hay xảy ra ở trẻ em
- 95% xảy ra theo cơ chế gián tiếp
 - **Gãy gấp:** trong tư thế chống khuỷu, đầu gãy dưới ra trước
 - **Gãy duỗi:** trong tư thế chống bàn tay, đầu gãy dưới ra sau
- CÁC VẤN ĐỀ CẦN PHẢI LÀM
 - **Sơ cứu:**
 - + Xem có tổn thương phối hợp ?
 - + Biện chứng thần kinh, mạch máu?
 - + Choáng?
 - **Thăm khám:**
 - + **Nhìn:** biến dạng, dấu nhát rìu, bầm tím muộn?
 - + **Sờ:** tìm điểm đau nhói? Xem xét các mốc giải phẫu: đường hueter, tam giác hueter(mồm trên lỗi cầu ngoài, mồm trên rỗng rọc=mồm trên lỗi cầu trong, đỉnh mồm khuỷu)=> xem còn hay mất?
 - + **Bắt mạch hạ lưu**(mạch quay)
 - + **Khám cảm giác, tổn thương đặc hiệu**
(xem có tổn thương thần kinh không: hay gặp tổn thương TK quay trong kiểu gãy duỗi và TK trụ trong kiểu gãy gấp)



Sấp Ngửa
(khám TK quay) (ngón trỏ: TK giữa, ngón út: TK trụ)
Tại những vùng này ít có sự giao thoa các đầu mút thần kinh

CHÚ Ý:

→ khám đồng thời cả hai tay để so sánh

- **Khám vận động để xác định có tổn thương TK không:**
 - + **TK Quay:** làm động tác duỗi dạng ngón cái, duỗi cổ tay
 - + **TK giữa :** dạng ngón cái, dẹt ngón cái
 - + **TK Trụ:** duỗi các khớp liên đốt ngón tay, kẹp giấy giữa các ngón tay
- **XQ:**
 - + Đánh giá từ vùng lành đến vùng tổn thương. Chú ý ở trẻ con thì vùng khuỷu có các điểm cốt hóa dễ nhầm với gãy xương(VD: điểm cốt hóa đài quay(chỗm quay) ở đỉnh trên xương quay)
 - **Đánh giá khớp quay trụ trên:**
 - + Sấp ngửa không đau, không hạn chế

- + XQ nghiêng, trong mọi tư thế thì trục của xương quay luôn đi qua tâm điểm của đầu dưới xương cánh tay(nếu không là trật khớp quay trụ trên)
- **Chẩn đoán phân biệt gãy trên lồi cầu với: (trên lâm sàng)**
 - + Với trật khớp quay trụ trên: làm động tác sấp ngửa
 - + Với trật khớp khuỷu: dấu lò xo + mất tam giác Hueter

-PHÂN ĐỘ GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CẢNH TAY.

GARLAND

ĐỘ I

- Gãy không hoàn toàn
- Gãy hoàn toàn nhưng không di lệch



MARION

ĐỘ I+II

- ĐỘ I
- ĐỘ II

ĐỘ II

- Gãy hoàn toàn, di lệch nhưng hai mặt gãy còn cài nhau



ĐỘ III

- Gãy hoàn toàn, di lệch, 2 mặt gãy tách xa nhau



GẤY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Thầy Phúc

- **Độ tuổi:** 5 – 14, do:
 - trẻ đến trường => hiểu động
 - các điểm cốt hoá trên lồi cầu (LC) chưa hoàn chỉnh.
- **Nguyên nhân và cơ chế:**
95% là gián tiếp do chống tay với cẳng tay ngửa, bàn tay duỗi và khuỷu duỗi tối đa
- **Phân loại:**
Gãy duỗi hay gãy gấp, dựa vào:
 - Cơ chế.
 - XQ.

* **Lưu ý:**

1. Khi có gãy trên LC xương cánh tay thì cần phát hiện có kèm trật khớp quay trụ trên hay không

- LS: thực hiện sấp ngửa cẳng tay đau, hạn chế.
- XQ: trục xương quay không đi qua điểm giữa của LC xương cánh tay.

2. Khi đọc XQ xương cánh tay trẻ em tránh nhầm lẫn các điểm cốt hoá với tổn thương gãy xương

- **Phân độ:**
 - Theo Garlard (3 độ).
 - Theo Marion (4 độ).
- **Khám tổn thương TK phối hợp:**
 - TK quay: duỗi cổ tay, duỗi dạng ngón cái.
 - TK trụ: cơ gian cốt + cơ giun => duỗi các khớp gian đốt hoặc kẹp giấy giữa 2 ngón tay.
 - TK giữa: cơ dạng ngón cái + cơ đối ngón cái + 1 số cơ giun => kiểm tra động tác đối ngón cái.
- **Một số triệu chứng khi trẻ đến trước 7j:**
 - Đau chói khi sờ nắn đầu dưới, ngoài cánh tay.
 - Sưng nề quanh vùng khớp.
 - Xoay cẳng tay có thể cảm nhận tiếng lạo xạo.
- **Một số triệu chứng khi trẻ đến sau 2 – 3 tuần:**
 - Sờ thấy mảnh gãy ở trước ngoài, đầu dưới cánh tay trẻ vẫn đau khi sờ nắn.
 - Còn sưng nề nhưng giảm rõ hơn so với tuần đầu..
 - Lạo xạo không rõ.
 - Gập duỗi khuỷu hạn chế.
- **Điều trị: bó bột**
 - 1,5 tháng => lành => tháo bột.
 - 3 tháng => thời điểm đánh giá chậm liền xương hay không.
 - 6 tháng => có khớp giả không.

GỠ LIÊN MÁU CHUYỂN (Bài giảng 1)

Thầy Thới

* Các vị trí gãy LMC:

- Gãy cổ máu chuyển.
- Gãy LMC.
- Gãy giữa 2 máu chuyển.
- Gãy dưới máu chuyển.

CƠ CHẾ CHẤN THƯƠNG

- Trọng lượng cơ thể làm chỏm xương đùi luôn bị đẩy xuống => tạo lực căng bên ngoài => phải có cấu trúc tăng cường: hệ chân đế bên trong và hệ cung nhon bên ngoài. Do đó, vùng nằm giữa 2 vị trí này là điểm yếu (chính là vùng giữa 2 máu chuyển).

→ Ở người già, do đặc điểm loãng xương nên hệ cung nhon không còn vững chắc do đó gãy LMC càng dễ gặp.

TRIỆU CHỨNG:

* Cơ năng:

- đau chân.
- không nhấc gót chân lên được.

* Thực thể:

- chân ngắn.
- đùi khép.
- bàn chân xoay ngoài.

* XQ:

- hình vòng cung tạo bởi ngành trên xương mu và xương đùi bị phá vỡ.
- góc cổ thân không còn nằm trong khoảng bình thường ($130^0 - 135^0$).

ĐIỀU TRỊ:

a) Điều trị bảo tồn:

- Bó bột:

- + Thường bó bột Whitman, bó từ ngực xuống bàn chân ở bên gãy và từ ngực đến trên mào chậu ở bên lành thành 1 khối, có khoét lỗ giữa bụng để BN thở.
- + Nhược: khối lượng bột quá nặng => không thể thực hiện trên BN già.

- Kéo liên tục qua LC đùi:

- + Thường áp dụng cho người già, trẻ em, người không có khả năng chịu được cuộc mổ.
- + Nhược: phải nằm trên dàn 1 thời gian dài 2 – 3 tháng => bc toàn thân.

- Nẹp chống xoay:

- + Không cho bàn chân đổ ngoài.
- + Nhược: chỉ có ý nghĩa khi 2 mặt gãy còn tiếp xúc => nẹp giúp xương không bị lệch ngoài => dễ liền.

b) **Phẫu thuật:** là phương thức điều trị chủ yếu, đặc biệt đối với người già (vì không mổ thì tử vong do bc là tất yếu).

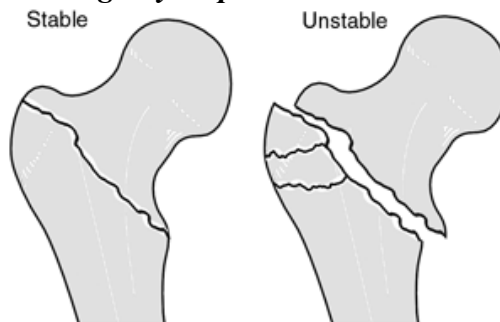
- Đốt đinh nội tuỷ: gãy dưới MC => đinh nội tuỷ Clou γ
- Nẹp vít thường sử dụng DHS (Dynamic Hip Screw).
- Cố định ngoài.

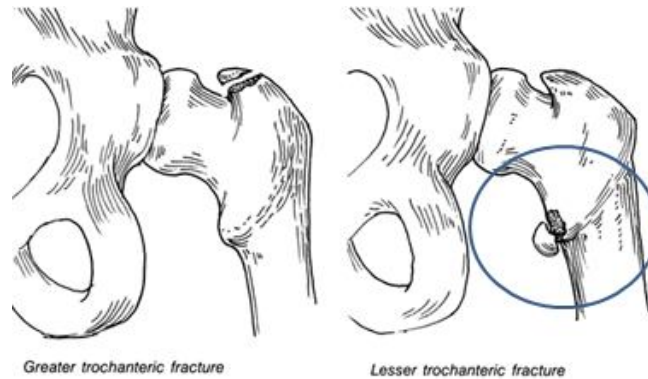
GỠY LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI (Bài giảng 2)

Thầy Thói

“Bệnh nhân nữ 80 tuổi vào viện vì đau và mất cơ năng chân Trái. Nguyên nhân do bệnh nhân ngã cầu thang đập nghiêng hông trái xuống nền. Sau khi ngã bệnh nhân đau khớp háng trái âm ỉ, liên tục, kèm theo sưng nhẹ và không đi đứng được. Bệnh nhân được chuyển vào viện trong tình trạng không được sơ cứu gì.

- Ghi nhận lúc vào viện :
 - o Mạch: 80 l/p.
 - o Nhiệt 37°C.
 - o HA 170/90 mmHg.
 - o Vùng đùi (T) đau, không cử động được. Mạch đùi, khoeo, mu chân bắt đc, cảm giác bình thường
 - o X quang : gãy LMC xương đùi
- Tiền sử : THA đã lâu, được điều trị từng đợt
- THĂM KHÁM :
 - o Cơ năng :
 - Đau nhiều vùng đùi (T), tăng lên khi cử động, không nhấc chân lên được
 - o Thực thể :
 - Được mang nẹp chống xoay, ở cẳng chân (T)
 - Chân ở tư thế khép bệnh nhân đỡ đau
 - Không có bầm tím, vết thương phần mềm
 - Sưng nề nhẹ vùng đùi (T)
 - Mấu chuyển lớn, gai chậu trước trên, ụ ngồi không nằm trên đường thẳng
 - Ấn vùng đùi (T) bệnh nhân đau nhiều
 - o Cận lâm sàng :
 - Gãy ngang liên mấu chuyển kèm vỡ mấu chuyển bé xương đùi (T), mất đường cong hổ bít, góc cổ thân 110°, không thấy tổn thương ổ cối, chỏm xương đùi.
- CHẨN ĐOÁN :
 - o Bệnh chính:
 - Gãy kín liên mấu chuyển kèm vỡ mấu chuyển bé xương đùi (T).
 - o Bệnh phụ
 - Tăng huyết áp”

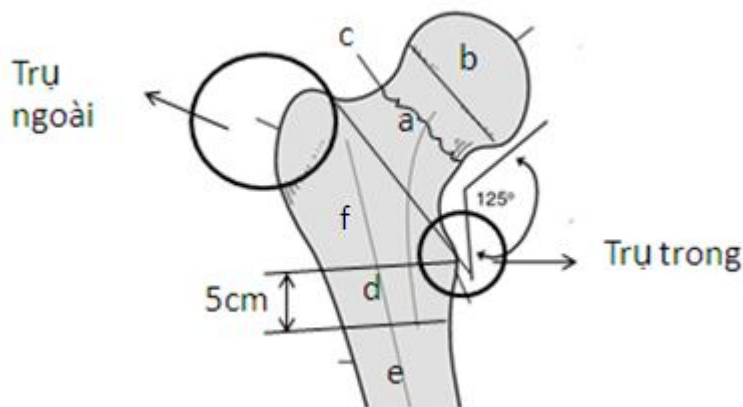




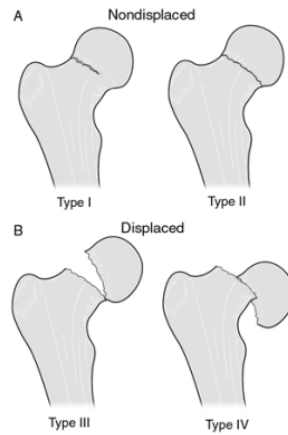
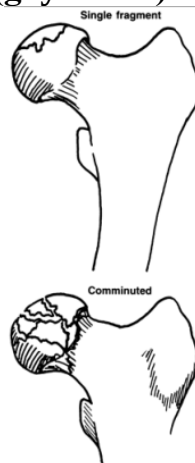
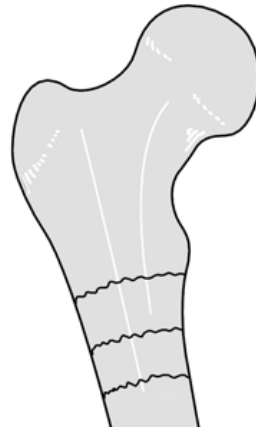
BIỆN LUẬN CỦA THẦY

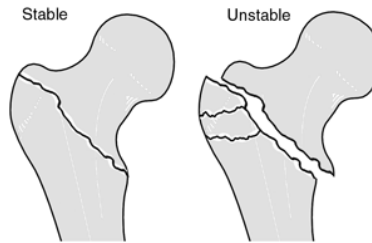
- **Ghép xương :**
 - o **Tự thân:** Lấy xương cơ thể như xương đùi, xương chậu
 - o **Đồng loài:** Người khác nhưng qua ngân hàng => loại bỏ thành phần KN đi
 - o **Dị loài:** của lợn
- Nguy cơ loét do bệnh nhân nằm tì đè > 6h ở vùng đối diện với chấn thương
- Cho dù gãy xương kín, nhưng nguy cơ trên người già, có tăng huyết áp → dùng thêm kháng sinh để chống nhiễm trùng.

Phân loại các trường hợp gãy ở khu vực chòm xương đùi:

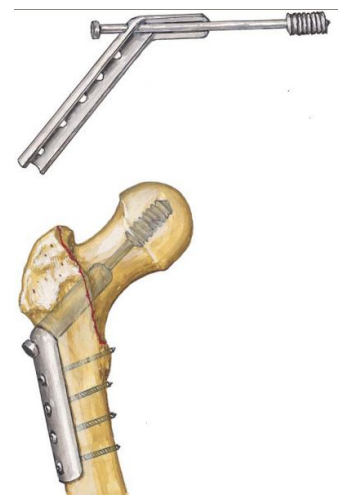


- a. Gãy cổ xương đùi.
- b. Gãy dưới chòm.
- c. Gãy chính nhân cổ xương đùi.
- d. Gãy dưới chòm.
- e. Gãy thân xương đùi.
- f. Gãy liên mấu chuyển

1. Gãy cổ xương đùi.**2. Gãy dưới chỏm (gãy chỏm)****3. Gãy chính nhân cổ xương đùi.****4. Gãy dưới mấu chuyển****5. Gãy thân xương đùi.****6. Gãy liên mấu chuyển xương đùi:**



- Chỉ gãy trụ ngoài → gãy vững.
- Gãy phân trụ trong ở mẫu chuyên bé → gãy không vững (do ở đây là nơi làm trụ vững cho cơ thể). Thông thường mẫu chuyên bé bị kéo lên trên do cơ thắt lưng chậu
- Thông thường, gãy kèm theo trật khớp háng chỉ xảy ra ở bệnh nhân <60 tuổi, do cần 1 lực lớn. Còn đối với người già >60 tuổi → dễ bị loãng xương, lực tạo ra chưa đủ trật khớp háng mà đã gãy xương rồi.
- **Đối với nhưng bệnh nhân có THA, tình trạng này không mổ cấp cứu mà phải trì hoãn, bao gồm :**
 - o Bất động - sơ cứu ban đầu bằng → nẹp bất động xương chậu hông (Nẹp ngoài : nách → mắt cá. Nẹp trong : háng → mắt cá)
 - o Số băng cuốn : 8-10 băng
 - o Hoặc dùng nẹp chống xoay (*không dùng phương pháp kéo liên tục*)
- Bệnh nhân : Nếu ổn định, còn minh mẫn, chân (P) đi được → mổ. Còn nếu bị hôn mê, liệt, tai biến mạch máu não, toàn thân không ổn định nhất là cao huyết áp → không mổ.
- **Các loại kết hợp xương :**
 - o Bất vít đơn thuần
 - o DHS + đinh gamma.
 - o L ($130^0, 95^0$) + đinh gamma (gãy vững, nhưng nhiều mảnh)
- **Hậu phẫu – diễn biến – toàn thân :**
 - o Cơ năng : Đau, vận động các ngón còn tê hay không
 - o Thực thể : Khô dần, không ra mủ, ra dịch.
- **Cận lâm sàng – trước mổ :**
 - Xem phim
 - Đánh giá di lệch :
 - phim thẳng : ngoài, trong
 - Phim nghiêng : trước, sau



GỠ THÂN XƯƠNG ĐÙI

Giới hạn thân xương đùi:

- Dưới vùng máu chuyển đến trên lõi cầu 5 cm
- Gãy xương đùi có thể mất 500-1000ml máu
- Gãy gây đau tự nhiên, tăng khi cử động và giảm khi cố định (do 2 đầu xương cọ vào cơ và màng xương)
 - o Khác với bong gân: đau do phản ứng viêm nên không giảm khi cố định
- **Gãy thân X đùi làm cho chi dưới xoay ngoài:**
 - o Trọng lực của bàn chân và do dải chậu chày kéo
- **Gãy thân xương đùi chia làm 3 vị trí:**
 - o 1/3 trên, giữa và dưới.
 - o Ta dựa vào ống tủy để phân chia: đoạn ống tủy thẳng, đều, hẹp là 1/3 G → yếu tố thuận lợi để đóng đinh nội tủy không có chốt chống xoay
- **Gãy 1/3 trên:** di lệch gấp góc mở vào trong và ra sau: do
 - o Đầu trung tâm bị khối cơ mông kéo làm cho xoay ngoài và dạng, cơ thắt lưng chậu kéo làm cho đùi gấp
 - o Đầu ngoại vi bị khối cơ khép kéo làm cho khép và xoay ngoài
 ⇒ Tạo nên hình ảnh “quai sách”
- **Gãy 1/3 giữa:**
 - o Gây di lệch chồng ngắn
- **Gãy 1/3 dưới:**
 - o Đầu ngoại vi bị cơ bụng chân kéo ra sau làm cho nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh Khoeo
- **Về biến chứng của gãy thân xương đùi:**
 - Choáng :
 - o Do đau (chủ yếu)
 - o Do mất máu
 - Thần kinh mạch máu:
 - o Thường gặp ở 1/3 dưới
- **Về điều trị:**
 - Trẻ sơ sinh (2-3tuần):
 - o Nẹp bột
 - o Vì trẻ sơ sinh có sự tăng trưởng mạnh, màng xương dày→khối máu tụ còn nguyên nên nuôi dưỡng tốt
 - <2 tuổi: kéo liên tục rồi sau đó bó bột ếch 4 tuần (khớp háng dạng và gấp đùi 90°, khớp gối gấp 90°- ưu điểm của bột ếch là vệ sinh dễ dàng và có thể bông trẻ được)
 - 2-14t: bó bột chậu lưng chân(từ mạn sườn đến bàn chân) với tư thế là dạng nhẹ khớp háng, gấp gối 10°, chân ở tư thế trung gian)
 - >14t: bó bột hoặc là phẫu thuật
 - Trưởng thành: phẫu thuật là chính(trừ gãy không di lệch thì bó bột chậu lưng chân)
- **Các phương pháp phẫu thuật:**
 - Kết hợp xương bên trong:

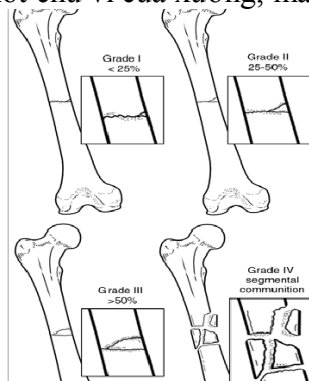
- o Đinh nội tủy Kurnscher: không có chốt (dùng cho gãy 1/3G).
- o Sign: có chốt (dùng cho mọi vị trí)
- o Đàn hồi (Rush, Ender) (dùng cho mọi vị trí)
- **Nẹp vít:**
 - o Dùng trong gãy 1/3T,D và gãy phức tạp
 - o Nguy cơ:
 - Dễ gãy nẹp
 - Bệnh nhân lâu hồi phục
- **Kết hợp xương bên ngoài:**
 - o Kéo liên tục sau 3 tuần có can xương thì bó bột (áp dụng trong trường hợp có chống chỉ định phẫu thuật do bệnh lý khác như lao phổi, ĐTĐ, ưa chảy máu...)
- **Khung cố định ngoài**

Lưu ý:

- Chi dưới mổ kết nẹp xương nên để >1 năm do có khoang xương đưa đinh vào làm giảm nuôi dưỡng
- Nếu bó bột xương đùi thì để 8 – 12 tuần.
- Mổ hở thì chậm liền xương vì phá hủy khối máu tụ, màng xương và ống tủy làm ảnh hưởng cả can trung tâm và can ngoại vi.

Nói thêm về phân độ gãy xương đùi:

- Gãy thân xương đùi thường phân ra thành:
 - o Gãy ngang, gãy chéo, gãy xoắn.
 - o Gãy kèm theo mảnh xương thứ 3
 - o Gãy hở.
- Việc phân biệt gãy ngang, gãy chéo, gãy xoắn không làm thay đổi việc điều trị và tiên lượng bệnh nhân.
- Gãy vụn (Comminuted femoral shaft fractures) lại được phân chia tiếp thành 3 loại dựa vào kích thước của mảnh vỡ (Phân loại của **Winqvist**)
 - o Độ 1: mảnh vỡ <25% bề rộng của xương đùi.
 - o Độ 2: mảnh vỡ 25 – 50% bề rộng của xương đùi.
 - o Độ 3: mảnh vỡ lớn >50% bề rộng của xương đùi.
 - o Độ 4: gãy trên suốt chu vi của xương, mất đi trục xương.

**Phân loại Winqvist về gãy có kèm theo mảnh xương thứ 3**

GÃY WEBER

- **Cơ chế chấn thương:** gián tiếp.

Cơ chế	Phân loại	Vị trí gãy trên xương mác	Thương tổn phối hợp
Khép, xoay trong cổ chân	A	Dưới dây chằng (dc) mác	Thường không kèm tổn thương mắt cá trong và dc mác.
Dạng, xoay ngoài	B	Ngang vị trí dc mác	Có thể kèm tổn thương mắt cá trong và dc mác.
Dạng, xoay ngoài	C	Trên dc mác	Thường kèm tổn thương mắt cá trong và dc mác.

- *Thường gặp bệnh nhân bị gãy Weber loại C => phải mổ nắn chỉnh và kết hợp xương bên trong.*

→ Đánh giá dây chằng mác trên phim thẳng:

1. Weber A: bàn chân quay trong và khép



2. Weber B: bàn chân dạng và xoay ngoài.



3. Weber C: Bàn chân dạng và xoay ngoài:



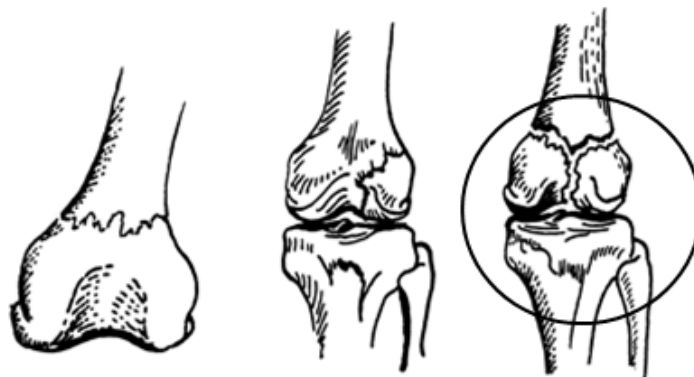
GỠY LIÊN LỎI CẦU ĐÙI.

Thầy Thới

“Bệnh nhân nam 17 tuổi vào viện do tai nạn chạm thương ở vùng đùi phải, sau tai nạn bệnh nhân bất tỉnh. Bệnh nhân không được sơ cứu gì thì được chuyển ngay vào bệnh viện huyện. Tại bệnh viện huyện, bệnh nhân chỉ được lập 1 đường truyền tĩnh mạch, và cũng không được sơ cứu gì rồi chuyển vào bệnh viện trung ương Huế sau 10 giờ trong tình trạng bất tỉnh, vết thương 2cm ở 1/3 đùi dưới lộ xương ra ngoài.

Tại bệnh viện trung ương Huế, bệnh nhân được chụp X quang:

- Gãy liên lồi cầu đùi Phải.



A. Supracondylar B. Condylar C. Bicondylar

Với chẩn đoán:

- Gãy hở liên lồi cầu xương đùi phải độ IIIB giờ thứ 10.
- Được điều trị cắt lọc vết thương, kéo liên tục, và mổ kết nẹp xương sau 1 tháng.
- Hậu phẫu ổn định”

(Lưu ý: Chẩn đoán gãy xương hở bao giờ cũng có độ và giờ thấy máu sau chấn thương. Nhiều lúc cũng cần có nguyên nhân kèm theo (ví dụ 1 bệnh nhân gãy hở vết thương bắn hoặc do hỏa khí cho dù vào viện sớm ta cũng xử trí như vết thương đến muộn, vì rất dễ nguy cơ nhiễm trùng)

BIỆN LUẬN

- Vấn đề đặt ra trên bệnh nhân này:
 - o Sau tai nạn, bệnh nhân bất tỉnh: cần loại trừ 1 chấn thương sọ não kèm theo trên bệnh nhân này (cũng có thể bất tỉnh do 1 stress chấn thương hay 1 chấn động não).
 - o Nếu CTSN thì thái độ xử trí không phải ưu tiên chấn thương ở đùi, mà là ưu tiên giải phóng chèn ép não.
- Trên phim X quang:
 - o 2 lồi cầu đùi không còn nữa, bị đẩy sang 2 bên, đùi cắm xuống giữa.
 - o Chứng tỏ cơ chế chấn thương là 1 lực tác động cực mạnh làm đùi cắm xuống và vỡ luôn phần sụn.

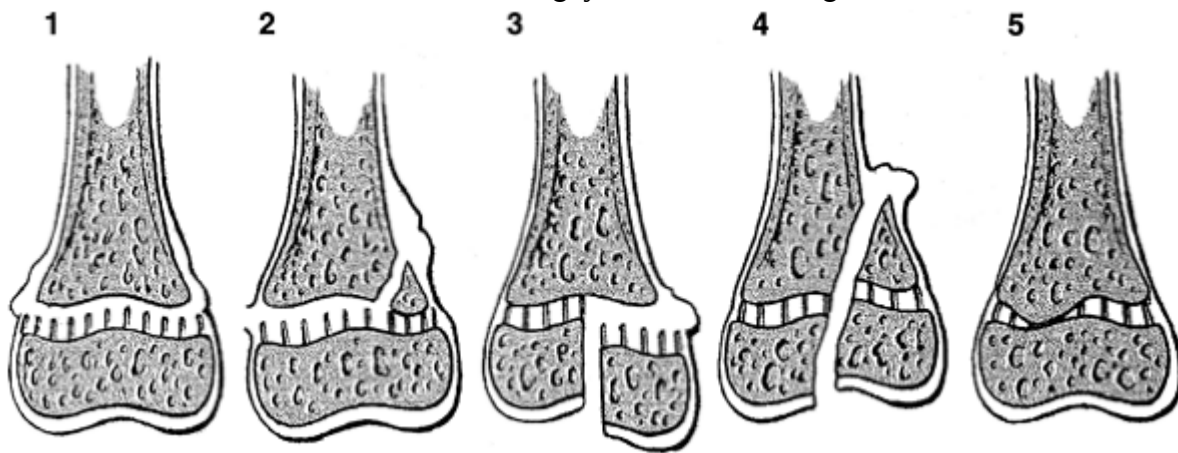
- Cần lưu ý đến biến chứng gì trên bệnh nhân này:
 - o **Choáng chấn thương:**
 - Cần xem các thương tổn phối hợp: sọ não, ngực, bụng.
 - Lưu ý rằng: bệnh nhân bất tỉnh không có nghĩa là choáng (choáng là phải có mạch, nhiệt, huyết áp đều giảm).
 - o **Chèn ép khoang:**
 - Nguy cơ rất cao trên bệnh nhân này.
 - o **Tắc mạch mỡ:**
 - Điều kiện để có tắc mạch mỡ là 1 gãy hở phức tạp nhiều xương, nhiều thương tổn phối hợp.
 - Trên bệnh nhân này chỉ có gãy 1 xương đùi, thì nguy cơ tắc mạch do mỡ thấp.
 - o **Thương tổn động mạch khoeo:**
 - Do lực chấn thương.
 - Hoặc do xương đâm vào (mọi di lệch ở vùng này đều rất dễ gây ra tổn thương động mạch khoeo).
 - o **Nguy cơ tiếp theo:**
 - Nhiễm trùng.
- **Sử trí bệnh nhân như thế nào cho phù hợp: Bệnh nhân với chẩn đoán “Gãy hở liên lõi cầu xương đùi phải độ IIIB giờ thứ 10”.**
 - o Bao giờ cũng phải cắt lọc trước dù đến sớm hay đến muộn.
 - o **Bất động xương:** có cố định bên trong và bên ngoài, lựa chọn phương pháp nào phụ thuộc vào độ hở, độ nhiễm trùng, đến sớm hay muộn
 - Cố định bên trong:
 - Nẹp vít, đinh.
 - Không cho phép đối với những gãy hở nguy cơ nhiễm trùng cao, hoặc đến muộn (như đối với bệnh nhân này)
 - Vì khi đã nhiễm trùng rồi, thì đinh và vít sẽ là nơi cho vi khuẩn trú ngụ, từ đó càng làm cho vi khuẩn phát triển, kháng sinh không diệt được.
 - Cố định ngoài: có thể sử dụng cho bệnh nhân này
 - Sử dụng khung cố định ngoài, do bệnh nhân đến muộn.
 - Sau khi đã xử lý hết nhiễm trùng rồi, thì mới sử lý mổ kết nẹp xương.
 - Kéo liên tục: người ta làm trên bệnh nhân này.
 - Xuyên đinh qua xương chày.
 - Vừa nắn nhẹ nhàng xương, vừa bất động tạm thời qua giai đoạn nhiễm trùng, sau đó mới ỏ.
 - Cụ thể trên bệnh nhân này, sau 1 tháng họ mới mổ để kết nẹp xương sau khi bệnh nhân đã ổn định.

- **Nên mổ sớm hay mổ muộn?**

- o Mổ càng sớm, bệnh nhân tập vận động ngay, vì thế tránh những biến chứng về xơ cứng khớp, teo cơ.
- o Mổ càng chậm, phục hồi chức năng càng kém, càng kéo dài. Trong trường hợp 1- 2 tháng sau khi mổ mà không phục hồi chức năng tốt, thì phải mổ lại để giải phóng khớp. Tình huống này rất hay xảy ra trên lâm sàng.
- o Tuy nhiên, trên bệnh nhân này phải chấp nhận mổ muộn, vì bệnh nhân đến muộn, nguy cơ nhiễm trùng, không thể mổ sớm.

- **1 nguy cơ khác cho bệnh nhân gãy liên lõi cầu xương đùi:**

- o Phân loại **Salter- Harris** về gãy liên lõi cầu xương đùi:

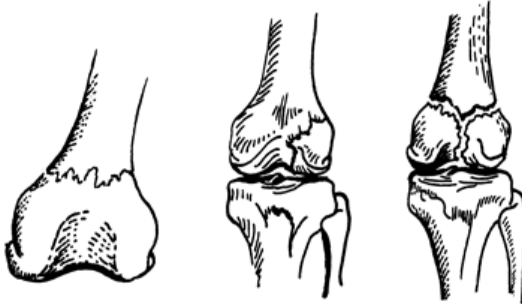


- **Độ 1:** Gãy qua hết phần sụn, nhưng không có di lệch.
 - **Độ 2:** Gãy qua hết phần sụn và thường có tổn thương xương.
 - **Độ 3:** Gãy qua hết phần sụn và lan xuống mặt khớp.
 - **Độ 4:** Gãy qua hết phần sụn, tổn thương xương và lan xuống mặt khớp.
 - **Độ 5:** Gãy phức tạp trong sụn.
- o Người ta đề cập phân loại này, vì ở trẻ em, sự phát triển của xương phụ thuộc vào sụn. Trong 5 độ **Salter 5** là nguy hiểm nhất, vì nhìn bên ngoài thì xương bình thường, nhưng bên trong thì hư, gãy phức tạp, phải siêu âm thì mới thấy được. Tổn thương sụn như thế ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển xương của trẻ sau này
- **Độ 1,2:** thường chỉ cần nắn kín và bất động bằng bó bột. Tuy nhiên, 1 số bệnh nhân phải cần mổ để bắt vít hoặc đinh. Thường thường 2 type này không ảnh hưởng đến sự phát triển của xương
 - **Độ 3,4:** thường cần phải mổ để nắn chỉnh lại và cố định bởi vì theo định nghĩa, chúng là những trường hợp gãy nội khớp. Những tổn thương này đi xuyên qua sụn phát triển và vì thế có nguy cơ ảnh hưởng đến sự phát triển của xương

- o Sụn ở vị trí lồi cầu này ảnh hưởng 80% đến sự phát triển về chiều dài của xương đùi, vì thế cho dù bây giờ bệnh nhân đã được kết nẹp bình thường, nguy cơ sau đó vài năm, bệnh nhân có thể bị chân cao, chân thấp.
- o Vì thế, phân loại Salter này là để đánh giá tiên lượng lâu dài trên bệnh nhân như thế nào?



NÓI THÊM VỀ GÃY ĐẦU XA XƯƠNG ĐÙI



A. Supracondylar B. Condylar C. Bicondylar

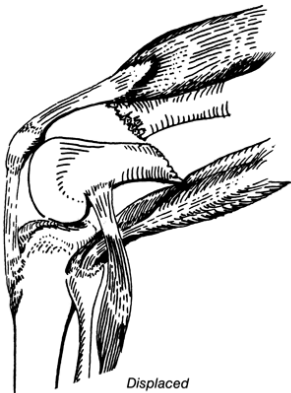
Người ta phân loại gãy đầu xa xương đùi thành 3 loại:

- Gãy trên lồi cầu ngoại khớp.
- Gãy 1 bên lồi cầu (nội khớp).
- Gãy cả 2 bên lồi cầu (nội khớp)

Cơ chế chấn thương:

- Hầu hết là do chấn thương trực tiếp với 1 lực tác động cực mạnh. Thường gặp trong tai nạn giao thông khi lái xe với tốc độ cao, hoặc rơi từ trên cao xuống.
- Bệnh nhân già thì lực chấn thương có thể nhẹ hơn.

Di lệch:



- Cơ tứ đầu đùi bám vào mặt trước trên xương chày sẽ kéo xương chày lên theo hướng trước – trên.
- Gân cơ ở hố khoeo bám vào mặt sau trên xương chày lại kéo xương chày theo hướng này.
- Cơ bắp chân có xu hướng kéo đầu gãy di chuyển xuống dưới

BỎNG –BỆNH ÁN BỎNG

Thầy Phúc

BỆNH ÁN

“Bệnh nhân nam 23 tuổi, vì cháy nhà nên bệnh nhân cuốn chăn xung quanh mình và lao vào cứu. Bị bỏng, bệnh nhân lao vào 1 giếng nước và ngâm mình trong đó trong 30 phút. Sau đó bệnh nhân được người nhà chuyển trực tiếp đến bệnh viện trung ương Huế sau 1h30 phút.

Ghi nhận tại khoa cấp cứu:

- *Bệnh nhân tỉnh táo tiếp xúc tốt.*
- *Kêu đau dữ dội.*
- *Cảm giác khác nước.*
- *Bỏng toàn thân, độ III, IV diện tích khoảng 90%.*

Tại phòng cấp cứu, bệnh nhân được lập 1 đường truyền rồi chuyển lên khoa hồi sức và nằm ở đó 9 ngày, rồi chuyển xuống khoa bỏng cách đây 4 ngày.

Ghi nhận tại khoa bỏng:

- *Toàn thân:*
 - o *Bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt.*
 - o *Ăn uống được, lượng nước tiểu bình thường, không thiếu hay vô niệu.*
 - o *Không ghi nhận được dấu hiệu sống*
 - o *Bệnh nhân còn đau nhiều, cảm giác lạnh.*
- *Thực thể:*
 - o *Bỏng toàn thân. Tại 1 số vị trí: mu tay, cẳng chân, ngực, bụng đã bắt đầu mọc lông và hình thành mô hạt. khu vực 2 bên mạn sườn thì có các nốt hoại tử ướt, không có da che phủ. Khu vực mặt, phía trước đùi, da đã mọc hoàn chỉnh.*
 - o *Khi rửa vết thương, thay băng, bệnh nhân có kêu đau.*
- *Được sử trị:*
 - o *Thay băng, rửa vết thương hàng ngày.*
 - o *Bù dịch 1l/ngày.*
 - o *Kháng sinh không rõ loại.*
 - o *Giảm đau: paracetamol”*
- *Chẩn đoán:*
 - o *Bỏng độ 3- 4 diện tích bỏng là 90%”*

PHÂN TÍCH BỆNH ÁN CỦA THẦY.**1. Những lỗi cần sửa trên bệnh án này:**

- Chẩn đoán độ bỏng 3 – 4 diện tích 90 % là không phù hợp với tình hình điều trị ở bệnh nhân chỉ nằm ở hồi sức có 9 ngày. Độ 3,4 với diện tích 90% là 1 chẩn đoán cực kỳ nặng, nguy cơ tử vong của bệnh nhân rất cao. Rút ra 1 điều là khi tính diện tích bỏng cho bệnh nhân cần tính toán cụ thể, không nên thấy 1 mảng da đen thì tính chung vào diện tích bỏng. Hoặc thấy toàn bộ tay bị bỏng là tính 9%, toàn bộ ngực

- bụng bị bỏng là tính 18%, cần chú ý những khu vực không bị bỏng trên những khu vực đó để trừ ra.
- Chẩn đoán độ 3 – 4 diện tích 90% là chung chung quá. Cần mô tả cụ thể rõ ràng hơn, ví dụ:
 - o Bỏng khu vực 2 chi trên, bụng, ngực, lưng, cẳng chân: độ 3, diện tích là 50%
 - o Bỏng 2 bên mạn sườn: độ 4, diện tích 3%.
 - o Bỏng ở đùi, mặt, bàn chân, cổ, gáy: độ 2, diện tích: 20%.
 - o Hoặc có thể vẽ hình ra và chỉ rõ độ bỏng cũng như diện tích.
 - 1 chẩn đoán của bỏng bao gồm:
 - o Tác nhân + độ + diện tích + vùng.
 - o Ví dụ: đối với bệnh nhân trên, “Bỏng nhiệt khô độ III diện tích 50% vùng chi trên, bụng, ngực, lưng, cẳng chân”/
 - Việc khai thác tác nhân gây ra bỏng chưa được hỏi kỹ, chỉ biết đó là bỏng nhiệt khô, chưa khai thác thời gian tiếp xúc bỏng vì đó là thứ ta có thể dựa vào để đánh giá mức độ nặng nhẹ, chưa khai thác sau đó bao lâu thì bệnh nhân lao vào giếng nước, vì nếu để quá 45 phút thì chẳng có ý nghĩa gì.
 - Trong thời gian tại khoa hồi sức, nếu có thể thì cũng hỏi diễn tiến ở đó, giai đoạn trước ngày thứ 3, bệnh nhân có thể bị shock bỏng, sau ngày thứ 3 đó là giai đoạn nhiễm độc bỏng cấp do các vết tì đè và hấp thu các chất độc từ tổ chức hoại tử.
 - Chú ý phân ghi nhận tại khoa bỏng, ghi rõ từ toàn thân, rồi cơ năng và thực thể trong đó phần mô tả vết bỏng về tiến triển, mô tả như trên là tạm được.

2. Đánh giá độ bỏng:

- a. Chúng ta thường khó đánh giá độ bỏng khi gặp 1 bệnh nhân vào viện đã lâu ngày, không gặp được bệnh nhân lúc mới vào viện, những vết thương hầu như đã khô. Nhưng cũng có thể đánh giá sơ bộ được như sau:
- b. Phải khai thác nhiều yếu tố khác nhau, có thể chẩn đoán khi vào viện cũng chưa chắc đúng, phải theo dõi thêm mới có thể đưa ra chẩn đoán chính xác:

i. Khai thác tác nhân gây bỏng và cách sơ cứu tại chỗ

1. Cần khai thác cụ thể và tính chất tác nhân gây bỏng là gì:

- a. Bỏng ướt: ví dụ bỏng do bình thủy chứa nước nóng thì phải khai thác nước đó đã dự trữ bao lâu, để đưa ra tiên lượng về độ sâu của bỏng.
- b. Hóa chất: cần khai thác rõ hóa chất là gì? Ví dụ nghe tới H₂SO₄ thì phải tiên lượng đó là 1 bỏng rất sâu, nghe tới dấm thì nhẹ hơn.

2. Cần khai thác xem thời gian tiếp xúc với bỏng bao lâu:

- a. Tiếp xúc càng lâu thì độ sâu và tiên lượng càng nặng.

3. Sơ cứu:

- a. Quan trọng là ngâm tay vào nước lạnh: chỉ có giá trị trong 45 phút đầu tiên, sau đó thì không còn giá trị nữa,

cho nên phải khai thác bệnh nhân bị bỏng bao lâu thì ngâm tay vào nước lạnh.

- i. Cụ thể trên bệnh nhân này, trong tóm tắt cần đưa thêm vào bệnh nhân bị bỏng thì ngay lập tức nhảy vào giếng nước, như thế mới đầy đủ
- ii. Ngâm tay vào nước lạnh trong thời gian 5 – 1h có tác dụng giảm đau, hạn chế độ sâu và hạn chế sự lan rộng
- b. Nếu bệnh nhân bị bỏng nhiệt khô, cần khai thác thêm bệnh nhân có vật dụng gì che trên người không? Khi bị bỏng xong có lấy hết nó ra không.
 - i. Cụ thể bệnh nhân này có bị 1 cái chăn trước khi lao vào nhà cháy. Chăn cháy hết, nhiều mảnh dính vào người, người nhà phải dùng kéo cắt ra và đưa bệnh nhân đến bệnh viện. Cũng cần đưa nó vào để đánh giá vùng nào có thể bị bỏng sâu
- c. Bệnh nhân có sử dụng loại chất hóa học gì bôi vào sau khi bị bỏng không?
 - i. Dùng kem đánh răng, ruốt, mắt??? Không thích hợp. Phải khai thác để có thể rửa sạch, tránh nguy cơ nhiễm trùng.
 - ii. Dùng Pentanol, Pulvo: là 2 loại thuốc được chế sẵn để xịt vào vị trí bỏng, có tác dụng rất tốt trong hạn chế độ sâu của bỏng, giảm đau tạm thời, trung hòa tác nhân gây bỏng. Tuy nhiên cũng phải khai thác bệnh nhân xịt có đúng không, vì đó là dịch được nén dưới áp lực cao, nên phải để cách 25cm

ii. Khai thác tổn thương bệnh lý hiện tại:

iii. Mô tả tiến triển của bỏng – ta có thể dựa vào tiến triển để dự đoán độ bỏng mà không cần phải có mặt lúc bệnh nhân vào viện

1. Khai thác rõ tiến triển của bệnh nhân khi vào viện, khi nằm tại khoa hồi sức, và hiện tại, có ý nghĩa rất tốt để ta tiên lượng cho bệnh nhân.
2. Đánh giá độ bỏng dựa vào tiến triển, ví dụ như trên bệnh nhân này, đã nằm viện 13 ngày.
 - a. Những khu vực nào đã lên da non, hầu như gần lành rồi: thì chỉ có thể là độ I, II mà thôi.
 - b. Những khu vực nào hiện tại đang hình thành mô hạt, nhìn lấy các lỗ chân lông, da hồng: đó là độ III.

- c. Những khu vực nào có các đám hoại tử ướt, hoại tử khô: bỏng độ IV.
- d. Chỗ nào loài xương, loài thịt: độ V.

3. Đánh giá độ bỏng trên bệnh nhân này:

- a. Bệnh nhân đang ở ngày thứ 13 sau khi bị bỏng.
 - i. Khu vực 2 bên mạn sườn, hầu như không có da che phủ, nhiều đám hoại tử ướt: đây là bỏng độ IV.
 - ii. Khu vực mu tay, cẳng chân, ngực, bụng đang hình thành da non và mô hạt, các lỗ chân lông lộ ra: Đây là bỏng độ 3.
 - iii. Các khu vực còn lại, da mọc lại rồi: độ I, II.

4. Sử trí bỏng:

a. Sơ cứu:

- i. Ngâm vào nước lạnh ngay sau khi bị bỏng và ngâm trong 5 – 60 phút.
- ii. Nếu có điều kiện có thể sử dụng 1 số loại thuốc xịt như Pulvo, penthanol thì quá tốt, nhưng chú ý khi xịt phải để cách vị trí 25cm.
- iii. Không bôi kem đánh răng, bôi mỡ, bôi ruốt gì vào vết thương hết.

b. Trong trường hợp bệnh nhân có shock bỏng: chúng ta cần chống shock bằng cách:

- i. Bồi phụ dịch: máu hoặc dịch cao phân tử.
- ii. Truyền máu trong trường hợp tiêu sợi huyết làm giảm hồng cầu.
- iii. Truyền tiểu cầu...

c. Đối với bỏng độ 2:

- i. Độ che phủ còn tốt, cho nên không sử dụng kháng sinh dự phòng.
- ii. Hướng sử trí tốt nhất là bôi dầu Vaseline, là 1 loại hợp chất hữu cơ có tác dụng như 1 màng mỏng ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn, sau đó đắp 1 tấm gạc lên.

d. Bỏng độ III, IV:

- i. Cần tiêm phòng uốn ván, dùng kháng sinh dự phòng, và giảm đau (gây tê tại chỗ hoặc toàn thân).
- ii. Những đám hoại tử khô, ướt cần cắt lọc để tránh nhiễm độc bỏng cấp.
- iii. Nếu có sự hiện diện của Pseudomonas: sử dụng kháng sinh Nitrate bạc (sulfadiazine), nhưng không sử dụng 1 cách hệ thống, khi nào có Pseudomonas mới sử dụng.

e. Hướng sử trí chung:

- i. Che phủ: tránh sự xâm nhập của vi khuẩn và các loài vi sinh vật khác.
- ii. Ủ ấm: do bệnh nhân phải cởi hết áo quần và nằm trong phòng lạnh để tránh sự nhân lên của vi khuẩn.
- iii. Vùng thiếu da: Ghép da sớm cho bệnh nhân:
 - 1. Ghép da mỏng: lấy da ở đùi, lấy theo cảm giác

KHÁM BỆNH NHÂN BỎNG - Bỏng điện.

Hiệu điện thế của dòng điện:

- < 1000 V thì nguy cơ choáng thấp
- > 1000 V thì nguy cơ choáng cao(với các biểu hiện: rung thất ,ngừng hô hấp)

Nhiệt lượng:

- **Tính theo công thức**

$$Q(\text{calo}) = 0,24IR^2t$$
- **Phụ thuộc nhiều vào điện trở:** trong cơ thể thì mạch máu, thần kinh có R cao, xương thì R thấp => tùy theo R mà vùng đó sẽ bị bỏng nặng hay nhẹ và tùy theo TIME tiếp xúc có đủ để dòng điện tác động đến vùng đó hay không(độ sâu) => Mức độ bỏng
- **Nhiệt lượng thường cao nhất ở điểm vào và điểm ra**
- **Nguy hiểm nhất là trường hợp :** dòng điện vào tay phải và ra chân trái (vì đi qua tim)

Trong bỏng điện thì hay ngã trên cao xuống nên thường kèm các tổn thương:

- Chấn thương sọ não
 - Chấn thương bụng (kín hoặc hở)
 - Gãy xương
 - Chấn thương cột sống
- ⇒ **Khám kĩ để không bỏ sót các tổn thương kèm theo nhất là các tổn thương đe dọa tính mạng**

Các cách tính S bỏng ở trẻ em:

- Theo tuổi của viện bỏng quốc gia
- Theo cm^2 : dùng tờ giấy bóng có chia ô nhỏ (1 ô ~ 1 cm^2), úm lên vùng bỏng => xác định S bỏng
- S da theo tuổi (sách ngoại cơ sở)

Trong bỏng điện cần phân biệt 2 dạng:

- Bỏng do điện chập phóng ra hồ quang điện : Bỏng tương tự bỏng nhiệt
- Bỏng do dòng điện chạy qua người : bỏng sâu, nhiều nhất ở điểm vào và điểm ra

Chẩn đoán độ sâu:

- **Dựa vào nguyên nhân và thời gian tiếp xúc (bỏng điện thường bỏng sâu)**
- **Dựa vào khám lâm sàng:**
 - + **Độ 1:** vùng bỏng đỏ, sưng rộp (bỏng bức xạ mặt trời)
 - + **Độ 2:** vùng bỏng bong nước với vòm mỏng, cắt ra thấy đáy màu hồng
 - + **Độ 3:** vùng bỏng bong nước với vòm dày, cắt ra thấy đáy tím hoặc trắng
 - + **Độ 4 và 5:** hoại tử khô hay ướt
- **Dựa vào diễn tiến của vết bỏng**
 - + **Độ 1:** lành sau 3 ngày
 - + **Độ 2:** lành sau 8 -14 ngày
 - + **Độ 3:** Nông: lành sau 18 -25 ngày
Sâu: 45 ngày
 - + **Độ 4 và 5:** phải ghép da

Chú ý: vết thương bỏng mà khi liền có rối loạn sắc tố thì bỏng độ 2 trở lên

Cách ký hiệu mức độ bỏng

ĐỘ 1



ĐỘ 4



ĐỘ 2



ĐỘ 5



ĐỘ 3

Phân loại bỏng:

- Người lớn : > 20% là bỏng nặng
- Trẻ em : > 10% là bỏng nặng

Ở trẻ em : nếu có mạch nhanh, huyết áp hạ, bỏng > 10-15% thì có nguy cơ shock bỏng

Nghiệm pháp 4 ống đối với bệnh nhân bỏng nặng mới vào viện:

- Sonde tiêu
- Ống thở Oxy
- Sonde dạ dày
- Cathete truyền dịch(bù lại V tuần hoàn)

Chỉ số FRANK G để tiên lượng shock bỏng:

- < 20% đơn vị : không shock
- 30-55 đv: 44% shock
- 56-120 đv: 80% shock
- >120đv: 100% shock

CÁCH TÍNH:

- 1% bỏng nông ~ 1 đơn vị ; 1% bỏng sâu ~ 3 đơn vị
- Số đơn vị = (% S bỏng chung - %S bỏng sâu)×1 + %S bỏng sâu × 3

VD: Một BN bỏng lửa với %S bỏng chung 62% (bỏng nông + sâu) và %S bỏng sâu là 18%

$$\text{Số đơn vị} = (62-18) \times 1 + 18 \times 3 = 98 \text{ đv}$$

ĐIỀU TRỊ BỎNG

Xét khía cạnh điều trị tại chỗ:

1. Bỏng nông:

- S <10% :

- o Nốt phỏng (*sau khi hết đau tại chỗ*) thì cắt bỏ 1 phần nhỏ hoặc chọc hút và giữ lại vòm nốt
 - Sau đó bôi Biapin hay Maddeeasol có tác dụng kích thích tái tạo mô
- o Nếu nhiễm trùng sau cắt (biểu hiện sưng nề, đau, sốt):
 - Cây VK nếu $> 10^{15}$ VK/g mô hoại tử: kết luận bị NT
 - **Xử trí:**
 - Thay băng (hàng ngày, cách nhật hay 2-3 ngày/1 lần) nhằm loại trừ bớt vi khuẩn dính tại băng
 - Dùng thuốc bôi tại chỗ:
 - o Silver Sulfiazin(SOS burn)
 - o Cream có kháng sinh

2. Bỏng sâu: độ 4-5

- S nhỏ:

- o Cắt lọc sớm (tránh hoại tử gây nhiễm trùng) và ghép da
- o Phải cầm máu kỹ sau cắt lọc: với mạch máu nhỏ thì đốt điện, với mao mạch thì băng ép
- o Lấy da ghép: Ghép da tự thân:
 - Mỏng(0,25mm): che phủ bỏng nông (kiểu Thiersch)
 - Nửa dày(0,5mm): che phủ vùng bỏng rộng liên quan đến chức năng (kiểu Blaire-Brown)
 - Dày(1mm): nhằm tránh di chứng sau bỏng (kiểu Wolf-Krause)

- S rộng:

- o Điều trị shock bỏng và can thiệp tại chỗ sau khi bệnh nhân hết shock
- o Hết shock:
 - Cắt lọc sớm: từng phần (<7 ngày sau bỏng vẫn có thể có VK)
 - Cần có máu:
 - Bù máu mất sau bỏng
 - Bù máu chảy khi cắt lọc(cắt 1% S bỏng thì bù 100-150ml)
 - Ghép da (*khi chưa nhiễm trùng*): ghép da mỏng kiểu mắt lưới (nhằm tăng S và tiết kiệm vùng da lấy)
- o Cắt lọc muộn: (*khi đã nhiễm trùng*)
 - Không còn ý nghĩa chống NT mà chỉ còn ý nghĩa lấy đi mô hoại tử, hạn chế hấp thu vào máu những sản phẩm độc của quá trình hoại tử
 - Phải chuyển máu
- o Che phủ vết thương bỏng bằng các màng sinh học như: da ếch, da heo, màng ối người, màng collagen...

➔ *Đến khi vết bỏng lên mô hạt và không nhiễm trùng nữa thì GHÉP DA*

- Săn sóc sau ghép da:

- o Phải băng kín cố định tuyệt đối vùng da ghép trong 48h đầu

- o Thay băng sau 5-7 ngày
 - **Đánh giá kết quả ghép da:**
 - o Tốt: thì da sống > 70%
 - o Vừa: 50-60%
 - o Xấu: 30-40%
-

KHÁM CHẨN THƯƠNG SỌ NÃO

“Bệnh nhân bị tai nạn giao thông, vào viện lơ mơ, chụp phim không rõ”

Nguyên tắc khám:

- Khám tử mĩ, toàn diện
- Khám theo thứ tự ưu tiên
 - Tri giác, thang điểm Glassgow
 - Các dấu hiệu sinh tồn
 - Dấu thần kinh khu trú:
 - Yếu liệt
 - Giãn đồng tử

Theo dõi:

- Phải khám đi khám lại nhiều lần và có sự so sánh → đánh giá diễn tiến bệnh → Đưa ra tiên lượng và hướng xử trí

Chú ý:

- Tồn thương các đốt sống cổ C1, C2, C3: gây ngừng tuần hoàn hô hấp (*hành não*)
- Trường hợp chấn thương đốt sống cổ có thể bất động bằng 2 gối

Cận lâm sàng:

- Chụp CT: Thời gian từ khi xảy ra tai nạn đến khi chụp
 - Tốt nhất là $\leq 4h$ đối với bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, Glassgow = 15đ
 - Nếu Glassgow giảm → phải chụp CT ngay

Xử trí:

- Bệnh nhân lơ mơ: cấp cứu, cung cấp oxy
 - Thiếu oxy → thiếu khí → sản phẩm yếm khí → thoát dịch, phù tế bào → phù não → Mạch bị chèn ép → thiếu oxy
- Truyền dịch: NaCl, Mannitol. Lưu ý có hai loại dịch không truyền được trong phù não: Glucose 10% và Ringerlactat vì:
 - Glucid, Lipid, Protid → Lactat → Các sản phẩm kị khí → Càng gây phù não
- Truyền mannitol 20%: chống phù não rất hiệu quả và có hai tác dụng:
 - Thể tích = 10 → 30 giọt/phút: lợi tiểu.
 - Thể tích = 60 → 70 giọt/phút: chống phù não.
- **Đánh giá xác định có phù não:**
 - Phù não
 - Do vận mạch: Phù sớm sau chấn thương
 - Do độc tố: Phù thứ phát → Cần cung cấp oxy ngay từ đầu
 - Tăng áp lực nội sọ: Đau dữ dội, nôn vọt, phù gai thị
 - Chống phù não: + Mannitol, Corticoid
 - Băng niêm mạc, kháng tiết

Vì sao máu tụ dưới màng cứng mãn tính mới mổ xong chống chỉ định dùng mannitol:

- Vì mổ máu tụ dưới màng cứng mãn tính mục đích để bán cầu não nở ra lại để mất chỗ tụ dịch
- Nếu cho mannitol → não càng nhỏ → gây tụ dịch lại.

II. THẬN – TIẾT NIỆU:

BÍ TIỂU

Thầy Hùng

1. Nhắc lại những triệu chứng cần hỏi trong khám bệnh nhân bí tiểu:

- **Tiểu rất (tiểu nhiều lần)** : số lần đi tiểu tăng về ban đêm & ban ngày .(Cần hỏi : có tiểu đêm nhiều hay không , để làm rõ số lần đi tiểu tăng)
- **Tiểu buốt** : đau buốt dọc niệu đạo
- **Tiểu khó** : đi tiểu chờ lâu , rặn nhiều , tia nước tiểu yếu , rớt từng giọt . nhiều đợt ngắt quãng
- **Tiểu tắc giữa dòng** : ban đầu tiểu được , nhưng sau đó cảm giác có 1 vật tới lấp cổ bàng quang làm tắc đột ngột tia nước tiểu . Bệnh nhân đau buốt dọc niệu đạo , phải rặn nhiều hoặc thay đổi tư thế để tiếp tục tiểu. Triệu chứng này đặc hiệu cho sỏi bàng quang.

Những triệu chứng cần hỏi thêm trong khám bệnh nhân bí tiểu

- Tiền sử có tiểu khó chưa, nếu có thì có nhập viện và được thủ thuật / phẫu thuật gì ở đường tiết niệu chưa ?
- Lượng nước tiểu thu được lúc đặt sonde là bao nhiêu?
- Nếu đặt sonde chỉ ra được **200 ml** : thì không phải là bí tiểu
- Nếu đặt sonde ra được **> 500 ml** : bí tiểu (+)
- Lượng nước tiểu rút ra ít trong bí tiểu có ý nghĩa tiên lượng tốt , bàng quang vẫn ít , vẫn còn tốt ; Lượng nước tiểu càng nhiều thì có nghĩa bàng quang càng giãn , sau điều trị khả năng hồi phục kém.

Lưu ý khi đặt sonde rút nước tiểu trong bí tiểu , cần rút nước từ từ , từng đợt , nếu không sẽ làm bàng quang xẹp đột ngột , gây chảy máu bàng quang.

Phân biệt bí tiểu cấp và mạn

Bí tiểu cấp	Bí tiểu mạn
Diễn tiến : tiểu khó → không đi tiểu được, đau tức dữ	Diễn tiến : tiểu 1 phần , tiểu khó có hoặc không Đau tức không dữ.
• Cầu bàng quang cấp • Khối căng nhiều , gõ thấy ranh giới rõ ràng • Ấn thấy cứng , đau	• Cầu bàng quang mãn (cầu bàng quang có/không) • Khối căng ít , gõ thấy ranh giới không rõ • Ấn mềm , đau ít • Bàng quang mất chức năng , giãn
Tiểu tràn	Tiểu nhiều, khó, không tự chủ. Sau tiểu còn ứ đọng (thể tích cận bàng quang)
Bệnh nhân cấp cứu	Bệnh nhân khám
Muốn đi tiểu + đi không được + đau + cầu bàng quang	Tổng xuất không hoàn toàn , có thể tích cận bàng quang Có thể có/gây nhiễm trùng đường niệu + suy thận

2. Nguyên nhân của bí tiểu cấp

- Tất nghẽn
- Rối loạn chức năng bàng quang cơ thắt

Tất nghẽn

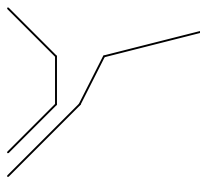
Nam	Nữ	Trẻ em
Niệu đạo: hẹp, chấn thương. Cổ bàng quang: hẹp Tiền liệt tuyến: viêm cấp, u xơ, K	Niệu đạo: hẹp miệng sáo Tiểu khung tử cung: u xơ, K	Nam: Hẹp van niệu đạo sau Nữ: Tụ máu cổ tử cung
Khối u vùng niệu đạo bàng quang Dị vật: sỏi bàng quang, cục máu đông		

Rối loạn chức năng bàng quang cơ thắt

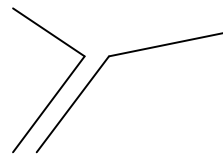
- **Bệnh lý thần kinh**: chèn ép tủy, bại liệt, u tủy, gai đôi cột sống, bệnh lý thần kinh do đái tháo đường
- **Do phẫu thuật**: sau phẫu thuật, hội chứng bụng cấp, sau sinh ect
- **Dùng thuốc**: kháng cholin, các loại an thần kinh

Các nguyên nhân bí tiểu được liệt kê trên lâm sàng:

- **Bàng quang thần kinh**:
 - Hệ thần kinh thực vật mất sự kiểm soát trong khi bàng quang không có tổn thương thực thể nào
 - Các tổn thương từ từ theo thời gian, thường kèm theo bệnh lý thần kinh
- **U bàng quang và u thuộc vùng cổ bàng quang**
- **Hẹp cổ bàng quang**: không đứt ngón tay vào được- trong phẫu thuật, mắt hình phễu trên hình ảnh x quang có thuốc cản quang, thay vào là hình dây (hình minh họa dưới đây)



Bình thường



hẹp cổ bàng quang

- **U xơ tiền liệt tuyến**: biết được trên lâm sàng qua thăm trực tràng
- **Hẹp, sỏi niệu đạo**: biết qua siêu âm, x quang tiết niệu không chuẩn bị
- **Hẹp miệng sáo do viêm xơ bao quy đầu**

Lưu ý: Vai trò của siêu âm trong bí tiểu mạn không phải để chẩn đoán xác định, mà là để tìm nguyên nhân.

3. U xơ tiền liệt tuyến

Làm nước bị ứ đọng tại bàng quang gây nên biến chứng :

- Bí tiểu cấp
- Bí tiểu mạn
- Trào ngược bàng quang niệu quản
- Ứ nước thận → suy thận
- Sỏi bàng quang
- Nhiễm trùng đường niệu : sỏi rất , sỏi buốt , sỏi ect

Điều trị u xơ tiền liệt tuyến bằng ngoại khoa hay nội khoa tùy vào biến chứng có hay không.

Xác định có trào ngược nước tiểu

- Bơm thuốc cản quang vào bàng quang qua sonde tiểu , để bệnh nhân rặn tiểu thấy hình ảnh trào ngược bàng quang niệu quản: Niệu quản 2 bên giãn trong khi bàng quang căng đầy nước (kẹp ống sonde hoặc rút ống sonde khi làm , nên kẹp ống sonde)
- Đánh giá ure, cre máu → xem chức năng thận

4.Loại sonde JJ

Dùng để can thiệp tạm thời trong Sỏi, hẹp , u đường tiết niệu hoặc u do chèn ép bên ngoài . nhưng có khi cũng sử dụng để can thiệp vĩnh viễn (hình ảnh minh họa)

KHÁM THẬN TIẾT NIỆU:

Phân chia:

Thận + niệu quản: tiết niệu trên.

Bàng quang + niệu đạo: tiết niệu dưới.

Khám thận:

Nhìn: hồ thắt lưng, vùng bụng sưng nề, có u hay không?

Sờ: là phương pháp quan trọng để phát hiện thận to.

Có 3 phương pháp khám thận:

1. Phương pháp Guyon:

- Khám khi bệnh nhân nằm ngửa.
- Dấu chạm thận: bàn tay dưới cổ định hoặc hơi nâng nhẹ, bàn tay phía trên ấn xuống từ từ liên tục. Nếu thận to sẽ cảm nhận được thận chạm xuống bàn tay dưới sau đó nằm giữa 2 bàn tay (dấu chạm thân (+)).

- Dấu bập bênh thận: bàn tay trên thành bụng hơi ấn nhẹ xuống, bàn tay dưới hất lên từng đợt. Nếu thận to sẽ thấy thận bập bênh giữa 2 bàn tay, chạm vào tay dưới rồi tay trên.

2. Phương pháp Israel:

- Tư thế bệnh nhân nằm nghiêng: tương tự phương pháp Guyon, người khám ngồi sau lưng.

3. Phương pháp Glegard:

- Dùng bàn tay đối diện với thận định khám, ngón tay cái phía trước bụng, bốn ngón tay còn lại phía sau hồ thắt lưng, bóp chặt hồ thắt lưng. Nếu thận to, khi bệnh nhân thở ra sẽ có cảm giác thận di động trong lòng bàn tay.

Gõ:

- Làm nghiệm pháp rung thận.
- Đau chứng tỏ có viêm mũ thận hoặc viêm tấy quanh thận.

Nghe:

- Phát hiện hẹp động mạch thận.
- Ngày nay dùng Doppler mạch tiện lợi hơn.

Các điểm đau niệu quản:

- Phía trước:

- + *Điểm niệu quản trên*: điểm của đường ngang rốn gặp bờ ngoài cơ thẳng to.
- + *Điểm niệu quản giữa*: hai đầu của đoạn nối 1/3 giữa đường nối gai chậu trước trên.
- + *Điểm niệu quản dưới*: Thăm trực tràng hay âm đạo mới thấy, nằm ngửa ở vị trí 10h và 2h. Nằm chống hông thì ở vị trí 8h và 4h.

- Phía sau:

- + *Điểm sườn lưng*: giao điểm của bờ dưới xương sườn 12 và bờ ngoài cơ lưng to.
- + *Điểm sườn sống*: góc xương sườn 12 và cột sống.

Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: ure, creatinin để đánh giá chức năng thận.
- Điện giải đồ, dự trữ kiềm: cần thiết trong trường hợp suy thận để đánh giá tăng K máu, nhiễm toan.

- Xét nghiệm nước tiểu:
- Cây nước tiểu.
- Xét nghiệm hình ảnh:

THẬN ĐỒ - ASP – UIV

Thầy Hùng

THẬN ĐỒ

- Còn gọi là Xạ hình thận, chụp phóng xạ thận
- Bình thường: Mỗi thận có 50% chức năng
- Thận giảm chức năng: $\leq 42\%$
- Suy giảm nặng nề chức năng thận: $\leq 20\%$

KỸ THUẬT:

- Sử dụng đồng vị phóng xạ để tăng cường tia Gamma (γ) trong cơ thể do tế bào phát ra và được thu nhận bằng Camera phóng xạ.
- Tia γ phản ánh tình trạng tế bào trong cơ thể. Bình thường, tế bào vẫn phát ra tia γ nhưng với cường độ rất yếu.
- Hóa chất: Iode, Tc^{99} (Technitium) (*chất này có ái tính mạnh với tế bào thận*)

Giá trị:

- Đánh giá % chức năng thận
- Mô tả nhu mô thận
- Đánh giá tình trạng cung cấp máu đến thận
- $T1/2$ (thời gian bán hủy): đánh giá chức năng bài xuất của thận

Lưu ý:

- Nếu sử dụng IOD thì không có tác dụng mô tả nhu mô thận, còn lại vẫn có các giá trị khác tương đương Tc^{99}

Chỉ định và chống chỉ định:

- Thận đồ không có biến chứng nặng nề nên có thể sử dụng cho bệnh nhân suy thận
- Chống chỉ định:
 - o BN dị ứng với Iode. (nếu sử dụng hóa chất Iode)

X QUANG BỤNG KHÔNG CHUẨN BỊ (CHỤP THẬN)

Tiêu chuẩn phim thận thường.

- X - quang hệ tiết niệu không chuẩn bị: trên phim lấy được hầu hết hệ tiết niệu
 - o Mục đích để phát hiện hình cản quang bất thường nằm tương ứng trên đường niệu.
- **Triệu chứng X - quang cần nói được:**
 - Vị trí cản quang có tương ứng với vùng thận không.
 - Kích thước?
 - Hình dáng: mở vệt, kiểu san hô.

- Hướng đi (theo hướng trên dưới, trong ngoài).
- Mật độ cản quang.
- **Khi chụp thận thường trong các trường hợp sau có thể kết luận sỏi:**
 - o Chụp thận thường hình cản quang tương ứng với vùng thận, hình dáng kiểu san hô trong đó gốc hướng về phía trong cành hướng về phía ngoài. Ta nói sỏi san hô thận.
 - o Nếu hình ảnh cản quang tương ứng với vị trí của rốn thận (thành bụng trước - Ngang mức môn vị cách đường trắng giữa 4cm. Thành bụng sau - Ngang mức móm ngang đốt LI, hay giao giữa khối cơ dựng gai và bờ dưới sườn XII) có hình mỏ vẹt hướng từ trên xuống dưới và từ ngoài vào trong. Ta nói là sỏi bể thận.
 - o Nếu hình cản quang ở vùng tiểu khung có hình tròn đồng tâm thì ta cũng có thể kết luận sỏi BQ.

CHỤP THẬN THUỐC TĨNH MẠCH

Chỉ định:

- **Mục đích:** thông qua bài xuất, bài tiết của thận để.
 - o Khẳng định có sỏi (nếu trên phim thận thường chưa có) và xác định cả vị trí của sỏi.
 - o Biết được ảnh hưởng của sỏi tới chức năng thận, đến hệ bài xuất (dẫn đài bể thận) và nhu mô thận (nếu nhu mô bị mỏng đi).
 - o Phát hiện được nguyên nhân gây sỏi trên đường tiết niệu (thận móng ngựa, thận kép, hẹp khúc nối bể thận niệu quản...)

Nguyên tắc đọc phim:

- Phim đầu tiên đến phim cuối cùng (có nén).
- Phút đầu tiên đến phút cuối cùng (không có nén).
- Không đọc bất thường khi chưa thả nén, chỉ đọc khi đã thả nén. Và chỉ nén khi chức năng thận bình thường (thông qua ure, creatinin)
- **Chụp không nén có 2 phương pháp:**
 - o Nhanh: 2ml/kg + 80ml HTN truyền nhanh 5 - 7 phút. Đọc 5 - 7 phút thì ống thận, 15 phút thì đài bể thận.
 - o Chậm khi suy thận: dùng 2ml/kg + 100 - 150ml HTN 5% truyền trong 45 phút - thậm chí sau khi truyền dùng 1 ống lợi tiểu.
 - Sau 2 giờ thả nén mà thuốc không xuống là thận cầm.
- **Kết luận đọc phim:**
 - o Thận ngấm thuốc ở phút thứ bao nhiêu? Thận có bài tiết bài xuất?
 - o Lưu thông bể thận bàng quang thế nào, hình ảnh lưu thông dị tật?
- **Xác định chẩn đoán.**
 - o Với sỏi cản quang: phát hiện khi thuốc còn ngấm mỏng hoặc chụp muộn khi đài bể thận đã đầy thuốc cản quang xuống BQ. Chụp thận thuốc cho phép xác định kích thước của những viên sỏi cản quang mà bao viên không cản quang..
 - o Với sỏi không cản quang: trên nền cản quang có thấy một ổ khuyết (có thể nhầm với bóng hơi trong ổ bụng, muốn phân biệt phải chụp cắt lớp vi tính)
 - o Chụp thận thuốc còn cho biết ảnh hưởng của sỏi tới đường bài xuất và nhu mô thận được thể hiện bằng những hình ảnh giãn của đường niệu phía trên sỏi. Còn cho biết nguyên nhân sinh sỏi: dị tật bẩm sinh, ứ tắc...
- **Phân biệt:**

- o Sỏi cản quang: cần phân biệt với hình ảnh cản quang không nằm trong thận hoặc hình ảnh vôi hoá nằm trong nhu mô thận.
 - o Sỏi không cản quang: phân biệt với hình hơi, cục máu đông, u đường bài xuất. Một số khám xét khác bằng X - quang.
 - Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng (UPR - Uretero Pyelographie Retrograde): dùng khi thận cầm mà sỏi không cản quang.
 - Chụp động mạch thận cho phép xác định mạch máu thận trong phẫu thuật cắt thận.
 - Chụp bơm hơi sau phúc mạc kết hợp UIV: cho biết hình ảnh thận phình ra do sỏi đến mức độ nào và nhu mô thận còn dày hay mỏng.
 - Chụp X - quang trong mổ để kiểm tra xem sỏi đã lấy hết hay chưa.
 - **Siêu âm.**
 - o Cho phép xác định cả sỏi cản quang và không cản quang tuy nhiên dễ nhầm với hình ảnh cản âm khác. Nhưng giúp chẩn đoán tốt hiện tượng ứ nước, độ dày nhu mô thận, tỷ lệ giữa tuỷ thận và vỏ thận.
-

U BÀNG QUANG

Thầy Hùng

“Bệnh nhân nam 60 tuổi, vào viện với lý do tiểu máu. Có tiền sử: Mổ u bàng quang 2 lần cách đây 7 năm và 1 năm. Trong vòng 1 năm nay có tiểu khó, và tiểu không tự chủ xen kẽ. từng bí tiểu nhiều lần và phải đặt sonde tiểu ở bệnh viện huyện. Cách đây 10 tháng khi đi lại BN bị trật chân, vào viện được chẩn đoán là gãy cổ xương đùi nhưng không có điều trị gì. Khi vào viện đã được đặt sonde tiểu, ghi nhận: nước tiểu màu đỏ tươi, có máu cục”

- Công thức máu:

- o Hồng cầu: $2,8 \times 10^{12}$.
- o Hct: 0,229.
- o Hb: 9 mmol/l.

- Siêu âm:

- o Thành bàng quang dày không đều, gan có u và nang gan.

Chẩn đoán sơ bộ:

- U bàng quang di căn gan

PHÂN TÍCH:

1. Tiểu máu bao gồm các nguyên nhân:

- Nhiễm trùng
- Sỏi
- U bàng quang:
 - Dạng thâm nhiễm
 - Dạng sùi
 - Tái phát trên cao ở đoạn niệu quản

2. Tiểu khó:

- U bàng quang có tiểu khó do u xâm lấn cổ BQ - hẹp niệu đạo sau mổ do đặt sonde tiểu kéo dài / u xơ TLT (Ít nghĩ đến Ung thư TLT do ở VN rất hiếm gặp)

3. Tiểu không tự chủ:

- BQ quá căng → tiểu tràn
- RL cơ thắt do khối u phát triển tại cơ thắt.
- Tổn thương cơ thắt do mổ
- Cơ BQ co bóp không đồng bộ với sự mở của cổ BQ

4. U bàng quang:

- Soi BQ được chỉ định khi siêu âm không có khối u nhưng tiền sử lại có.
- U BQ đa số là u niêm mạc
- U bàng quang là ung thư, phân loại dựa vào độ biệt hóa trên GFB:

- Tốt: độ ác tính thấp, tiên lượng tốt
 - Vừa
 - Kém: độ ác tính cao, dễ tái phát và di căn
- Trong u BQ, di căn hạch chỉ ở các hạch sâu ở thành BQ, không thể thăm khám trên LS. Siêu âm chỉ phát hiện được hạch kích thước $\geq 1\text{cm}$
 - Phương pháp PET: tế bào K tiêu thụ Glucose nhiều hơn bình thường nên người ta sử dụng Glucose gắn chất phóng xạ để phát hiện tế bào K.
 - Các cơ quan dễ di căn từ U bàng quang: phổi, xương, gan

Phân biệt trên X-Quang phổi

K phổi nguyên phát	K phổi thứ phát
- Nốt u ở rốn phổi - Thường chỉ có 1 nốt	- Hình ảnh “bong bóng bay”: nốt u ở vùng chu vi nhu mô phổi, thường có nhiều nốt nhỏ

Đánh giá di căn xương:

- Tình trạng đau xương xảy ra gần đây: đau ở thân xương
 - Gãy xương gần đây sau một chấn thương nhẹ
 - Có hình ảnh loãng xương hoặc đặc xương trên X-Quang
- Xác định vị trí di căn: chụp xạ hình xương để chỉ điểm vị trí di căn. Dùng chất gắn phóng xạ. Đánh giá sự tăng độ tập trung đồng vị phóng xạ.

Di căn não:

- Đau đầu, nôn mửa, đồng tử giãn, do sự chèn ép của khối u.

5. Thăm trực tràng trong u bàng quang có bí tiểu để khám:

- U xơ TLT
- Cổ và thành sau BQ: có u xâm lấn?
- Thành trước trực tràng: có bị xâm lấn?

CƠ QUAN SINH DỤC NAM

“Nhiệt độ tinh hoàn luôn thấp hơn nhiệt độ cơ thể từ 2-3°C cần cho sự sinh tinh”.

“Trọng lượng tinh hoàn: 10-15g. Chiều dài 5cm”.

“Tinh hoàn phát triển ở vùng thắt lưng, phía sau phúc mạc, đến tháng thứ 7 của thai kỳ, tinh hoàn đi xuyên bì qua ống bẹn”.

“Trong tinh hoàn, ở giữa các ống sinh tinh, có từng đám tế bào gọi là tế bào kẽ tiết ra hormon sinh dục nam (testosterol)”.

“Mào tinh là cơ quan hình chữ C, phần trên to ra gọi là đầu, là nơi thu nhận các ống của tinh hoàn, thân là phần giữa và đuôi là phần nhỏ nhất ở dưới cùng, tiếp nối với ống dẫn tinh”.

“Động mạch nuôi mào tinh là các nhánh của động mạch tinh hoàn”.

Niệu đạo nam giới dài khoảng 20cm chia làm 3 phần:

- Niệu đạo tiền liệt tuyến (2-3cm).
- Niệu đạo màng (1cm).
- Niệu đạo xốp (15-20cm).

Tuyến tiền liệt:

- Là tuyến đơn, nằm bên dưới bàng quang, niệu đạo.
- Tiết ra 1 chất đục như sữa và hơi có tính acid.
- Góp phần vào sự sống còn và di động của tinh trùng.

Tuyến hành niệu đạo:

- Tuyến đôi, nằm bên dưới tuyến tiền liệt.
- Hai bên niệu đạo màng ở bên trong hoành niệu dục.
- tiết chất dịch kiềm che chở cho tinh trùng.

Dương vật:

- 2 khối ở lưng gọi là vật hang có chức năng làm cứng dương vật
- Một khối nhỏ hơn ở phía dưới bụng gọi là vật xốp có chức năng mở rộng niệu đạo khi phóng tinh.

CHÂN THƯƠNG NIỆU ĐẠO:

Niệu đạo trước:

- Niệu đạo xốp

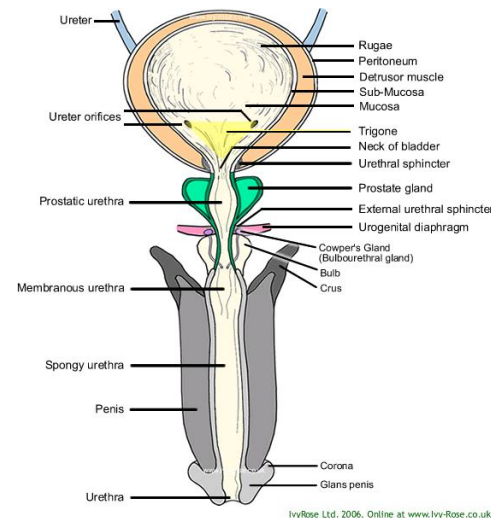
Niệu đạo sau:

- Niệu đạo tiền liệt tuyến.
- Niệu đạo màng.

Tuy nhiên về phương diện phẫu thuật người ta chia niệu đạo thành 2 đoạn :

Đoạn cố định:

- Niệu đạo tiền liệt.
- Niệu đạo màng.



IvyRose Ltd. 2006, Online at: www.Ivy-Rose.co.uk

- Phần niệu đạo xóp đi từ niệu đạo màng tới dây treo dương vật.

Đoạn di động:

- Là phần còn lại cho đến miệng sáo.

Nguyên nhân gây chấn thương niệu đạo:**Niệu đạo sau:**

- Chủ yếu do gãy xương chậu do tai nạn giao thông, tai nạn thể thao...
- Xảy ra sự xé mạnh của xương chậu vỡ vào niệu đạo.

Niệu đạo trước:

- Chấn thương mạnh từ bên ngoài vào tần sinh môn: ngã bậc thang, ngã xe đạp.
- Các vết thương xuyên thủng do các vật nhọn.

Triệu chứng chấn thương niệu đạo:**Niệu đạo trước:**

- Đau nhói tầng sinh môn, có thể không đi được ngay.
- Chảy máu miệng sáo.
- Có điểm đau chói tầng sinh môn.
- Ban hình cánh bướm to hoặc nhỏ.

Niệu đạo sau:

- Có vỡ xương chậu.
- Bí tiểu, cầu bàng quang căng to.
- Máu chảy ra từ miệng sáo nhiều hoặc chỉ vài giọt.
- Thông bàng quang: thường không được chỉ định, nếu có phải thực hiện vô trùng, nhẹ nhàng.

THÔNG TIỂU:**Chỉ định:**

- Bí tiểu.
- Trước khi mổ (u xơ tiền liệt tuyến, sỏi hệ tiết niệu...).
- Chẩn đoán các bệnh lý của bàng quang, hệ tiết niệu hoặc để chụp bàng quang ngược dòng.

Chống chỉ định:

- Giáp rách niệu đạo.
 - Chấn thương tiền liệt tuyến.
 - Nhiễm khuẩn niệu đạo.
-

PHẪU THUẬT BÀNG QUANG, DẪN LƯU BÀNG QUANG

Mở bàng quang:

- Lấy sỏi, dị vật, u bàng quang.
- Cắt 1 phần bàng quang.
- Đóng dò bàng quang.
- Khâu vết thương bàng quang.
- Cắt túi thừa bàng quang.
- Tạo hình niệu quản – bàng quang.
- Bóc u tiền liệt tuyến.

Kỹ thuật:

- Mở đường trắng giữa rốn
- Mở đường Pfannenstiel.
- Mở qua đường âm đạo.

Mở đường trắng giữa rốn:

- Nên đặt dẫn lưu bàng quang trên xương mu.
- Có thể đóng kín bàng quang và dẫn lưu qua sonde niệu đạo hoặc dẫn lưu 1 lỗ khác trên bàng quang ngoài đường mổ.
- Rút ống dẫn lưu sau 24-36h nếu sạch.
- Rút sau 4-5 ngày nếu nhiễm khuẩn.

Có 2 loại dẫn lưu bàng quang:

- Tạm thời.
- Vĩnh viễn.

Dẫn lưu bàng quang tạm thời:

- Bí tiểu cấp do u xơ tiền liệt tuyến.
- Chấn thương bàng quang niệu đạo như đứt niệu đạo sau do vỡ xương chậu.
- Dò bàng quang – âm đạo, bàng quang – trực tràng, phẫu thuật hỗ trợ cho 1 số phẫu thuật tiết niệu sinh dục.
- Bệnh lý tủy sống, chấn thương tủy.
- Viêm bàng quang cấp gây xuất huyết nặng.

Dẫn lưu bàng quang vĩnh viễn.

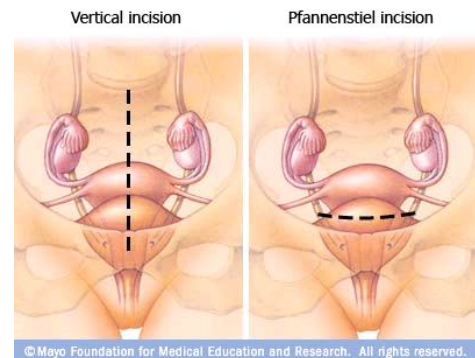
- U tiền liệt tuyến không có chỉ định phẫu thuật triệt để.
- K dương vật.
- K bàng quang, cổ bàng quang không có phẫu thuật triệt để.

Các ống dẫn lưu bàng quang:

- Ống sonde Pezzer.
- Ống sonde Malecot.
- Ống sonde Foley.

Có thể dẫn lưu bàng quang bằng cách chọc Trocar nhanh chóng và ít biến chứng hơn.

- Bơm căng bàng quang, chọc trocar từ từ theo hướng lên trên vào trong để tránh chọc chéo vào bàng quang, vào cân trước bàng quang và tiền liệt tuyến. Rút trocar, đưa catheter qua cannula vào bàng quang, bơm bóng để giữ catheter, có thể khâu 1 mũi chỉ để cố định catheter vào thành bụng.



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

CHẤN THƯƠNG THẬN:

Có 4 phân độ:

Độ 1 (điều trị bảo tồn):

- Giập nhu mô thận nhẹ.
- Không rách bao thận.
- Có thể có khối máu tụ nhỏ dưới

bao.

- Có thể có đái máu.

Độ 2 (điều trị bảo tồn):

- Giập nhu mô thận thông với đài

bể thận.

- Rách bao thận.
- Máu tụ và nước tiểu quanh thận.
- Đái máu đại thể.

Độ 3 (theo dõi sát):

- Vỡ thận từ 2 mảnh trở lên.
- Bao thận bị xé rách.
- Đường bài xuất nước tiểu trên bị tổn thương.
- Máu tụ quanh thận → bao xơ → bóp nghẹt thận và

bài tiết.

Độ 4 (phẫu thuật):

- Đứt toàn bộ cuộn thận.
- Sốc nặng.
- Tổn thương nội mạc động mạch thận → hình thành huyết khối → tắc mạch.
- Tử vong cao.

Triệu chứng điển hình sau chấn thương thận:

- Đau vùng thắt lưng.
- Đái máu.
- Khối máu tụ vùng hố thắt lưng.
- Shock trong trường hợp chấn thương nặng.

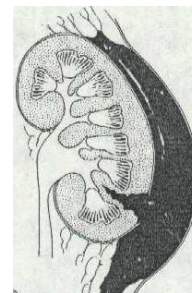
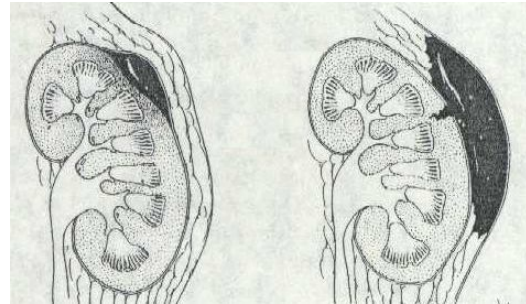
Cận lâm sàng cấp cứu;

- UIV trong điều kiện bệnh nhân thoát shock vì nếu huyết áp <90 thì phim không đọc được gì.

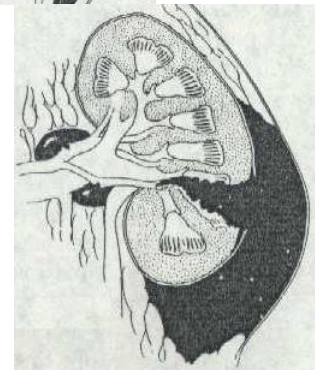
- Siêu âm để chẩn đoán mức độ, phân độ.

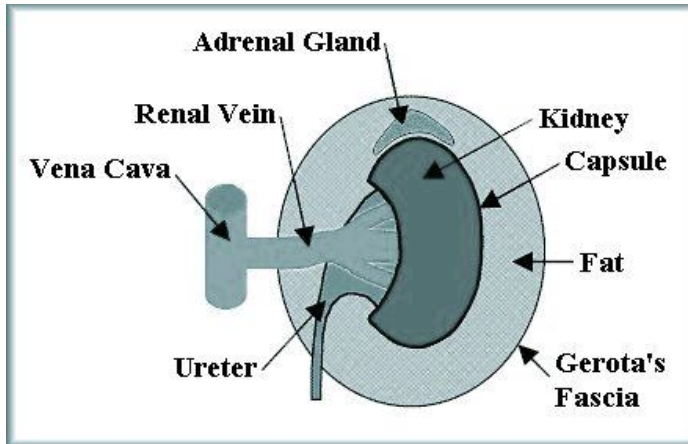
- Có thể Scanner nếu được (xét nghiệm chính xác nhất cho phép đánh giá mức độ tổn thương thận)

Trên 1 bệnh nhân đa chấn thương phải xem bệnh nhân có đái máu hay không để loại trừ chấn thương thận. Vì nếu vô tình mở phúc mạc thành sau (mở cân Gerota: là 1 cân có khả năng giới hạn khối máu tụ, làm bớt chảy máu từ thận) chỉ còn cách cắt thận để cầm máu.



đường



**Biến chứng:**

- Viêm tấy hố thắt lưng.
- Đau lưng kéo dài do viêm xơ thận.
- Cao huyết áp do hẹp động mạch thận.
- Cao huyết áp do khối máu tụ bít nghẹt thận.
- Thông động tĩnh mạch khi có tổn thương cuốn thận.
- Nang nước tiểu.

Điều trị nội khoa bảo tồn:

- Chấn thương thận độ 1,2.
- Tình trạng bệnh nhân ổn định.
- Đái máu giảm.
- Khối máu tụ không lớn dần.
- UIV: chức năng thận còn tốt.

Phương pháp:

- Bất động tại giường.
- Theo dõi khối lượng, màu sắc nước tiểu, mạch, nhiệt, huyết áp.
- Diễn biến khối máu tụ.
- Phản ứng thành bụng.
- Thuốc:
 - Giảm đau.
 - Kháng sinh.
 - Thuốc cầm máu.

SỎI HỆ TIẾT NIỆU

Thầy Dũng

Phân loại:

2 loại thường gặp

- Sỏi thận:
 - o Sỏi đài thận (lớn, nhỏ).
 - o Sỏi bể thận.
 - o Sỏi đài_bể thận.
 - o Sỏi trong nhu thận (hiếm gặp).
- Sỏi niệu quản.

Biến chứng:

- Tắc nghẽn => ứ nước.
- Nhiễm trùng => ứ mủ.

Đây cũng là 2 nguyên nhân thường gây suy thận trong ngoại khoa.

Cơ năng:

- Đau quặn thận: .
 - o Diễn hình: gặp trong sỏi niệu quản, cơ chế: do tắc nghẽn cấp.
 - o Không diễn hình (đau TL, đau hông): sỏi đài_bể thận.
- Sỏi đài thận thường triệu chứng không rõ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Đau quặn gan.
- Đau bụng cấp (do tắc ruột, viêm tụy cấp...).
- Phân biệt vị trí: đau hố chậu Phải (ruột thừa viêm, viêm phần phụ...), đau hạ sườn P.

Đái máu:

- Đái ra hồng cầu.
- Thường xảy ra ở đường tiết niệu trên, sau cơn đau quặn thận: máu tươi, toàn bãi.
- Nguyên nhân:
 - o Thận: chấn thương, lao thận, u thận...
 - o Niệu quản.
 - o Bàng quang.

Chẩn đoán phân biệt:

- Đái ra huyết sắc tố: → tan máu cấp tính, gan không tổng hợp Hem từ Bil.
- sốt rét ác tính, truyền nhầm nhóm máu, HC bị vùi lấp, bầm dập nhiều.
- Uống thuốc → rifampicine
 - Đái sắc tố mật, muối mật: tắc mật.
 - Chảy máu niệu đạo: máu chảy không hoà lẫn nước tiểu mà tạo thành từng giọt máu tươi, thường gặp do chấn thương

Đái đục:

- Nguyên nhân: nhiễm trùng.
- Đục là do xác bạch cầu và xác vi khuẩn.
- Phân biệt: đái đường chấp (do bạch mạch đi dọc theo niệu quản bị dò vào đường bài xuất nước tiểu, gặp trong bệnh giun chỉ).

Thiểu niệu, vô niệu: gặp trong 4 trường hợp

- Sỏi thận 2 bên.

- Sỏi niệu quản (NQ) 2 bên.
- 1 bên sỏi NQ, 1 bên sỏi thận.
- Sỏi thận hoặc sỏi niệu quản 1 bên trên bệnh nhân chỉ còn 1 thận, 1 niệu quản (do bẩm sinh hoặc đã cắt bỏ).

Vô niệu do sỏi tiết niệu:

- Là biến chứng của sỏi thận, sỏi niệu quản phức tạp.
- Là hình thái suy thận cấp sau thận do tắc nghẽn đường tiết niệu.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - o Vô niệu trước thận: tụt huyết áp (chấn thương, sốc, nhiễm khuẩn), liên quan với sự giảm khối lượng tuần hoàn.
 - o Vô niệu do thận: viêm cầu thận, ống thận do ngộ độc, truyền máu hồng cầu vùi lấp.

Thầy không lí giải trường hợp sỏi NQ 1 bên, do hiện tượng co thắt phản ứng => vô niệu. Thầy chỉ nói khi còn 1 thận thì nước tiểu vẫn được bài xuất trong giới hạn bình thường.

IV. Thực thể:

- Phát hiện thận lớn: chạm thận, bập bênh thận.
- Phát hiện thận ứ mủ: rung thận (viêm thận bể thận cấp, viêm tấy quanh thận)

V. CLS:

1. Siêu âm:

- Phát hiện sỏi đường tiết niệu (cản quang và không cản quang) qua bóng lưng.
- Xác định vị trí của sỏi, từ đó biết được đường đi của sỏi sau khi siêu âm lần 2.
- Khảo sát đài thận, bể thận giãn.

*** Đánh giá mức độ ứ nước của thận nhờ siêu âm (LS không đánh giá được), dựa vào 2 tiêu chuẩn:**

- Sự biến mất của đài thận.
- Độ dày của nhu mô thận giảm.

2. X quang:

- **Không chuẩn bị (ASP):**
 - o Vị trí, kích thước (lấy cột sống TL làm hệ quy chiếu), hình dạng, số lượng của sỏi cản quang.
 - o Bóng thận lớn hay không.
- **Chuẩn bị:**
 - **UIV:**
 - o Phát hiện cả sỏi cản quang và không cản quang.
 - o Đánh giá chức năng mỗi thận.
 - o Khảo sát hình thái thận.

Ví dụ: có sỏi trong tiểu khung kết hợp với hình ảnh đài thận lồi trên UIV => sỏi của hệ tiết niệu (đài thận lõm ≡ bình thường => sỏi nằm trong cơ quan khác).

+ UPR: chụp niệu quản_ bể thận ngược dòng tìm nguyên nhân gây tắc nghẽn.

* Thận đồ: giúp đánh giá % chức năng còn lại của thận.

3. định lượng ure, creatinin máu.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRONG TÁN SỎI NIỆU QUẢN

Chỉ định:

- Kích thước sỏi: 6 – 10 mm (tốt nhất).

- Viên sỏi $\leq 5\text{mm}$: chỉ tán khi
 - o Bệnh nhân đau nhiều.
 - o Điều trị nội khoa không có kết quả.
 - o Siêu âm, UIV thấy đài, bể thận và niệu quản giãn nhiều.

Viên sỏi nhỏ nhưng không ra được có thể là do có cản trở dưới viên sỏi:

- Hẹp lỗ niệu quản.
- Đoạn niệu quản trong thành bàng quang.
- Hoặc có polip trong niệu quản.

Sỏi > 10mm và cản quang nhiều thường rắn, tán rất khó và thời gian tán kéo dài => tốt nhất nên phẫu thuật vì viên sỏi lớn dễ tìm, dễ lấy, nhanh.

Vị trí viên sỏi:

- 1/3 dưới và 1/3 giữa là tốt nhất.
- 1/3 trên
 - o Khó tiếp cận.
 - o Khó tỳ giữ viên sỏi lên thành niệu quản.
 - o Viên sỏi dễ bị bật lên thận.
- Chức năng thận: bình thường.
- Không nhiễm trùng đường tiết niệu, hoặc sau điều trị khỏi hoàn toàn => cần thiết.
- Niệu đạo không hẹp: đưa được máy soi niệu quản và máy soi bàng quang dễ dàng

Chống chỉ định:

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
- Suy thận nặng.
- Hẹp đường tiết niệu dưới.
- Rối loạn đông máu.
- Viên sỏi > 10mm: có tính chất tương đối - vị trí sỏi dễ tiếp cận, sỏi mềm dễ tán, kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

SỎI THẬN:

Sỏi thận:

Sỏi niệu quản: Phần lớn là do sỏi thận rơi xuống (đường kính <6mm được thải ra ngoài trong vòng 3 tháng), sỏi còn lại nằm ở các chỗ hẹp sinh lý gây biến chứng thận.

Sỏi bàng quang: còn liên quan đến sự ứ đọng nước tiểu trong bàng quang do chướng ngại ở cổ bàng quang hay niệu đạo.

1. Sỏi thận:

- Sỏi đài thận hình tròn.
- Sỏi bể thận hình tam giác.
- Sỏi san hô – thân ở bể thận, nhánh ở cổ, ngọn

ở đài.

2. Sỏi niệu quản:

- Có hình bầu dục hay hình trụ.
- Số lượng thường 1-2 viên, có khi nhiều sắp xếp cả chuỗi dài.
- Sỏi niệu quản 2 bên rất nguy hiểm, dễ dàng dẫn đến vô niệu.

3. Sỏi bàng quang:

- Có kích thước từ bé đến lớn.
- Hình tròn hoặc bầu dục.
- Thường là 1 viên.

Triệu chứng:

Cơ năng

- Cơn đau quặn thận điển hình.
- Cơn đau quặn thận không điển hình.
- Rối loạn nước tiểu (đái rắt, đái buốt).
- Đái máu toàn bãi.
- Đái đục nếu có nhiễm khuẩn (biến chứng).

Thực thể:

- Chỉ khi thận đã gây biến chứng:
- Thận to, đau ít do ứ nước.
- Thận to, đau, rung thận (+) do bị ứ nước tiểu nhiễm khuẩn hoặc ứ mủ.

Triệu chứng toàn thân:

- Nếu biến chứng suy thận mạn thì có thể thấy các triệu chứng của tăng ure máu mạn.

SONDE JJ:

- Tạo 1 đường thông từ bể thận đến bàng quang.
- Chỉ định trong tán sỏi niệu quản là vì để trong quá trình tán, làm tổn thương niệu quản, dễ hình thành sỏi, nên đặt để tránh biến chứng hẹp niệu quản.

→ **Sonde JJ mục đích để ngăn ngừa chít hẹp đường niệu quản sau tán sỏi.**

- Đặt sonde thường là 1 tháng và không quá 3 tháng. Trước khi rút phải chụp phim kiểm tra.

Triệu chứng sỏi bàng quang:

- Bình thường bệnh nhân không cảm thấy gì, chỉ thấy tức, nặng ở hạ vị nếu sỏi to.



- Nhưng khi đi tiểu thì rõ rệt : đau tức hạ vị tăng lên cuối bãi lan theo niệu đạo ra miệng sáo, trẻ em cầm dương vật khóc – dấu hiệu bàn tay khai.

- Đái rất.

- Đái tắt giữa dòng.

- Đái máu cuối bãi.

- Đái đục nếu có nhiễm khuẩn kèm theo.

Thực thể pháp hiện:

- Hẹp niệu đạo.

- U xơ tiền liệt tuyến.

- Sỏi to có thể sờ thấy qua thăm khám trực tràng.

Nguyên nhân SỎI BÀNG QUANG:

- Do sỏi từ đài bể thận- niệu quản rơi xuống.

- Do hình thành tại chỗ: cặn lẫn nước tiểu.

ASP

- **Kỹ thuật:**
 1. Không thuốc cản quang, không bơm hơi.
 2. Chuẩn bị bệnh nhân: tốt, đặc biệt là tinh thần, thật tháo để giảm phân, hơi trong ổ bụng.
- 3. **Chụp:**
 - Thẳng: đứng, nằm ngửa
 - Nghiêng (P, T), chéch (P, T)
- 4. **Kích thước (giới hạn) :** Trên: bờ dưới xương sườn 11
Dưới: dưới khớp mu
2 bên: gai chậu trước trên
- 5. **Chuẩn độ tia X:**
 - Thấy được bóng thận: bờ ngoài + 2 cực
 - Bờ ngoài cơ thắt lưng → thấy rõ khi mỡ sau phúc mạc nhiều (người béo thấy rõ)
- **Giá trị:**
 - **Hệ niệu:** kích thước thận, bình thường $h = 3$ đốt sống thắt lưng
 $h < 2,5 \rightarrow$ teo
 $h > 3,5 \rightarrow$ lớn
 - **Sỏi cản quang hệ tiết niệu:** có nốt phát ra từ bóng thận hoặc trên đường đi niệu quản hoặc vùng bàng quang
 - **Sỏi thận:**
Sỏi bể thận: hình tam giác ở L1, L2
Sỏi san hô: 1 thân chính ở bể thận, cành ở đài thận (1,2 cành là sỏi san hô không hoàn toàn, 3 cành là sỏi san hô hoàn toàn)
Sỏi đài thận: 3 nhóm trên, giữa , dưới hình tròn đều kích thước vài mm- $\rightarrow$ cm có trường hợp gai góc
Sỏi nhu mô.
Chẩn đoán phân biệt: sỏi túi mật (chụp phim nghiêng, siêu âm)
 - **Sỏi niệu quản:** nốt cản quang nằm trên đường đi niệu quản
Người VN: có hình trụ 1-2cm, nằm trực dọc, bờ tương đối đều; nếu bờ tròn, không đều là không phải.
- Lên cơn đau quặn thận:**
- Bí trung đại tiện:** sỏi 4-5mm, tròn, nằm 1/3 dưới niệu quản → khó chẩn đoán do:
 - + thuộc tiểu khung → chổng lên xương
 - + thận lớn → đẩy niệu quản qua bên kia → chổng lên xương
- 1/3 trên: mào chậu
- 1/3 giữa: eo trên
- 1/3 dưới: trong tiểu khung
- Chẩn đoán phân biệt:** hình ảnh trắng trên đường đi
 - + U nang buồng trứng calci hóa
 - + Calci hóa TM $\rightarrow$ tròn, đều, nhỏ gồm 2,3 viên nằm cạnh nhau
 - + Uống thuốc
- Vô niệu do:** choáng; ngộ độc; sỏi tiết niệu (t sỏi); hạ HA kéo dài
- Đứt niệu đạo:** - tụ máu hình cánh bướm

- chảy máu niệu đạo (chảy máu thụ động), khác với đái máu
- bí tiểu

➤ **Những trường hợp khó** → chụp UIV / CT xoắn ốc

- **Sỏi bàng quang:** - nốt cản quang trong bàng quang
 - đứng -> sỏi ở thấp 1'
 - sỏi tròn / bầu dục, đều, nhiều vòng đồng tâm

Tuy nhiên:

- viên sỏi thấp nhưng không phải sỏi BQ mà sỏi NQ: sỏi nằm trong túi sa niêm mạc
- viên sỏi cao (tư thế đứng) : sỏi nằm trong túi thừa BQ

Chẩn đoán phân biệt: calci hóa tiền liệt tuyến (hình ảnh chồng lên khớp mu)

Các cơ quan kế cận:

- Xương cột sống: độ cản quang, biến dạng (các gai xương trên dưới dính nhau)
- Xương chậu: vỡ xương chậu

SỎI NIỆU QUẢN

1. X-Quang:

- Sỏi nằm trên đường đi của niệu quản
- Ở đoạn niệu quản tiểu khung, có thể nhầm với:
 - o Nốt vôi hóa buồng trứng.
 - o Vôi hóa tĩnh mạch.
 - o Sỏi phân.

2. Phân loại:

- Cấp tính .
 - Mãn tính.
- ➔ Nhưng không bao giờ gây bí tiểu. (*chỉ có thể gây thiếu niệu hoặc vô niệu*)

3. Nguyên nhân bí tiểu có thể là do:

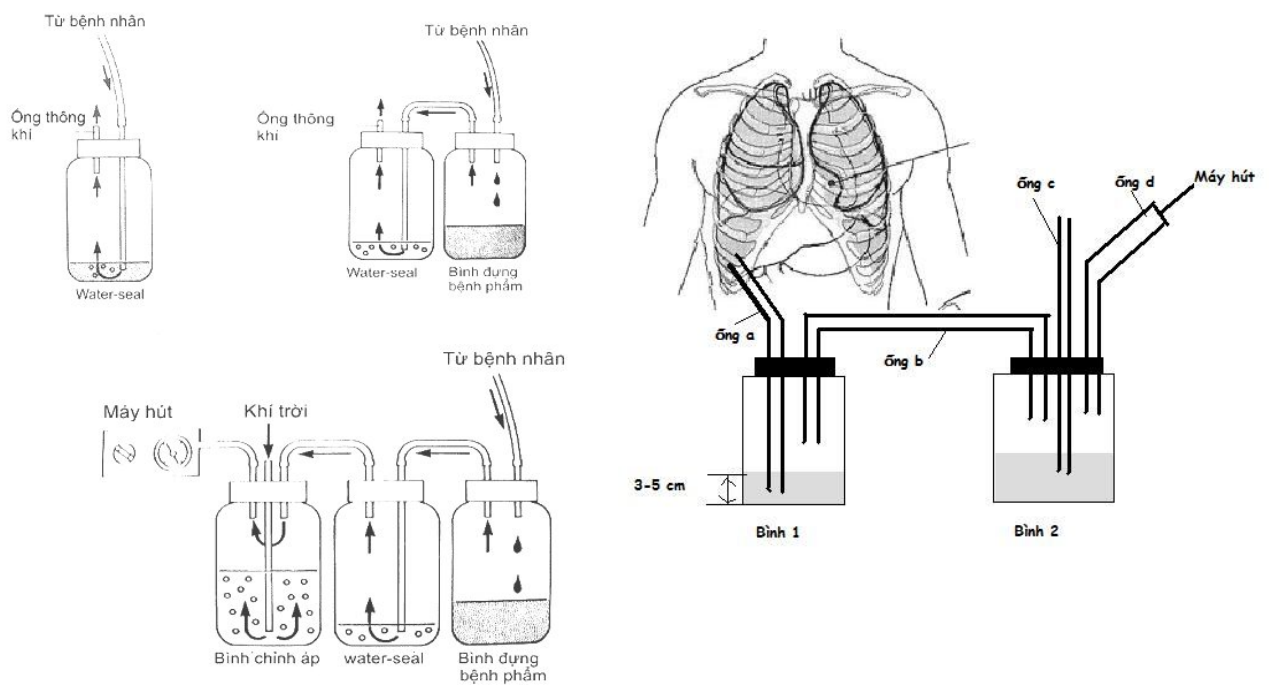
- **Chấn thương:** đứt niệu đạo, chấn thương cột sống...
(*Gãy ngành ngồi mu và chậu mu có thể gây chấn thương niệu đạo sau. Ngã đập tăng sinh môn xuống đất có thể gây chấn thương niệu đạo trước*)
 - **Sau mổ:** hẹp niệu đạo
 - **Bệnh lý:** u xơ TLT
 - **U xơ Tiền liệt tuyến**
- ➔ Gây tiểu khó → rặn nhiều → tăng áp lực ổ bụng → nguy cơ thoát vị bẹn.

III. KHOA LỒNG NGỰC

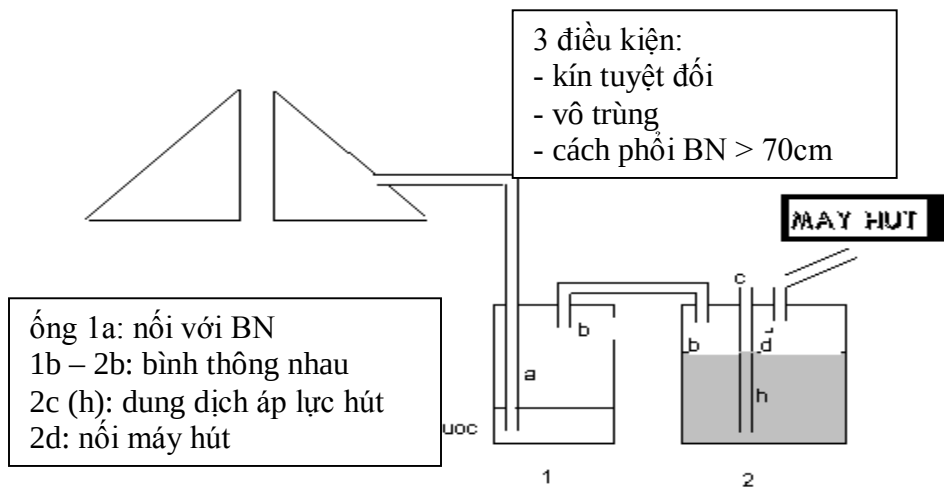
DẪN LƯU NGỰC

BS Thứu

Sơ đồ dẫn lưu ngực



Sơ đồ 1 (giống trên thực tế, designed by frog_alone).



Sơ đồ 2 (giống bài giảng của thầy, *designed by Thao Tram*):

a. Nguyên lý

$|P \text{ máy hút}| < |P(h)|$ cột nước cao trong ống c

$|P \text{ máy hút}| > |P(h)|$ cột nước dần hạ trong ống c

Nên

$|P(2)| = |P(h)|$

b. Yêu cầu :

- Kín tuyệt đối : áp lực trong khoang màng phổi thường là -6 cm H₂O , giảm đến -60 cm H₂O trong suy hô hấp
- Vô trùng
- Khoảng cách từ bình dẫn lưu đến ngực (giường bệnh nhân) ≥ 70 cm

1. Theo dõi dẫn lưu máu

a. Chỉ định : chấn thương ngực

→ Chụp X quang đứng hoặc ở tư thế Fowler

- **Lượng máu ở góc sườn hoành tương ứng với 200 – 300 ml:** thì không cần can thiệp và theo dõi
 - Nếu thể tích máu tiếp tục tăng → tiến hành dẫn lưu
 - Nếu thể tích máu không tăng → theo dõi

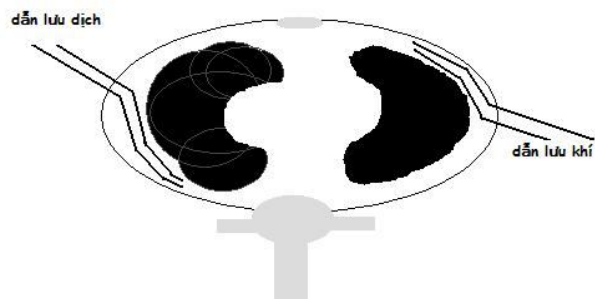
- **Lượng máu ngang mức góc dưới xương vai tương ứng với 800 ml thì chỉ định dẫn lưu ngực**
 - Nếu máu chảy > 200 ml / 1 giờ x 3 giờ liên tục → mở ngực cầm máu
 - Nếu tốt → rút ống dẫn lưu
- **Lượng máu ngang mức điểm giữa bờ trong xương vai tương ứng với > 1200 ml thì :**
 - Nếu bệnh nhân đến sớm , huyết động không ổn định → chuyển mổ cầm máu
 - Nếu bệnh nhân đến muộn , huyết động ổn định → dẫn lưu ngực + theo dõi như trường hợp 800 ml
- **Lượng máu trên mức điểm giữa bờ trong xương bả vai tương ứng với > 1500 ml thì : Mổ ngực cầm máu**

Nguyên tắc lấy dịch trong dẫn lưu : lấy từ từ , tùy theo mức độ suy hô hấp của bệnh nhân.

b. Vị trí dẫn lưu:

- **Theo lý thuyết :**
 - Khí : gian sườn 2
 - Dịch : gian sườn 7 – 8
- **Thực tế :** do bệnh nhân nằm , nên chỉ quan tâm đến việc đầu ống dẫn lưu nằm ở phía trước hay ở so với lồng ngực trong ổ màng phổi. Vị trí là gian sườn 4 – 5 trên đường nách trước hoặc giữa

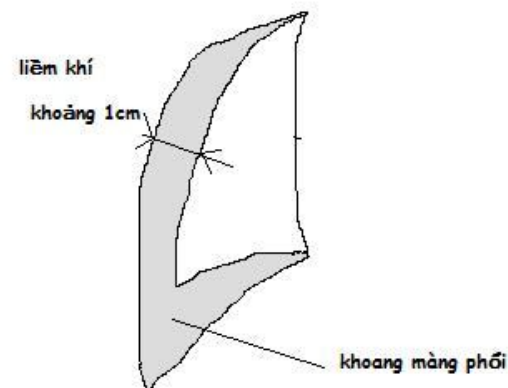
Hình ảnh vị trí dẫn lưu ngực (mang tính minh họa)



c. Theo dõi

- **Nếu chảy 200 ml / 1 giờ x 3 giờ liên tục** → mở ngực cầm máu.
- **Sau 48 giờ**
 - Nếu ở bình 1 không ra máu → kiểm tra lâm sàng + X quang ngực
 - Nếu tốt → rút dẫn lưu
 - Nếu không tốt → thì :
 - Kiểm tra hệ thống dẫn lưu xem đã kín chưa
 - h có ngập trong nước
 - vị trí dẫn lưu đã tốt (thông qua X quang nghiêng)

để hút lại, thấy nếu tốt → rút dẫn lưu
nếu xấu → máu đông cục trong khoang màng phổi → mở ngực lấy máu đông



2. Theo dõi dẫn lưu khí

a. Vị trí : như trên

b. Chỉ định : Hình ảnh X quang có liềm khí khoang màng phổi > 1 cm

c.Theo dõi

- 72 giờ
 - Nếu bình (1) không ra khí → kiểm tra lâm sàng + X quang ngực
 - Nếu tốt → kẹp dẫn lưu từ 12 – 24 giờ để theo dõi
 - Nếu suy hô hấp trong lúc kẹp dẫn lưu hoặc tình trạng xấu
 - Thì dẫn lưu trở lại → nếu vẫn không tốt thì : (*)
 - Nếu bình (1) ra khí liên tục
 - Kiểm tra ống dẫn lưu tại thành ngực
 - Kiểm tra chỗ nối của hệ thống ống dẫn lưu
 - Mà không phát hiện gì sai sót , tình trạng bệnh nhân xấu hơn (**)

(*) và (**) là khả năng của :

- Vỡ nhu mô phổi lớn
- Vỡ phế quản thùy , phân thùy
- Vỡ phế quản gốc

Trong những trường hợp trên , dẫn lưu ngực chỉ mang tính chất cấp cứu , để xác định vị trí tổn thương , cần làm xét nghiệm :

- Nội soi
- CT scan ngực
- Nội soi ngực

d.Xử trí

- Vỡ nhu mô phổi lớn : mở ngực khâu nhu mô phổi
- Vỡ phế quản thùy , phân thùy : mở ngực khâu , nếu nhiễm trùng thì cắt bỏ phần tổn thương
- Vỡ phế quản gốc : khâu lại phế quản gốc

Một chấn thương ngực (tràn khí , tràn máu màng phổi) + chấn thương ngoài lồng ngực (sọ não , bụng , mạch máu , gãy chi ect) mà có chỉ định phẫu thuật với gây mê nội phế quản , lúc này :

- Ta gây mê tại chỗ , dẫn lưu ngực lấy khí và máu trong khoang màng phổi
- Sau đó đặt nội khí quản

Sau đặt nội khí quản , căng bóp bóng càng thấy huyết áp càng tụt kẹt thì ta phải nghi ngờ đến có chèn ép tim cấp

Dẫn lưu khí , dịch dựa trên áp lực chứ không dựa trên tốc độ

Có thể rút máu đông lượng nhỏ thông qua nội soi .

VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH CHI MÃN TÍNH

Thầy Thử.

Nguyên nhân:

- Xơ vữa động mạch
- Buerger: 100% người hút thuốc lá
(thuốc càng thơm thì nguy cơ mắc bệnh càng cao)

Chẩn đoán Buerger:

- + Tuổi: 35 – 40
- + Thương tổn đa chi
- + Nghiện thuốc lá
- + Tỷ lệ nam > nữ
- + thương tổn chủ yếu nội mạc
- + thương tổn động mạch vừa và nhỏ
- + lòng động mạch hoàn toàn trơn láng
- + tắc từ ngoại biên

Chẩn đoán phân biệt với Takayashu: viêm các động mạch lớn (ĐMC), thương tổn chủ yếu lớp giữa

1. Yếu tố thuận lợi

- tăng huyết áp
- tăng lipid máu
- tăng cholesterol
- tăng đường máu
- nghiện thuốc lá

2. Khám lâm sàng

- Bắt mạch:
 - + cường độ
 - + so sánh bên đối diện
- vẽ sơ đồ -> đánh giá mức độ từng vị trí động mạch trên LS

+ đi lặc cách hồi : đau ở gan chân, bắp chân, đùi, mông, nghỉ ngơi giảm
(nguyên nhân: thiếu máu)

+ loạn dưỡng chi: da khô, lông rụng, móng khô dễ gãy, cơ lực yếu, trương lực cơ giảm -> teo cơ

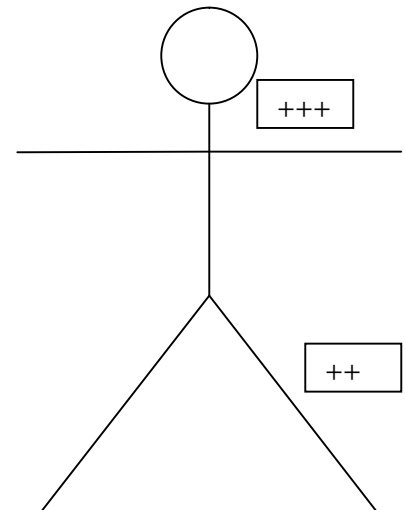
+ hoại tử khô: đầu các ngón chi quanh móng và giữa 2 kẽ ngón. Da vùng hoại tử khô, teo, đen. Xuất hiện dấu hoại tử: nền đỏ sáng, da xung quanh thâm màu, có tình trạng bội nhiễm (có mủ, mủ hôi thối)

3. Phân độ giai đoạn (theo LEURICH DE FONTAIN)

(1) không có diễn tiến lâm sàng

+ Chẩn đoán: bắt mạch (mạch giảm, do hẹp 60%)

(2) đi lặc cách hồi



+ Yêu cầu BN đi bộ trên đất phẳng 200 -300m

(3) đau về đêm, đau lúc nghỉ ngơi

(4) loạn dưỡng chi + hoại tử khô

5. Cận lâm sàng

(1) *Huyết áp*: tỷ số huyết áp cổ chân / cổ tay ≤ 0.95 (bình thường ≥ 1)

(2) *Doppler mạch*: dùng để Δ vị trí, nguyên nhân, % khẫu kính tắc, tốc độ qua chỗ tắc (m/s). Ưu điểm: không xâm nhập, dễ tiến hành, lặp lại nhiều lần, không biến chứng

(3) *chụp mạch*: (xâm nhập) điều kiện: vô trùng, khó, có biến chứng

-Biến chứng:

+ Dị ứng (thuốc TELEBRIX, ULTRAVIX)

+ Suy thận cấp

+ Chảy máu

+ Tắc mạch cấp(bong mủ xơ vữa)

+ Xuyên thủng thành mạch

- yêu cầu:

+ Đúng chỉ định

+ Biết kĩ thuật

+ Biết xử lý các biến chứng

- Cho biết:

+ Vị trí

+ Nguyên nhân

+ % hẹp khẫu kính

+ Tuần hoàn phụ

TẮC MẠCH CẤP

Thầy Khang

I. NGUYÊN NHÂN

1. Thuyên tắc

- Tim :
 - o Rung nhĩ trên nền bệnh lý van tim.
 - Thường gặp nhất là van 2 lá +++
 - Van nhân tạo
- Mạch máu:
 - o Phình ĐM : khoeo, ĐMC bụng

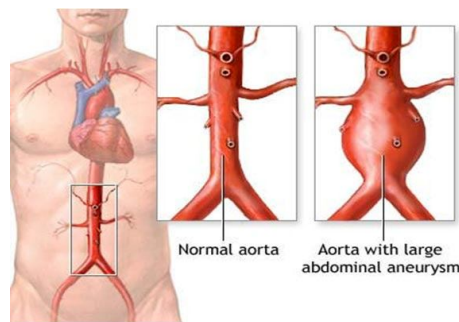


Figure 1: Ví dụ về phình đm chủ bụng

2. Huyết khối: tắc mạch trên nền xơ vữa

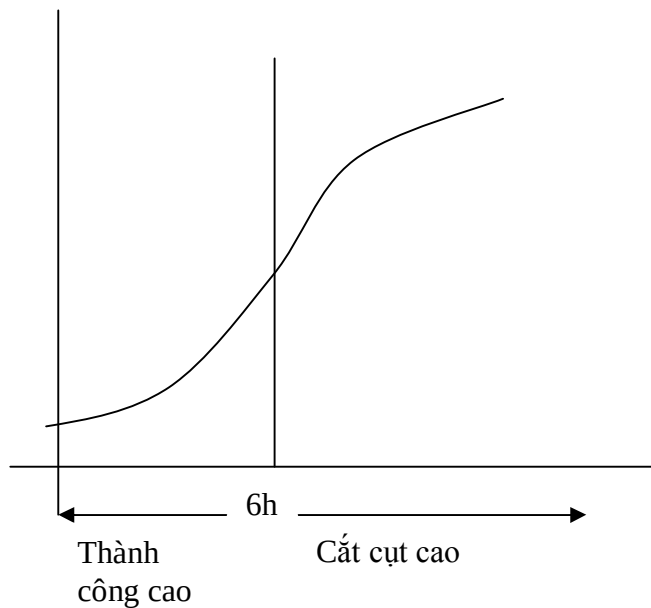


Figure 2: huyết khối động mạch vành

II. LÂM SÀNG:

Một số so sánh giữa thuyên tắc và huyết khối

Thuyên tắc	Huyết khối
- Ít tuần hoàn bàng hệ - Thành mạch trơn láng, mềm mại - Đau dữ dội, BN biết giờ đau	- Tuần hoàn bàng hệ tăng - Thành mạch xơ vữa, vôi hóa - Đau nhẹ, BN không biết giờ đau - Đi lạc cách hồi - Thiếu máu mạn

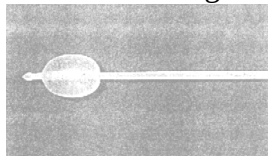


Thời gian vãn từ lúc phát hiện đến lúc can thiệp

III. Cận lâm sàng:

- Chủ yếu chọn SA Doppler vì nhanh chóng và không can thiệp.
- Nếu hướng đến huyết khối → chụp mạch:
 - o Xác định vị trí và tính chất huyết khối
 - o Làm cầu nối

IV. ĐIỀU TRỊ

Thuyên tắc	Huyết khối
- Lấy cục máu đông - Dùng sonde Fogarty 	- Làm cầu nối, chú ý chọn vùng hạ lưu tốt - Chống chỉ định tuyệt đối với sonde Fogarty vì sẽ lột luôn lớp nội mạc động mạch → tổn thương đm → cắt cụt chi

V. THUYỀN TẮC**1. Chẩn đoán xác định:****a. Lâm sàng : là chủ yếu**

- Bệnh nhân đau đột ngột ở chi thể
- Có các yếu tố nguy cơ: van tim, phình động mạch

b/ Cận lâm sàng: có tính chất hỗ trợ

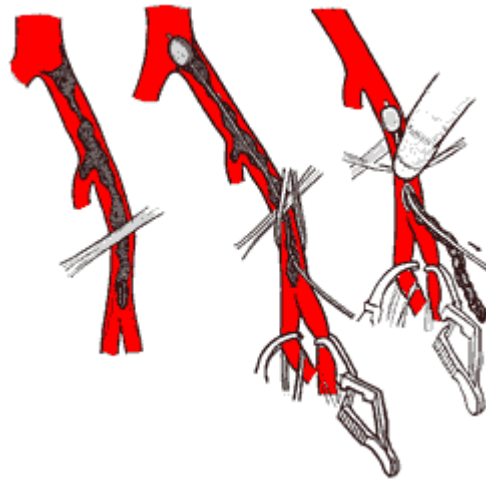
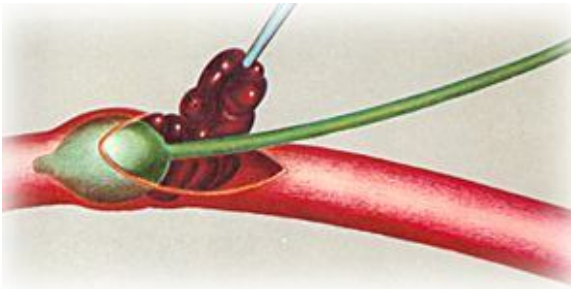
- Thường dùng SA Doppler

2. Xử trí:**- Heparin tiêm TM (Bolus Heparin)**

Cho liều tấn công: 1cc (# 5000 UI)

Không làm tan cục máu đông nhưng làm cục máu đông không lan rộng ra

1 lọ heparin : 5ml # 25000 UI

3. Mổ: lấy huyết khối bằng sonde Fogarty**4. Sau mổ:**

- Duy trì Heparin truyền TM qua bơm điện
- Làm TCA = 1,5 – 2 lần chứng

Ví dụ: C = 32' (chứng)

B: điều chỉnh heparin để B = 2xC

5. Biện pháp hỗ trợ:**a/ Rửa chi:**

- Sau khi lấy cục máu đông ra.
- Loại bỏ sản phẩm chuyển hóa ở phần thiếu máu (lactat, OH^- , K^+ , myoglobin)
- CD: BN vào muện sau 6h

Nếu không rửa, các sản phẩm từ ĐM sang TM gây suy thận

b/ Mở cân mạc (Fasciotomy)

- Chỉ định: chèn ép khoang rõ
 - o Áp lực khoang > 45 mmHg
 - o Dự phòng khi thiếu máu đến muện

c/ Cắt cụt chi:

- **Trường hợp 1:** chẩn đoán tắc mạch cấp đến muộn và chỉ không hồi phục
 - **Trường hợp 2:** sau khi chẩn đoán và làm cận lâm sàng nhưng thuyên tắc không hồi phục
 - **Trường hợp 3:** khi lưu thông mạch máu vẫn còn tốt nhưng nguy cơ các chất hoại tử chuyển đến thận gây tổn thương thận → các biến chứng xảy ra
-

HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI.

Thầy Thứ

1. Giải phẫu và lâm sàng:

TM chi dưới:

- TM sâu: đi cùng với ĐM cùng tên. Đảm bảo cho 85-90% lượng máu trở về tim.
- TM nông: đảm bảo 10-15% lượng máu trở về tim
 - TM hiển lớn: đi phía trong mu chân → mặt trong cẳng chân → mặt trong đùi → đổ vào TM đùi ở gốc đùi
 - TM hiển bé: mặt ngoài gan chân → mặt ngoài cẳng chân → đổ vào TM khoeo.
- Ngoài 2 hệ thống này còn có hệ thống TM xuyên.
- **Van tĩnh mạch:** van tổ chim, mục đích: đảm bảo máu chảy 1 chiều từ dưới lên trên, từ hệ thống TM nông → sâu

Các yếu tố đảm bảo máu trở về tim:

- Áp lực ở chân, gan bàn chân nhất là khi BN đứng, đi
- Sự co cơ ở bắp chân: cơ sinh đôi, cơ gót
- Nhờ van TM chống hiện tượng trào ngược máu khi BN ở tư thế đứng
- Áp lực (-) ở lồng ngực khi BN hít vào.
- Trương lực thành TM.
- Sức hút của tim trong thì tâm trương.

Nếu yếu tố trên tổn thương → gây ứ máu → huyết khối TM

2. Nguyên nhân:

- Bệnh nhân nằm liệt giường trong CTSN, hậu phẫu kéo dài trong phẫu thuật chi dưới, chấn thương vùng chậu.
- U tiểu khung, có thai nhiều lần → gây chèn ép TM chậu → ứ trệ máu TM chi dưới → huyết khối TM
- Chấn thương, viêm TM
- Sử dụng thuốc tránh thai
- Giai đoạn hậu sản, nếu kèm sử dụng thuốc tránh thai trước đó thì tình trạng huyết khối càng nặng nề.
- Các nguyên nhân gây suy van TM
- Tâm phế mạn
- Tăng các yếu tố đông máu

3. Triệu chứng:

- Giai đoạn sớm:
 - Sốt nhẹ: $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$
 - Đau gót chân

- o Dấu lúc lắc gót chân (+)
- o Homan (+)
- o Bóp cơ vùng bắp chân áp sát xương chày → đau
- o SA Doppler mạch:
 - Vị trí huyết khối trong lòng mạch
 - % khẩu kính TM bị hẹp
 - Huyết khối echo nghèo
 - Nghiệm pháp bóp cơ vùng bắp chân: cục huyết khối bập bênh trong dòng chảy, bám kém vào tổ chức thành TM (**Hiện tượng Flap**)
- o GPB: huyết khối màu đỏ
- **Biến chứng:**
 - o Tắc ĐM **Phổi:**
 - Ho, đau ngực, nôn ra máu, nguy cơ tử vong cao
 - o Tắc ĐM ngoại biên, ĐM não chỉ xảy ra trong trường hợp bệnh nhân có các bệnh lý tim bẩm sinh: Thông liên nhĩ, còn ống ĐM (đảo shunt) gọi là trường hợp “Tắc mạch nghịch đảo”
- **Giai đoạn muộn:**
 - o Sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$
 - o Đau chi dưới
 - o Phù: tắc mạch càng cao → phù càng nặng nề. Phù tím (do ứ trệ) → biến dạng chi → giảm cơ năng.
 - o Ứ máu TM sâu → trào ngược vào valve TM xuyên vào TM nông nhưng vẫn không đảm bảo lưu lượng
 - o **Doppler mạch:**
 - Vị trí.
 - % tắc TM do huyết khối: hoàn toàn / không hoàn toàn
 - Giãn TM nông do máu đi ngược TM xuyên ra hệ thống TM nông
 - Echo giàu, tổ chức huyết khối bám chắc vào thành TM
 - o GPB: huyết khối màu xám $\leftrightarrow$ tổ chức xơ hóa
- **Biến chứng:**
 - Tắc mạch phổi do cục huyết khối mới hình thành
 - Phù chi
- 4. **Điều trị:**
 - Dự phòng: LOVENOX:
 - Là heparin TLPT thấp
 - 0.1ml/10kg X 1 lần Tiêm dưới da

- **Điều trị thực thụ:**
 - Giai đoạn sớm:
 - **Lovenox:** 0.1ml/10kg X 2 lần/ngày tiêm dưới da
 - Kiểm tra bằng siêu âm Doppler TM nếu vẫn còn thì → phối hợp với kháng đông nhóm kháng vitamin K:
 - **Sintrom** 1mg, 4mg
 - **Préviscan** 25mg
 - Sintrom 4mg (ở VN phổ biến) liều không phụ thuộc cân nặng, tuổi. Mà phụ thuộc từng BN dựa vào kết quả kiểm tra Tỷ Prothrombin và INR=TP chứng/ TP bệnh
 - Khởi đầu: 0.5mg (1/8v) 48h sau kiểm tra TP và INR
 - INR: 2-2,5 giữ nguyên liều và ngưng Sovenox
 - INR $\geq 2,5$ tăng liều lên ¼v
 - Điều trị cho đến khi BN hết triệu chứng và SA Doppler tốt
 - Nếu huyết khối TM ở đùi thì khuyên BN không nên đi lại vì huyết khối dễ bong, tắc TM sâu.
 - Huyết khối ở cẳng chân, đùi thì nên kết hợp băng ép bằng tất DUOMED tạo áp lực ở thành TM làm cho máu về tim dễ hơn.
- Biện chứng khi sử dụng thuốc kháng vitamin K:
 - Rong kinh
 - Chảy máu răng
 - Bầm tím, xuất huyết dưới da
 - Xuất huyết não, tiêu hóa

Khi có các triệu chứng trên thì kiểm tra TP và INR và giảm liều hoặc ngưng thuốc. Kiểm tra tie Prothrombin và INR: dùng Vitamin K1 10mg tiêm tĩnh mạch → theo dõi, nếu bệnh nhân nặng, lại dùng Lovenox.

Không có chỉ định điều trị ngoại khoa vì thành TM mỏng, dễ tổn thương và nguy cơ hình thành huyết khối rất cao. Nếu điều trị ngoại khoa nhưng tình trạng huyết khối không thuyên giảm thì mở TM chủ bụng và đặt lưới chặn huyết khối để dự phòng huyết khối gây tắc mạch phổi.

CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH

Thầy Khang

- Thường gặp
- 30% kèm thêm tổn thương khác

1. Giải phẫu bệnh

Vết thương

- Vết thương bên
- Dò Động Tĩnh mạch
- Đứt động mạch

Chấn thương

- Bóc nội mạc
- Co thắt ĐM

2. Lâm sàng

- Khó máu tụ : đập theo nhịp mạch, tăng kích thước, vó thể nghe thổi tâm thu
- Máu chảy thành vòi hoặc theo nhịp đập mạch
- Dấu thiếu máu chi dưới vết thương: tím, lạnh, mạch yếu, mất mạch.
- Đủ để chẩn đoán → mổ
- Tiếng thổi liên tục
- Thiếu máu chi
- Cần thêm cận lâm sàng
- Chấn thương mạch máu thể khô: Chấn thương đường đi ĐM + Hội chứng (H/C) thiếu máu hạ lưu → chấn thương ĐM

3. Cận lâm sàng

Siêu âm (SA) Doppler

- Vị trí
- Màng nội mạc
- Không thấy dòng chảy phía dưới

Chụp ĐM cấp cứu (< 6 h) :

- Thường không có giá trị do phải chuẩn bị lâu .

4. Tiên lượng :

- Vị trí
 - o Tuần hoàn bàng hệ
 - o Tổn thương gốc chi nặng hơn ngọn chi
- Thời gian < 6 h → cứu sống cao ; > 12 h → cắt cụt lớn
- Tổn thương phối hợp
 - Tĩnh mạch → tiên lượng nặng hơn → phục hồi lưu thông tĩnh mạch tốt hơn là thất tĩnh mạch
 - Xương , phần mềm càng nhiều → tiên lượng càng nặng

5. Nguyên tắc sơ cứu

- 1) Bù thể tích

2) Sơ cứu bằng garrot

- Nguyên tắc

- o Bộc lộ chi
- o Garrot ngay sát trên vị trí tổn thương
- o Sau 1-2 h → nới lỏng 1-2 phút
- o Giờ garrot > 6h → cắt cụt

- Chỉ định

- o Tổn thương chảy máu nhiều, chuyển từ nơi bị nạn → viện
- o Do phẫu thuật viên thực hiện chờ chuyển phòng mổ

6. Điều trị : Cầm máu, phục hồi lưu thông mạch máu

- Cầm máu : BN shock mất máu nặng mà không đủ trang bị để phục hồi lưu thông
- Phục hồi lưu thông :
 - o Vá Patch
 - o Nối
 - o Khâu trực tiếp

Chú ý : bỏ đến khi nội mạc không còn tổn thương

Co thắt DM → bóc thần kinh giao cảm ở lớp áo ngoài

7. Sau mổ

- Thiếu máu chi : toàn thân, tại chỗ
- Tái lập lưu thông : toàn thân, tại chỗ
- Chấn thương mạch máu : dùng sonde Fogarty

GIÃN TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI

1. Bệnh sinh

- Di truyền
 - o Bố + mẹ bệnh → 90% con
 - o Bố hoặc mẹ bệnh → 60 % con
 - o Bố và mẹ không bệnh → 20% con
- Huyết động
- **Thương tổn thành mạch và valve tĩnh mạch , đặc biệt valve tĩnh mạch xuyên**

Đối với tổn thương , có 2 khả năng :

- 1) TM sâu thông tốt → suy valve TM xuyên → giãn tĩnh mạch nông
 - 2) Huyết khối → Tắc tĩnh mạch sâu → giãn tĩnh mạch nông
- Nên: Bệnh nhân giãn tĩnh mạch nông cần kiểm tra hệ tĩnh mạch sâu

2. Yếu tố thuận lợi

- Lớn tuổi > 45 tuổi
- **Nghề nghiệp:** làm việc tư thế đứng nhiều : giáo viên , phẫu thuật viên, y tá ...
- Nhiệt → giãn mạch
- **Nội tiết:** tránh thai. **Phụ nữ có thai dùng nhiều thuốc tránh thai trước đó → nguy cơ cao**
- Dinh dưỡng
- Tỷ lệ chất xơ thấp, thiếu Vitamin E → táo bón → rặn nhiều → thoát vị bẹn ; trĩ ; giãn TM

3. Triệu chứng lâm sàng : tư thế đứng

- Căng tức bắp chân
- Chuột rút về đêm (do ứ đọng acid lactic)
- Tê rần rần bàn chân , bắp chân
- Phù tím , tăng lên khi đứng , giảm khi nằm
- TM nổi rõ , ngoằn ngoề
- **Loét TM → hồng cầu tẩm nhuộm da → vết tím ở chân + ngứa → gãi , chà sát chân → vỡ TM → tử vong**
- TM giãn thành búi lớn → hạ Huyết áp tư thế đứng do giảm thể tích tuần hoàn tương đối.

4. Phân độ giãn TM (WHO 1994) : 7 giai đoạn

- *Độ 0 : không thấy giãn TM*
- *Độ 1 : Giãn mao mạch*
- *Độ 2 : Giãn TM*
- *Độ 3 : Phù nhiều*
- *Độ 4 : Loạn dưỡng*
- *Độ 5 : Độ 4 + loét TM liền sẹo*

- Độ 6 : Độ 4 + loét TM không liền sẹo

5. Phân độ lâm sàng giãn TM theo giải phẫu

1. Giãn mao mạch
2. Giãn TM hiển lớn ở vùng cẳng chân
3. Giãn TM hiển lớn ở đùi
4. Giãn TM hiển bé

5. Cận lâm sàng: Siêu âm Doppler TM (tư thế đứng)

- Sự lưu thông TM ở sâu
- TM nông
- Vị trí
- Đường kính ~ chỉ định phẫu thuật , điều trị > 10 mm , < 10 mm
- Trào ngược ? Vị trí ?
- Vận tốc
- Huyết khối

5. Nguyên tắc điều trị

- Nội khoa

- o Đi bộ
- o Mang tất Duomed
- o Ăn nhiều chất xơ và Vitamin E
- o Ngủ kê cao chân
- o Thuốc tăng trương lực TM : Daflon 500ng Uống trong ăn .2-3 viên / ngày

- Ngoại khoa

1) Phẫu thuật Stripping :

- Cắt TM ở gốc đùi → kéo lộn ngược (chú ý lấy huyết khối và cắt nhánh xuyên trước)
- Băng 5-7 ngày cao su
- Đường kính TM > 10 mm.

2) Tiêm xơ : chỉ định cho các TM khu trú viêm, xơ hóa → tắc mạch ; đường kính TM < 10 mm

3) Laser nội mạch

4) Cắt bỏ TM từng đoạn

6. Biến chứng

- Thương tổn ĐM , TM sâu , thần kinh
- Đau dọc theo đường đi TM (Tiêm xơ)
- Tụ máu → nhiễm trùng

KHÁNG ĐÔNG

Thầy Khang

I. Phân loại:

- Heparine
 - o Chuẩn (TLPT cao) : 25000đv/1lọ
 - o TLPT thấp: Lovenox, Calciparine, Fraxiparine...
- AVK (anti Vit K) : phân loại tùy theo T1/2
 - o Sintrom 4mg : dùng 2lần/24h
 - o Wafarin : dùng 1lần/24h

II. Theo dõi điều trị

1. Theo dõi Heparine

a. Theo dõi chung:

- CTM : chú ý tiểu cầu (có những bệnh nhân dùng Heparine: làm giảm tiểu cầu do dị ứng → biến chứng huyết khối)
 - o Có 2 loại giảm tiểu cầu:
 - Giảm trong 24-48h
 - Giảm trong 5-7 ngày: nặng nề → biến chứng huyết khối, tắc mạch

b. Theo dõi riêng:

- **Heparine (TLPT cao)**
 - o Theo dõi hàng giờ
 - o Sử dụng bằng cách tiêm bằng bơm điện => không dùng để điều trị kéo dài
 - o Theo dõi TCA: B (bệnh)
 - C (chứng): bình thường 32''
 - Nếu: $B = 1,5-2 \text{ lần } C \Rightarrow \text{có tác dụng chống đông}$
- **TLPT thấp:**
 - o Ít biến chứng
 - o Không cần theo dõi hàng giờ
 - o Time tác dụng kéo dài hơn (nên chỉ cần tiêm 1-2 lần/24h $\neq$ Heparine TLPT cao)
 - o Theo dõi công thức máu hàng tuần

2. Theo dõi AVK:

- Tỉ Prothrombin: ít hiệu quả
- INR :

$$INR = k(TPb/TPc) \text{ (hệ số } k \text{ tùy thuộc nhà sản xuất bộ xét nghiệm)}$$

$$(BT : INR = 1)$$

- AVK được sử dụng trong các trường hợp:
 - o Van nhân tạo
 - o Bệnh lý van tim (đặc biệt có kèm theo rung nhĩ)
 - o Bệnh mạch máu : đặc biệt trong các trường hợp
 - Có mang Prothise
 - Nguy cơ huyết khối +++

- Một số giới hạn của INR đối với van nhân tạo
 - o Van cơ học:
 - VA (van động mạch chủ- aorta vale) : 2-3
 - VM (van hai lá- mitral vale) : 3-4
 - Cả hai van: 3-4
 - o Van sinh học: sử dụng AVK trong 3 tháng sau đó dùng Aspegic (chống ngưng tập tiểu cầu)

III Điều trị kháng đông

1. Chỉ định:

- Dự phòng huyết khối
- Tắc động mạch

2. Chống chỉ định:

- Chấn thương sọ não, mới phẫu thuật về sọ não
- Cao huyết áp không khống chế được
- Người già (vì mạch máu bị xơ vữa, dễ bị ngã => chấn thương)

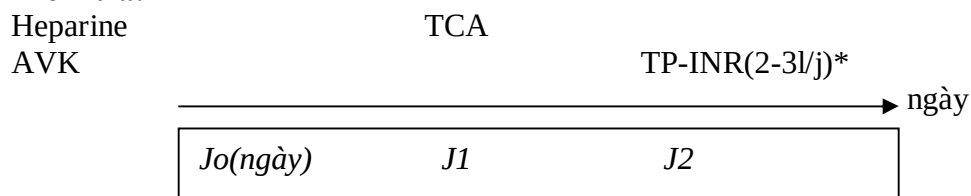
3. Yếu tố nguy cơ:

- Xem xét kĩ các yếu tố nguy cơ như tuổi, giới, các bệnh lý khác... → để điều chỉnh liều cho phù hợp
- Chú ý: phải nội soi dạ dày : nếu có loét thì phải điều trị ổn định rồi mới sử dụng kháng đông

4. Điều trị:

- Khi có chỉ định sử dụng kháng đông thì sử dụng Heparine trước vì có tác dụng nhanh ngay tức thì rồi sau đó tùy theo bệnh cảnh mà sử dụng các loại khác

- Kiểm tra:



- Nếu:

- o Đạt ngưỡng: ngưng Heparine + duy trì AVK liều cũ
- o Không đạt: tiếp tục sử dụng Heparine + tăng liều AVK theo mức chia thấp nhất của viên thuốc – 1/8 viên
- o Quá liều : (INR > 5): ngưng Heparine và ngưng AVK
 - Nếu chưa có biến chứng: theo dõi 24h
 - o Về mức điều trị: thì điều trị tiếp nhưng giảm 1/2 liều ban đầu (riêng với AVK: nếu ban đầu dùng liều 1/8 thì nay giảm 1/2 liều bằng cách dùng cách nhật)
 - o Về mức thấp: dùng lại liều cũ như ban đầu và kiểm tra chế độ ăn ,cách dùng thuốc
 - Nếu có biến chứng: như chảy máu, xuất huyết phủ tạng...
 - Điều trị: + Ngưng Heparine, AVK
 - + Cho thêm Vit K
 - + Nếu nghiêm trọng thì truyền Plasma tươi

IV. Các trường hợp cấp cứu ngoại khoa trên bệnh nhân điều trị AVK:

Các trường hợp phẫu thuật được:

- Tiêu phẫu: **INR < 2**
- Phẫu thuật khác : **INR < 1.5**
- Nếu bệnh nhân có **INR = 4**, nếu bắt buộc phải phẫu thuật tùy thuộc vào mức độ cấp cứu:
 - o Tối cấp cứu:
 - **Phẫu thuật + Plasma tươi + Kaskadil**
 - o Cấp cứu trì hoãn:
 - Tiêm Vit K → làm giảm INR
 - Nếu INR không giảm thì dùng Plasma tươi
- ♣ ***Vì sao lại chỉ xét trên bệnh nhân dùng AVK: vì trong điều trị kháng đông thì AVK được dùng cho kéo dài cho các bệnh nhân cần dùng kháng đông kéo dài(do time bán hủy dài)***
- ♣ ***Ở các nước phương Tây: với những bệnh nhân điều trị kháng đông thì luôn có một tờ giấy(ghi nhận họ đang điều trị kháng đông) mang bên mình để phòng khi bị thương => bác sĩ biết để điều trị***

V. Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (Aspergic): (hay dùng là Aspirin)

- Dùng dự phòng trong các bệnh xơ vữa gây tổn thương nội mạc mạch máu
- Dùng trong bệnh mạch vành
- Đối với những bệnh nhân cần phẫu thuật mà dùng Aspergic thì:

Chọn thời điểm phẫu thuật là A

Mức độ cần thiết phải dùng kháng đông là B (tùy thuộc vào nguy cơ ở bệnh nhân)

- + B không cao: dùng Aspergic trước A 1 tuần mà không cần dùng loại kháng đông nào
- + B cao: dùng Aspergic trước A 1 tuần, chuyển sang sử dụng AVK và dùng sử dụng AVK trước A 24h
- + B rất cao: dùng Aspergic trước 1 tuần, dùng AVK và dùng trước 24h, rồi sang dùng Heparine và dùng trước A 6h

Vì time bán hủy của Heparine < AVK < Aspergic

VẾT THƯƠNG NGỰC KÍN

Gãy xương sườn:

- Nắn dọc theo khung sườn để tìm điểm đau chói.
- Tiếng lạo xạo của xương sườn.
- Áp lòng bàn tay lên ngực bệnh nhân, khi bệnh nhân ho thấy tiếng lục cục của gãy xương.

Điều trị:

- Toàn thân: giảm đau, thuốc ngủ.
- Tại chỗ: phong bế ổ gãy.

Mảng sườn di động:

- Gãy 3 xương sườn liên tiếp trở lên.
- Gãy 2 đầu.

Các loại:

- *Mảng sườn trước*: gồm xương ức và các sườn sườn còn lại: loại này rất nặng do suy hô hấp và suy tuần hoàn.
- *Mảng sườn bên*: hay gặp rối loạn hô hấp và tuần hoàn nặng.
- *Mảng sườn sau*: ít di động, không cần cố định.
- *Nửa mảng sườn*: xương sườn gãy 1 nơi di động theo kiểu bản lề (ở trẻ)

Hậu quả chính là hô hấp đảo ngược và tắc lư trung thất.

Đặc điểm của mảng sườn là di động ngược chiều với thành ngực.

Xử trí:

- Sơ cứu:
 - + Dùng băng độn để đánh tịt mảng sườn vào trong. Dùng 1 cuộn băng đặt vào vùng mảng sườn rồi lấy 1 cuộn băng khác cuốn vòng quanh ngực.
- Điều trị thực thụ:
 - + Cố định ngoài: có thể nẹp Judet.
 - + Xuyên đinh Kirschner.
 - + Kéo liên tục bằng chỉ thép.

“Tràn máu màng phổi:

Tràn khí màng phổi:

(giống chấn thương ngực hở).”

Xẹp phổi:

Nguyên nhân: Do bít tắt đường hô hấp do dị vật, máu, đờm giải mà bệnh nhân ho kém vì đau.

Triệu chứng: dấu hiệu co kéo, khoảng liên sườn co kéo hẹp lại, trung thất bị kéo về bên phổi bệnh, cơ hoành bị kéo lên cao (ngược lại với tràn khí là dấu hiệu ĐẦY).

Sử trí:

- Giảm đau.
- Kích thích ho và thở sâu.
- Nếu không được phải soi hút phế quản.

Vỡ phế quản:

- Vỡ gần chỗ chia khí phế quản.
- Vỡ 1 phần hoặc đứt hoàn toàn.
- Thường gãy xương sườn 1-3.

- Khó thở nhiều, ho ra máu và tràn khí dưới da.
- Tràn khí màng phổi dưới áp lực, tràn khí trung thất, phổi khô nở được dù đã tăng áp lực hút.

Xử trí:

- Nếu vết rách nhỏ, phổi nở lên được, tràn khí giảm xuống thì điều trị bảo tồn và soi phế quản để theo dõi tổn thương.
- Rách lớn thì mổ hoặc khâu nối lại.

Vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương:

- Tan nạn với tốc độ nhanh.
- Liệt hoặc giảm cảm giác ở 2 chân.
- Chênh lệch huyết áp động mạch chi trên và chi dưới.
- Tiếng thổi tâm thu trước ngực hoặc sau lưng.
- Chụp phim ngực: trung thất mất hình quai động mạch chủ, đẩy lệch khí quản.
- Chụp cắt lớp, chụp cản quang động mạch chủ ngực.

Xử trí:

- Mổ cấp cứu khẩn trương.
 - Mổ trì hoãn khi đã hình thành túi phồng.
-

VẾT THƯƠNG NGỰC HỖ:

- Là vết thương từ ngoài vào làm thủng khoang màng phổi làm khoang màng phổi thông với bên ngoài.

Rối loạn sinh lý trong vết thương ngực hở:

- Hô hấp đảo ngược.
- Lắc lư trung thất.

Hô hấp đảo ngược:

- Ở thì hít vào:
 - + Khí vào qua đường hô hấp và đường vết thương → xẹp phổi tổn thương.
 - + Không khí bên phổi bệnh → bên lành → phổi lành thở lại 1 phần khí cặn → trung thất bị đẩy sang bên phổi lành.
- Ở thì thở ra:
 - + Không khí cặn từ phổi lành sang bên phổi bệnh + ra ngoài qua đường hô hấp.
 - + Trung thất trở về vị trí cũ.

→ Bệnh nhân luôn luôn phải thở lại 1 phần không khí cặn nên SpO_2 phẩy nạng giảm.

Lắc lư trung thất:

- Làm cản trở máu từ tĩnh mạch về tim → thiếu máu lên phổi → giảm trao đổi O_2 ở phổi.

Hô hấp đảo ngược + lắc lư trung thất → suy hô hấp ngày càng tăng → tử vong.

Xử trí bằng cách nhanh chóng bịt ngay lỗ vết thương.

Triệu chứng vết thương ngực hở:

- Khó thở dữ dội.
- Suy hô hấp.
- Thở nhanh nông.
- Co kéo cơ hô hấp phụ.
- Vã mồ hôi.
- Thở có bọt khí lẫn máu bắn ra ngoài.
- Tiếng phì phò qua vết thương.

→ Hậu quả chính gây tử vong chính là hô hấp đảo ngược và lắc lư trung thất.

Vết thương ngực đã được bịt kín:

- Có thể đã được sơ cứu.
- Vết thương đã tự bịt kín.

Lâm sàng:

- Hội chứng tràn máu màng phổi.
- Hội chứng tràn khí màng phổi.

Tràn máu màng phổi:

- Máu có thể từ thành ngực, vết thương tim, mạch máu lớn, nhu mô phổi... vào trong khoang màng phổi.

- Hội chứng 3 giảm: gõ đục, RRPN giảm, Rung thanh giảm.
- Phim phổi: tràn dịch màng phổi.

Máu vào khoang màng phổi:

- Ít: tự tiêu → ít để lại di chứng.

- Nhiều: nếu không lấy ra được có thể gây dày dính màng phổi.
- Nếu nhiễm trùng : gây mũ màng phổi, ổ cận màng phổi.
- Nếu đóng cục không thể chọc hút hay dẫn lưu được → mổ.

Tràn khí màng phổi:

- H/C tràn khí màng phổi (gõ trong, RRPN giảm, RT giảm).
- XQ: viền sáng quanh phổi và dấu hiệu đẩy trung thất qua phía đối diện.

Tràn khí màng phổi thông thương:

- Chọc hút hay dẫn lưu.
- Có thể tràn khí thứ phát.

Tràn khí màng phổi dưới áp lực:

- Khí vào khoang màng phổi theo kiểu valve 1 chiều → P trong khoang màng phổi tăng dần:

- + Ép phổi bệnh.
- + Đẩy trung thất về bên đối diện.

→ Bệnh nhân khó thở dữ dội, có thể ngừng thở.

MỘT SỐ BỆNH CỦA ĐỘNG MẠCH

Chấn thương động mạch:

- Chảy máu ra phía ngoài gây mất máu.
- Hoặc tạo thành 1 khối máu tụ đập theo nhịp mạch.
- Tình trạng giãn động mạch, phồng động mạch, thông động tĩnh mạch.

Tắc động mạch:

- Cấp tính.
- Mãn tính.

Tắc động mạch cấp tính:

- *Nghẽn động mạch cấp tính:* do cục máu hình thành tại chỗ.
- *Tắc động mạch:* do cục máu di chuyển từ nơi khác đến (hẹp valve 2 lá có rung nhĩ).

Tính chất:

- Đau đột ngột, dữ dội.
- Lúc đầu khu trú sau đó lan tỏa.
- Mất cơ năng hoàn toàn.
- Đầu chi lạnh, mất cảm giác, liệt.
- Mạch không đập nếu đến muộn xuất hiện nốt phồng.

Tắc động mạch mãn tính:

- Bệnh Burger, do nhiễm mỡ thành mạch (bệnh xơ vữa động mạch).

Triệu chứng:

- Cơn đau đi lặc cách hồi.
- Tìm điểm mất mạch.
- Teo cơ.
- Biến đổi màu sắc da.
- Hoại tử chi.

Nguyên nhân:

- Tiểu đường.
- Thuốc lá.
- Giang mai.
- Thương hàn.

KHÁM HỆ THỐNG MẠCH MÁU

Khám hệ thống động mạch ngoại vi:

1. Quan sát các chi:

- Màu sắc của da.
- Tình trạng dinh dưỡng của da.
- Tình trạng dinh dưỡng của ngón chân và tay.
- Tình trạng teo cơ.
- Nhiệt độ của da.

2. Bắt mạch:

- Chi trên: động mạch quay, động mạch cánh tay, động mạch nách.
- Chi dưới: động mạch đùi, động mạch khoeo, động mạch chày sau, động mạch mu chân.

3. Nghe:

- Nếu thấy tiếng thổi tâm thu mạnh, thô ráp thường do tình trạng xơ hẹp của động mạch.

4. Đo huyết áp.

5. Chụp động mạch:

- Thường sử dụng Iod nên dễ gây dị ứng và shock phản vệ.

Chụp động mạch đùi:

- Chụp xuôi dòng.
- Chụp theo phương pháp thông động mạch.
- Các phương pháp khác: - Chụp hệ tĩnh mạch bằng đường tĩnh mạch: thuốc cản quang được đưa vào tĩnh mạch với khối lượng lớn sau khi qua tim, thuốc cản quang sẽ hiện hình ở các động mạch ngoại vi.

6. Siêu âm Doppler động mạch:

Đánh giá được:

- Vị trí of thương tổn.
- Hình thái của thương tổn.
- Nguyên nhân của thương tổn.
- Đánh giá tình trạng huyết động.

7. Chụp động mạch cản quang với chụp cắt lớp (thuốc cản quang + kỹ thuật số xóa nền).

8. Chụp mạch máu cộng hưởng từ.

PHẪU THUẬT MẠCH MÁU ĐÙI - KHOEO

1. Chỉ định:

- Đau liên tục, giai đoạn 3 của bệnh lý mao mạch đùi – khoeo
- Có tổn thương loét, hoại tử → làm cầu nối để làm rõ giới hạn của hoại tử và bình thường → cắt lọc.
- Đi lặc cách hồi kèm điều kiện:
 - o Đã điều trị nội khoa ≥ 3 tháng để xem có tiến triển cải thiện?
 - Tập đi lại
 - Uống thuốc chống ngưng tập tiểu cầu
 - Điều trị yếu tố nguy cơ.
- Giải thích cho bệnh nhân tình trạng tưới máu có thể xấu đi.

2. Bilan trước mổ:

- Đánh giá khả năng phẫu thuật trên BN, khả năng làm cầu nối:
 - Nguồn cho máu:
 - o Bên trên nguồn không có tổn thương, không hẹp
 - o SA Doppler: nguồn sáng 3 pha
 - Thành mạch không bị vô hóa
 - Nơi nhận (miệng nối xa):
 - o Hạ lưu phải tốt: đánh giá bằng phim chụp mạch
 - o Nơi mạch máu có thể tiếp cận được.
 - Vật liệu làm cầu nối:
 - o TM tự thân (các bệnh lý liên quan, đã từng phẫu thuật?)
 - o Vật liệu nhân tạo (Prothèse)
 - Các cầu nối dưới gối, tốt nhất nên dùng TM tự thân, hạn chế tối đa vật liệu nhân tạo do dễ bị gập → tắc, khẩu kính không tương xứng.
 - Trên gối thì vẫn ưu tiên dùng TM tự thân
 - Cầu nối chủ - bụng, chủ - tay : khẩu kính lớn → sử dụng vật liệu nhân tạo

3. Phương pháp vô cảm:

- Tùy thuộc vào phẫu thuật viên:
 - Gây tê tùy sống:
 - o Hạn chế: Không cho phép kéo dài cuộc mổ, gây mất cảm giác, vận động sau phẫu thuật → khó đánh giá được tình trạng tưới máu sau mổ.
 - Mê toàn thân:
 - o Hạn chế ở những BN nguy cơ cao: người già, bệnh tim mạch, Tâm phế mạn.
 - o Ưu: có thể dễ dàng thay đổi kế hoạch mổ (đi vào vùng khác để làm cầu nối)

Các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu cần ngừng sử dụng trước 1 tuần. Nếu vẫn phải sử dụng thuốc, không ngưng được thì chống chỉ định tuyệt đối đối với gây tê tùy sống.

4. Thực hiện:

- Cầu nối đùi – khoeo:
 - + Trên
 - + Dưới
 - TM hiển: Đảo ngược: Lấy đoạn tĩnh mạch hiển và đảo ngược đầu.
 - Tại chỗ: có dụng cụ phá van → nguy cơ dò Động – Tĩnh mạch vì TM hiển còn có cách nhánh TM xuyên.
- Cầu nối ĐM đùi-chày sau
 - o Cách đọc tên cầu nối: ĐM cho – ĐM nhận – chất liệu – vị trí
 - o Ví dụ: Cầu nối Đùi – chày sau – TM hiển đảo ngược – 1/3 trên.

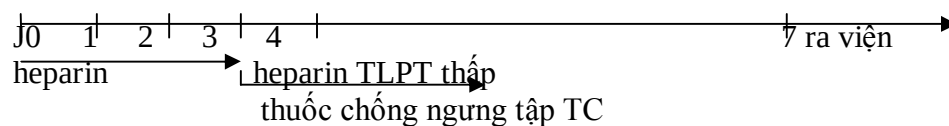
5. Kỹ thuật kèm theo:

- Bóc nội mạc động mạch: trong tổn thương nội mạc động mạch trong 1 đoạn ngắn, không bị vôi hóa.
(*Cần nghiên cứu kỹ hình ảnh siêu âm, chụp mạch*)
- Tổn thương lan rộng (ĐM chậu – đùi) thì
 - Làm cầu nối chủ - đùi bằng prothèse). Phải mở ổ bụng, vì vậy cần phải đánh giá bệnh nhân trước mổ.
 - Làm cầu nối đùi – đùi bằng prothèse đi đường dưới da, trên xương mu, trước cơ thẳng bụng. Với điều kiện: ĐM đùi bên đối diện hẹp không quá 30%.
 - Làm cầu nối Nách – đùi.

6. Sau mổ:

- Giai đoạn hậu phẫu:
 - Kháng đông Heparin: chỉ định trong :
 - o Bóc nội mạc ĐM
 - o Sử dụng vật liệu prothèse
 - o Có tiền sử tắc cầu nối.

Sử dụng 48 – 72h sau phẫu thuật.



- Theo dõi tình trạng chảy máu → hình thành khối máu tụ chèn ép cầu nối
- Theo dõi sự lưu thông cầu nối, tình trạng tưới máu của chi.
- BN béo không nên đi lại sớm do dễ bục vết mổ ở cùng tam giác Scarpa, làm ảnh hưởng cầu nối. Nghỉ ngơi hoàn toàn 48-72h
- Theo dõi lâu dài bằng SA Doppler mạch.
- Đánh giá tình trạng sơ vỡ của mạch vành.

XÉT NGHIỆM VỀ HÀM LƯỢNG KHÍ TRONG MÁU:

Bình thường hàm lượng khí trong máu động mạch như sau:

- Độ bão hòa O₂ (SaO₂) : 95- 99%.
- pH máu : 7,38 -7,42.
- Áp lực O₂ riêng phần (PaO₂): 90 -100mmHg.
- Áp lực CO₂ riêng phần (PaCO₂) : 38 -42 mmHg.

Kiểm chuẩn: 24mEq.

FiO₂: nồng độ O₂ không khí hít vào.

CPV: Áp lực tĩnh mạch trung ương (bình thường 8-12cmH₂O).

+ CPV <8cmH₂O (chứng tỏ thể tích máu chưa được bù trừ).

+ CPV >12cmH₂O (trên mức, nghĩa là bù quá nhiều dịch).

- Khi mất máu, bù dịch ưu tiên vẫn là NaCl 0,9% (tuyệt đối không được truyền (Glucose ưu trương vì như vậy sẽ gây mất nước nặng hơn vì đường sẽ hút nước từ tế bào).

Khi không còn mạch và huyết áp thì bù dịch bằng nhiều đường khác nhau, cho chảy tối đa, thậm chí bóp cho dịch chảy nhanh (500ml / 5phút).

(Lưu ý: các chỉ số của mỗi khoa lại khác nhau, không có sự thống nhất)

TIÊU HÓA – CẤP CỨU BỤNG – NGOẠI NHI

SỎI MẬT

1) Nguyên nhân:

- Nhiễm khuẩn đường mật do:

+ Nhiễm trùng máu từ nhiễm khuẩn trên da gây áp xe gan

+ Nhiễm trùng ngược dòng từ ống tiêu hóa lên do giun chui ống mật

Xác giun chết trong đường mật sau 6 tháng hình thành sỏi mật

→ Vì khuẩn phóng thích độc tố gây viêm niêm mạc đường mật; niêm mạc phù nề, khẩu kính đường mật giảm gây tắc đường mật dẫn đến ứ đọng mật hình thành nên sỏi

- **Do chuyển hóa:** chủ yếu là tăng cholesterol gặp ở người béo nhất là ở phụ nữ mang thai do ảnh hưởng bởi nội tiết tố oestrogene, progesterol

Đặc điểm của loại sỏi này là hình đa giác, mềm

- **Do cấu trúc giải phẫu:** Bầm sinh như teo đường mật, nang ống mật chủ dẫn đến lắng đọng mật không đồng đều dễ hình thành sỏi

- **Do chèn ép:** như u đầu tụy hoặc viêm dính dây chằng do nhiều lần mổ gây tắc mật dễ hình thành sỏi

2) Chẩn đoán:

a) Lâm sàng:

Nghèo nàn:

+ Có tam chứng Charcotte: đau, sốt, vàng da

+ Hội chứng gan lớn

- Tam chứng Charcotte phải lặp đi lặp lại nhiều lần, bị từng đợt

Đau: Túng cơn, ở hạ sườn phải, kiểu quặn thắt

→ Tư thế giảm đau: gác chân lên tường hoặc tư thế chống hông lên trời để giảm áp lực thoáng qua trong túi mật để dịch mật thoát lên trên

Sốt: nặng hay nhẹ tùy thuộc mức độ tắc do sỏi

Vàng da

- **Hội chứng gan lớn:** → do ứ mật

3) Biến chứng:

+ **Biến chứng toàn thân** do trào ngược dịch mật vào máu gây nhiễm trùng máu từ đó gây nhiễm trùng các tạng như: gây viêm não, viêm cầu thận cấp, hội chứng gan tim: tim đập chậm, hội chứng gan hô hấp có khó thở

+ **Biến chứng gan đường mật:** nhiễm trùng đường mật, viêm mủ chảy máu đường mật, áp xe đường mật

+ **Biến chứng ngoài đường mật:** vỡ bao glisson, vỡ túi mật, ống mật gây viêm phúc mạc mật hoặc giãn đường mật gây thâm mật phúc mạc.

4) Cận lâm sàng:

- + CTM: bạch cầu NEUT tăng khi có nhiễm trùng
- + Xét nghiệm Bilirubin toàn phần tăng, chủ yếu là BIL trực tiếp
→ *BIL toàn phần > 1,5mg% gây vàng mắt, BIL tp > 2mg% gây vàng da*
- + SGOT, SGPT: để đánh giá chức năng hoạt động và hoại tử của tế bào gan
- + Phosphatase kiềm: tăng
- + Chức năng đông máu toàn phần: thời gian Quick, tỷ Prothrombin

5) Điều trị: Mỗi khi chưa có biến chứng.

SỎI MẬT

Thầy Hà

Nguyên nhân

- **Phương Tây**

- o Do chế độ ăn là chủ yếu.
- o Chế độ ăn nhiều Chol → yếu tố nguy cơ cao.

- **Việt nam:**

- o Vi khuẩn:
 - Đi theo ống tiêu hóa đi lên → phóng thích độc tố gây thương tổn niêm mạc đường mật → nhiễm trùng.
 - Sỏi bùn → sỏi cục → viên sỏi lớn → di chuyển trong đường mật → cọ sát vào niêm mạc đường mật → bệnh nhân đau, viêm, phù nề đường mật, tắc mật.
- o **Ký sinh trùng:**
 - Giun: chui qua cơ Oddi → lọt lên đường mật → chết → xác hữu cơ hóa → sỏi.
 - Trong các viên sỏi người ta thấy nhân nó là xác giun.
 - Thời gian hình thành viên sỏi là khoảng 6 tháng.
- o **Tăng cholesterol:**
 - Sỏi mềm, từng lớp, vàng.
- o **Nguyên nhân chuyển hóa bất thường:**
 - Nhất là phụ nữ có thai.
- o **Nguyên nhân khác:**
 - Bẩm sinh:
 - Teo đường mật → dịch ứ trệ → cô đặc → sỏi.
 - Do phẫu thuật nhiều lần → hình thành các túi thừa hoặc teo hẹp → tắc mật.

Lâm sàng:

- **Tam chứng Charcot**

- o Đau hạ sườn phải.
- o Sốt.
- o Vàng da.

→ Ba triệu chứng này xuất hiện như trình tự trên, tái đi tái lại nhiều lần, mỗi đợt kéo dài 5-7 ngày. Khi lui bệnh, thứ tự sẽ là giảm sốt trước, sau đó hết đau, rồi mới hết vàng da

(Lưu ý: mô tả tam chứng Charcot phải mô tả đầy đủ như trên)

- **Hội chứng nhiễm trùng:**

- o Sốt 39 – 40 C.

- **Hội chứng tắc mật:**
 - o Vàng da, vàng mắt.
 - o Nước tiểu vàng đậm.
 - o Phân bạc màu.
- **Các triệu chứng giảm dần theo thứ tự:**
 - o Giảm sốt.
 - o Giảm đau hạ sườn phải.
 - o Sau đó mới giảm vàng da.
- **Nghiệm pháp Murphy:**
 - o Không bao giờ chẩn đoán sỏi ống mật chủ mà làm Murphy cả.
 - o (+) khi túi mật có viêm, xơ teo. Khi tắc mật, túi mật to thì Murphy không có ý nghĩa gì cả.

Biến chứng của sỏi ống mật chủ:

- Viêm túi mật cấp (có sỏi hay không có sỏi)
- Nhiễm trùng đường mật.
- Viêm mủ đường mật.
- Micro áp xe → áp xe mật quản → có thể thông thương mạch máu → gây chảy máu đường mật → có thể dẫn đến nhiễm trùng máu.
- **Dịch mật:**
 - o 600 – 1400 ml/24h.
 - o Mật ứ → P đường mật lớn → đường mật giãn, gan lớn sẫm màu → nguy cơ xảy ra là
 - Nhiễm trùng máu (
 - Nhiễm độc mật, cơ gan
 - Shock gram âm.

Một số Xét nghiệm cận lâm sàng

- Tình trạng tắc mật : bilirubin máu, PAL, Gama-GT
- Hoạt động tế bào gan: SGOT (chức năng tế bào gan), SGPT (hoại tử tế bào gan), tỷ prothrombin
- Chụp nhuộm đường mật: qua da, qua Kehr, chụp mật tụy ngược dòng
- Siêu âm, CT, MRI

Sỏi mật chẩn đoán dễ (Tam chứng Charcote + Siêu âm) nhưng mà điều trị thì rất phức tạp.

Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh lý gây vàng da, tắc mật:
 - o Viêm gan siêu vi.
 - o Xơ gan.
- Các bệnh lý khác gây tắc mật:
 - o U đường mật.
 - o Ung thư đầu tụy
 - o Chít hẹp cơ Oddi.

- o Các dị tật bẩm sinh đường mật.

Điều trị:

- Sau khi chẩn đoán: phẫu thuật càng sớm càng tốt, mổ khi chưa có biến chứng
 - 7 trường hợp shock, mổ chết cả 7.
 - 7 trường hợp shock, điều trị nội khoa tích cực, mổ chết 4 còn 3.
 - 7 trường hợp mổ sớm → sống cả 7
-

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

BS.Dũng

1.Nguyên nhân : tắc nghẽn lòng ruột – 90 %

2.Lâm sàng

- Toàn thân :H/C nhiễm trùng
- Cơ năng
 - Đau mơ hồ vùng thượng vị , quanh rốn , có điểm đau khu trú ở hố chậu phải
 - Nôn : không quan trọng
 - Bí trung đại tiện : liệt ruột (đến muộn)
 - Đau âm ỉ → đau liên tục , tăng dần
- Thực thể
 - Đau khu trú trái hố chậu phải , Mac-Burney (+)
 - Phản ứng thành bụng tại Hố chậu phải
 - Cảm ứng phúc mạc
 - Dấu giảm áp Blumberg (+) *Nấn nhẹ sâu hố chậu phải , thả tay đột ngột , BN sẽ thấy đau tại chỗ .*
 - Dấu Rovsing (+) *Khi ta ấn sâu vào hố chậu trái , BN thấy đau tại hố chậu phải .*

3.Cận lâm sàng

- Công thức máu (CTM) : bạch cầu (BC) tăng (đặc biệt : Neutrophil %)
- VS , CRP : Tăng
- Siêu âm :
 - o Hình ảnh 1 quai ruột không có nhu động , một đầu cụt , xuất phát từ manh tràng
 - o Dùng đầu dò đè vào ruột thừa viêm không xẹp (ruột thừa không viêm xẹp)
 - o Đường kính > 6 mm
 - o (xem sách Ngoại bệnh lý – Y Huế - tập 1- Xuất bản 2008 . trang 99,100 để củng cố thông tin)
 - o Chỉ có giá trị gợi ý chẩn đoán

4.Chẩn đoán

Xác định

- H/C nhiễm trùng
- Đau Hố chậu Phải âm ỉ , liên tục , tăng dần
- Mac-Burney (+)
- Phản ứng thành bụng ở hố chậu phải
- Siêu âm , CTM .

Phân biệt

- Viêm túi thừa Meckel (chụp x quang đồng vị phóng xạ tìm hình ảnh niêm mạc dạ dày ở vùng ruột ; vì niêm mạc của túi thừa Meckel giống với dạ dày)
- Thủng dạ dày – tá tràng
- Viêm túi mật hoại tử

- Viêm manh tràng
- Viêm đáy phổi phải
- Viêm phần phụ
- Viêm cơ đáy chậu phải

5. Phẫu thuật

- **Mổ**
 - Charles MacBurney , đường mổ tách cơ chéo ngoài → phúc mạc → tìm ruột thừa
 - Tìm đại tràng lên (cố định vào thành bụng sau) → lần xuống dưới → dải cơ dọc .
- **Nội soi cắt ruột thừa**
 - Xuôi dòng : từ ngọn → gốc
 - Ngược dòng : từ gốc → ngọn
- **Hậu phẫu:**
 - o Ngày thứ 1: chảy máu: thành bụng hoặc động mạch ruột thừa
 - o Ngày thứ 3-5:
 - H/C ngày thứ 5
 - Tuột gốc ruột thừa → H/C viêm phúc mạc
 - Sốt cao trở lại
 - Đau bụng
 - o Ngày thứ 5-7: Hội chứng nhiễm trùng vết mổ
 - o Nề đỏ chân chỉ → chảy dịch → mở rộng vết mổ , vệ sinh → khô + tổ chức hạt → khâu da thì 2 .
 - o Ngày thứ 10-14: Abscess tồn lưu ở túi cùng Douglas do ứ đọng dịch : đau + sốt .

6. Tiến triển

- 40% tự lành
- Đám quánh ruột thừa (2-3 ngày sau cơn đau đầu tiên)
- Abscess (3 – 5 ngày sau cơn đau đầu tiên)
- Viêm phúc mạc : khu trú → 24h ; toàn thể → 24-48 h

7. Các thể Ruột thừa viêm

- 1) Hố chậu phải
- 2) Dưới gan
- 3) Sau manh tràng
- 4) Trước manh tràng
- 5) Hố chậu trái
- 6) Nằm giữa 2 lá mạc treo ruột thừa
- 7) Tiểu khung
 - Đau hạ vị
 - H/C Kích thích bàng quang
 - H/C giả ly

ABCESS RUỘT THỪA

BS.Dũng

1. Là diễn tiến cấp của Ruột thừa viêm cấp (lành , đám quánh : 3-5 ngày , Abscess , VPM)
2. Thời gian tối thiểu : 5-7 ngày
3. Chẩn đoán xác định:
 - Đau âm ỉ hố chậu phải $\geq$ 5 ngày
 - Sốt nhẹ
 - Phản ứng thành bụng (-) (nếu dương tính $\rightarrow$ VPM $\rightarrow$ phẫu thuật)
 - Sờ Hố chậu phải thấy khối có ranh giới rõ , ấn đau
 - Siêu âm: ổ dịch , lợn cợn , hồi âm ở Hố chậu phải . Hình ảnh ruột thừa hoại tử .
4. Điều trị
 - Phẫu thuật , đặt dẫn lưu
 - Hiện nay , điều trị nội khoa = kháng sinh đơn thuần
 - Trường hợp ổ abscess $>$ 6 cm hoặc bệnh nhân đau nhiều $\rightarrow$ chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm
 - Kháng sinh phối hợp Imidazole , Cephalosporin III trong 7-10 ngày $\rightarrow$ ra việc $\rightarrow$ 6 tháng sau đến cắt ruột thừa nguội
5. Hội chứng ngày thứ 5 sau mổ
 - Nguyên nhân
 - Hoại tử vùng gốc
 - Buộc chỉ không chặt $\rightarrow$ tăng nhu động , thiếu máu nuôi dưỡng $\rightarrow$ Tràn dịch , phân ra ổ bụng
 - Chẩn đoán :
 - Đau Hạ sườn phải
 - Sốt cao trở lại
 - Phản ứng thành bụng dương tính
 - Điều trị
 - Phẫu thuật
 - Dẫn lưu chủ động manh tràng (Pezzer)
 - Nhắm giảm gập manh tràng $\rightarrow$ 10-14 ngày bít lại chỗ rò manh tràng $\rightarrow$ rút sonde

THŨNG TẠNG RỘNG (THŨNG Ổ LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG)

BS.Dũng

1.Cấp cứu ngoại khoa

2.Yếu tố thuận lợi

- Nam : Nữ = 10 : 1
- Thời tiết : mùa lạnh

3.Lâm sàng

- Toàn thân
 - 30% có shock do đau thoáng qua
 - Giai đoạn muộn (sau 6h) → Viêm phúc mạc (VPM) toàn thể → nhiễm trùng nhiễm độc.
- Cơ năng
 - Đau đột ngột , dữ dội vùng thượng vị như dao đâm → lan ra toàn ổ bụng
 - Nôn: ít gặp , buồn nôn
 - Bí trung đại tiện: tắc ruột cơ năng do VPM
- Thực thể
 - o Nhìn :
 - Co cứng thành bụng (BN trẻ tuổi , đến sớm < 12-18 h)
 - Thở cơ nổi rõ , không nhìn thấy bụng di động theo nhịp thở hoặc di động với biên độ nhỏ
 - o Sờ:
 - Phản ứng thành bụng (BN lớn tuổi , đến muộn)
 - (Mất dấu có cứng thành bụng → phản ứng thành bụng xuất hiện toàn ổ bụng → bụng cứng như gỗ)
 - Đe 1-2 cm cảm giác có lực đề kháng lại ở đầu ngón tay
 - Cảm ứng phúc mạc
 - o Gõ:
 - Mất vùng đục trước gan (bên Trái có thể lẫn với Đáy Vị , Đại Tràng Góc Lách)
 - Có hơi trong ổ bụng : độ đặc hiệu cao , độ nhạy thấp do hơi ít , không gõ vang .
 - Gõ đục vùng thấp
 - o Thăm trực tràng – âm đạo : Bóng trực tràng rỗng; túi cùng Douglas căng đau .

4.Cận Lâm Sàng

- X quang bụng không chuẩn bị
 - Phim chuẩn: thấy cơ hoành , khớp mu
 - Liềm hơi bên Phải → chắc chắn có hơi tự do
 - Cho BN nằm ở tư thế Fowler từ 10 – 15 phút → hơi lên được dưới vòm hoành
 - o 80% : Liềm hơi dưới cơ hoành gặp

o 20% :

- Mạc nối lớn khu trú lỗ thủng : thủng bít dạ dày
- Lâm sàng giai đoạn đầu có triệu chứng thủng tạng rỗng → giảm dần
- Thủng dạ dày ở mặt sau → hơi vào hậu cung mạc nối , do khe Winslow nhỏ , nên hơi không ra ổ bụng nhiều .

o Hơi tự do ở thành bụng bên khi bệnh nhân nằm nghiêng

- Thấp do dịch ứ đọng
- Siêu âm : có giá trị gợi ý
 - Phát hiện hơi tự do
 - Mất cấu trúc lớp thành dạ dày (thủng nền khối u)

5. Chẩn đoán xác định

- Đau đột ngột ...
- Co cứng thành bụng (phản ứng thành bụng)
- Túi cùng Douglas căng đau
- Xquang : Liềm hơi dưới cơ hoành → H/C thủng tạng rỗng
- Tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng
 - o Đau thượng vị
 - o ợ hơi , ợ chua
 - o Đau sau bữa ăn

→ 80% thủng do loét dạ dày tá tràng .

Chẩn đoán trước mổ : VPM do thủng tạng rỗng nghi từ dạ dày tá tràng

6. Xử trí

- Nội khoa:
 - Chẩn đoán chắc chắn có thủng
 - Thủng xa bữa ăn (tối thiểu > 6 h)
 - Điều trị :
 - Đặt sonde dạ dày hút liên tục theo phương pháp Taylor
 - **nd ?** Tĩnh mạch (TM)
 - Kháng sinh dự phòng
 - Kháng tiết
 - **Theo dõi liên tục trong vòng mt ngoại ? trong 24 – 48 h**
- Ngoại khoa
 - o **Mổ hở :**
 - Khâu lỗ thủng đơn thuần khâu dọc theo ống tiêu hóa (không căng , mạch máu nuôi dưỡng tốt , không tắc)
 - Loét non : khâu
 - Loét xơ chai : làm giải phẫu bệnh , khâu .
 - o **Mổ nội soi**
 - Trocar 10 mm → rốn → bơm CO2 với p= 10-12 mmHg
 - 2 trocar 5 mm 2 bên + súc rửa
 - Cắt ruột thừa: xuôi dòng (từ ngọn → gốc) ; ngược dòng (từ gốc → ngọn)
- **Dẫn lưu Newmann** : Đặt dẫn lưu qua lỗ thủng , đưa ra ngoài thành bụng
 - Thủng trên nền ổ loét xơ chai hoặc nền K.

- Cơ địa BN yếu
- *Cắt bán phần dạ dày*
 - Loét xơ chai
 - K giai đoạn sớm
 - BN trẻ 20-40 tuổi
 - **Thủng đến sớm < 6 h chưa có viêm phúc mạc toàn thể ???**
- *Thủng tá tràng* (thường do nguyên nhân thần kinh và thể dịch) nếu khâu lỗ thủng đơn thuần → nguy cơ tái phát cao
 - Cắt dây X
 - Chỉ định : Bệnh nhân lớn tuổi
 - **Phải tạo môn vị lại bằng cách xẻ dọc → khâu ngang → loại bỏ cơ thắt môn vị → nguy cơ trào ngược dịch tá tràng lên dạ dày ???**
- **Theo dõi sau mổ**
 - Kháng tiết , sonde dạ dày lưu 3-4 ngày → giảm áp lực dạ dày
 - Cho ăn ngày thứ 4
 - Kháng sinh 7 ngày
- **Biến chứng**
 - Chảy máu : vết mổ , vị trí khâu → theo dõi qua sonde dạ dày (ít)
 - Viêm phúc mạc trở lại : do tuột chỉ , hoặc khâu không đảm bảo kỹ thuật
 - Nhiễm trùng vết mổ , thường gặp ở ngày thứ 5 : nề đỏ chân chỉ , dò dịch vết mổ → cắt chỉ , banh rộng vết mổ ; vệ sinh → khô ; khâu da thì 2
 - Ngày thứ 7-10 , bệnh nhân nắc cụt : abscess dưới cơ hoành. Nếu ổ nhỏ → Kháng sinh phối hợp; Nếu ổ lớn → chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm
 - Ổ abscess tồn lưu gặp hạ vị → H/C kích thích bàng quang hoặc mát rặn, giả lỵ
 - Cần thăm khám trực tràng + siêu âm
 - Tắc ruột → Kháng sinh + sonde dạ dày + nuôi dưỡng tĩnh mạch trong 7 ngày hoặc Ngoại khoa .
 - Nếu thủng trở lại , đặt Dẫn lưu Newmann .

VIÊM RUỘT THỪA

Thầy Lượng

📖 Viêm ruột thừa là 1 bệnh lý tuy đơn giản nhưng nếu chẩn đoán không ra → gây ra những biến chứng rất nguy hiểm.

- Sách gọi là ruột thừa viêm gấp nhưng nên đổi tên thành “**những bệnh lý viêm ruột thừa**” vì:
 - o Tiên lượng khác nhau phụ thuộc cơ địa bệnh nhân.
 - o Do các tác nhân khác nhau.
 - o 1 số bệnh nhân chỉ khoảng 5h thì đã nung mủ rồi, một số khác thì sau 20h cũng chỉ mới ở giai đoạn xuất huyết nhẹ.
 - → diễn tiến khác nhau.
 - o Do vậy, cần chẩn đoán sớm để có thái độ điều trị thích hợp.
- 1 số thông tin khác về ruột thừa:
 - o *Ruột thừa là amygdal của cơ thể* - là cơ quan để làm tăng đáp ứng miễn dịch của cơ thể.
 - o Cho nên, 10 năm nay, việc cắt ruột thừa dự phòng không còn được chỉ định nữa trừ những trường hợp quá bắt buộc như các nhà du hành vũ trụ, hoặc những người có công tác lâu ngày tới nơi không có điều kiện y tế (ví dụ trước đây, mổ bụng ra thấy ruột thừa không viêm thì cũng cắt luôn để dự phòng).
- **Ruột thừa có 4 lớp:**
 - o Thanh mạc.
 - o Cơ.
 - o Dưới niêm mạc
 - o Niêm mạc.
- Ruột thừa cũng có valve – **valve Gerlach**
 - o Giảm thiểu nguy cơ ruột thừa viêm. (ngăn không cho dịch bẩn hay vật lạ từ đường tiêu hoá bên trên di chuyển xuống gây VRT)

Nguyên nhân gây viêm ruột thừa:

- o Vật lạ trong lòng ruột thừa.
 - Sỏi.
 - Phân
 - Thức ăn.
- o Tắc nghẽn lòng ruột thừa.

Lâm sàng rất khác nhau tùy vào vị trí của ruột thừa viêm

- Nếu ruột thừa ở **chậu hông (pelvis)** có thể chẩn đoán nhầm với:
 - o Ly
 - Do ruột thừa kích thích vào trực tràng gây đi cầu phân máu
 - o Viêm bàng quang cấp.

- Do ruột thừa kích thích vào bang quang gây hội chứng kích thích bang quang.
- Vì thế, phải tuyệt đối cẩn thận.
- Ruột thừa ở **vị trí ụ nhô**:
 - Chỉ đau lâm râm.
 - Rất dễ nhầm lẫn với giun sán.
- Ruột thừa viêm ở **hố chậu trái**:
 - Phải nghe tim.
 - Coi chừng tim ở phía phải trong đảo ngược phủ tạng.
- Mỗi đối tượng, viêm ruột thừa đều khác nhau về triệu chứng.

Sinh lý bệnh:

- Nguyên nhân gây viêm ruột thừa cấp → tắc nghẽn lòng ruột thừa.
- Sự căng to của ruột thừa → kích thích các đầu mút thần kinh hướng tâm → cảm giác đau tạng.
- Lâm sàng:
 - Toàn thân
 - Dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Cơ năng:
 - Đau bụng → lúc nào cũng có.
 - Nôn hoặc buồn nôn.
 - Chán ăn.
 - Rối loạn đại tiện.
 - Thực thể:
 - Mc Burney (+)
 - Phản ứng thành bụng hố chậu phải. (*rất khó khám ở người già*)
 - Blumberg (có khi ruột thừa đến muộn).
 - Tăng cảm giác da hố chậu phải. (thể hiện rõ ở trẻ em)
 - Dấu Rovsing.
 - Thăm trực tràng hay thăm âm đạo.
 - Lưu ý:
 - *Ruột thừa viêm luôn có đau bụng* – nếu đau bụng từng cơn gặp trong viêm ruột thừa do giun.
 - Ruột thừa viêm có chỉ sốt vừa phải. Nếu sốt cao, rét run thì có thể do nhiễm khuẩn huyết
 - Nếu ruột thừa viêm *sau manh tràng: triệu chứng đau sẽ không điển hình*. → Bệnh nhân nằm nghiêng trái, ấn vào gai chậu sau trên rất đau
- Cận lâm sàng:
 - XQ: bóng hơi đơn độc ở vùng manh tràng, xung quanh đục mờ (phản ứng viêm), hiếm khi tìm thấy sỏi trong ruột thừa
 - Siêu âm:

- Bình thường: dễ dàng ép ruột thừa (cấu trúc đầu cụt, xuất phát từ manh tràng) theo chiều trước sau. Đường kính ngang >5mm.
- (+)? Đường kính ngang > 6mm, không thể ép được ruột thừa theo chiều trước sau, hoặc có sỏi trong ruột thừa.

Tiến triển:

- Thuận lợi : *Đám quánh ruột thừa*: không can thiệp ngoại khoa. Lâm sàng khám phát hiện thấy một khối U cứng chắc, giống “mo cau”, không có giới hạn rõ, ấn ít đau.
 - Xấu: *Áp xe ruột thừa* – là áp xe nóng . Tiến triển khó lường – có thể diễn tiến mạnh mẽ, áp xe vỡ mủ gây viêm phúc mạc thì 2, hoặc tốt hơn là trở thành đám quánh ruột thừa.
 - Điều trị áp xe ruột thừa: điển hình –
 - o Điều trị kháng sinh,
 - o Chọc hút ổ áp xe dưới sự hướng dẫn của siêu âm,
 - o Chọc hút mủ dẫn lưu.
-

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT

Thầy Lương.

Gọi là hội chứng:

- Vì nó là hậu quả của nhiều bệnh lý khác nhau.

Nhắc lại giải phẫu:

- **Ruột non:** dài từ 5 – 6m (người Việt Nam khoảng 4 – 4,5m) từ dây chằng Treitz tới góc hồi manh tràng.
- **Động mạch mạc treo tràng trên** (từ động mạch chủ) cấp máu cho hồi tràng và hồi tràng, đại tràng phải, 2/3 trái của đại tràng ngang
- **Động mạch mạc treo tràng dưới** (từ động mạch chủ) cấp máu cho 1/3 phải của đại tràng ngang, đại tràng phải và đại tràng xích ma.
- **Thần kinh phó giao cảm** của ruột non xuất phát từ dây X và giao cảm xuất phát từ thần kinh tạng của bờ cong nhỏ và bờ cong lớn của dạ dày. Cả 2 loại dây thần kinh tự động đều có sợi hướng tâm và ly tâm. Nhưng hiện tượng “đau” của ruột non chỉ do hướng tâm của thần kinh giao cảm cảm thồi.

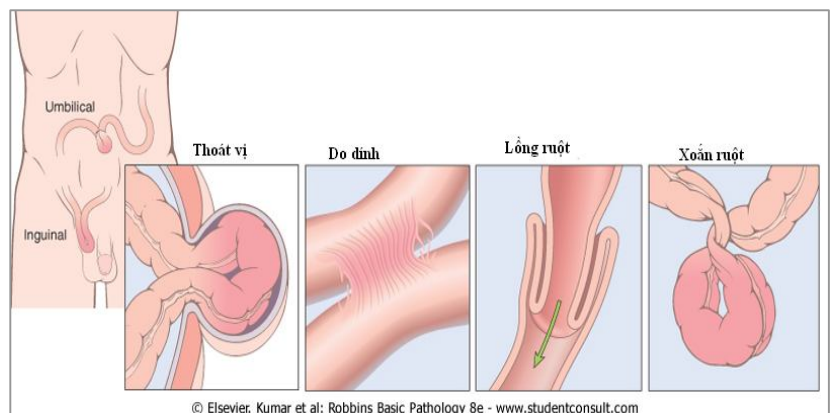
1 SỐ THÔNG TIN HAY

- **Bệnh nhân già tới viện vì bị tắc ruột, nghĩ tới đầu tiên:**
 - o U phân.
 - o U đại tràng.
- **Phụ nữ trẻ vào viện vì bị tắc ruột chưa rõ nguyên nhân, cần phải để ý thoát vị đùi → loại thoát vị nghẹt.**
 - o Thoát vị đùi: hay gặp ở phụ nữ.
 - o Thoát vị bẹn: nam giới.
- **Trẻ sơ sinh :** tắc ruột do teo ruột
- **Trẻ 3-5 tuổi :** thường do bã thức ăn → tuổi đi học thương TR do giun
- **Người trưởng thành:** thường tắc ruột do dính, do thoát vị,...
- **U phân ở người già:**
 - o Mỗi ngày ruột tiết ra từ 6 – 8 lít dịch.
 - o Đại tràng hấp thu nước → làm cho phân rắn lại.
 - o Do 1 nguyên nhân nào đó như ít uống nước, lười vận động → phân ít di chuyển → đại tràng hấp thu nhiều nước hơn → phân rắn hơn.
 - o Chú ý u phân ở những bệnh nhân nằm bất động lâu ngày.
- **Phân biệt đau do tắc ruột cơ học, cơ năng, và xoắn ruột:**
 - o Tắc cơ học: đau từng cơn.
 - o Xoắn: đau ghê gớm, liên tục, có điểm đau chói
 - o Tắc cơ năng: đau lâm râm.
- **Triệu chứng nôn:**
 - o Tắc cao: dễ nôn.

- o Tắc thấp: ít nôn.
- **Bệnh nhân tắc ruột cơ học đến muộn:**
 - o Rất dễ nhầm lẫn với tắc ruột cơ năng vì triệu chứng giống nhau.
 - o Bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn:
 - Shock nhiễm trùng.
 - Shock nhiễm độc.
 - o Muốn chẩn đoán phân biệt thì cần khai thác kỹ bệnh sử, tính chất và diễn tiến cơn đau
- **X quang trong tắc ruột:**
 - o Tắc ruột cao: đầy rộng, vòm thấp, nằm ở trung tâm ổ bụng
 - o Tắc ruột thấp: đầy hẹp, vòm cao, đóng khung xung quanh ổ bụng
 - o Tắc ruột cơ năng thì mức hơi dịch rõ, ngược lại tắc ruột cơ học mức hơi dịch không rõ.
- **Phân biệt tắc ruột cao và thấp:**

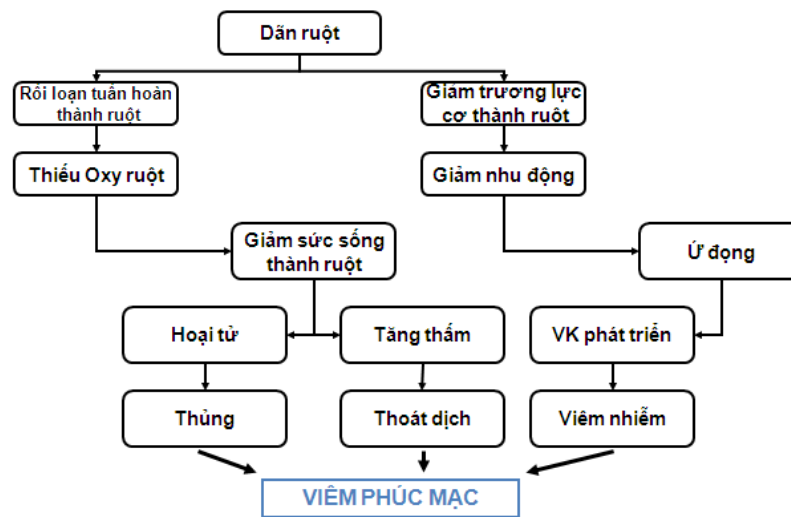
Tắc ruột cao	Tắc ruột thấp
- Chướng bụng nhiều - Nôn muộn hoặc không nôn - Bí đại tiện sớm	- Chướng bụng ít - Nôn sớm - Có thể đại tiện trong những giờ đầu

- **Phân biệt tắc ruột cơ năng và tắc ruột cơ học**
 - o Đau – nổi ở trên
 - o Âm ruột
 - o Dấu rắn bò
 - o Siêu âm: cơ năng- các quai ruột giãn; cơ học- các quai ruột giãn, tăng hoặc giảm nhu động
- **Tam chứng tắc ruột:**
 - o Đau bụng
 - o Nôn
 - o Bí trung đại tiện
- **Tứ chứng tắc ruột : đau – nôn- bí- chướng**
- **Nguyên nhân tắc ruột cơ năng:**
 - o Nguyên nhân toàn thân
 - Nhiễm độc
 - Rối loạn điện giải
 - o Nguyên nhân tại chỗ
 - Bệnh thần kinh ruột

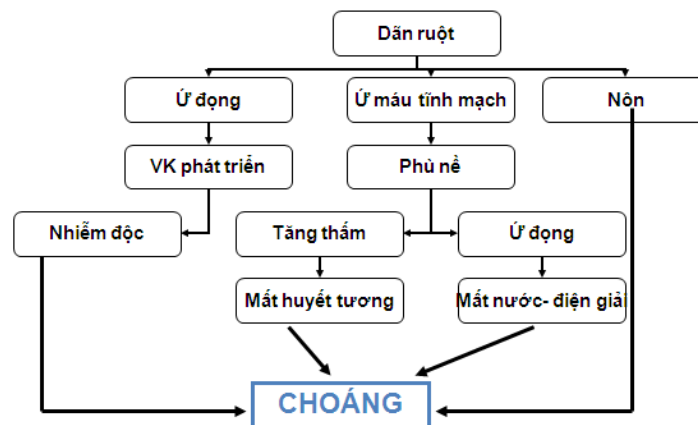


- *Bệnh cơ ruột*
- **Nguyên nhân tắc ruột cơ học:**
 - o **Từ lòng ruột**
 - Bã thức ăn
 - Sỏi mật
 - o **Từ thành ruột**
 - Ung thư
 - Sau mổ
 - o **Từ bên ngoài chèn**
 - Dây chằng
 - Thoát vị nghẹt, thoát vị bên trong (thoát vị bịt – bệnh nhân sinh đẻ nhiều lần, thoát vị hoành, thoát vị qua khe Wislow)
 - Xoắn ruột (xoắn ruột non quanh mạc treo, xoắn đại tràng xích ma..)
- **XQ đại tràng cản quang, chỉ định và kết quả :**
 - o **Chỉ định**
 - tắc ruột thấp nghi do ung thư đại tràng (lòng đại tràng hẹp không đồng đều)
 - Tắc ruột nghi do xoắn ruột: xoắn đại tràng xích ma – hình ảnh mỏ chim ở chỗ nối trực tràng và đại tràng xích ma
 - Tắc ruột nghi do phân su
 - Tắc ruột cơ năng ở trẻ SS : bệnh Hirshprung (đại tràng giãn hình phễu)
 - o **Chống chỉ định :** nghi ngờ thủng đại tràng
 - o **Kết quả**
 - Hình ảnh ngưng thuốc cản quang
 - Hình ảnh nguyên nhân gây tắc ruột
- **Sơ đồ rối loạn tại chỗ và toàn thân của tắc ruột**

Sơ đồ rối loạn tại chỗ



Sơ đồ rối loạn toàn thân



ÁP XE GAN

Thầy Hà

Nguyên nhân

- Ly amip.
- Vi khuẩn.
- Sau 1 chấn thương gan → vỡ gan → chảy máu dưới bao (bội nhiễm gây áp xe hoá)
- Do nấm, virus.

Cơ chế gây bệnh

- Amip phóng thích độc tố gây tổn thương niêm mạc ruột (chủ yếu là lớp dưới niêm mạc nhiều máu tha hồ ăn: khu vực cuối ruột non, đầu ruột già) → về theo tĩnh mạch cửa gây thuyên tắc TMC → thiếu máu nuôi dưỡng gây hoại tử tế bào gan
- ✎ *Hay gặp áp xe gan ở bên phải?*
- Đường đi của tĩnh mạch cửa bên trái gấp khúc, khẩu kính nhỏ. Tĩnh mạch cửa bên phải lớn, chi phối nhiều hạ phân thùy hơn
- Hệ bạch huyết từ ruột đổ vào rốn gan và tham gia vào tam giác Bugde:
 - Bờ dưới gan.
 - Túi mật.
 - Ống gan phải.

Mà amip có thể xâm nhập vào đường bạch huyết

- Amip có thể gây thủng ruột qua tổn thương bơi vào trong phúc mạc gây

Chẩn đoán áp xe gan do amíp:

- Thường 1 ổ.
- Đa số ở bên phải.

Vi thể:

- Amip → gan → phóng thích độc tố → tắc mạch máu tại chỗ → hoại tử tế bào gan.
- Lúc đầu là những ổ nhỏ → hình thành ổ lớn do vỡ các vách ngăn.
- Trên siêu âm, echo không đồng nhất.

Cơ năng:

- Tam chứng Fontan:
 - o Sốt.
 - o Đau hạ sườn phải.
 - o Gan lớn.

Diễn biến sốt do amip lỵ:

- Có thể sốt nhẹ: 37,5 – 38 là đa phần.
- Có thể sốt rất cao.
- “*Ly amip là lỵ chơi, lỵ trực trùng là lỵ nằm*”.

Đau:

- Đa phần đau ở gan phải → đau hạ sườn phải.
- **Lan:**
 - o Đa phần lan lên vai phải hay lan ra sau lưng phụ thuộc vào vị trí của ổ áp xe.
 - o Cũng có thể lan lên vai trái.
- **Triệu chứng kèm theo**
 - o Bệnh nhân không thở được.
 - o Cơ hoành không thể nâng lên cao được vì nó sẽ làm căng các dây chằng kéo gan → thay đổi thể tích gan → đau → bệnh nhân chỉ thở nông → cảm giác đau tức, khó thở.
 - o Đau tức dữ dội khi cử động mạnh hoặc thở mạnh → là áp xe gan.

Thực thể:

- Sờ thấy bờ dưới gan.
- Gan bình thường: 2500 – 2800g.
 - o Dọc vú: gian sườn 7.
 - o Nách giữa: gian sườn 9.
 - o Nách sau: gian sườn 11.
- Chỉ có trẻ em mới sờ thấy bờ dưới gan, còn lại nếu người lớn sờ thấy bờ dưới gan → bệnh lý.
- **Bờ cao của gan:**
 - o Bình thường: 8 – 12 cm.
 - o Trước sau: 16 – 18cm.
 - o Dưới: 25 – 28cm.
- 📌 Nhớ 3 con số 8
- **Gan lớn trong xơ gan và trong áp xe gan:**
 - o Xơ gan: gan to đều rắn chắc, không đau, không sốt. kèm lách to, cổ trướng, suy gan
 - o Áp xe gan: gan to – bờ sắc mặt nhẵn, ấn đau tức, có đau, có sốt.
- **Ấn đau kẽ sườn:**
 - o Sách ghi là gian sườn 8 – 9 nách trước.
 - o Sửa lại là **ấn vào chỗ nào đau nhất** thì chỗ đó có ổ áp xe. vì nếu chỉ ấn vào gian sườn 8-9 trên đường nách trước thì chỉ nói đến gan phải mà không nói đến gan trái
 - o Hồi xưa người ta phải dựa vào dấu hiệu này để chọc hút thăm dò, **nếu có mủ → chẩn đoán áp xe gan.**
 - o Ngày nay chỉ cần sử dụng **siêu âm** là ok.
 - o Và có thể chọc hút ổ áp xe ngay dưới siêu âm

- Rung gan:

- 📌 Điểm đặc trưng của áp xe gan là rung gan bệnh nhân đau dữ dội, đau ghê gớm.

Cận lâm sàng:

- Trước đây sử dụng X quang để rọi, nhược điểm là cả thầy thuốc và bệnh nhân đều bị dính tia.
 - o Thấy gan lớn.
 - o Thấy *cơ hoành nâng cao, di động kém*.
 - o Dịch xuất tiết góc sườn hoành phải → do phản ứng mạnh của màng phổi.
- Còn chụp X quang thì chỉ thấy:
 - o Bóng gan lớn.
 - o Cơ hoành nâng cao.
 - o Không thấy cơ hoành kém di động.

Các giai đoạn:

- Giai đoạn kén: đã có thể thấy trên siêu âm.
- Giai đoạn mũ (7-10 ngày): đau, sốt.

- Chụp CT:

✦ Không tốt bằng MRI: vì đây là tổ chức mềm.

Các phương pháp khác:

- Soi phân tươi.
- Chỉ khi amip còn sống thì mới thấy.
- Chọc mũ amip soi tươi:
 - o Chỉ thấy amip trong khoảng 1 – 3%.
 - o Vì amip bám vào thành ổ áp xe mới có hồng cầu mà ăn.
 - o Nếu chọc mà soi tại chỗ thì tỉ lệ là 17%.
- **ELISA:**
 - o Hiệu giá 1/150 thì gọi là dương tính.
 - o Tuy nhiên chỉ khẳng định là bệnh nhân có bị nhiễm amip mà thôi, chứ không khẳng định là áp xe do amip.
 - o Chẩn đoán xác định : chọc ổ áp xe có mũ
- ✦ Vị trí chọc: dưới sự hướng dẫn của siêu âm, CT hoặc lâm sàng (vị trí đau nhất trên thành ngực)
- ✦ Dịch chọc ra màu “chocolate” hay lơ lờ máu cá, soi tươi có te

Tiến triển:

- **Giai đoạn viêm:** cho dù chưa có ổ amip nhưng vẫn có thể khẳng định nếu:
 - o Soi phân có amip.
 - o ELISA.
 - o Điều trị thử thành công
- **Giai đoạn hoại tử:**
 - o Các ổ áp xe nhỏ phá vỡ vách ngăn → ổ áp xe lớn.
- **Giai đoạn nung mủ:**

- o Hoại tử nhiều.
- o Lan ra bề mặt gan.
- o Có ổ áp xe lên tới 2 lít mủ.
- **Khi nó lớn quá, chịu không nổi nữa, sẽ vỡ ra:**
 - o Vỡ vào các tạng: dạ dày, ruột non, đại tràng.
 - o Vỡ vào phúc mạc:
 - Dịch >220ml có thể gây viêm phúc mạc.
 - o **Vỡ vào các tạng khu trú:**
 - **Áp xe dưới cơ hoành.**
 - Tràn dịch màng phổi.
 - Thương tổn phế mạc
 - Thương tổn nhu mô phổi.
 - Áp xe phổi → vỡ vào phế quản – trở thành đường dẫn lưu tự nhiên → khạc ra mủ
 - **Áp xe gan trái:**
 - Áp xe trung thất
 - Tràn mủ màng ngoài tim.
 - Viêm cơ tim do amip
 - o **Vùng trần của gan:**
 - Hạ phân thùy I
 - Vỡ vào khoang sau phúc mạc:
 - Viêm tấy quanh thận.
 - Viêm tiểu khung.
 - o **Biến chứng dò ra da:** tiên lượng nặng và khó lành

Chẩn đoán xác định:

- o Chỉ cần tam chứng fontan và siêu âm là đủ.
- o Còn muốn khẳng định amip:
 - 1 ổ.
 - Chọc ra mủ sochola

Điều trị:

- Mô áp xe gan: tỉ lệ tử vong 1- 3%.
- Hồi trước áp xe gan phải mổ, ngày nay chỉ cần chọc hút mủ dưới hướng dẫn của siêu âm.
- **Nội khoa** chỉ định khi:
 - o Ổ áp xe chưa tròn đều.
 - o Kích thước <6cm vỏ mỏng.
 - o Echo chưa đồng nhất.
 - o Metronidazol, tinidazol, ornidazole.
- Điều trị chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm:

- o Tròn, vỏ dày, đều.
- o Kích thước >6cm.
- o Trên echo thấy hình ảnh nghèo nhưng đồng nhất
- o Có thể chọc nhiều vị trí cùng một lúc

Một số biến chứng có thể xảy ra

- Ổ áp xe lớn thành mỏng, nằm sát bao gan, khi chọc chạm phải bao gan làm bệnh nhân thực hành khiến ổ chọc tụt ra → trào máu vào phúc mạc gây viêm phúc mạc.
 - Áp xe gan đến muộn → vỡ → viêm phúc mạc → mổ
 - Chọc không được đựng vào nhu mô lành của gan → gây chảy máu.
-

K DẠ DÀY

Thầy Hà

1 số thông tin hay:

- Là loại ung thư hay gặp nhất trong các ung thư đường tiêu hóa.
- Hay gặp ở tuổi 45 -50, nam = 2 nữ.
- 1 số yếu tố thuận lợi:
 - o Thức ăn giàu nitrat, nitrozamin..
 - o Thương tổn tiền ung thư: viêm teo dạ dày, polype, bệnh biermer...
 - o Vi khuẩn HP.
- 2 loại:
 - o Carcinoma : 90 – 95%.
 - o Sarcoma : 5 – 10%.(sau phẫu thuật thì sống lâu hơn)
- Triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày rất mơ hồ, nên thường chẩn đoán được trong giai đoạn muộn.
- Thủng dạ dày thường ở mặt sau dạ dày → nguy cơ chảy máu rất nhiều

Nhắc lại giải phẫu:

- Mạch máu đến nuôi dạ dày:
 - o Động mạch thân tạng.
 - o Động mạch lách.
- Hạch bạch huyết, 3 nhóm chính, cần biết vì nó quyết định mức độ rộng cần thiết trong cắt bỏ ung thư dạ dày:
 - o Nhóm vành vị.
 - o Nhóm gan.
 - o Nhóm lách.
- Hội nghị cứu ung thư Nhật Bản phân chia các hạch bạch huyết thành 3 chặng và bao gồm 16 nhóm hạch, đánh số từ 1- 16, hồi trước người ta chia thành 20 nhóm.
- **Có 3 phương pháp di căn ung thư:**
 - o Phương pháp xuyên hạch
 - o Phương pháp nhảy cóc.
 - o Phương pháp quay ngược lại → tức là ung thư trở lại di căn từng nhóm hạch.

1) Chẩn đoán:

a. Yếu tố thuận lợi:

- + Nam>nữ
- + Tuổi 40-60
- + Tiền sử loét dạ dày tá tràng
- + Sụt cân
- + Có vi khuẩn HP

b. Lâm sàng:

- Thông thường bệnh nhân đến muộn với triệu chứng gây nhanh, đau bụng vùng thượng vị, thiếu máu, xuất hiện u thượng vị

- *U thượng vị*: lúc đầu gọi là u ma do khi nổi lên ta đè vào thì khối u chạy sang phải hoặc sang trái đây là biểu hiện của u hẹp môn vị dẫn đến ứ hơi và dịch trong dạ dày để khẳng định thêm ta làm nghiệm pháp kích thích thành bụng để dạ dày co bóp và đẩy hơi qua môn vị nên u xẹp

- U thượng vị giai đoạn muộn là u thật

c. Cận lâm sàng:

+ *Nội soi*: thấy thương tổn thể loét sùi hoặc thể thâm nhiễm hoặc thể teo loét

+ *Siêu âm*: thành dày, mất tổ chức lớp, cấu trúc đoạn

+ *CT SCAN*: thương tổn thành dạ dày và nổi hạch vùng, di căn các cơ quan

2. Nguyên tắc điều trị:

Có 4 phương pháp:

+ Phẫu thuật

+ Hóa trị liệu

+ Xạ trị

+ Vaccin

- **Phương pháp hóa trị liệu**: dùng thuốc 5FU truyền tĩnh mạch hoặc Selodase uống

- **Phương pháp phẫu thuật**: triệt để hoàn toàn gồm cắt toàn bộ dạ dày và vét hết hạch hoặc bao gồm 2 kỹ thuật trên và cắt các tạng bị thâm nhiễm lân cận

- **Phẫu thuật cắt dạ dày rộng rãi**: cắt lên phần trên dạ dày 6 cm để không còn tế bào ung thư

(u cơ trơn là u lành tính)

UNG THƯ GAN NGUYÊN PHÁT

Thầy Hà

Các dạng của ung thư gan

- HCC.
- Cholangio – carcinoma.
- Phôi hợp.

Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

- Nam = nữ, ngay cả trẻ nhỏ cũng có thể bị ung thư gan.
- Tuổi càng nhỏ mức độ ác tính càng cao
- Các bệnh lý gan có sẵn:
 - o Xơ gan: rượu
 - o Viêm gan B.
 - 100 trường hợp xơ gan → 80 ung thư.
 - 100 ung thư → có 80 là do xơ gan.
 - o Viêm gan mạn (do tắc mật → tăng áp lực đường mật (ALĐM = AL Mao mạch → mật trào vào máu → nhiễm độc mật + viêm gan mật → xơ gan → K gan)
 - o Nấm mốc: Aspergillus Flavus → vỏ đậu lạc
 - o Yếu tố nội tiết (liên quan nhiều với phụ nữ sử dụng các loại thuốc tránh thai)
 - o Chất độc hóa học: digoxin (tiền ung thư).

Đại thể, vi thể:

- Đại thể:
 - o Từ các nhân nhỏ → nhân lớn → đứng riêng biệt hoặc liên kết thành các khối cứng chắc.
- Vi thể:
 - o Các tế bào nhuộm màu Acid.

Lâm sàng:

1. Cơ năng:

- Khi ung thư gan phát hiện được trên lâm sàng: bệnh nhân chỉ còn 3 – 6 tháng.
 - o Chán ăn.
 - o Đau tức hạ sườn phải.
 - o Sút cân.

2. Toàn thân:

- Gầy sút.
- Suy kiệt.

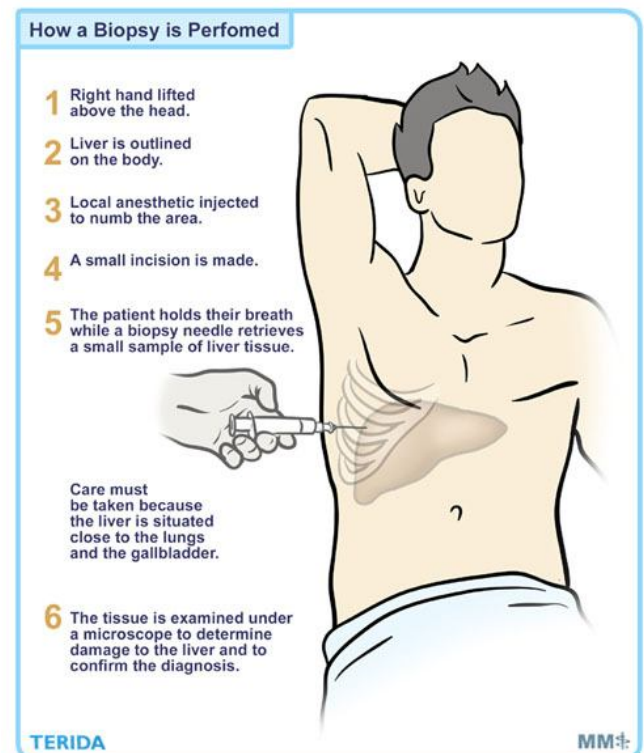
3. Thực thể:

- Giai đoạn sớm:

- o Gan lớn:
 - Bề mặt, giới hạn, kích thước, mật độ.
 - Vùng đục đi lên phía trên
 - Ấn ít đau. Nếu ấn đau là do U gan với hoại tử rồi áp xe hoá
- Giai đoạn muộn:
 - o Đau hạ sườn phải : không đau dữ dội, không râm rộ (khác với gan lớn và vàng da trong Viêm đường mật, Áp xe gan đó là đau dữ dội, kèm theo hội chứng nhiễm trùng rõ
 - o Vàng da: tiến triển không bao giờ ngừng (chẩn đoán phân biệt giữa Ung thư đường mật và viêm đường mật. Khi U gây rối loạn chèn ép đường mật thì chức năng gan đã giảm nhiều và có nguy cơ xảy ra những biến chứng nặng
 - o Bụng báng.
 - o Tuần hoàn bàng hệ.
 - o U lan tỏa.
- Vàng da, vàng mắt??
 - o Vàng mắt trước, sau đó mới vàng da.

Cận lâm sàng:

- Phải làm alpha fetoprotein (AFP), tăng gấp trong:
 - o Ung thư gan.
 - o Không phải ung thư gan:
 - Phụ nữ mang thai 6tháng đầu, cả mẹ lẫn con đều tăng AFP >15ng
 - Bệnh lý U quái (75 – 80% ở vùng cùng cụt)
 - o Giá trị:
 - Bình thường: 0-15ng/l
 - >200: nghi ngờ.
 - >500: chắc chắn.
 - o Nếu loại trừ được 2 trường hợp trên, khi alpha fetoprotein tăng cao → khẳng định.
 - o Nhưng nếu AFP(-), không cao: cũng không được loại trừ (vì có tới 70% là âm tính giả).
- Arginase của tổ chức gan:
 - o Ung thư gan: <30UI.
- CA 19-9 > 500-1000ng (0 – 8 ng)
- LDH:
 - o Ung thư gan >1.
- **Chọc dò sinh thiết:**
 - o Chẩn đoán chắc chắn nhất.
- Hình ảnh:



- o Bóng gan sa:
 - Gan lớn.
 - Bờ lõm nhõm.
- o Giá trị bình thường của gan:
 - Cao: 8 – 12cm.
 - Trước sau: 16 -18 cm.
 - Dưới: 25 -28cm.
- Siêu âm:
 - o Tăng cản âm.
- Chụp mạch gan.
- CT scan cũng có thể được:
 - o Nhưng MRI tốt hơn, vì khảo sát mô mềm.
 - o CT và MRI giúp tiên lượng mổ được hay là không?
- XQ: chụp bóng gan xa
- Siêu âm trong áp xe gan và ung thư gan:
 - o Ung thư gan, các khối u làm tắc các mạch máu → ứ đọng hồng cầu chứa nhiều oxy → giàu Echo.
 - o Siêu âm có thấy Áp lực tĩnh mạch cửa tăng ($>15\text{mmHg}$), hoặc huyết khối TMC
 - o Áp xe gan → nghèo Echo.

Các thể lâm sàng:

- Thể tăng áp tĩnh mạch cửa:
 - o Gây biến chứng xuất huyết tiêu hóa, vỡ tĩnh mạch trướng, trĩ, bàng...
- Thể hạ đường huyết:
 - o Do Glucagon tiết ra từ tế bào ung thư.
- Thể có biến chứng:
 - o Do khối u lớn lên rồi vỡ → tràn máu ở trong ổ bụng.

Diễn tiến:

- Đa số chết trong 3 – 6 tháng.
 - o Do tăng áp tĩnh mạch cửa → xuất huyết dạ dày, ruột.
 - o Do suy kiệt.
 - o Do suy gan.
 - o Do di căn.

Điều trị:

- Tốt nhất: Phẫu thuật.
 - o Phải làm đông lạnh khối u khi mổ để khối bị di căn khi mổ.
- Tốt nhì: Đưa Catheter lên ống gan riêng → đến phân thủy chứa khối U mang theo chất hoá học, phong bế mạch máu nuôi dưỡng khối U → hiện nay vẫn chưa thấy hiệu quả cao, khả năng tái phát cao

- o Hóa chất: 5 –FU: dùng đường mạch máu, pha chế trong 1 thùng kín. Có thể dùng đường uống, thuốc được hấp thu ở niêm mạc ruột và theo các mạch máu sau đó không vào khối U mà chỉ hạn chế dòng máu tới nuôi dưỡng khối U.

Dùng 5FU có biến chứng rụng tóc nhiều

- Thứ 3: Tia xạ: ít làm đối với các cơ quan trong ổ bụng
 - Thứ 4: miễn dịch.
 - Thứ 5: vắc xin.
 - Ghép gan.
-

XỬ TRÍ TĂNG ÁP TĨNH MẠCH CỦA

Thầy Hà

- Gọi là tăng áp tĩnh mạch cửa $> 12\text{mmHg}$.
- Chênh lệch áp lực tĩnh mạch cửa chủ: $> 5\text{mmHg}$.

Cơ chế:

- Tăng sức cản ngoại vi.
- Tăng cung lượng máu trong hệ cửa.
- Tắc nghẽn ở tĩnh mạch cửa, trong gan, tĩnh mạch trên gan.

Giải phẫu mạch máu cấp máu cho ruột non:

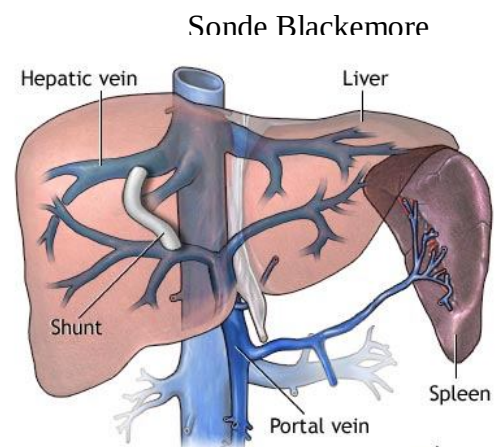
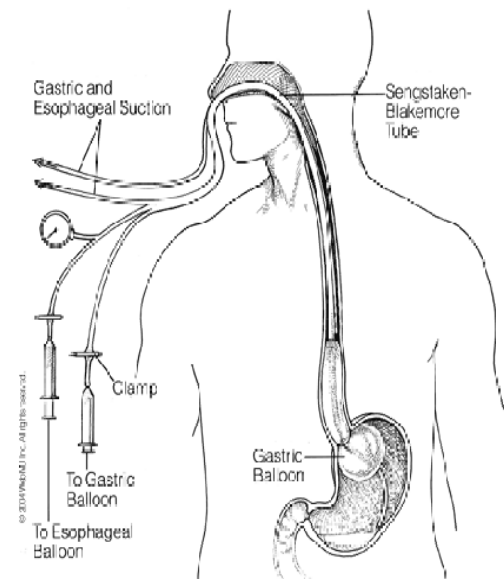
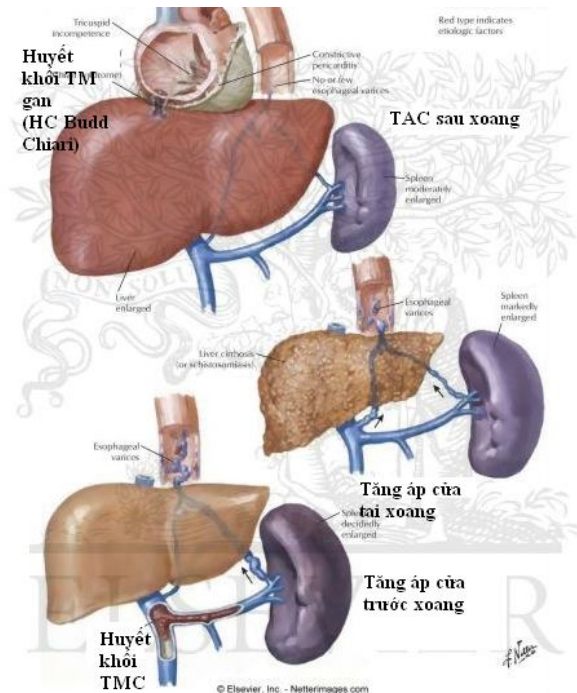
- Động mạch mạc treo tràng trên: ruột non, đại tràng phải và 2/3 đại tràng ngang.
- Động mạch mạc treo tràng dưới: 1/3 đại tràng ngang và đại tràng phải.

Chẩn đoán:

- Lâm sàng:
 - o Lách to.
 - o Tĩnh mạch trưởng thực quản.
 - o Báng.
 - o Xuất huyết tiêu hóa.
 - o Trĩ.
- Cận lâm sàng:
 - o Nội soi thực quản.
 - o Siêu âm.
 - o Đo áp lực chênh lệch cửa chủ (khó làm, vì khó đưa catheter vào tĩnh mạch cửa).

Thái độ xử trí:

- o Thiết lập các đường truyền.
- o Hồi sức chống choáng.
- o Xét nghiệm cơ bản.
- o Cầm máu tạm thời:
 - Loét chảy máu.
 - Võ tĩnh mạch trưởng thực quản.
- Giải quyết triệt để:
 - o Tìm nguyên nhân.
 - o Giải quyết nguyên nhân.



- o Phòng chảy máu tái phát.
 - Điều trị triệu chứng:
 - o Bồi phụ thể tích tuần hoàn.
 - o Thể tích và tốc độ truyền phụ thuộc vào tốc độ mất máu.
 - o Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.
 - Cấp cứu vỡ tĩnh mạch trướng thực quản:
 - o Sonde Blackmore.
 - o Tiêm xơ điều trị chảy máu cấp cứu.
 - o Thắt búi tĩnh mạch trướng thực quản qua nội soi
 - o Phẫu thuật phân lưu bằng cách tạo các đường thông thương giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ.
 - Nối tận bên.
 - Nối bên bên.
 - 1 đoạn mạch nhân tạo.
 - o Phương pháp Sigiura: phẫu thuật cắt nối thực quản và loại trừ các mạch máu đến thực quản.
-

CÁC CƠN ĐAU

THƯỜNG DẠ DÀY:

- Đau dữ dội đột ngột như dao đâm ở vùng thượng vị.
- Kèm hốt hoảng, shock, mạch nhanh, môn mửa, bí trung đại tiện.
- Bụng cứng như gỗ, không di động theo nhịp thở.
- Vùng đục trước gan mất.

XQ: thấy liềm hơi dưới cơ hoành.

Tiền sử: đau loét.

VIÊM TỤY CẤP CHẢY MÁU:

- Đau đột ngột vùng thượng vị + điểm sườn lưng (T)
- Amylase trong máu và trong nước tiểu tăng.
- Chẩn đoán bằng siêu âm, CT scan.

ĐỢT CẤP CỦA LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG.

- Đau thượng vị có chu kỳ.
- Liên quan đến bữa ăn.
- Chẩn đoán bằng Nội soi.

ÁP XE GAN.

- Đau hạ sườn phải → ngực → vai phải.
- Đau tăng lên khi cử động mạnh hoặc thở sâu.
- Gan to, đau.
- Hội chứng nhiễm trùng.
- Chẩn đoán bằng siêu âm.

GIUN CHUI ỐNG MẬT:

- Đau đột ngột, lẫn lộn ở vùng thượng vị.
- Tư thế giảm đau gối ngực.
- Điểm đau cạnh ức phải.
- Thường tái phát.
- Đáp ứng với thuốc diệt giun.

SỎI MẬT:

- Cơn đau quặn gan điển hình hoặc không.
- Sốt
- Vàng da.

→ **Có thể biến chứng:** Áp xe mật quản, . thủng mật qua phúc mạc, viêm phúc mạc mật.

- Chẩn đoán bằng siêu âm, chụp mật cản quang ngược dòng.

NHỒI MÁU MẠC TREO.

- Gặp ở người già.
- Xơ vữa động mạch.
- Bệnh tim gây tắc mạch.
- Đau dữ dội, co rút hoặc đau quặn, nôn mửa, tiêu chảy.
- Giai đoạn sau đi cầu ra máu, bầm tím ruột, shock.
- XQ bụng thấy có mức hơi nước.
- Chẩn đoán bằng chụp động mạch.

VIÊM RUỘT THỪA CẤP:

- Đau âm ỉ ở HCP, đau thượng vị trước rồi lan xuống hố chậu.
- Mac-burney (+): phản ứng thành bụng vùng HCP.
- Sốt, BC tăng.
- Thăm trực tràng hoặc âm đạo thấy đau túi cùng phải (đau ở manh tràng).

U NANG BUỒNG TRỨNG XOẢN:

- Đau đột ngột dữ dội vùng hố chậu kèm theo shock.
- Khám bụng và thăm âm đạo thấy u ở 1 bên hố chậu, kích thước lớn dần.

THAI NGOÀI TỬ CUNG VỎ:

- Đau đột ngột ở hố chậu hoặc hạ vị kèm ra máu âm đạo ở phụ nữ tắt kinh 2-3 tháng.
- Da xanh, nhợt nhạt, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.
- Tiếng kêu Douglas, có máu dính găng.

TẮC RUỘT:

- Đau bụng từng cơn.
- Nôn nhiều.
- Bí trung đại tiện.
- Bụng chướng.
- Các quai ruột nổi.
- Hình ảnh mức hơi nước.

VIÊM RUỘT CẤP:

- Cơn đau quặn bụng kèm nôn mửa và đi chảy nhiều lần.
- Hội chứng nhiễm trùng, mất nước.

CƠN ĐAU QUẶNG THẬN:

- Sau hoạt động nặng.
- Đau đột ngột, dữ dội.
- Không có tư thế giảm đau.

THÙNG RUỘT THƯƠNG HÀN:

- Đau đột ngột, dữ dội toàn bụng kèm triệu chứng shock.
- Phản ứng thành bụng hoặc co cứng.
- Gõ đục trước gan mất.
- Liềm hơi dưới cơ hoành.

ĐAU BỤNG SCHOLEIN- HENOCHE:

- Thường gặp ở thiếu niên.
- Đau đột ngột dữ dội kèm phản ứng thành bụng.
- Ỉa chảy, đi cầu phân đen.
- Sưng các khớp, nốt xuất huyết dạng bít tất ở cổ chân, đầu gối

HỘI CHỨNG VIÊM PHỨC MẠC:

Cơ năng:

- Đau toàn bụng.
- Bí trung đại tiện.
- Có thể nôn mửa.

→ *Biểu hiện triệu chứng của 1 hội chứng tắt ruột.*

Toàn thân:

- **Hội chứng nhiễm trùng:** sốt cao, mạch nhanh, môi khô, lưỡi bẩn.
- **Hội chứng nhiễm độc:** hốt hoảng, tím tái, vật vã, chân tay lạnh.

+) - **Mất nước, diên giải:** mắt trũng, môi khô, mặt hốc hác, đái ít, dấu Casper(

Thực thể:

- Bụng có thể di động hoặc kém di động theo nhịp thở.
- Bụng chướng.
- Có phản ứng thành bụng có khi co cứng.
- **Thủng tạng rỗng:** mất vùng đục trước gan.
- **Bụng có dịch:** gõ đục vùng thấp.

Thăm trực tràng: có khi rỗng hoặc túi cùng căng đau.

CLS:

Xquang: có thể thấy liềm hơi, mức hơi nước hay bụng mờ do có nhiều dịch.

XN máu: BC tăng cao, thường tăng bạch cầu đa nhân trung tính.

ỐNG SONDE - Ống DẪN LƯU:

Ống sonde:

- Cứng hoặc mềm.
- Đặc hoặc rỗng.
- Dùng đưa vào các đường, các khoang bệnh lý hoặc các đường tự nhiên trong cơ thể với mục đích chẩn đoán và điều trị.
- Có thể dẫn lưu cũng có thể bơm các chất vào bên trong cơ thể với mục đích chẩn đoán và điều trị.
- Dùng để nóng các đường tự nhiên của cơ thể

Vd: Ống hegar trong nang cổ tử cung, ống benique trong niệu đạo (ống thông đặc).

Ống thông rỗng:

- **Hút dịch hoặc bơm các chất vào cơ thể:** bơm thuốc cản quang, ống thông vào tim để chụp buồng tim, ống thông đầu có rọ (ống Dormia) dùng để lấy sỏi mật, ống thông có bóng ở đầu để lấy máu trong lòng mạch (Forgaty).

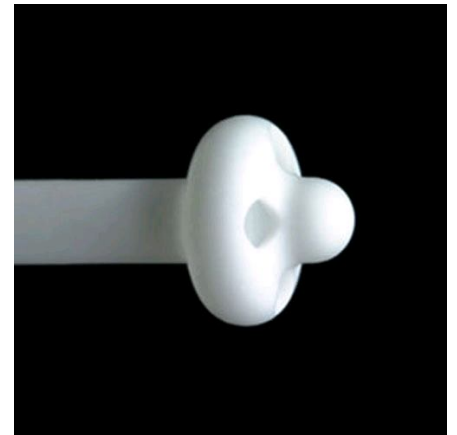
- Ví dụ như:

+ Sonde foley có thể làm ống sonde khi thông đài, có thể dẫn lưu nước tiểu, có thể vừa bơm thuốc cản quang khi cần. Nhưng cũng có thể dẫn lưu đặt trong bàng quang khi làm thủ thuật mở bàng quang.

Các loại ống sonde thường dùng:

Sonde tiểu:

- Sonde nelaton: thường để dẫn lưu nước tiểu tạm thời: rút ngay sau đó.
- Sonde Bequille: đầu ống sonde thon lại và vếch lên dùng đặt sonde tiểu trong u xơ tiền liệt tuyến.
- Sonde Malicot: đầu có 3 ngách.
- Sonde Pezzer: đầu phình có 3 lỗ dùng mở thông bàng quang.
- Foley 2 nòng: có bóng, có tác dụng cố định sonde.
- Foley 3 nòng: 1 đường ra của nước tiểu – 1 đường để xúc rửa bàng quang.

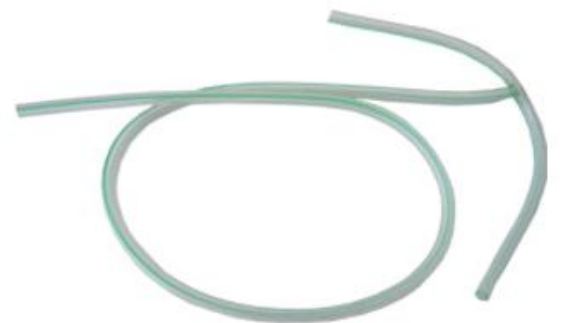


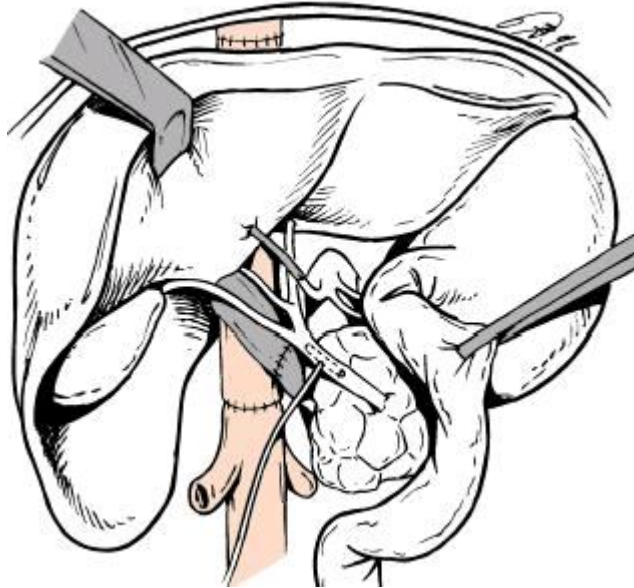
Ống thông đường mật:

- Ống dẫn lưu Kehr: hình chữ T – mềm mại, không lão hóa, với 2 ngành ngắn được đặt trong ống mật chủ. Ngành dài được đưa ra ngoài qua da, cố định vào thành bụng.

Tác dụng:

- → Dẫn lưu 1 phần mật ra ngoài.
- → 1 phần xuống tá tràng
 - giảm áp lực đường mật → tránh bực chỗ khâu ống mật chủ.
- Theo dõi sự thông thương đường mật ruột bằng cách bơm thuốc cản quang vào ống thông.
- Bơm rửa, làm sạch đường mật khi có cặn bẩn.
- Phản hiện sỏi, chít hẹp đường mật.





Vị trí đặt sonde Kehr.

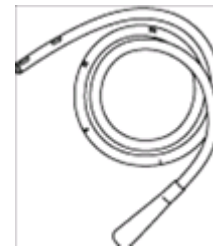
Ống thông dạ dày:

- **Ống Faucher** dùng để rửa dạ dày. Tác dụng hút dịch trong dạ dày, giảm áp lực, dễ miệng nối dễ liền trong cắt dạ dày hoặc nối vị tràng.

- **Sonde Pezzer** (dẫn lưu chủ động manh tràng).

→ Đặt dẫn lưu manh tràng ra ngoài thành bụng < 2 tuần rút, nếu >3 tuần dễ bị dò thành manh tràng:

- + RT hoại tử.
- + Bục miệng nối.



ỐNG DẪN LƯU:

→ Chỉ cho dịch, khí sinh lý hoặc bệnh lý đọng lại trong các khoang cơ thể chảy theo 1 chiều từ cơ thể ra ngoài.

- Để làm sạch ổ đọng dịch.

Gồm 2 loại dẫn lưu:

- **Dẫn lưu không hút** (dẫn lưu thụ động).
- **Dẫn lưu có hút** (dẫn lưu chủ động) → tạo 1 lực hút liên tục cho hệ thống (ống dẫn lưu được nối với 1 chai vô trùng đã hút không khí tạo áp lực âm) → điển hình là dẫn lưu màng phổi.

Hoặc phân loại thành:

- Dẫn lưu ra ngoài: dịch hoàn toàn chảy ra ngoài.
- Dẫn lưu vào trong: dịch vẫn còn ở trong cơ thể: não thất, ổ bụng.
- Hỗn hợp: vừa ngoài, vừa trong (dẫn lưu Kehr).

Mục đích dẫn lưu:

- Theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng sau mổ.
- Dẫn lưu dịch đọng.
- Dẫn lưu mủ.

- Dẫn lưu khoang màng phổi: khi có khí và dịch → khoang màng phổi sẽ mất áp lực âm.

- Dẫn lưu bảo vệ: giảm áp, miệng nổi sẽ liền nhanh.

Biến chứng dẫn lưu:

- Nhiễm trùng ngược dòng.
- Loét chân ống dẫn lưu (để lâu ngày).
- Tắt ống dẫn lưu.
- Đứt ống dẫn lưu khi hút.

Thời gian để ống dẫn lưu:

- Phụ thuộc và mục đích của việc dẫn lưu: không còn tác dụng thì rút.
- Thời gian chảy máu, dịch rỉ viêm sau mổ: 24-48h.
- Bảo vệ miệng nổi (ví dụ ống Kehr có thể để 15ngày).
- Dẫn lưu màng phổi: hết dịch, hết khí thì rút ngay để tránh nhiễm trùng ngược dòng.

Nguyên tắc đặt:

- Vô trùng.
 - Đường đi ngắn nhất.
 - Không đi qua vết mổ.
 - Vị trí thấp nhất vì dịch chảy ra từ cao xuống thấp.
 - Hệ thống theo dõi phải trong suốt, dễ quan sát, không bị đè ép.
 - Cố định tốt ống dẫn lưu.
-

TẮC RUỘT SAU MỔ

Thầy Vũ

- Câu nói rất hay của thầy Vũ để chẩn đoán tắc ruột:
 - o **ĐAU NÔN BÍ CHUỖNG**
 - Tất cả bệnh nhân đã từng mổ vào ổ phúc mạc đều có nguy cơ dính ruột.
 - **Cần lưu ý khi ghi chẩn đoán**
 - o Mặc dù biết rằng tắc ruột sau mổ thường do dính ruột, nhưng không ghi chẩn đoán là dính ruột sau mổ, cũng không ghi là tắc ruột do dính sau mổ.
 - o Chỉ cần ghi Tắc ruột sau mổ.
 - Không phải dính nhiều là tắc nhiều, đôi khi chỉ cần dính 1,2 chỗ cũng gây ra tắc (do dây chằng lồi kéo hay gấp góc)
 - **Để giảm nguy cơ tắc ruột do dính, khi mổ vào ổ phúc mạc cần lưu ý những điều sau:**
 - o Giảm việc làm trầy xước phúc mạc thành.
 - Mổ nội soi làm hạn chế tối đa sự trầy xước của phúc mạc thành.
 - o Giảm trầy xước phúc mạc tạng:
 - Hạn chế việc cầm nắm, lôi kéo ruột, cũng như hạn chế việc sử dụng gạc để lau.
 - o Hạn chế những dị vật sót lại bằng cách súc rửa:
 - Nghiên cứu cũng cho thấy, việc để lại ống sonde sau mổ làm tăng nguy cơ dính ruột ở bệnh nhân sau này.
 - **Về phía bệnh nhân:**
 - o Động viên bệnh nhân vận động sớm.
 - o Ăn sớm.
 - **Chỉ định điều trị trong tắc ruột sau mổ:**
 - o **Ngoại khoa:** áp dụng 100% cho tắc ruột quai đóng (dạng tắc ruột do xoắn ruột, hay thoát vị nghẹt).
 - **Chẩn đoán tắc ruột quai đóng:**
 - **Tam chứng Vol Wahl trong xoắn ruột (diễn hình là xoắn đại tràng xích ma)**
 - Đau
 - Dữ dội, liên tục (khác với đau tắc ruột do bít là đau từng cơn) – do hiện tượng thiếu máu.
 - Chướng lệch → điểm đau chói tại vị trí chướng lệch đó.
 - Sờ thấy một quai ruột giãn căng, không di động, gõ vang, ấn vào đau.
- Đây gọi là tam chứng Vol Wahl trong xoắn ruột.

- Trên phim bụng: 1 mức hơi dịch tại vị trí chướng lệch có điểm đau chói đó.
- Cần chỉ định mổ trong 6 – 12h, không thì đoạn ruột sẽ hoại tử và gây nhiễm trùng, nhiễm độc.
- o **Nội khoa:** áp dụng trong tắc ruột quai mở, nhưng cần chú ý như sau:
 - Bệnh nhân tắc ruột quai mở được theo dõi bằng sonde dạ dày, điều trị bằng truyền dịch và kháng sinh phổ rộng (thường kết hợp cephalosporin 3 và metronidazol)/
 - Nhưng nếu thất bại, tức là:
 - Triệu chứng đau không cải thiện.
 - Bệnh nhân vẫn không trung tiện được.
 - Bụng không bớt chướng.
 - ➔ Chỉ định sang ngoại khoa.
 - ➔ Tuy nhiên nếu tắc ruột đang điều trị nội khoa, mà chuyển sang mổ ngay thì nguy cơ dính rất cao
 - **Câu hỏi là, đặt sonde dạ dày thì làm sao biết bệnh nhân có còn nôn hay không?**
 - Theo dõi lượng dịch thoát ra từ sonde dạ dày:
 - Nếu nhiều lên: tức điều trị không đáp ứng ➔ chuyển ngoại khoa.
 - Nếu ít lại: đáp ứng.
 - Theo dõi màu sắc của dịch thoát ra từ sonde dạ dày:
 - Nếu dịch trong dần: đáp ứng.
 - Nếu dịch đục lên, có mùi hôi thối: không đáp ứng
 - **Nếu triệu chứng không nặng, cũng không giảm:**
 - Vẫn có thể điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa.
- o **Lưu ý khi giải quyết tắc ruột:**
 - Tắc ruột sau mổ chỉ tắc 1 chỗ, nhưng dính ruột sau mổ thì có thể có nhiều vị trí khác nhau, cần giải quyết hết những vị trí đó.
 - Nếu sau khi mổ có hiện tượng tắc ruột, thì không cần mổ chỉ cần điều trị nội khoa. ➔ Can thiệp mổ khi tái lại nhiều lần, gây cản trở sinh hoạt.

1 số thông tin khác:

- o Tắc ruột do xạ trị:
 - Trong 1 số trường hợp bệnh nhân xạ trị ung thư, gây phồng phúc mạc thành ➔ dính ruột.
- o 1 số nghiên cứu mới đây cho thấy, để hạn chế nguy cơ tắc ruột ở bệnh nhân sau mổ: nên cho bệnh nhân nhai kẹo cao su nhiều.
- o Viêm tụy cấp do sỏi túi mật xử trí? Cắt túi mật.
- o Hội chứng Misozori: Tắc tĩnh mạch trên gan.

PHẪU THUẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Thầy Vũ

Các phương pháp phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng:

- Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vùng hậu môn trực tràng (phẫu thuật cắt cụt) → phải làm hậu môn nhân tạo
- Phẫu thuật bảo tồn cơ thắt → để họ có thể đi cầu lại được

Khác biệt về hiệu quả

- Cắt bỏ là phương pháp điều trị triệt để duy nhất được công nhận
- Chất lượng cuộc sống: rất tệ đối với cắt bỏ vì phải cắt bỏ toàn bộ cơ thắt trong và cơ thắt ngoài b/n không còn hậu môn do đó phải tạo hậu môn nhân tạo

Chỉ định

- K giai đoạn sớm từ T1 trở về trước không cắt bỏ → phẫu thuật giữ lại cơ thắt ngoài và cơ thắt trong
- U đã thâm nhiễm (từ T2 trở đi) có thể điều trị bảo tồn

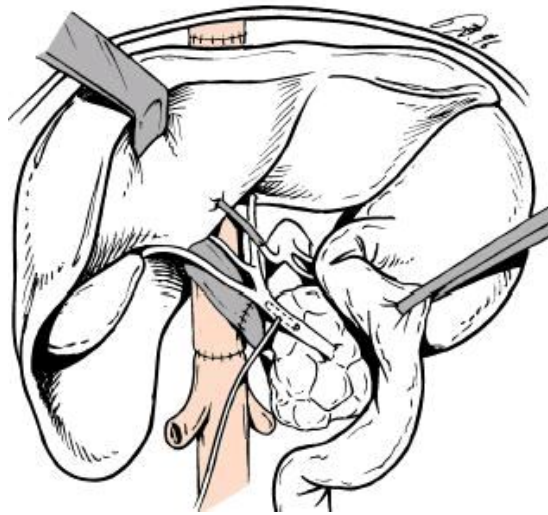
Điều trị bảo tồn

- Cơ thắt ngoài
- Bảo tồn cơ thắt trong → cắt bỏ phần niêm mạc và dưới niêm mạc (vì cơ thắt trong là sự dày lên của cơ thành ống tiêu hóa). Do vậy không có bảo tồn đơn thuần cơ thắt trong
- Cả cơ thắt ngoài và cơ thắt trong → Giữ lại ống hậu môn
- **Nhược điểm:** phương pháp bảo tồn để sót tổ chức ung thư → Tốt nhất nên sinh thiết lại.
- **Ưu điểm:** bảo tồn cơ thắt đảm bảo chất lượng cuộc sống
- **Chỉ định:**
 - *K trực tràng thấp* : có thể bảo tồn cơ thắt ngoài hoặc bảo tồn cơ thắt trong hoặc cả 2
 - *Điều trị K ở ống tiêu hóa:*
 - Triệt để: phẫu thuật
 - Hỗ trợ : hóa trị liệu và xạ trị liệu

Notes: Điều trị K dạ dày bằng hóa chất chỉ làm kéo dài cuộc sống cho bệnh nhân, mang tính chất hỗ trợ mà thôi.

ỐNG DẪN LƯU KEHR

Thầy Vũ



- Có thể đặt bên cạnh đường mật hoặc trong đường mật (dẫn lưu Kehr)
- **Mục đích của việc dẫn lưu Kehr?**
 - Theo dõi hiện tượng dò bực ở đường mật chỗ khâu nối, tình trạng lưu thông đường mật (nguy cơ sót sỏi, chít hẹp cơ vòng gây tắc nghẽn..), qua đó lợi dụng đường vào qua dẫn lưu Kehr để can thiệp sau mổ (chụp đường mật kiểm tra, lấy sỏi qua nội soi bằng đường hầm do Kehr tạo ra..)
 - Theo dõi lượng dịch mật bình thường. 500-700ml dịch mật.
 - Lượng dịch mật qua Kehr giảm trong trường hợp:
 - Đường mật lưu thông tốt, dịch mật chảy xuống ruột
 - mật chảy vào phúc mạc gây viêm phúc mạc mật → bệnh nhân đau bụng nhiều
 - Tắc nghẽn một nhánh của dẫn lưu Kehr → biểu hiện triệu chứng của hội chứng tắc mật
 - Sau 14 ngày thì có thể rút dẫn lưu vì cần phải có đủ thời gian để tạo đường hầm
 - Trước khi rút vài giờ phải kẹp thử dẫn lưu, chỉ định rút khi kẹp Kehr bệnh nhân không đau bụng (chứng tỏ có lưu thông tốt phía dưới) và lượng dịch qua sonde giảm xuống còn 300-400ml. Trong trường hợp Kẹp sonde bệnh nhân thấy đau bụng thì chụp đường mật cản quang qua Kehr để xác định vị trí tắc nghẽn trong đường mật
- **Lưu ý:** sau khi rút sonde vẫn có nguy cơ xảy ra tai biến (vàng da, viêm đường mật, có thể do sỏi từ trên những hạ phân thủy cao rơi xuống hoặc do máu không đông rơi

xuống cơ vòng Oddi gây tắc do vậy cần để bệnh nhân ở lại trong bệnh viện theo dõi trong vòng 12- 24h.

- Khi bệnh nhân tái lập lưu thông ruột, ăn trở lại thì dịch mật bình thường trở lại . Và sau 10-14 ngày, nếu đường hầm hết dò thì nó tự bít lại .
 - Khi tiến hành mổ gan thì hai biến chứng thường gặp nhất xảy ra là dò mật và chảy máu
 - Không đặt sonde trong trường hợp nào?
 - Mổ lần đầu
 - Sỏi đơn giản
 - Cơ vòng oddi có chít hẹp
 - Thành mật trơn láng
-

TIỀN LƯỢNG VIÊM TỤY CẤP

📖 Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm hóa sinh.

- **Tuổi:**

- o Lớn hơn 60 tuổi thì tiên lượng sẽ nặng, vì khả năng đáp ứng với stress và choáng trong trường hợp viêm phúc mạc nhiễm trùng, nhiễm độc kém.

- **Cơ địa:**

- o Nếu viêm tụy cấp có nguyên nhân thực thể như sỏi tụy sỏi mật, tiên lượng sẽ nặng, đòi hỏi phải mổ để giải quyết nguyên nhân.
- o Cơ địa đái đường, khi bị viêm tụy, nguy cơ khởi phát các biến chứng của đái đường → đo đường máu cũng là 1 yếu tố tiên lượng bệnh
- o Tăng lipid máu: nghiên cứu cho thấy, những bệnh nhân bị béo phì khi bị viêm tụy cấp thì tiên lượng sẽ nặng.
- o Ca^{2+} máu: hoại tử tụy càng nhiều, Ca^{2+} càng giảm, do tình trạng Calci hóa.
- o Phần lớn bệnh nhân bị viêm tụy sẽ chết trong nhiễm trùng, nhiễm độc: xét nghiệm BC tăng cũng là yếu tố tiên lượng nặng.
- o Ure, Cre: cũng là yếu tố tiên lượng, ảnh hưởng của viêm tụy lên thận (do tràn dịch nhiều vào ổ phúc mạc, gây giảm thể tích).
- o Bệnh nhân nghiện rượu.
- o LDH và triglycerid: ít dung, nhưng nên làm 1 biland lipid, do bệnh nhân béo phì thường tiên lượng nặng.

Thầy Vũ.



☞ Khi bệnh nhân có từ 50%- 75% các yếu tố tiên lượng thì được xem là nặng

TABLE 54.6 RANSON CRITERIA FOR ASSESSING SEVERITY OF PANCREATITIS

Lúc nhập viện	
1. Tuổi	>55 yr
2. WBC	>16,000/mm ³
3. Glucose	>200 mg/dL
4. LDH	>350 IU/L
5. AST	>250 IU/L
Trong vòng 48 giờ	
Hematocrit giảm	>10 %
BUN tăng sau khi truyền dịch	>5 mg/dL
Calci	<8 mg/dL
PaO ₂	(1,9mmol/L)
Bicarbonat giảm	<60 mm Hg
Lượng dịch cần truyền	>4 mEq/L
	>6 L

📖 Điều trị:

- **Nguyên tắc:**
 - o Hỗ trợ là chính vì 80 – 90% VTC sẽ tự lành.
- **Hỗ trợ gì?**
 - o Viêm tụy là do sự tự hoạt hóa của men tụy: hạn chế ăn uống.
 - o Nếu viêm tụy không nặng, vẫn cho ăn, nhưng không qua đường dạ dày, mà đặt sonde trực tiếp vào hồng tràng.
 - Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có cho ăn bằng hồng tràng thì bình phục nhanh hơn, ra viện sớm và ít để lại biến chứng sau này.
 - Nếu để nhịn đói và cho ăn bằng tĩnh mạch: hệ thống tiêu hóa không hoạt động → thoái triển các nhung mao ruột → ruột kém nhu động → chướng bụng (Not good ☹).
 - o **Điều chỉnh nước và điện giải:**
 - o **Sử dụng kháng sinh:**
 - “Có nên sử dụng kháng sinh 1 cách thường xuyên trong viêm tụy hay không?”
 - Không, chỉ sử dụng kháng sinh cho những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng cao hoặc đã có nhiễm trùng (sốt, bạch cầu cao) nhất là những bệnh nhân có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, mở bụng... Còn lại thì không sử dụng kháng sinh.
 - o **Sử dụng hỗ trợ thuốc kháng tiết:**
 - Có thể sử dụng kháng H2: cimetidine.
 - KHáng tiết loại omeprazol.
 - Hoặc 1 loại thuốc kháng tiết cực kỳ mạnh là sandostatin: tuy nhiên, loại này đắt tiền, và các nghiên cứu chưa chỉ rõ là có hiệu quả.

Chỉ định ngoại khoa trong Viêm tụy cấp:

- o Viêm tụy cấp do nguyên nhân thực thể: Sỏi tụy, sỏi mật... phải giải quyết nguyên nhân thực thể.
- o Viêm tụy cấp có biến chứng ngoại khoa:
 - Viêm phúc mạc (do tụy hoại tử, gây chảy dịch tụy gây thủng phúc mạc thành sau, đổ dịch tụy vào ổ bụng).
 - Áp xe tụy → phải dẫn lưu.
 - Nang giả tụy không đáp ứng với điều trị nội khoa → cũng phải dẫn lưu.
 - Hoại tử các nhánh của động mạch lách → nguy cơ choáng (hiếm)
- **Mổ làm gì?**
 - o Mổ lấy bớt dịch tụy trong ổ phúc mạc.
 - o Lấy bớt các tổ chức hoại tử để hạn chế sự hình thành các ổ áp xe sau này.
 - o Người ta ví mổ viêm tụy cấp ở ổ phúc mạc như đi dọn bùn sau lụt.
- **Kết luận:**

- o Bệnh nhân viêm tụy cấp không mổ thì thôi, chứ đã chỉ định mổ thì bệnh nhân rất nặng (thời gian hậu phẫu kéo dài, sút cân 8 -10kg, tổn ít nhất cũng 30 triệu)
-

THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ SAU MỔ GAN MẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ DÒ MẬT SAU MỔ

Thầy Vũ

Dò mật có 2 dạng?

1) Dò chủ động:

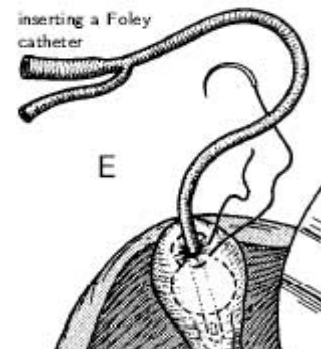
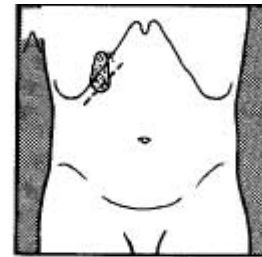
- Dẫn lưu kehr
- Chảy trong vòng 24h sau hết chảy chảy

2) Dò bệnh lý:

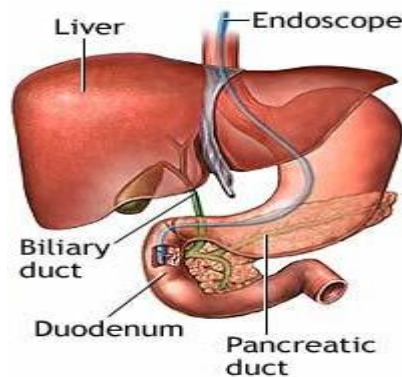
- Dò mật kéo dài sau dẫn lưu Kehr: tắc nghẽn đường mật (có thể do sỏi sỏi, chít hẹp cơ vòng oddi,...)

☞ **Xử trí:** giảm áp lực trong đường mật chính → các đường dò lành dần bằng cách

- 1- Cắt cơ vòng
- 2- Đặt nòng(cỡ rộng nhất có thể)→toàn bộ dịch mật→ vào nòng→ tá tràng
- 3- Dùng sonde dài qua mũi → tá tràng →OMC dẫn lưu mật ra ngoài
- 4- Đối với trường hợp nội soi được:
 - Đường qua ngà oddi (ngược dòng)



chụp mật qua da



- Dẫn lưu đường mật qua da có gắng luôn đến ống gan chung (xuôi dòng)

Nếu 3&4 thất bại mổ lại và đóng đường dò

Điều trị:

- **Nguyên lý:** làm giảm áp lực đường mật → đường dò tự lành
- **Xử trí:**
 - o Tìm đường dò → cắt đường dò + đóng đường dò
 - o Dẫn lưu: có thể từ miệng → hầu → thực quản → dạ dày → ống gan → dẫn lưu mật ra ngoài

☺: Hoại tử ruột thừa → dẫn lưu manh tràng

Có 1 trường hợp tại khoa cấp cứu bụng nhi mổ sỏi mật dẫn lưu 1/2l trên 24h có cắt dạ dày
→ không nội soi ngược dòng

Hiện tại điều trị nội; qua da ko được vì toàn bộ đường mật trong gan không chảy

Thủng tạng rỗng: sau 6h biểu hiện nhiễm trùng, đặc biệt sốt, **phản ứng thành bụng**

Nang giả tụy: nang không có vỏ

Áp xe túi cùng douglas => Xử trí:

- Dẫn lưu mũ qua nội soi
- Tạo đường thông qua âm đạo & túi cùng → dẫn lưu qua âm đạo
- Rạch trực tràng tạo đường thông giữa túi cùng và trực tràng => dẫn lưu qua đường tự nhiên

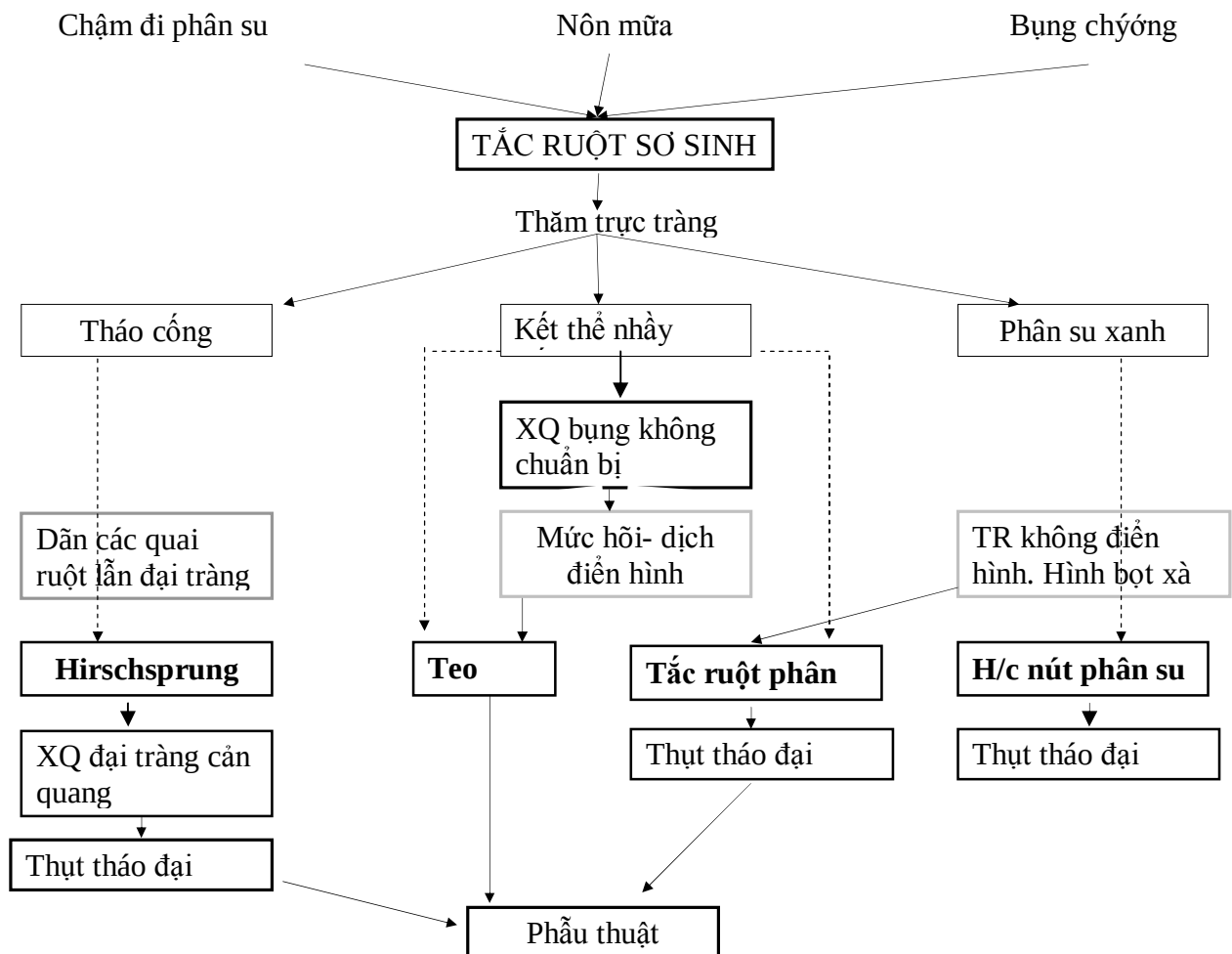
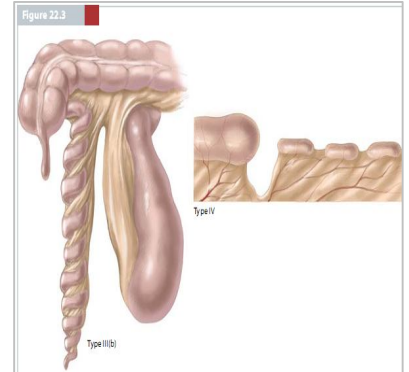
Trẻ sơ sinh uống rượu: gây hạ đường huyết và bồng

NHỮNG BÀI NGOẠI NHI CỦA THẦY PHẠM ANH VŨ

TẮC RUỘT SƠ SINH.

- Xảy ra trong 28 ngày đầu sau sinh. Tuy nhiên nếu bệnh đến muộn hơn (khoảng 1 tháng cũng có thể xem là TRSS)
- **Nguyên nhân:** hay gặp nhất là do teo ruột. Có 2 giả thuyết được đưa ra để lý giải:
 - o **Thuyết rỗng hóa (Tandler 1960):** khi phôi còn non, ống tiêu hóa là 1 ống phẳng, sau đó ống phẳng này rỗng từ trong lòng đi ra. Tuy nhiên 1 số đoạn không rỗng hóa được → teo ruột kiểu màng ngăn.
 - ☞ Thuyết này không giải thích được hiện tượng mất đoạn hay teo ruột
 - o **Thuyết mạch máu của Bernard:** do mất mạch máu nuôi dưỡng, giải thích được dị dạng mất đoạn ruột.
- **Chẩn đoán:**
 - o **Trước sinh:** siêu âm trước sinh.
 - Mẹ đa ối do con không nuốt nước ối (dị dạng đường tiêu hoá)
 - Đoạn ruột và dạ dày giãn trên siêu âm bào thai → hình ảnh “2 bóng hơi” trong trường hợp *teo tá tràng*
 - o **Chẩn đoán sau sinh:**
 - Chậm đi phân su >24h.
 - Nôn (không hằng định, chỉ có ở tắc cao hoặc nôn rất muộn trong trường hợp tắc thấp).
 - Bụng chướng (tắc cao thì không chướng).
 - Thăm dò ống hậu môn – trực tràng bằng ống sonde mềm: ra phân vàng vàng không phải phân su.
 - Lưu ý: thăm dò hậu môn – trực tràng là thủ thuật bắt buộc phải làm cho dù lâm sàng như thế nào (“chắc chắn có kẻ ghét mình”).
- **Hình ảnh trên phim:**
 - + Nếu tắc ruột do teo ruột: hình ảnh mức hơi dịch rõ còn tắc ruột do phân su thì mức hơi dịch không rõ.
 - o **Tắc tá tràng:**
 - 2 mức hơi dịch
 - o **Tắc ruột do nút nhầy phân su :** do phân su bị cô đặc ở những trẻ bị xơ nang tuy nên trở nên dẻo, dai gây tắc ở trực tràng.
 - Là 1 dạng tắc cơ năng – không cần mổ - chỉ cần điều trị nội khoa(thăm trực tràng bằng sonde Nelaton, tháo phân ra cho trẻ, trẻ đi cầu được hết bệnh
 - o **Tắc ruột phân su**
 - Tắc ở hỗng tràng- là tắc ruột cơ học
 - Điều trị ngoại khoa

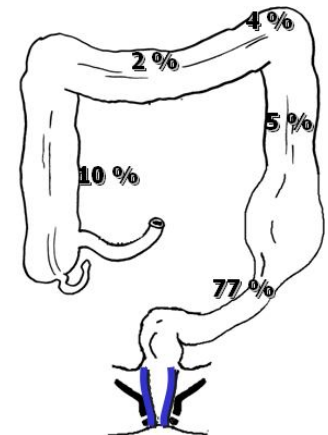
- Nếu tắc ruột sơ sinh được chẩn đoán trước sinh: không nên can thiệp sớm làm gì, dẫn họ vào những nơi có điều kiện để mổ để mổ trong ngày hoặc sau 1 ngày là tốt nhất.
- **Hội chứng cây thông giáng sinh (hội chứng ruột đuôi lợn)**
 - o Không có động mạch mạc treo tràng trên



HIRSCHPRUNG (Nên học kỹ).

Bệnh sinh:

- o Biểu hiện: 1 đoạn ruột không có sự chi phối của thần kinh - ruột → không co bóp.
- o Tổn thương đám rối thần kinh Meissner (dưới niêm mạc), và Auerbach (dưới cơ)
- o Trong quá trình phát triển của bào thai, thần kinh phát triển từ trên xuống, nên nếu thiếu hạch thần kinh giao cảm thì thiếu từ dưới lên, cho nên nếu vô hạch thì không có hạch 1 đoạn liên tục từ ống trực tràng đi lên.
- o Đây là tắc ruột cơ năng do ruột không co bóp.
- o Bệnh có tính chất di truyền.
- Hiện nay, không sử dụng tên gọi là bệnh phình đại tràng bẩm sinh nữa vì đó chỉ là hậu quả của tình trạng tắc ruột cơ năng ở bên dưới (trước đây gọi là megacolon – *Megacolon* có thể là nguyên phát).
- Vị trí vô hạch: (hình bên) có 1 tỉ lệ nhỏ là vô hạch toàn bộ ruột non.



- Lâm sàng:

o Sơ sinh:

- Đi cầu phân su rồi phân vàng, sau đó không đi nữa.
- Bụng chướng – nghi ngờ Hirschsprung. Đoạn vô hạch dài (kéo dài tới tận đại tràng xích ma) thông thường biểu hiện bệnh ngay từ nhỏ.

o Lớn lên:

- Thường gặp là những đoạn vô hạch ngắn, bệnh có biểu hiện là táo bón trường diễn, viêm ruột nhiều lần và **hiện tượng tháo cống** (trẻ không đi cầu trong 10 ngày sau đó đi cầu 1 lần, phân đen, lỏng, rất thối; sau khi đi trẻ ăn rất nhiều và lại táo bón lại)

- Hình ảnh X quang:

- o Tắc ruột cơ năng: chỉ thấy các quai ruột giãn.
- o X quang đại tràng cản quang: đại tràng hình phễu

- Lâm sàng:

- o Cần sinh thiết trực tràng là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.
- o Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất.

- Phẫu thuật Pull – through.

- o Cắt đoạn vô hạch → đem nối đoạn có hạch xuống nối đoạn hậu môn (tức là giữ lại ống hậu môn)- hiện tại chỉ có phương pháp đó mà thôi.

- Phẫu thuật 3 thì:

- o Hậu môn nhân tạo.
 - o Pull – through.
 - o Đóng HMNT.
- **Phương pháp 2 thì:**
 - o HMNT → pull through + đóng HMNT
 - o HNMT+ Pull through → đóng HMNT.
- **Phương pháp 1 thì:**
 - o Pull through.
- **Làm HMNT:**
 - o Nên làm ở đoạn trung gian (nằm giữa phần vô hạch và phần đại tràng giãn) có rất ít hạch
- **Phẫu thuật hạ bóng trực tràng:**
 - o **Swenson:**
 - Là phẫu thuật triệt để nhất vì cắt triệt để cả đoạn trung gian.
 - Tuy nhiên, nguy cơ đụng vào hệ niệu dục – biến chứng sau này về hoạt động tiểu tiện, sinh sản.
 - o **Phương pháp Duhamel:**
 - Không đụng vào hệ niệu dục.
 - Tuy nhiên nhược điểm là vẫn còn thừa lại phần bệnh lý nên bệnh nhân vẫn có nguy cơ bị táo bón trường diễn.
 - o **Phương pháp SOAVE:**
 - Lột phần niêm mạc, dưới niêm mạc, để lại phần thanh cơ sau đó đem đoạn có hạch xuống nối
 - Không tổn thương hệ niệu dục.
 - Không dễ táo bón trường diễn.
 - o **1996:** làm theo SOAVE nhưng đi từ đường hậu môn lên, chỉ áp dụng cho cắt ngang đại tràng xích ma mà thôi.
- **Biến chứng:**
 - o Hẹp.
 - o Còn đoạn vô hạch
 - Biểu hiện táo bón và trứng bụng từng đợt . Khi đó tiến hành chụp phim đại tràng cản quang can thiệp lại (Do làm PT Soave hậu môn đường vào để can thiệp rất dễ)

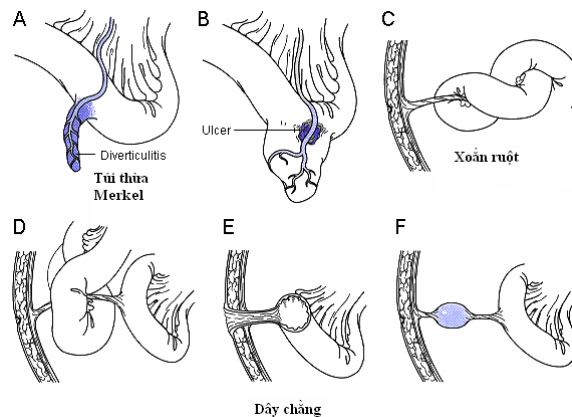
DI TẬT BẨM SINH VÙNG RÖN:

- Phân loại:

- o Khiếm khuyết thành bụng bẩm sinh:
 - Di tật ổ thành bụng bẩm sinh (omphalocele).
 - Di tật ổ tạng bẩm sinh (gastroschitis).
 - RÖn lòi: vòng gân rÖn không đóng kín, trẻ mới sinh thiếu tháng lại thường khóc nhiều → nguy cơ thoát vị rÖn.
- o Tồn tại ống niệu rÖn (tức là dây chằng treo bàng quang – Orachus)
 - Bình thường ống này tắc trước khi sinh. Nhưng do bất thường (tắc nghẽn đường niệu), không tắc ống niệu rÖn được.
 - Khi tồn tại ống này: vì biểu mô của nó giống biểu mô đường mật cũng như đường bài niệu nên khi có điều kiện thuận lợi là viêm nhiễm, tắc nghẽn thì nguy cơ tạo sỏi rất cao.
 - Điều trị bằng phẫu thuật thắt ống niệu rÖn trên đáy bàng quang.
- o Tồn tại ống rÖn tràng: bình thường vào khoảng tháng thứ 9 của thai kỳ, ruột vào trong lại, và đóng thành bụng. Do khiếm khuyết nên tạo ống thông giữa ruột và rÖn.

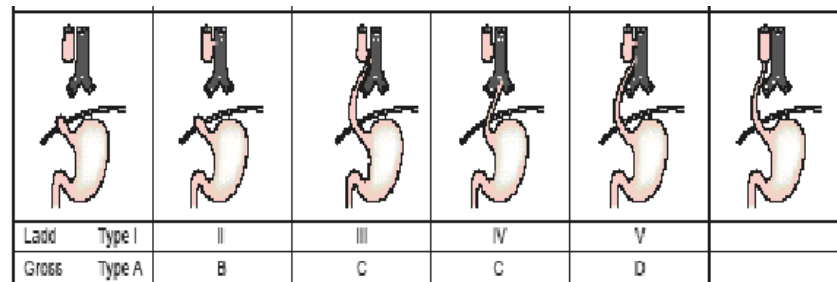
✎ *Túi thừa Merkel* là di tích của ống rÖn tràng.

✎ Các biểu hiện khác của ống rÖn tràng:



- **Chú ý:** đối với omphalocele không nên ghi là thoát vị rÖn vì không có da che phủ → da phát triển theo cân cơ, cân cơ không có thì da cũng không có.
- **Gastroschitis:** trong quá trình đóng kín ổ bụng, đường trắng giữa bên (P) bị khiếm khuyết nên ruột lòi ra ngoài. Thường gặp ở những bà mẹ trẻ (20 – 21 tuổi) – nhất là hút nhiều thuốc.

TEO THỰC QUẢN BẨM SINH:



- Thường kèm theo dò khí – thực quản: thức ăn từ thực quản dò vào khí quản – nguy cơ viêm phổi cao.
- 80% teo là có dò khí thực quản và chỉ liên quan đến khí quản hoặc phế quản gốc, ít khi ảnh hưởng đến phế quản phải hoặc trái.
- Nếu không có dò: chụp phim trẻ hoàn toàn không có hơi trong ổ bụng.
- Nếu có hơi: chứng tỏ có dò khí quản – thực quản. Vị trí dò cao nhất là phế quản gốc. Không dò vào phế quản trái phải

Chẩn đoán lâm sàng:

- Dấu hiệu “sùi bọt cua” xuất hiện khoảng 2 – 3h sau khi trẻ sinh – do trẻ không nuốt được nước bọt
- Nếu cho trẻ bú – trẻ sặc sữa và suy hô hấp.
- **Chụp phim:**
 - o Nếu không có hơi trong ổ bụng: I, II.
 - Ho và sặc liên tục: II.
 - Bú thì mới sặc: Type I.
 - o Nếu có hơi trong ổ bụng: III, IV, V.
 - o Dùng sonde để thăm dò: khi luồng sonde vào, xuống được một đoạn thì mắc lại, không xuống nữa. Chụp XQ để xác định vị trí. Hoặc dùng ống sonde mềm, luồng ống sonde qua mũi thì thấy đầu kia của sonde chui ra ở lỗ mũi bên cạnh hoặc qua miệng.
- **Chẩn đoán trước sinh:**
 - o Mẹ đa ối (thai nhi không nuốt được nước ối)
 - o Không thấy hình ảnh của dạ dày trước sinh.
 - o Thấy hình ảnh của túi bọt (nếu bs siêu âm giỏi): hình túi bọt trên giãn.

Chẩn đoán trước sinh:

- Teo thực quản là 1 cấp cứu nhưng không tuyệt đối (ví dụ nếu thể trạng của trẻ không ổn định, viêm phổi thì phải hỗ trợ trước cho trẻ trước khi mổ bằng cách dẫn lưu tư thế (trẻ nằm đầu thấp) hoặc đặt sonde dẫn lưu từ phần màng (túi bọt của đầu TQ bị teo)
- 85% các trường hợp 2 đoạn thực quản gần nhau → chỉ cần cắt ra và nối lại mà thôi.
- Nếu 2 đoạn thực quản cách xa nhau – kéo

THOÁT VỊ CƠ HOÀNH BẨM SINH:

(Khác với mắc phải là do chấn thương vỡ cơ hoành).

- Bào thai:

- o Cơ hoành phát triển từ trung tâm ra xung quanh, từ trước ra sau.
- o Thoát vị cơ hoành thường do sự chậm phát triển của cơ hoành nên nếu có thoát vị thì phải thoát vị phía sau hoặc 2 bên mà thôi (và bên phải ít gặp vì có gan dưới, phổi trên, cho nên cơ hoành tựa vào đó mà phát triển).
 - 98% là sau bên.
 - 80% là ở bên trái.

- Lâm sàng:

- o Mẹ đa ối.
- o **Lưu ý:** trước đây người ta nói do cơ hoành không phát triển, ruột tràn lên ổ bụng, từ đó gây nên thiếu sản phổi, tuy nhiên ngày nay người ta thừa nhận rằng, do thiếu sản phổi mới làm cho cơ hoành không phát triển.
- o **Lưu ý khác nữa:**
 - Nếu mẹ đa ối: nghi ngờ trẻ có rối loạn nào đó về hệ tiêu hóa.
 - Nếu mẹ thiếu ối: nghi ngờ hệ thận tiết niệu, như thận đa nang...
- o Trẻ suy hô hấp, tím tái sau sinh. Chỉ số APGAR sau 1' < 5 điểm.
- o Bụng xẹp (do ruột lên ngực).
- o Lồng ngực không cân xứng (rì rào phế nang + móm tim bên phải, bên trái nghe âm ruột).

- Chẩn đoán trước sinh:

- o Thấy ngay bên cạnh tim có 1 túi dịch, có nhu động (trên siêu âm) – đó là dạ dày.
- o Còn tiền lượng trẻ có sống được hay không thì phải sử dụng MRI:
 - LHR (lung to head ratio):
 - <1: nên phá thai.
 - > 1,5: có thể sống.
 - 1 – 1,5: 50 -50.

- Sinh lý bệnh:

- o Mổ đóng lại cơ hoành không phải để phổi trái trở lại bình thường mà để cho bệnh nhân khỏi bị chèn ép phổi bên đối diện (vì phổi trái đã bị thiếu sản rồi).
- o Đưa ruột xuống để khỏi thoát vị nghẹt.

- Điều trị:

- o Hiện tại đối với thoát vị cơ hoành là cấp cứu nhi khoa (tức là cho trẻ thích nghi với việc thở 1 phổi, điều chỉnh rối loạn điện giải, rối loạn toan kiềm trong 48h, sau đó mới mổ → 98% sống.
- o Mổ không khó, nhưng gây mê hồi sức khó vì trẻ đã bị mất 1 phổi rồi.
- o Nếu lỗ nhỏ, chỉ cần khâu lại, nhưng nếu lỗ lớn thì cần sử dụng miếng vá.

HỆP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ

✂ Môn vị bị hẹp lại do lớp cơ trơn phì đại (niêm mạc bình thường khác với hẹp môn vị ở người lớn thường liên quan đến U, loét mạn, xơ hoá...)

✂ Lâm sàng:

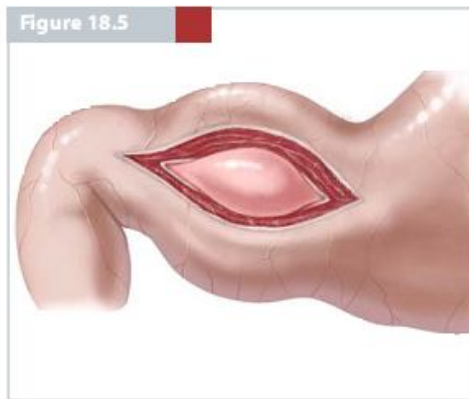
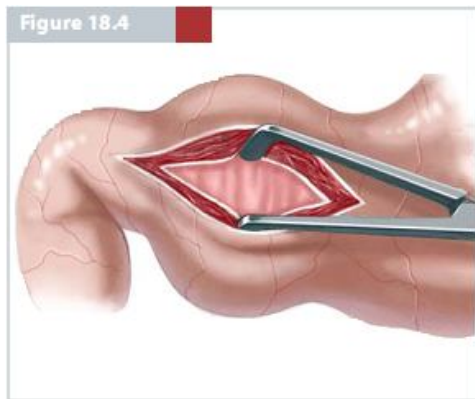
- Sau khi sinh trẻ có một thời gian hoàn toàn bình thường gọi là Honeymoon weeks (thường 3-4 tuần): cần thời gian để lớp cơ phì đại đủ gây hẹp
- Nôn : nôn ra sữa cũ , không có dịch mật, nôn vọt (giống như nôn trong tăng áp lực nội sọ), có khoảng trống sau khi bú

☞ Chẩn đoán phân biệt

- Trớ sinh lý: do cơ thắt dưới thực quản chưa phát triển hoàn thiện
- Hẹp tá tràng bẩm sinh : nôn ra dịch mật (đa số hẹp đại tràng bẩm sinh là hẹp dưới bóng Vater)
- Hẹp môn vị bẩm sinh do màng: nôn ra sữa cũ ngay trong tuần đầu tiên.
 - o Sờ được khối U môn vị : nằm ở vùng thượng vị chệch phải, khối tròn giống hạt Oliu, chắc
 - o Dấu Bouveret
 - o Tiêu chuẩn vàng: đo bề dày thành môn vị trên siêu âm (>3cm)

✂ Điều trị

- Phẫu thuật là phương pháp duy nhất

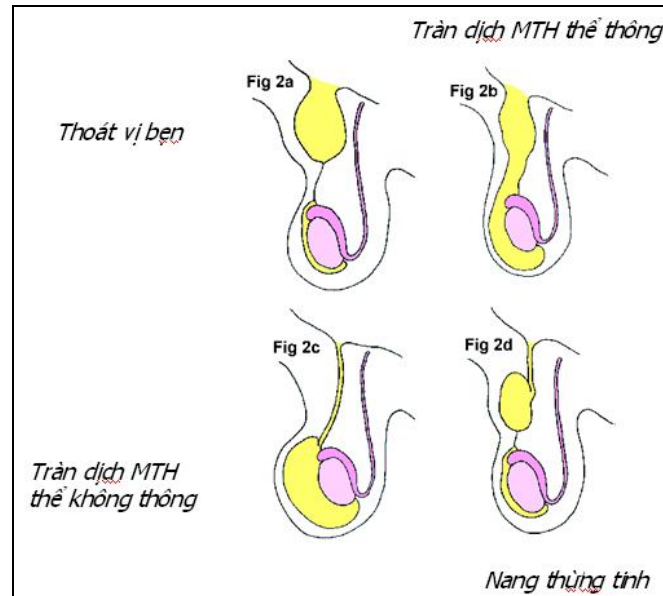


- Đường mổ: khoảng 1cm , ½ chu vi trên đường quanh rốn
→ xẻ thanh cơ, để lòi niêm mạc

* Biến chứng:

- Chọc vào niêm mạc
- Không xẻ hết lớp thanh cơ : trẻ có nguy cơ tái phát về sau (nôn, trào ngược dạ dày thực quản) → theo dõi điều trị nội khoa. Ít khi phải mổ lại.

ỐNG PHÚC TINH MẠC.



1. Đại cương:

- Ống phúc tinh mạc hình thành trong thời kỳ bào thai do sự di chuyển của tinh hoàn ở trẻ nam hoặc dây chằng tròn ở trẻ gái.
- Sau khi sinh ra:
 - o Bé trai ống phúc tinh mạc biến thành dây chằng Cloquet.
 - o Bé gái ống phúc tinh mạc biến thành ống Nuck.
- Trẻ sinh ra đủ tháng đủ ngày hiếm khi thấy tắc. Còn hầu như tất cả những bé đẻ non đều có nguy cơ bị dị tật còn ống phúc tinh mạc.

2. Hỏi bệnh:

a. Tuổi thai khi sinh:

- i. Nếu trẻ đẻ non, nếu tồn tại ống phúc tinh mạc thì thường tồn tại cả 2 bên.
- ii. Những trẻ đủ tháng đủ ngày nếu có 1 lý do nào đó ống phúc tinh mạc mở ra thì thường chỉ tồn tại 1 bên mà thôi.
- iii. Hơn nữa, những đứa đẻ non thì có thể có kèm theo dị tật thoát vị rốn.

b. Tuổi phát hiện

- i. Trẻ sinh ra đã bị rồi: trẻ có thể bị 2 bên, và coi chừng có thêm thoát vị rốn, cần chú ý để điều trị triệt để cho bé.
- ii. Phải 3- 4 tuổi mới bị có ống này: thường chỉ bị 1 bên.

c. Lý do vào viện:

- i. Trẻ nhỏ: có thể bố mẹ tắm cho trẻ và phát hiện ra.
- ii. Trẻ lớn hơn: nhân 1 đợt khám sức khỏe.

iii. Hoặc có thể vào viện vì 1 biến chứng của thoát vị.

3. Khám thực thể:

- a. Bùu.
- b. Bẹn.
- c. Soi đèn:
 - i. Nếu có hiện tượng thấu quang: chứng tỏ bên trong là nước, đây là 1 tràn dịch màng tinh hoàn.
 - ii. Nếu không có hiện tượng thấu quang: chứng tỏ bên trong là tạng, đó là thoát vị bẹn.
- d. Chú ý nghiệm pháp lăn thừng tinh (chú ý nghiệm pháp này chỉ làm ở trẻ con, còn nghiệm pháp dứt tay lọt qua lỗ bẹn nông thì chỉ áp dụng được cho người lớn).
 - i. Nghiệm pháp dương tính khi thấy tiếng sột soạt dưới tay.
 - ii. Chứng tỏ còn tồn tại ống phúc tinh mạc giãn ra.
- e. 1 cách để phân biệt thoát vị bẹn và tràn dịch màng tinh hoàn:
 - i. Thoát vị bẹn: tạng xa xuống đáy tinh hoàn xuống phía dưới, cho nên có thể sờ được tinh hoàn ở cực dưới.
 - ii. Tràn dịch màng tinh hoàn: Tinh hoàn như 1 hòn đá lơ lửng trong nước, nên không sờ được tinh hoàn ở cực dưới.

4. Cận lâm sàng:

- a. Siêu âm:
 - i. Nếu thoát vị bẹn: thì siêu âm thấy tinh hoàn bị đẩy lệch xuống phía dưới.
 - ii. Nếu là tràn dịch màng tinh hoàn: siêu âm thấy tinh hoàn trôi lơ lửng trong ổ dịch.

5. Thái độ xử trí:

a. Trường hợp tràn dịch màng tinh hoàn hoặc nang thừng tinh:

- i. Trẻ <2 tuổi:
 - 1. Không mổ.
 - 2. Theo dõi cái đã.
- ii. Trẻ ≥ 2 tuổi:
 - 1. Phẫu thuật.
- iii. Nếu không mổ thì sao:
 - 1. Không gây ra biến chứng gì cả, chỉ gây triệu chứng nhẹ nhàng là cảm thấy nặng tức ở khu vực bìu dái mà thôi.
 - 2. Nang thừng tinh, dân gian gọi là dái 3 hòn: người ta thường đi mổ vì lý do tâm lý.
- iv. Đây không phải là 1 cấp cứu.

b. Trường hợp thoát vị bẹn:

- i. Nếu đã có chẩn đoán rồi thì mổ sớm nhất có thể, vì trong thời gian đó, biến chứng có thể xảy ra bất cứ lúc nào.
- ii. Có thể trì hoãn 1- 2 tuần, nhưng phải dặn bố mẹ của trẻ theo dõi kỹ các triệu chứng của 1 thoát vị bẹn:
 1. Bù sưng to không giảm.
 2. Trẻ khóc dữ dội.
 3. Đau, nôn, bí, chướng.
- iii. *“Trong trường hợp chưa thể mổ được vì 1 lý do nào đó, có nên cho trẻ mặc quần lót chặt, hoặc băng hình chữ T để tạo 1 áp lực vào lỗ bẹn và tinh hoàn để hạn chế sự sa xuống của các tạng trong ổ bụng, tránh thoát vị không?” Trả lời: Không*
 1. Nó sẽ hạn chế sự tự bình chỉnh của tinh hoàn theo nhiệt độ của môi trường bên ngoài để đảm bảo nhiệt độ tinh hoàn luôn nhỏ hơn $0.5 - 1^{\circ}$ so với cơ thể.
 2. Khi trẻ chạy nhảy, vì 1 lý do nào đó, ruột sa xuống lỗ thoát vị, khi đó quần lót chặt, băng chữ T sẽ là lý do gây ra thoát vị nghẹt, khi đó càng nguy hiểm hơn.
- iv. *Nếu bố mẹ trẻ khai là khi trẻ chạy nhảy hoặc khóc thì búi to hơn, khi nó nghỉ ngơi thì búi nhỏ lại, vậy có nên khuyên họ là hạn chế trẻ chạy nhảy không?*
 1. Có nên, nhưng có điều là mình không thể hạn chế bọn nó.
 2. Người lớn chỉ có vai trò theo dõi.

6. Nguyên tắc điều trị:

- a. Thắt cao ống phúc tinh mạc, ngay vị trí lỗ bẹn sâu.
- b. Lưu ý:
 - i. Đây là 1 phẫu thuật đơn giản, nhưng biến chứng rất dễ xảy ra, cho nên phẫu thuật này chỉ dành cho những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.
 - ii. Biến chứng quan trọng là tắc ống dẫn tinh, mổ càng nhỏ thì nguy cơ tắc ống dẫn tinh càng cao (nghiên cứu cho thấy chỉ cần kẹp Kocher 2 lần vào thì tỉ lệ tắc ống dẫn tinh là 50%).
- c. 1 số trường hợp triệu chứng chỉ rõ 1 bên thôi, nhưng nếu trẻ đẻ non thì khi mổ bên đó, phải đứt ống nội soi qua lỗ bẹn bên đối diện kiểm tra, nếu có tồn tại ống đó nữa thì mổ tiếp bên đó, nếu không thì thôi, mổ và đóng vết thương.

DI DẠNG ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Tần xuất:

- Teo đường mật bẩm sinh: 1/10.000 – 1/12000.
- Giãn đường mật bẩm sinh: phổ biến hơn.
- Nữ : Nam = 3:1, 4:1.

TEO ĐƯỜNG MẬT

Phôi thai học:

- Đường mật trong gan: phát triển từ trung bì.
- Đường mật ngoài gan: phát triển từ nụ tụy, nguồn gốc nội bì.
- Như vậy, sẽ xảy ra 3 trường hợp: trẻ có thể bị teo đường mật trong gan, teo đường mật ngoài gan, hoặc teo đường mật cả trong lẫn ngoài gan.

Các thể teo đường mật:

- Teo đường mật trong lẫn ngoài gan, tức là rối loạn sự phát triển của cả trung bì lẫn nội bì (88%).
- Chỉ teo đường mật trong gan, tức là rối loạn sự phát triển của trung bì (2%).
- Chỉ teo đường mật ngoài gan, tức là rối loạn sự phát triển của nội bì (10%).

Về ý nghĩa ngoại khoa:

- Chỉ có teo đường mật ngoài gan thì mới có thể chữa lành được – teo ngoài gan được tính teo từ ống gan chung trở xuống, hiếm khi teo đường mật ngoài gan mà teo ống gan phải và ống gan trái
- Teo đường mật trong gan, thì không thể chữa lành được (trước đây), nghĩa là 90% các trường hợp teo đường mật bẩm sinh là không chữa lành được

1 số thông tin

- Tất cả trẻ teo trong hay ngoài gan thì trong thời kỳ bào thai đều có tình trạng ứ mật, khi sinh ra đều bị xơ gan ít nhiều. Mổ chỉ là để giải quyết tình trạng ứ mật và hạn chế sự tiến triển của xơ gan.
- Cho nên nếu mổ sớm, tình trạng xơ gan có thể bù trừ được, nhưng mổ muộn, khi đó toàn bộ gan bị xơ mất bù rồi thì chỉ có ghép gan trẻ mới sống.
- 90% teo trong gan: muốn có sự thông thương đường mật ta phải tìm 1 vài đường mật còn thông, nối lại thì trẻ sống được, nếu không thì trẻ chết.
- Như vậy kết quả thành công hay không phụ thuộc 2 yếu tố:
 - o Mổ sớm hay muộn: xơ gan hay không.
 - o Thể giải phẫu:
 - Teo đường mật ngoài gan: mổ dễ.
 - Teo trong gan:
 - 70% trẻ sẽ sống.

- 30% chết hoặc phải ghép gan.

Lâm sàng:

- Vàng da sơ sinh kéo dài trên 2 tuần (*vàng da sinh lý chỉ kéo dài vài ngày mà nhiều lần cũng không quá 2 tuần*).
- Phân bạc màu (*triệu chứng hằng định cần phải có*).
- Gan lớn.

Cận lâm sàng:

- **Tắc mật:**
 - o Billirubin trực tiếp tăng + phosphatase kiềm tăng.
 - o STM – MM nước tiểu.
 - o Test dịch tá tràng xem có mật hay không.
 - o Các xét nghiệm sinh hóa chỉ có ý nghĩa chỉ ra có tắc mật hay không mà thôi, chẩn đoán xác định phải dựa vào xét nghiệm hình ảnh
- **Xét nghiệm hình ảnh:**
 - o Siêu âm là xét nghiệm đầu tay.
 - o Chụp nháy nháy: mình chưa có.
 - o CT scan: phải là loại 64 nhất cắt mới có thể phát hiện được.
 - o MRI: phải là loại 1,5 – 2 Tesla.
- **Siêu âm:**
 - o Không nhìn thấy túi mật + sinh hóa chỉ ra tình trạng tắc mật → bệnh teo đường mật bẩm sinh được chẩn đoán.
 - o Nếu có túi mật: xem nó còn hoạt động hay không, hay chẳng qua nó chỉ là 1 vết tích? Khi đó cho trẻ bú 1 xí, siêu âm lại thấy túi mật nếu xẹp đi, hoặc thay đổi kích thước, chứng tỏ nó còn hoạt động → chưa phải là teo đường mật bẩm sinh.
 - o Nếu thấy hình ảnh túi mật bờ nhám nhò, không chứa dịch → teo đường mật bẩm sinh rồi.

1 lưu ý quan trọng:

- Có 1 bệnh lý là viêm gan sơ sinh có các triệu chứng cực kỳ giống với teo đường mật bẩm sinh với vàng da, gan lớn, tắc mật. Lưu ý rằng viêm gan ở trẻ em khác với người lớn, viêm ở trẻ em có sự phù nề các tế bào gan, gây ra tình trạng tắc mật, vì thế bệnh cảnh mới giống teo đường mật bẩm sinh. Cần loại trừ nguyên nhân này trước khi nghĩ đến teo đường mật bẩm sinh.
- Viêm gan này là vô căn, không tìm thấy nguyên nhân.
 - o Nhưng nói như thế 90% phải mổ bụng thăm dò.

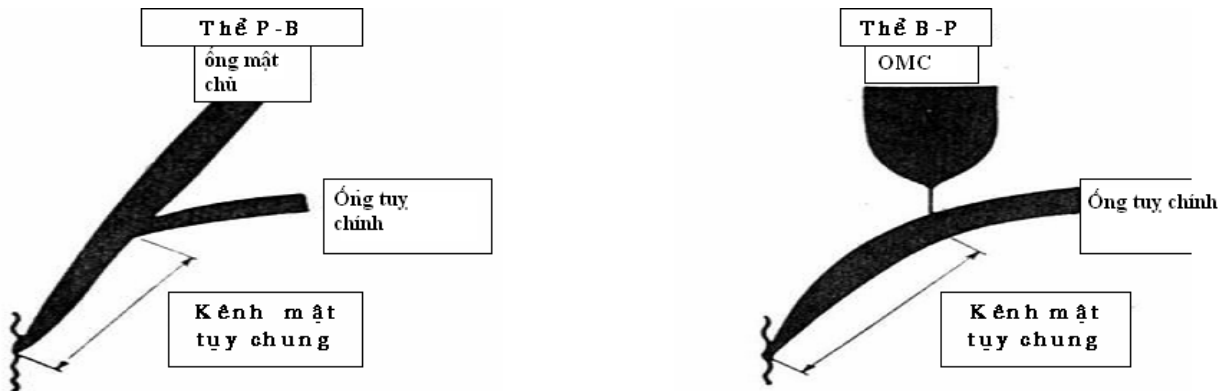
Điều trị:

- Đối với 10% teo đường mật ngoài gan:
 - o Phẫu thuật đem tá tràng lên nối vào trên chỗ teo → dễ.

- Đối với 90% teo đường mật trong gan:
 - o Phẫu thuật Kasai: nối cửa gan với ruột, tức là chỉ khâu ruột vào bao Glisson của gan.
 - o Sau đó sử dụng kháng sinh, kháng viêm kéo dài.
 - o 70% các trường hợp mổ bằng phương pháp Kasai thành công.
-

GIÃN ĐƯỜNG MẬT BẨM SINH

Đại cương:



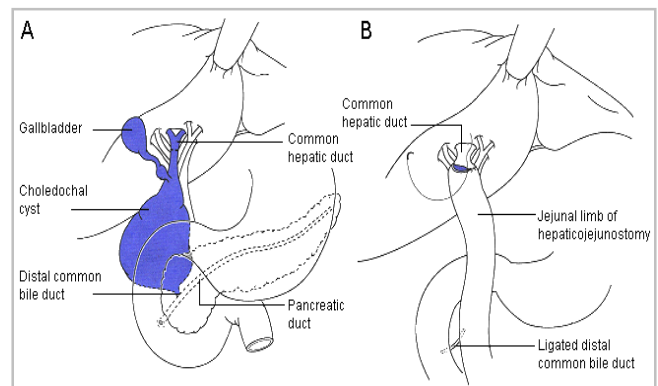
- Thông thường: áp lực trong ống tụy cao hơn nhiều so với trong đường mật → vì thế không có sự trào ngược dịch mật vào trong ống tụy.
- Tuy nhiên, vì 1 lý do nào đó, dịch tụy trào ngược vào trong ống mật mặc dù ở cực dưới không có tắc nghẽn, dịch tụy là dịch tiêu hóa có tác dụng bào mòn làm cho ống gan mỏng dần → giãn ra.
- Tối đa nó có thể giãn lên tới >70mm. Ống gan bình thường ở trẻ em có đường kính khoảng 1 – 1.5mm.

Lâm sàng:

- Đau bụng.
- Sốt.
- Vàng da (90% bệnh nhân không có vàng da).
- Khối gỗ vùng hạ sườn phải.

Điều trị:

- Phẫu thuật cắt hoàn toàn phần ngoài gan giãn → nối lưu thông.
- Nếu để lâu có thể gây gập góc → vỡ ra → nguy hiểm.
- 1 nguy cơ khác là có thể chuyển sang ung thư.
- Cho nên, nếu chẩn đoán khi nào thì cần mổ khi đó, mới để 5 tháng thôi cũng phải mổ.
- Nhìn chung, phẫu thuật giãn đường mật bẩm sinh không khó → kết quả rất khả quan.



Cảm ơn các bạn đã tham gia đánh máy lại những bài giảng của các thầy cô trên lớp cũng như tại bệnh viện để tập tài liệu được hoàn thành!

(T.Khánh, N.Đ.Tâm, T. Uyên, Đ.Long, T.Nguyên, B.Thủy, H.Giang, V.Hòa, T.T.T.Trang, P.Nguyên, D.Thanh, T.Trâm, T.Liêm, M. Ân, Đ. Hùng...)

Và 1 số bạn khác đã tham gia cung cấp tài liệu!

Hãy gửi những bài giảng hay của thầy cô về cho chúng tôi để tập tài liệu tiếp tục được mở rộng, phong phú hơn. Email: khanhduong88@gmail.com

**Y4C Năm học 2009 – 2010
(2006 - 2012)**