**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y – DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

BỘ MÔN NGOẠI

**PHẦN I. TRIỆU CHỨNG NGOẠI Y HỌC HIỆN ĐẠI**

ĐỐI TƯỢNG: BÁC SỸ YHCT

*(Lưu hành nội bộ)*

BỆNH ÁN NGOẠI KHOA

I. Mục tiêu

1. Định nghiã được bệnh án ngoại khoa

2. Trình bày được các bước làm bệnh án ngoại khoa

3. Mô tả chi tiết nội dung bệnh án ngoại khoa

II. Nội dung

Bệnh án ngoại khoa là hồ sơ theo dõi quá trình điều trị bệnh nhân ở khoa ngoại, là một bản lí lịch bệnh tật cùa từng bệnh nhân, là cơ sở cho thầy thuốc chẩn đoán và ra quyết định điều trị cho phù hợp. Ngoài ra bệnh án còn là cơ sở pháp lí, tư liệu quí cho việc nghiên cứu khoa học. Cũng giống như bệnh án của các khoa khác, nhưng lại có những chi tiết riêng của từng loại bệnh ngoại khoa bao gồm 10 đề mục.

1. Hành chính:

* Họ tên bệnh nhân: Ghi theo giấy tờ hành chính của bệnh nhân.
* Giới: Nam hay nữ.
* Tuổi: Dưới 3 tuổi ghi số tháng, dưới 1 tháng ghi số ngày tuổi.
* Nghề nghiệp: Ghi nơi ở theo hộ khẩu thường trú của bệnh nhân.
* Ngày giờ vào viện: Ghi thời điểm bệnh nhân được nhận vào viện.

2. Lý do vào viện:

Lý do vào viện là các rối loạn bệnh lý hoặc tai nạn rủi ro ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt của bệnh nhân làm cho họ phải đến bệnh viên, là cơ sở đầu tiên giúp người thầy thuốc hướng tới một căn bệnh nào đó.

Ví dụ :

- Đau bụng vùng hố chậu phải và sốt

- Hôn mê do tai nạn giao thông

- Đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện

- Lý do vào viện phải được ghi ngắn gọn, không ghi tên bệnh và không ghi chẩn đoán của nơi khác chuyển đến.

3. Bệnh sử:

Bệnh sử là quá trình diễn biến của bệnh từ lúc khởi đầu cho đến khi ta làm bệnh án lần này, là phần mô tả cụ thể lý do vào viện, là kết quả cùa việc hỏi bệnh và tham khảo các hồ sơ có trước.

Nội dung bệnh sử phải cân đối với nội dung cùa bệnh án mặc dù bệnh nhân mới vào viện hay nằm viện đã lâu, cụ thể có 5 điểm dưới đây.

3.1. Thời gian xuất hiện bệnh hay tai nạn

Ngày giờ xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh hoặc bị tai nạn.

3.2. Tính chất của bệnh:

Khai thác thứ tự xuất hiện, diễn biến, tính chất của các triệu chứng chính cùng những dấu hiệu kèm theo của bệnh.

Hoặc tìm hiểu nguyên nhân, cơ chế, mức độ của tai nạn cũng như những triệu chứng sau khi bị chấn thương.

3.3. Tình trạng lúc vào viện:

Hỏi tình trạng toàn thân và tại chỗ lúc bệnh nhân mới vào bệnh viện trên các mật tinh thần,sắc thái, tri giác, mức độ của bệnh.

3.4. Đã được xử trí như thế nào:

Bệnh không mổ thì tóm tắt những việc đã làm để cứu chữa bệnh nhân.

* Những triệu chứng chính mà người khám trước đã phát hiện được.
* Chẩn đoán lúc vào viện.
* Tóm tắt quá trình điều trị.
* Tóm tất diễn biến của bệnh.
* Kết quả điều trị.

Nếu bệnh nhân đã được mổ thì ta tóm tắt quá trình phẫu thuật.

* Chẩn đoán trước mổ dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng.
* Ngày giờ mổ, thời gian của cuộc mổ.
* Phương pháp trừ đau (gây tê hay gây mê).
* Cách thức phẫu thuật, ghi theo biên bản phẫu thuật.
* Chẩn đoán sau mổ, dựa vào nhận xét đại thể qua phẫu thuật.

3.5. Diễn biến sau mổ (hay sau xử trí vết thương, vết bỏng hay bó bột...) để xác định có biến chứng sau mổ không

3.6. Tình trạng hiện tại

Nêu những nét nổi bật nhất về tình trạng toàn thân và cơ năng của bệnh lúc mà ta làm bệnh án.

4. Tiền sử:

4.1.Tìền sử bản thân

 Là tình hình sức khoẻ và bệnh tật của bệnh nhân trước khi vào viện lần này. Nội dung của tiền sử bao gồm:

- Đã mắc bệnh nội khoa lần nào chưa, vào thời gian nào...

- Có phải mổ lẩn nào chưa, mổ vì bệnh gì, vào tháng năm nào...

- Bệnh nhân là phụ nữ, ta phải hỏi tiền sử sản phụ khoa của họ.

- Bệnh nhân là trẻ em, ta phải hỏi tiển sử sơ sinh của trẻ.

Ví dụ: Đẻ đủ tháng hay thiếu? cân nặng lúc đẻ...

4.2. Tiến sử gia đình- bàng hệ

Khai thác bệnh có liên quan trong gia dinh

Các bệnh di truyển. lây truyển ở gia đình, địa phương bẻnh nhân.

Hoàn cảnh kinh tế:

Có liên quan đến quá trình điều trị bệnh. Khả năng tài chính của người bệnh có điều kiện chi trả kinh phí( thuốc, bồi dưỡng sức khoẻ...)

5. Khám hiện tại:

(Ngày thứ mấy sau mổ - hay sau chấn thương...)

Thăm khám một bệnh nhân ngoại khoa cũng như thám khám bệnh nhân khác nhưng do tính chất riêng của bệnh ngoại khoa, không nhất thiết phải ghi tất cả kết quả thăm khám các cơ quan: thứ tự thám khám như sau:

5.1. Khám cơ năng

-Xác định những dấu hiệu chủ quan bệnh nhân kể khi ta hỏi bệnh hay những rối loạn cụ thể về chức năng mà người thầy thuốc dễ dàng nhận thấy khi khám bênh như đau, bí đái, khó thờ, nôn, bí trùng đại tiện...

Mỗi bệnh lí có những rối loạn cơ năng khác nhau

5. 2. Khám toàn thân

- Là quan sát tinh thần, sắc thái, gầy béo, màu sắc da niêm mạc, mạch, huyết áp, thân nhiệt... ở trạng thái bình thường hay bệnh lý như hôn mê, sốc, nhiễm trùng, nhiễm độc, mất nước, suy mòn.

5.3. Khám thực thể:

Là phần chủ yếu khi khám bệnh ngoại khoa.

Đối với bệnh nhân không mổ hay chưa mổ:

- Cần khám ngay cơ quan bị bệnh: Đau bụng thì khám bụng, khó thở thì khám lổng ngực và tim phổi, bị tai nạn thì khám chỗ bị thương.

- Sau đó, khám các cơ quan có liên quan về giải phẫu liên quan về chức nảng với cơ quan bị bệnh.

- Cuối cùng quan sát toàn diện trên cơ thể bệnh nhân tránh bỏ sót những dấu hiệu đặc biệt như sẹo cũ, mỏm cụt, dị dạng...

Đối với bệnh nhân sau mổ, thăm khám và mô tả vít mổ:

- Vị trí và tên đường mổ. f

- Kích thước của vết mổ, khâu bằng chỉ... mấy mũi hay đã cắt chỉ.

- Tình trạng vết mổ (chảy máu, nhiễm trùng, khô sạch, liển tốt).

6. Sơ bộ tóm tắt.

Sơ bộ tóm tắt là nhắc lại một cách ngắn gọn có hệ thống các tư liệu mà ta đã khai thác được để chẩn đoán lâm sàng, cụ thể như sau:

- Bệnh nhân nam hay nữ, bao nhiêu tuổi, vào viện ngày giờ nào.

- Vào viện vì lý do gì.

- Tiền sử bệnh có gì đặc biệt.

- Hỏi bệnh và khám bệnh thấy những triệu chứng gì.

- Tình trạng bệnh hiện tại.

*Khi tóm tắt phần bệnh sử và phần khám bệnh cần phân biệt:*

Bệnh không phải mổ, ta tóm tắt như sau:

- Chẩn đoán lúc vào viện và những lý do chính của chẩn đoán đó.

- Diễn biến của bệnh qua quá trình điều trị.

- Các triệu chứng chủ yếu khi ta thăm khám.

Bệnh nhân đã được mổ, ta phải tóm tắt cuộc mổ:

- Chẩn đoán trước mổ.

- Ngày giờ mổ, cách thức mổ, chẩn đoán sau mổ. (Tóm tắt).

- Diễn biến và kết quả thăm khám sau mổ.

Sau cùng, nêu thật tóm tất tình trạng bệnh hiện tại lúc ta thăm khám để dựa vào đó mà chẩn đoán lâm sàng rồi tiến hành các thăm khám cận lầm sàng và đi đến chẩn đoán xác định.

7. Cận lâm sàng.

Yêu cấu xét nghiệm: Phải phù hợp với chẩn đoán và phải phù hợp với tùng tuyến điểu trị. Thăm khám cận lâm sàng gồm các phương pháp sau:

- Các xét nghiệm máu, nước tiểu, chất thải tiết...

- Chiếu/ chụp x.quang không chuẩn bị, có chuẩn bị.

- Các biện pháp khác như chọc dò, nội soi, siêu âm...

Tuỳ từng trường hợp mà yêu cẩu các thăm khám cận lâm sàng cần thiết.

- Để chẩn đoán bệnh.

- Giúp cho tiên lượng.

- Chuẩn bị cho phẫu thuật.

Chi ghi vào mục này những số liệu cần thiết cho các yêu cầu trên đây, không chép tât cả kết quả cận lâm sàng trong thời gian điều trị.

7.2. Kết quả xét nghiệm:

- Xét nghiệm về sinh hoá

- Xét nghiệm máu

- Chẩn đoán hình ảnh

Bệnh án sau mổ, chỉ ghi những kết quả cận lâm sàng sau khi mổ, những kết quả cận lầm sàng trước khi mổ đã ghi vào phần bệnh sử để chẩn đoán.

8. Chẩn đoán.

8.1. Chẩn đoán phân biệt.

Để chẩn đoán xác định được chắc chắn, hãy nghĩ đến những bệnh có thể nhầm với bệnh chính rồi vận dụng lý thuyết bệnh học cùng kinh nghiệm về lâm sàng mà gạt bỏ chúng một cách hợp lý.

8.2. Chẩn đoán xác định.

Khi đã chẩn đoán phân biệt loại trừ hay không có chẩn đoán phân biệt mới kết luận chẩn đoán xác định bệnh.

Bệnh được chẩn đoán xác định phải là duy nhất. Nếu chưa rõ ràng thì ghi 1 hay 2 bệnh còn đang theo dõi.

Chẩn đoán phải phù hợp với hoàn cảnh cụ thể.

8.3. Chẩn đoán thể lâm sàng

8.4. Các chẩn đoán khác.

Một số trường hợp cần thiết, ngoài chẩn đoán xác định, có thể có các chẩn đoán khác như nguyên nhân, vị trí, mức độ, giai đoạn, biến chứng; bệnh kèm theo, bệnh phụ...

8.5. Chẩn đoán sớm tại cộng đồng:

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng nhằm chẩn đoán sơ bộ bệnh để có hướng xử trí phù hợp

- Phát hiên sớm bệnh lí ngoại khoa

9. Điều trị.

- Khi đã có chẩn đoán xác định, phải đề ra hướng xử trí, rồi cho những phác đồ điều trị phù hợp với tình trạng bệnh và thực tế của bệnh viện.

- Nếu chưa có chẩn đoán chắc chắn hay chưa tìm được phương pháp xử trí thì phải có hướng theo dõi, thăm khám cận lâm sàng để chẩn đoán.

- Những trường hợp bệnh nhân chỉ nằm viện chờ mổ hay chờ ra viện, cũng phải có chế độ săn sóc bệnh nhân.

9.1. Điều trị nội khoa:

-Chế độ hộ lý.

- Chế độ điều dưỡng: cần cụ thể rất quan trọng trong điều trị bệnh lí ngoại khoa đặc biệt những trường hợp sau mổ

- Thuốc: Tên hàm lượng, liéu lượng, cách dùng, thời gian.

9. 2. Điều trị Ngoại khoa:

- Chỉ định phẫu thuật.

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.

- Dự kiến phương pháp phẫu thuật.

9.3. Điều trị theo tuyến: căn cứ vào chẩn đoán điều trị theo tuyến phải phù hợp

+ Đối với tuyến cơ sở chủ yếu là sơ cứu tại cộng đồng. Bằng những phương tiện sẵn có tại cộng đồng mà có những phương pháp sơ cứu khác nhau. Ví dụ

- Gẫy xương: cố định bằng nẹp tre, gỗ...

- Vết thương mạch máu: Garo, băng ép, dây chun...

+ Đối với tuyến tỉnh: Xử trí thường triệt để vì đây là nơi có đầy đủ trang thiết bị, kỹ thuật và con người.

9.4. Điều trị sau mổ

- Tiếp tục điều trị nội khoa

- Theo dõi toàn thân, tại chỗ để phát hiện và xử trí biến chứng

- Thực hiện yêu cầu sau mổ: ống dẫn lưu, thay băng, cắt chỉ, thời gian để bột...

9.6. Điều trị dự phòng

- Phát hiện sớm bệnh

- Hạn chế biến chứng

10. Tiên lượng và bàn luận:

10.1. Tiên lượng là dự đoán có cơ sở cho một bệnh trong trưòng hợp được hay không được điều trị, tránh phán đoán chung chung không có căn cứ. Cần có 2 phần: Tiên lượng gần, tiên lượng xa.

Tiên lượng gần: là đánh giá tình trạng bệnh nhân từ lúc bị bệnh, được điều trị, cho đến hiện tại thì diễn biến tốt hay không tốt.

Tiên lượng xa: là đánh giá khả năng sau ra viện (sau thời gian điều trị) có tốt hay không tốt. Có thể để lại di chứng hay biến chứng sau này không?

Bàn luận là rút kinh nghiệm việc chẩn đoán và điều trị bệnh, nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

IV.Tài liệu tham khảo

Triệu chứng học ngoại khoa (1996), Đại học Y Hà Nội. Nhà xuất bản y học

KHÁM CHÂN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG NGỰC

I. Mục tiêu

Mô tả, diễn giải được các triệu chứng của chấn thương và vết thương ngực.

Trình bày được cách thăm khám lâm sàng cơ quan hô hấp.

Liệt kê được các loại tổn thương hay gặp trong chấn thương và vết thương ngực

Mô tả được nguyên tắc, sơ cứu, cấp cứu bệnh nhân bị chấn thương, vết thương ngực.

II. Nội dung

Chấn thương, vết thương ngực là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Do rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Chủ yếu là do tai nạn giao thông. Biểu hiện dưới nhiều hình thái tổn thương khác nhau.

Hình thái nhẹ như vết thương thành ngực, chấn thương thành ngực đến mức độ nặng hơn như gẫy xương sườn, tràn máu tràn khí mang phổi, vết thương ngực hở...Chính vì tính thường gặp và tính cấp cứu của nó đòi hỏi phải thăm khám tỉ mỉ, toàn diện để tránh bỏ sót thương tổn.

Khi phát hiện tổn thương cần sơ cứu kịp thời hạn chế tỉ lộ tử vong.

**1.Thăm khám lâm sàng**

1.1. Hỏi bệnh

- Mỗi một bệnh lý của cơ quan hô hấp biểu hiện các rối loạn cơ năng khác nhau. Như đau ngực, khó thở, ho, khạc đờm. Cần xác định:

- Thời gian xuất hiện các triệu chứng trên.

- Sự liên quan giữa các rối loạn cơ năng

- Sự tiến triển của các triệu chứng lâm sàng.

- Điều kiện thuận lợi v.v...

1.2. *Cơ* năng

Qua hỏi bệnh có thể phát hiện được một số triệu chứng cơ năng như sau:

*1.2.1. Đau ngực*

Là triệu chứng thường gặp với nhiều hình thái đau khác nhau. Cần xác định:

- Vị trí đau.

- Hướng lan của đau.

- Đau ở nông hay ở sâu.

- Đau có liên quan đến tư thế, động tác thở không?

- Tính chất đau: Đau như xé ngực, đau có cảm giác nóng bỏng, đau có cảm giác co thắt ngực xuất hiện đột ngột hay từ từ, đau tại chỗ chấn thương hay đau toàn ngực

*1.2.2. Khó thở:* Cần xác định.

- Những thay đổi về biên độ thở, nhịp thở.

- Trên 20 chu kỳ/phút: Khó thở nhanh.

- Dưới 15 chu kỳ/phút: Khó thở chậm.

- Tư thế của bệnh nhân: Khi khó thở thường phải gối đầu cao hoặc ngồi dậy để thở.

- Mức độ khó thở: Cánh mũi phập phồng, sự co kéo hõm ức và khoang liên sườn.

- Khó thở ở thì nào? thở ra hay hít vào.

- Kèm theo có các dấu hiệu tím tái (ở da, niêm mạc), vẻ mặt hốt hoảng

*1.2.3. Ho, khạc ra máu*

- Máu từ đường hô hấp được tống ra ngoài qua động tác ho.

- Tính chất của ho ra máu: có thể ít máu tươi lẫn đờm, có khi ộc ra máu đỏ tươi lẫn bọt. hoặc ra mủ.

- Số lần, số lượng ho ra máu.

- Cần phân biệt vớinôn ra máu. Trong nôn ra máu thường kèm theo lẫn thức ăn. Ho ra máu có điểm khái huyết, máu lẫn bọt khí.

- Một số bệnh lý ngoại khoa: Ung thư phổi, abces phổi, hẹp van 2 lá, phồng động mạch chủ.

*1.2.4. Khạc đờm:*

Xác định:

- Tính chất của đờm: Đờm loãng trong, đờm đặc hay đờm mủ.

- Mức độ: khạc nhiều, đột ngột hoặc từng ít một rải rác kéo dài.

- Số lần khạc đờm.

- Một số bệnh lý: áp xe phổi, vỡ u nang phổi, áp xe đuới cơ hoành, viêm phế quản-phổi sau mổ.

*1.2.5. Thay đổi tiếng nói:* Với nhiều hình thái khác nhau.

- Tiếng nói khàn, phào phào không có âm vang ồ ồ nghe như hai giọng.

- Một số bệnh lý: ứ đọng dịch ở đường hô hấp trên, liệt dây thần kinh quặt ngược v.v...

1.3. Toàn thân:

Xác định.

- Tình trạng da niêm mạc.

- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Trạng thái tinh thần của bệnh nhân.

1.4. Thực thể:

Cần tuân thủ theo một trình tự thăm khám nhất định.

*1.4.1. Quan sát:* Nhằm các mục đích sau:

- Xác định cấu tạo hình thể lồng ngực rất quan trọng trong việc chọn lựa đường mổ trong một số trường hợp phải mổ ngực.

- Nghiên cứu hình dạng khung xương xem có hiện tượng lưng ưỡn, vẹo cột sống ..quan sát các cử động hô hấp.

- Có vết xây sát da trên thành ngực không? có dấu hiệu bầm tím, sưng nề, mảng sườn di động trong chấn thương ngực kín, có dấu hiệu phì phò máu và khí qua vết thương không? gặp trong vết thương ngực hở.

1.4.2. Gõ: Cũng như gõ bụng, gõ cả 2 bên để so sánh.

- Bình thường: Phổi trong đều 2 bên.

- Bệnh lý: Gõ nghe đục: Tràn dịch màng phổi (máu, mủ dịch xuất tiết, xác định rõ ranh giới của vùng đục nhất là giới hạn trên. Đông đặc nhu mô phổi trong viêm phổi thuỳ.

- Gõ nghe vang trong hơn bình thường, gặp trong tràn khí màng phổi, giãn phế nang, phổi hoạt động bù.

1.4.3. Sờ nắn: Cần xác định.

- Rung thanh: Bình thường đều 2 bên. (Đặt tay lên thành ngực, bảo bệnh nhân kêu, nói. So sánh với bên lành).

- Bệnh lý: Rung thanh tăng: Viêm phổi thuỳ, đông đặc nhu mô phổi.

- Rung thanh giảm hoặc mất: Liệt dây thanh âm, tràn dịch tràn khí màng phổi.

- Xác định điểm đau chói, dấu hiệu lạo xạo xương gãy trong gẫy xương sườn.

- Xác định mức độ tràn khí dưới da: vùng ngực căng nề, ấn có dấu hiệu lép bép. Xem có dấu hiệu tràn khí dưới da lan toả không?

*1.4.4. Nghe*

Nghe trực tiếp bằng áp tai trên thành ngực hoặc bằng ống nghe.

+ Bình thường: Rì rào phế nang nghe êm dịu.

+ Bệnh lý:

- Rì rào phế nang giảm hoặc tăng.

- Rì rào phế nang nghe thô ráp.

- Một số tiếng thổi (thổi màng phổi, thổi ống, thổi vò, thổi hang), tiếng co màng phổi.

- Tiếng ran: Ran phế quản: ran rít.

- Ran phế nang: ran nổ, ngáy, ẩm.

2. Thăm khám cận lâm sàng

2.1. Thăm khám bằng x.quang

2.1.1. Soi (chiếu) tim phổi

Soi (chiếu) tim phổi bằng tia X nhằm mục đích tìm nhũng thay đổi bất thưòng của 2 phế trường các túi cùng của màng phổi và tính chất di động của cơ hoành. Có thể soi (chiếu) lồng ngực ở nhiều tư thế như: Thẳng, nghiêng, nằm ngửa hoặc khi hít vào hay thở ra gắng sức.

Cùng một thời gian có thể tiến hành soi tim phổi được nhiều bệnh nhân.

2.1.2. Chụp tim phổi

Chụp lồng ngực bằng phim x.quang ở các tư thế khác nhau để thấy rõ hơn các tổn thương của phổi, cuống phổi cũng như tình trạng của tim và các mạch máu lớn trong lồng ngực. Ngoài tác dụng chẩn đoán bệnh nó còn giúp cho điều trị, tiên lượng. Phim chụp giữ được lâu dài giúp cho nghiên cứu khoa học.

2.1.3. Chụp C.T Scaner

Cho phép phát hiện rõ, chắc chắn được vị trí, kích thước của các khối u, absès...

2.1.4. Chụp phế quản

Bơm thuốc cản quang vào phế quản gốc bên phổi cần thăm khám rồi chụp phim X quang ở tư thế thẳng và nghiêng để thấy được hình thể và tình trạng của phế quản gốc và các nhánh của nó, thường áp dụng để chẩn đoán K phổi.

2.1.5. Chụp mạch máu phổi

Tiêm vào tĩnh mạch thuốc cản quang mạnh rất dễ tan trong nước và đào thải hoàn toàn rồi chụp lồng ngực ở nhiều tư thế để thấy được tình trạng tuần hoàn qua phổi từ tĩnh mạch chủ dưới sang đến động mạch chủ.

2.1.6. Chụp trung thất có bơm hơi

Bơm hơi vào trung thất qua mặt sau xương ức rồi chụp phim x.quang ở nhiều tư thế thấy có các thành phần của hung thất.

2.2. Thăm khám bằng dụng cụ

2.2.1. Chọc dò màng phổi

Để chẩn đoán và điều trị tràn khí, tràn dịch màng phổi. Đối với tràn khí màng phổi thường chọc cao ở khoang liên sườn 2 đường cạnh ức.

Đối với tràn dịch (mủ, máu, dinh xuất tiết) chọc ở vị trí (khoang liên sườn IX trên đường nách sau. Hiện nay thường chọc ở khoang liên sườn VI - VII trên đường nách giữa). Khi dịch màu đục hoặc màu vàng, trong cần làm thêm xét nghiệm Protein, tế bào mủ, vi trùng và làm kháng sinh đồ.

2.2.2. Soi khí, phế quản

Dùng ống soi mềm đưa qua khí quản —> phế quản vào tận các nhánh phân thùy nhằm:

* Quan sát trực tiếp đường hô hấp.
* Hút đờm rãi, dịch xuất tiết.
* Làm sinh thiết vùng nghi ngờ tổn thương.

2.2.3. Sinh thiết màng phổi, phổi...

Lấy một mẫu lá thành màng phổi để xác định giải phẫu bệnh lý của nó có nhiều phương phápkhác nhau:

- Sinh thiết qua chọc dò.

- Sinh thiết qua mở lồng ngực.

3. Một số hội chứng thường gặp trong ngoại khoa

3.1. Hội chứng suy hô hấp

Thường gặp sau phẫu thuật ở trẻ em, người già hoặc sau sang chấn lồng ngực, viêm nhiễm đường hô hấp.

* Khó thở nhanh nông, co kéo các cơ hô hấp, hõm ức, cánh mũi phập phồng.
* Tim đập nhanh lúc đầu rõ sau yếu dần.
* Huyết áp lúc đầu tăng sau giảm dần nhiều trường hợp trụy tim mạch.
* Da niêm mạc xanh tím nhất là môi và ngọn chi.
* Kích thích vật vã, hốt hoảng, nhức đầu, hoặc hôn mê do thiếu oxy não.

3.2. Hội chứng tràn dịch màng phổi

Trong khoang màng phổi chứa dịch, có thể là máu, mủ, dịch xuất tiết, thường gặp trong chấn thương ngực, tim, vết thương ngực hở, viêm mủ màng phổi, tràn dịch màng phổi do lao...

* Khó thở nặng hay nhẹ phụ thuộc vào mức độ tràn dịch nhiều hay ít.
* Đau ngực bên tràn dịch.
* Rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ đục bên tràn dịch, giới hạn của vùng đục tạo thành đường cong Damoiseau.
* Chọc dò khoang màng phổi có dịch, máu.
* Chụp hoặc chiếu tim phổi: phổi bên tràn dịch mờ hoặc tràn dịch mức độ ít có hình ảnh góc sườn hoành tù mờ.

*3.3. Hội chứng tràn khí màng phổi:*

Trong khoang màng phổi chứa khí, nguyên nhân do gãy xương sườn chọc vào phế nang hoặc vỡ kén hơi ở phổi hoặc do vết thương ngực hở.

* Khó thở nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tràn khí.
* Đau tức ngực bên tràn khí.
* Tam chứng GALIA: Rung thanh giảm, rì rào phế nang giảm, gõ nghe vangtrống.
* Chọc dò: có khí trong khoang màng phổi.
* X.quang: chụp hoặc chiếu lồng ngực thấy phổi sáng hơn bình thường, các khoang liên sườn giãn rộng, phổi xẹp, trung thất bị đẩy lệch sang bên lành.

3.4. Hội chứng tràn dịch- tràn khí màng phổi phối hợp

Trong khoang màng phổi chứa dịch và khí- dịch đọng ở vùng thấp, khí ở cao.

* Khó thở nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ tràn dịch, tràn khí.
* Đau tức ngực.
* Rung thanh giảm. Rì rào phế nang giảm.

Gõ: Đỉnh phổi vang, đáy phổi đục, giới hạn bởi một đường ngang.

* Lắc lồng ngực có thể thấy tiếng óc ách như sóng vỗ mạn thuyền.
* Chọc dò: Trong khoang màng phổi chứa dịch và khí.
* Chụp hoặc chiếu lồng ngực thấy hình ảnh: Mờ đáy phổi, vùng đỉnh phổi sáng hơn bình thường ranh giới giữa 2 vùng là đường ngang (đường chân trời).

3.5. Hội chứng phế quản

* Khó thở nhẹ
* Thay đổi âm thanh khi nói
* Ho, khạc đờm
* Nghe tại phổi có ran phế quản: ran ngáy, ran rít, ran ẩm.

3.6. Nhiễm trùng đường hô hấp

Thường gặp sau phẫu thuật ởngười già hoặc một số bệnh lý do nằm lâu- sốt cao.

* Khó thở.
* Đau-tức ngực.
* Khạc đờm đục.
* Nghe phổi có ran phế quản.

3.7. Xẹp phổi

Nguyên nhân : tràn máu, tràn khí màng phổi.

Do tắc nghẽn đường thở: dị vật, chảy máu khí phế quản.

Triệu chứng lâm sàng : Bệnh nhân có triệu chứng của tràn máu, trànkhímàng phổi.

Còn đối với bệnh nhân xẹp phổi do tắc nghẽn đường hô hấp bệnh nhân có biểu hiện: khó thở tùy theo mức độ xẹp phổi.

Nhìn: thấy lồng ngực bên thương tổn xẹp hơn so với bên lành.

Sờ: rung thanh có thể tăng hơn so với bên lành.

Nghe : Rì rào phế nang giảm tại vùng phổi bị tổn thương.

X Quang: Hình ảnh ‘ kéo’ : khoang liên sườn bị kéo xẹp xuống, nhu mô phổi bị kéo xẹp lại, trung thất bị kéo về bên bị thương tổn.

3.8. Vỡ tim do chấn thương

Trường hợp chấn thương vỡ tim màng tim bị rách nhiều máu chảy ra ngoài khoang màng phổi thì biểu hiện chủ là dấu hiệu mất máu cấp.

Trong trường hợp chấn thương màng chỉ rách ít máu đọng ở trong màng tim thì biểu hiện chủ yếu là một ép tim cấp.

*3.9. Một số hội chứng khác*:

Hội chứng hang, hội chứng đông đặc nhu mô phổi, phù phổi v.v... thường gặp trong Nội khoa.

4. Sơ cứu tại cộng đồng khi phát hiện chấn thương, vết thương ngực hở

* Tuỳ điều kiện tại cộng đồng mà có những phương pháp sơ cứu khác nhau. Nhiều khi cứu sống được bệnh nhân.

+ Vết thương ngực hở: Bằng mọi cách biến vết thương hở thành kín; Dùng vải, băng..băng vết thương.

+ Gẫy xương sườn: Dùng băng dính cố định trên và dưới xương sươn gẫy.

* Sau khi sơ cứu chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên.
* Tuyên truyền trong cộng đồng về an toàn giao thông, an toàn lao động... hạn chế chấn thương, vết thương ngực

IV. Tài liệu tham khảo

1. Giải phẫu học tập 2. Trường đại học Y khoa Hà Nội.
2. Bệnh học ngoại khoa sau đại học(1993), Học viện Quân y.
3. Triệu chứng học Ngoại khoa (1990), Trường Đại học Y khoa Hà Nội
4. Triệu chứng học ngoại khoa (2001), Nhà xuất bản Y học.
5. Atlas Giải phẫu người (1996), Nhà xuất bản Y học.

KHÁM BỤNG NGOẠI KHOA

I. Mục tiêu

1. Trình bày được nguyên tắcthăm khám bụng ngoại khoa
2. Mô tả được cách phân chia ổ bụng
3. Mô tả được các dấu hiệu bụng ngoại khoa, điểm đau ngoại khoa

II. Nội dung

Khám bụng là động tác bắt buộc cho các thầy thuốc lâm sàng khi tiếp xúc người bệnh. Đối với người thấy thuốc ngoại khoa, động tác này cần đạt tới mức độ chính xác gần như tuyệt đối mới hy vọng phát hiệnđược các tổn thương trong ổ bụng.

Cần khám tỉ mỉ, trình tự, đúng nguyên tắcmới có thể phát hiện được các dấu hiệu bụng ngoại khoa đặc biệt là giai đoạn sớm và có như vậy mới hy vọng cứu sống được người bệnh đặc biệt là các trường hợp nặngvà tổn thương phức tạp.

1. Nguyên tác thăm khám

+ Khám tỉ mỉ kỹ càng và toàn diện

+ Khám theo một trình tự nhấtđịnh

+ Động tác nhẹ nhàng, so sánh kết quả giữa các lần khám để xác định có dấu hiệu bụng ngoại khoa hay không.

2. Phân vùng ổ bụng và tạng tương ứng

Để tiện cho việc mô tả khi thăm khám, người ta quy ước chia các vùng trên thành bụng như sau:

2.1. Các đường kẻ để phân vùng

2.1.1. Các đường kẻ ngang

*-* Đường ngang phía trên là đường kẻ nối hai đầu trước xương sườn thứ 10 phải vàtrái.

- Đường ngang dưới là đường nối hai gai chậu trước trên phải và trái.

2.1.2. Các đường kẻ dọc

Từ hai bên gai mu ta kẻ hai đường kẻ song song đi lên qua hai bên lỗ rốn gặp hai bờ, sườn phải và trái. Qua 4 đường kẻ người ta chia ổ bụng ra làm 9 vùng như sau:

2.2. Các vùng trên thành bụng và các tạng tương ứng:

2.2.1. Tầng trên

Vùng trên rốn: Có dạ dày và gan trái.

Vùng hạ sườn phải: Có gan túi mật,góc phải đại tràng.

Vùng hạ sườn trái: Bờ cong lớn dạ dày,lách , góc trái đại tràng.

2.2.2. Tầng giữa

Vùng mạng sườn phải: Đại tràng lên, thận, niệu quảnphải.

Vùng quanh rốn: Các quai ruột mạch máu,đường mật.

Vùng mạng sườn trái: Đại tràng xuống, thận trái,niệu quản trái.

2.2.3. Tầng dưới

Vùng hố chậu phải: Hồi manh trùng tràng, vòi buồng trứng phải(nữ).

Vùng hạ vị: Bàng quang , tử cung trực tràng.

Vùng hố chậu trái: Góc trực tràng, đại tràng sigma, vòi buồng trứng trái(nữ).

3. Khám lâm sàng trên thành bụng

3.1. Hỏi bệnh

Dấu hiệu nào xuất hiện trước(thường là dấu hiệu cơ năng) như đau bụng: Xuất hiện từ bao giờ, tính chất đau cơn hay âm ỉ, liên tục.

Triệu chứng kèm theo:

+Rối loạn tiêu hóa, nôn, sốt

+Đau tăng hay giảm khi vận động

+Các triệu chứng tiết niệu kèm theo

Diễn biến hết đau bụng hay là đau tăng...

3.2. Nhìn bụng

Bộc lộ một vùng bụng rộng rãi. Vén áo lên, nói quần xuống để lộ 2 gai chậu và gai mu.

- Bụng bình thường: Nhìn bụng di động theo nhịp thở. Trẻ em hít vào giãn cơ bụng và cả ngực. Nữ giới thở ngực trên, nam thở di động mạnh phần dưới lồng ngực.

- Bụng bệnh lý:

+Thở di động bụng giảm, có khi nằm im không di động theo nhịp thở( thủng tạng rỗng đến sớm).

+Bụng chướng , quai ruột nổi trong tắc ruột.

+Bụng chướng kèm theo tuần hoàn bàng hệ trong sơ gan.

+Bụng lõm lòng thuyền trong hẹp môn vị.

+Sẹo mổ trên thành bụng, các lỗ thoát vị.

+Có thể thấy lỗ dò dịch sau khâu nối ống tiêu hoá.

3.3. Sờnắn bụng:

Khám bụng nhẹ nhàng, trình tự tỉ mỉ, đúng nguyên tắc. Sau khi khám xong sẽ thu được các kết quả sau:

3.3.1. Thành bụng bình thường:

là da bụng không dính vào các lớp sâu, thành bụng mềm mại và đàn hồi. Bệnh nhân không đau khi sờ nắn, người gầy có thể sờ thấy đốt sống lưng, thắt lưng.

3.3.2. Thành bụng bệnh lý

*3.3.2.1. Phản ứng thành bụng*

Biểu hiện: Khi đặtt tay lên thành bụng, thành bụng vẫn mềm. Khi ấn tay xuống ta có cảm giác có sự chống đỡ lại bàn tay thăm khám của cơ thành bụng đồng thời bệnh nhân nhăn mắt kêu đau, còn các vùng khác trên thành bụng thì vẫn bình thường.

*Ý nghĩa:* Phản ứng thành bụng biểu hiện một tạng nào đó trong ổ bụng bị viêm (phản ứng thành bụng hố chậu phải là có thể viêm ruột thừa).

*3.3.2.2. Co cứng thành bụng*

Định nghĩa: Là sự co cứng liên tục các cơ thành bụng. Sự co cứng này hoàn toàn nằm ngoài ý muốn của bệnh nhân và thầy thuốc, nghĩa là không có một sự cố gắng nào làm bụng mềm trở lại được.

Biểu hiện: Bụng không di động theo nhịp thở, các múi cơ thẳng to được các vách cân ngang cắt ra, nổi lên dưới da bụng rõ rệt. Ấn tay lên thành bụng thành bụng co cứng như gỗ.

Ý nghĩa: Thường là các trường hợp viêm phúc mạc đến sớm như thủng dạ dày, thủng ruột.

*3.2.2.3. Cảm ứng phúc mạc*

Biểu hiện:Bụng chướng, khó thở nhẹ, khi ấn tay lên thành bụng ở vị trí nào đó bệnh nhân kêu đau khắp bụng.

Ấn tay lên thành bụng chỗ nào bệnh nhân cũng đau.

Dùng các đầu ngón tay từ từ ấn vào thành bụng, rồi bỏ tay ra đột ngột bệnh nhân đau chói trong sâu. Đó là dấu hiệu Shokin-Blumbert (+), do hiện tượng căng giãn phúc mạc đột ngột.

Ý nghĩa: Do thủng tạng rỗng hay do chảy máu trong ổ bụng đến muộn.

*3.3.2.4. Abces trong ổ bụng*

Đó là các trường hợp tạng tổn thương có mủ sau được khư trú lại bởi các quai ruột mạc nối lớn và các cơ quan lân cận.

Biểu hiện: Bệnh nhân xuất hiện đau bụng tại vùng có ổ abces, đau rức mủ, sốt cao đôi khi rét run do nung mủ ở sâu. Toàn thân biểu hiện dấu hiệu nhiễm trùng rõ, môi se, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Mạch nhanh, sờ nắn bụng có khối căng, gianh giới rõ ấn đau, không di động.

Nếu khối xuất hiện ở hố chậu phải thường là abces ruột thừa, nếu khối xuất hiện dưới gan ở bệnh nhân sau mổ cắt dạ dày, ta nghĩ đến abces dưới hoành do biến chứng sau cắt dạ dày.

*3.3.2.5. Đám quánh*

Đám quánh là biểu hiện của viêm dính khu trú. Khi một tạng bị viêm thường được các tạng khác đến bao bọc lại nhằm ngăn cản ổ viêm với tổ chức lành bên cạnh.

Biểu hiện: Là một mảng cứng như mo cau, gianh giới không rõ, dính vào tổ chức xung quanh, ấn vào tức , gõ lên đục, ấn mạnh thì đau nhẹ.

Ý nghĩa: Tạng nào đó viêm không thành mủ được, do dùng kháng sinh, do sức đề kháng của cơ thể người bệnh tốt (đám quánh một thừa).

Dấu hiệu khác:

Dấu hiệu "Rắn bò”: Gặp trong các trường hợp tắc ruột cơ học, có thể cấp hay bán cấp đến sớm đều có thể phát hiện được.

Biểu hiện: Trong cơn đau- quan sát kỹ trên thành bụng bệnh nhân ta sẽ thấy các quai một tăng nhu động, di chuyển từ vùng này sang vùng khác, đó là dấu hiệu “rắn bò” nếu các cơn co bóp yếu phải nhìn tiếp tuyến với thành bụng mới phát hiện thấy được.

Đôi khi thầy thuốc dùng tay kích thích lên thành bụng làm ruột co bóp lúc ấy mới quan sát thấy dấu hiệu “rắn bò”.

4.2. Lắc bụng óc ách lúc đói

Dấu hiệu này đặc hiệu cho các trường hợp hẹp môn vị thực tổn giai đoạn II, hẹp do loét hoặc do ung thư đều có dấu hiệu này. Vì dạ dày tăng tiết và ứ đọng không thoát dịch qua môn vị được.

Cách tìm dấu hiệu này:

Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc ở bên phải bệnh nhận. Dùng hai bàn tay nắm vào đáy ngực phải và ngực trái của người bệnh nối tiếp giáp với mạng sườn, sau đó lắc nhẹ bụng bệnh nhân sang hai bên. Ta sẽ nghe được tiếng óc ách do dịch sóng sánh trong lòng dạ dày gây ra.

5. Các điểm đau ngoại khoa trên thành bụng

5.1. Cách xác định

5.1.1. Điểm thượng vị: Là điểm nối giữa từ 1/3 trên và 2/3 dưới đường từ mũi ứcđến rốn.

5.1.2. Điểm trên rốn: Là điểm nối giữa 2/3 trên và 1/3 dưới đường từ mũi ức đến rốn.

5.1.3. Điểm cạnh ức phải: Là điểm nằm góc sườn ức phải.

5.1.4. Điểm túi mật: Là điểm nằm ở chỗ gặp nhau của bờ ngoài cơ thẳng to với bờ sườn phải.

5.1.5. Điểm môn vị: Là điểm giữa của đường kẻ từ điểm túi mật vuông góc với đườne trắng giữa trên rốn.

5.1.6. Điểm tá tràng: Là điểm giữa của đường nối từ rốn đến điểm túi mật.

*5.1.7. Các điểm niệu quản:*

Điểm niệu quản trên: Là điểm gặp nhau của đường kẻ ngang qua rốn và bờ ngoài của cơ thẳng to mỗi bên.

Điểm niệu quản giữa: Là chỗ gặp nhau ở 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường liên gai trước trên mỗi bên.

*5.1.8. Điểm ruột thừa:*

Là điểm giữa của đừơng nối từ rốn đến gai chậu trước trên bên phải.

*5.1.9. Điểm buồng trứng:*

Là điểm giữa của đường kẻ từ rốn đến điểm giữa cung đùi mỗi bên.

*5.1.10. Điểm sườn lưng:*

Là điểm nằm ở chỗ gặp nhau của xương sườn XIIvà bờ ngoài của khối cơ lưng mỗibên.

*5.1.11. Vùng đau tuỵ - ống mật chủ Chauffart-rivest:*

Là một góc đỉnh - quay về phía rốn, hai cạnh là đường kẻ từ mũi ức đến rốn và đường kia là đường phân giác của tam giác vuông có cạnh là đường kẻ ngang rốn và đường mũi ức rốn.

5.2. Ý nghĩa

Khi thăm khám bệnh, người thầy thuốc kết hợp tìm các điểm đau trên thành bụng tương ứng với các cơ quan bên trong để giúp cho chẩn đoán. (Ví dụ: Điểm Mac- Bumey đau nghĩ tới viêm ruột thừa).

6. Khám tạng

6.1. Gan

- Nhìn: Là một tạng đặclớn nằm trong ổ bụng dưới vòm hoành phải. Khi gan to nhìn các khoang hên sườn đáy ngực phải rãn rộng, có thể ghồ lên vùng hạ sườn phải trong trường hợp áp xe và ung thư gan.

- Sờ nắn: Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc đặt bàn tay phải lên thành bụng, các dấu ngón tay hướng lên trên, sau đó sờ nắn nhẹ nhàngđể xác định bờ dưới gan.

+ Móc gan: Bệnh nhân nằm tư thế trên hơi nghiêng trái, thầy thuốc đứng phía đầu bệnh nhân để các ngón tay bên phải cong hình móc rồi móc vào bờ dưới gan, ngang dưới bờ sườn.

+ Phương pháp Glénard: Bệnh nhân nằm nghiêng trái, thầy thuốc dùng bàn tay trái của mình đặt vào mạng sườn phải của người bệnh, ngón cái phía trước và bốn ngón còn lại đặt phía sau. Dùng ngón cái phía trượt đi trượt lại vùng trước trên của gan. Thường áp dụng đối với trẻ em và bệnh nhân gầy.

- Gõ: + Xác đinh bờ trên theo 3 đường: vú, nách trước, nách sau(Diện đục bình thường tương ứng với khoang liên sườn V, VII, IX).

+ Bờ dưới: Gõ từ dưới lên trên, từ trái sang phải.

Rung gan: Thầy thuốc đặt các ngón của bàn tay trái vào các khoang liên sườn cuối cùng của vùng ngực phải. Dùng bờ trụ tay phải chặt mạnh lên mu bàn tay trái, bệnh nhân đau chói và tức thởlà rung gan (+).

6.2. Túi mật

- Nhìn: Túi mật to thấy nổi ở vùng hạ sườn phải hoặc vắt ngang qua rốn, di động theo nhịp thở.

- Sờ nắn: Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc đặt bàn tay phải lên trên túi mật, tay trái để phía sau đẩy gan ra phía trước dùng tay phải xoay ngang trên túi mật để xác định đặc điểm và tính chất của nó: Khối căng, đàn hồi, liên quanvới gan, di động theo nhịp thở.

- Nghiệm pháp Murphy: Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc đặt bàn tay phải vùng hạ sườn phải, các đầu ngón tay đè vào điểm túi mật, khi bệnh nhân thở ra đẩy sâu đầu các ngón tay xuống dưới bờ sườn và để nguyên, khi bệnh nhân hít vào nếu có tổn thương túi mật thì bệnh nhân đau và ngừng thở là Murphy (+).

6.3. Khám lách

- Nhìn: Lách to ra trước và xuống dưới làm khoang liên sườn vùng ngực trái giãn rộng có dấu hiệu Dieulafoi.

- Sờ nắn: Bệnh nhân nằm ngửa nghiêng phải chân trái co thầy thuốc ở trước mặt dùng tay sờ vào vùng hạ sườn trái thấy lách mật độ chắc, mặt nhẵn. Phía rốn lách có hình răng cưa và di động theo nhịp thở.

- Gõ: Bệnh nhân nằm nghiêng phải đùi trái gấp, tay trái để trên đầu, thầy thuốc ở trước mặt, tiến hành gõ lách theo đường từ rốn đến đỉnh hõm nách, nếu lách to sẽ đục liên tục tới bờ sườn trái theo trục của lách. Chia độ của nách theo bốn độ (Tổ chức y tế thế giới).

6.4. Khám thận

- Nhìn: Thận to do ứ nước sẽ làm hố thận ghồ lên, nếu có ứ mủ sẽ nề đỏ.

- Sờ nắn: Xác định thận to theo 3 phương pháp sau:

*6.4.1. Guyon:*

Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc ở phía định khám, bàn tay cùng bên để thành bụng, tay kia để hố thắt lưng:

+ Chạm thận: Tay dưới để nguyên, tay trên ấn xuống từng đợt thận chạm bàn ta) phía dưới khi to thì dấu hiệu chạm thận dương tính.

+ Bập bềnh thận: Tay trên ấn xuống tay dưới hất lên từng đợt. Thận to sẽ chạm hai tay dấu hiệu bập bềnh thận dương tính.

*6.4.2. Isaele*

Bệnh nhân nằm nghiêng về phía đối diện cũng tìm dấu hiệu trên.

*6.4.3. Glenard*

Bệnh nhân nằm tư thế khám bụng, thầy thuốc dùng bàn tay đối diện với thận địní khám, ngón cái phía trước ,4 ngón kia phía sau bóp lấy vùng hố thận, nếu thận to khi thở sê thấy thận lên xuống trong lòng bàn tay.

IV. Tài liệu tham khảo

1. Triệu chứng học Ngoại khoa( 1980),Trường Đại học Y Hà Nội
2. Bệnh học Ngoại khoa( 1976), Trường Đại học Y Hà Nội
3. Bệnh học ngoại bụng( 1986), nhà xuất bản Y học.
4. Lê Thế Trung ( 1993).Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học, Học viện Quân y

KHÁM CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

**I. MỤC** TIÊU

1. Trình bày được phương pháp hỏi bệnh trong chấn thương sọ não.

2. Trình bày được cách khám chi giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú.

3. Đọc được phim chụp CT-Scanner sọ não.

II. NỘI DUNG

1. Mở đầu

- Chấn thương sọ não(CTSN) là loại chấn thương nặng, tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề, ở Việt nam hàng năm có khoảng 10000-12000 người chết do CTSN, Đặc biệt là CTSN do tai nạn giao thông.

- CTSN chia làm 2 loại thương tổn là chấn thương sọ não kín(CTSNK) và vết thương sọ não hở(VTSNH).

- Điều quan trọng trong CTSNK là chẩn đoán và xử trí kịp thời khối máu tụ chèn ép não, là một cấp cứu số mệt đòi hỏi người thầy thuốc thực hành phải biết chẩn đoán và xử trí kịp thời thì mới mong cứu sống được người bệnh và giảm nhẹ những di cnứng. Máu tụ trong sọ được chia làm 3 loại : máu tụ ngoài màng cứng(NMC), máu tụ dưới màng cứng(DMC), máu tụ trong não(TN).

- Trong VTSNH thì nguy cơ chủ yếu là nhiễm khuẩn đặc biệt là viêm màng não và abces não vì vậy cần phải chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.

2. Cách khám một bệnh nhân chấn thương sọ não

Việc khám có hệ thống và theo một trình tự nhất dinh đóng vai trò rất quan trọng để chẩn đoán và đề ra hướng xử trí. Sau khi khám xong phải trả lời được các câu hỏi:

* Có mổ hay không? Dựa vào đâu?
* Mổ ở vị trí nào?
* Nếu không mổ thì theo dõi như thế nào và đến bao giờ?

2.1. Hỏi bệnh

Hỏi bệnh nhân, người nhà bệnh nhân hoặc người đi cùng xem diễn biếnchi giác của bệnh nhân từ lúc tai nạn đến lúc vào viện ra sao?

Nếu bệnh nhân tỉnh táo : hỏi bệnh nhân nguyên nhân, thời gian và hoàn

cảnh xảy ra tai nạn.

+ Đầu di động hay cố đinh : đầu cố định thì thường tổn thương nơi chấn thương, đầu di động thì có thể tổn thương nơi tiếp xúc hoặc bên đối diện, hoặc thương tổn cả hai.

+ Liên quan tai nạn với bữa ăn : uống rượu, bia...

+ Nếu bệnh nhân quên sự việc xảy ra là chấn động não : sau chấn thương bệnh nhân mất chi giác một lúc rồi tỉnh lại.

+ Bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp, động kinh hay không?

Nếu bệnh nhân mê : trước đó nếu bệnh nhân vẫn tỉnh táo là có khoảng tỉnh.

+ Khoảng tỉnh là khoảng thời gian bệnh nhân tỉnh lại từ lúc tai nạn đến lúc mê đi. Có khoảng tỉnh tức là có máu tụ nội sọ cần phải mổ ngay, khoảng tỉnh càng dài tiên lượng càng tốt và ngược lại.

2.2. Khám thương tổn ở đầu

- Khối máu tụ dưới da đầu, xây sát da đầu.

- Lún xương sọ.

- Vết rách da đầu phải xem cổ tổ chức nào lòi ra, có dịch não tủy chảy ra hay không, hoặc thấy mảnh xương sọ lún hay dị vật.

- Chảy máu mũi, tụ máu hố mắt kiểu đeo kinh dâm là do vỡ tầng trước nền sọ.

- Chảy máu tai, nước não tủy qua tai, tụ máu xương chũm là do vỡ tầng giữa nền sọ.

- Tầng sọ sau ít vỡ.

2.2. Khám sọ não

*2.3.1.* Khám chi giác

Trước kia người ta dùng 4 độ hôn mê nhưng có nhiều nhược điểm nênngày nay đánh giá theo thang điểm Glasgow(1974)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dấu hiệu | Đánh giá | Điểm |
| Mắt(M) | Mở tụ nhiên | 4 |
|  | Gọi mở | 3 |
|  | Cấu mở | 2 |
|  | Không mở | 1 |
| Vận động | Bảo làm đúng | 6 |
|  | Cấu gạt đúng | 5 |
|  | Cấu quờ quạng | 4 |
|  | Gấp cứng chi trên | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Duỗi cứng tứ chi Không đáp ứng | 21 |
| Trả lời | Đúng, nhanh | 5 |
|  | Chậm, lẫn | 4 |
|  | Không chính xác | 3 |
|  | Kêu rên | 2 |
|  | Không ừả lời | 1 |

Như vậy tối đa là 15 điểm, tối thiểu là 3 điểm. Khi kém 2 điểm là có giá trị chẩn đoán.

Nếu bệnh nhân tỉnh (14-15 điểm) chủ yếu là theo dõi chi giác để phát hiện chi giác xấu đi, ngoài ra cần khám :

+ Rối loạn về vận động.

+ Dấu hiệu Babinsky.

+ Dấu hiệu màng não.

+ Các dây thần kinh sọ não chủ yếu là dây : I,II,III,VII,VIII

Nếu bệnh nhân mê cần khám :

+ Mức độ rối loạn chi giác theo thang điểm Glasgow.

+ Các dầu hiệu thần kinh khu trú.

+ Các dấu hiệu thần kinh thực vât.

2.3.2. *Khám các dấu hiệu thần kinh khu trú*

\* Giãn đồng tử : sự co và giãn đồng tử do dây thần kinh số ni chi phối. Khi:

Giãn đồng tử một bên, kèm theo mất phản xạ ánh sáng.

Giãn đồng tử xuất hiện ngay sau khi chấn thương, từ từ và tăng dần mới có ý nghĩa để chẩn đoán máu tụ, còn giãn đồng tử xuất hiện ngay sau khi chấn thương do tổn thương dây III khe bướm không có ý nghĩa chẩn đoán máu tụ.

Giãn đồng tử thường cùng bên với khối máu tụ.

Giãn đồng tử sớm khi có khối máu tụ ở thái dương còn các vùng trán, đỉnh, chấm, hố sau thì xuất hiện muộn.

Tiến triển : lúc đầu giãn một bên nếu khối máu tụ to dần thì giãn cả 2 bên lúc này tiên lượng xấu.

\* Liệt nửa người

Thường liệt kiểu vỏ não(không hoàn toàn, không đồng đều và không thuần nhất). Có 2 hoàn cảnh xuất hiện

- Liệt xuất hiện ngay sau chấn thương thường do thương tổn của vùng vận động hoặc bó tháp.

- Liệt xuất hiện từ từ và tăng dần sau chấn thương thì mới cộ giá trị để chẩn đoán khối máu tụ chèn ép.

- Các khối máu tụ ở gần vùng vận động thì liệt xuất hiện sớm, còn ở xa thi xuất hiện muộn.

- Do bó tháp bắt chéo nên liệt nửa người bên đối diện.

2.3.3. *Dấu hiệu thần kinh thực vật*

Khi có khối máu tụ to dần gây chèn ép não thì:

- Mạch chậm dần.

- Huyết áp tăng dần.

- Nhiệt độ tăng dần.

- Nhịp thở tăng dần.

\* Tóm lại: giá trị ý nghĩa của 3 dấu hiệu này là

- Tri giác xấu đi đặc biệt có khoảng tỉnh là có máu tụ cần phải mổ.

- Dấu hiệu thần kinh khu trú cho biết mổ bên nào.

- Dấu hiệu thần kinh thực vật chủ yếu để tiên lượng.

3. Khám toàn thân

Tránh bỏ sót nhất là bệnh nhân hôn mê.

Cột sống: nhất là cột sống cổ. Nếu bệnh nhân tỉnh thì dễ dàng phát hiện tổn thương cột sống cổ vì biểu hiện đau vùng gáy, có khi liệt 2 chi dưới hoặc tứ chi. Nếu bệnh nhân mê thì xem như có tổn thương cột sống cổ phối hợp, cần bất động cổ ngay sau chấn thương. Chỉ khi nào chụp X- quang không thấy tổn thương cột sống cổ thì mới loại bỏ được chấn thương cột sống cổ.

Ngực : gãy xương sườn, tràn máu, tràn khí màng phổi sẽ biểu hiện suy hô hấp. Thiếu oxy do suy hô hấp sẽ làm cho phù não nặng thêm.

Bụng : Phát hiện vỡ tạng rỗng, đặc. Trong chấn thương sọ não không có tụt huyết áp. Nếu có dấu hiệu này thì phải nghĩ ngay đến chảy máu trong ổ bụng hoặc trong lồng ngực.

Xương : chủ yếu là xương chậu và các xương lớn.

4. Các phương pháp cận lâm sàng

4.1. Chụp sọ không chuẩn bị : cần chụp 3 tư thế thẳng, nghiêng phải hay trái, tư thế Worms-Breton.

Mục đích : xem đường vỡ xương, lún xương, dị vật, đặc biệt chú ý đường vỡ xương qua thái dương dễ gây tổn thương ĐM màng não giữa gây tụ máuiNMC.

*4.2. Chụp động mạch(AG) nay ít làm*

Dựa vào sự đè đẩy của động mạch não để chẩn đoán khối máu tụ.

4.3. Chụp cắt lớp (CT-Scanner)

Đây là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán các tổn thương do CTSN gây nên. Trên phim CT-Scanner có thể thấy :

Máu tụ NMC : Vùng tăng tỷ trọng, sát xương sọ hình thấu kính 2 mặt lồi kèm theo các dấu hiệu chèn ép não như : đẩy lệch đường giữa và não thất sang bên đối diện. Não thất cùng bên xẹp và đối bên giãn ra.

Máu tụ DMC: vùng tăng tỷ trọng, sát xương sọ hình thấu kính một mặt lồi, một mặt lõm có thể thấy ổ não dập, các dấu hiệu choán chỗ, phù não. Kỉịì máu tụ mãn tính thường giảm tỷ trọng.

Máu tụ trong não : là một vùng tăng và giảm tỷ trọng hỗn hợp, hình đa giác, nằm trong tổ chức não, có phù não xung quanh và dấu hiệu chèn ép đường giữa và não thất.

Ngoài ra thấy hình ảnh vỡ xương sọ, lún sọ, dị vật nếu có.

Trên hình ảnh CT-Scanner còn có ý nghĩa tiên lượng.

• Tóm lại : đứng trước một bệnh nhân CTSNK trong hoàn cảnh nước ta việc khám lâm sàng và theo dõi vẫn là quan trọng đặc biệt là tri giác, phải khám đi khám lại nhiều lần để so sánh. Kết hợp vời các biện pháp cận lâm sàng sẽ cho phép đề ra một thái độ xử trí đúng đắn.

IV. Tài liệu tham khảo

1. Triệu chứng học Ngoại khoa(1980),Trường Đại học Y Hà Nội
2. Bệnh học Ngoại khoa( 1976), Trường Đại học Y Hà Nội
3. Bệnh học ngoại bụng( 1986), nhà xuất bản Y học.

KHÁM CHI-CỘT SỐNG VÀ XƯƠNG CHẬU

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được trình tự khám bệnh nhân chấn thương chinh hình.

2. Trình bày được đặc điểm trong khám chi.

3. Trình bày được đặc điểm trong khám cột sống.

4. Trình bày được đặc điểm trong khám xương chậu.

II. NỘI DUNG

1. KHÁM CHI

1.1. Khám vai

Nhìn xem đường cong bình thường của bờ vai, xem 2 vai có cân đối khi bệnh nhân đứng, xem khe hở hình tam giác 2 bên mình, giữa cánh tay và eo có cân đối không, xem vị trí 2 cuống bả vai có cân đối hay không, bờ vai có vuông góc hay không, cơ delta có bị teo hay không?

Khi khám vai cần đứng sau bệnh nhân. Nhìn cơ trên gai có bị teo tạo thành hố sâu ở trên gai không. Quan sát lúc cử động. Yêu cầu bệnh nhân chắp 2 tay ra sau gáy, rồi ra sau lưng.

Sờ xem nhiệt độ da, có viêm không, độ trợt của da, sưng, viêm, lùng bùng. Sờ xem cơ có bị teo không? sau đó sờ hố nách xem hạch viêm, abces. Sờ tìm vị trí chỏm xương cánh tay, khi cho cử động, sờ tìm tiếng lạo xạo.

Đứng sau bệnh nhân, giữ cố định xương bả vai, thụ động đưa cánh tay gấp, duỗi, dạng.

Khi vai cử động có sự phối hợp nhiều bộ phận :

Riêng khớp vai: gấp 70°, duỗi 37°, dạng 88°, khép 8°, xoay trong 60°, xoay ngoài 36°.

Khớp vai cong xuống bả vai: gấp 135°, duỗi 60°, dạng 12°, khép 25°, xoay trong 95°, xoay ngoài 60°.

Thêm thân mình gấp 180°, dạng 180°.

\* X quang:

- Sau chấn thương : tìm dấu hiệu gãy cổ xương cánh tay, gãy hõm xương bả, vị trí chỏm xương cánh tay, dấu hiệu đọng vôi ở các bao hoạt dịch.

- Do viêm, lao : chú ý khe khớp vai trong viêm chỏm xương cánh tay, sự thưa xương, huỷxương do viêm.

- Do thoái hoá khớp tuổi già : xem khe khớp hẹp, biến dạng chỏm, hõm, các gai xương chổi, xơ hoá đầu xương.

\* Chụp CT-Scanner: đánh giá được tình trạng xương và khớp chính xác hơn.

1.2. Khám khuỷu

Bình thường khi duỗi khuỷu cẳng tay lệch ra ngoài 0-26° so với cánh tay, trung bình là 14°.

Khi gấp khuỷu xem tam giác cân Hunter(mỏm khuỷu, mỏm trên lồi cầu, mỏm trên dòng dọc); khi duỗi khuỷu 3 mỏm trên thẳng hàng thành dường Hunter. Gấp duỗi khuỷu đạt 140°.

Sau chấn thương, bệnh lý cần chụp X quang thường quy, đôi khi chụp CT : khi đọc phim chú ý 3 khớp cánh tay trụ, cánh tay quay, quay trụ trên, quan sát đường viẻn khớp, tình trạng loãng xương ở mọi tư thế gấp duỗi khuỷu, trục dọc xương quay luôn đi qua tâm điểm lồi cầu. Biết điều này để phát hiện trật chỏm quay.

- Sau chấn thương:

+ Các gãy xương vùng khuỷu: gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em, gãy lồi cầu ngoài, gãy mỏm khuỷu, gãy đài quay.

+ Trật khớp khuỷu.

Thường dùng X quang, đôi khi cần chụp CT-Scanner.

- Di chứng sau chấn thương : tình trạng cứng khớp khuỷu, trật khớp khuỷu cũ.

- Khả năng gấp khuỷu xem có khả năng dưa tay vào mồm được không.

1.3. Khám cổ tay

Các cử động chính của cổ tay :

- Gấp cô tay : 50-60°.

- Duỗi cổ tay :35-60°.

- Nghiêng bên trụ : 30-40°.

- Nghiêng bên quay : 25-30°.

Tư thế cơ năng của cổ tay : cổ tay duỗi 30°, khớp bàn ngón gấp 70-80°, khớp gian đốt gấp 30° , ngón cái dạng, đối chiếu ngón trỏ, tạo thành hình nắm đấm.

Chụp x quang cổ tay : mỏm trâm quay hạ thấp 6-10mm so với mỏm trâm trụ. Đường chéo nối mỏm trâm quay với trâm trụ tạo góc 26° so với đường chân trời. Phim nghiêng dầu dưới xương quay nhìn ra phía trước 10°.

Các bệnh lý :

Sau chấn thương mới, gãy dấu dưới xương quay chữ T, chữ V, gãy Pouteau-Colles, gãy xương thuyền, trật xương bán nguyêt.

Di chứng can lệch đầu dưới xương quay, khớp giả sau chấn thương, đau, loạn dưỡng( hội chứng Sudeck, hội chứng ống cổ tay).

Do bệnh lý : viêm mỏm châm quay, lao khớp cổ tay.

1.4. Khám bàn tay

Bình thường các ngón tay hơi co, ở gan tay da không có sắc tố, không có lông, nhiều mồ hôi, ởmu tay da mỏng và mềm, có nhiều lông, ở gan tay khi bị vết thương hay gây tổn thương gân gấp, gan tay được chia ra 5 vùng: vùng 1 ở các đầu ngón, vùng 2 ởcác đốt 2, 3 các ngón tay, vùng 3 từ nếp gấp gian đốt 1-2 đến nếp gấp gan tay, vùng 4 trên nếp gấp gan tay đến dưới nếp gấp cổ tay, vùng 5 ở cẳng tay trên nếp gấp cổ tay.

Cách khám đứt gân gấp : để ngửa bàn tay trên bàn, lấy bút đè lên đốt 2, yêu cầu bệnh nhân gấp đốt 3 nếu gấp không được là đứt gân gấp sâu. Cố định duỗi thẳng 2 ngón lân cận, yêu cầu gấp đốt 2 nếu gấp không dược là đứt gân gấp nông.

Cách khám gãy xương bàn tay : chủ yếu dựa vào hình ảnh X quang.

1.5. Khám khớp háng

Chủ yếu khám động tác

\* Thụ động:

- Gấp duỗi: gấp 120°, duối quá mức 20°. Khi khám 1 bên háng, cần loại trừ động tác bù trừ của xương chậu, bằng cách co gấp háng bên kia và yêu cầu bệnh nhân ôm ghì đầu gối bênkia vào ngực.

- Dạng khép : dùng ngón tay tỳ nhẹ vào gai chậu trước trên và theo dõi không cho xương chậu cử động bù trừ theo. Dạng 90° và khép 50°.

Xoay trong, xoay ngoài : có thể khám khi duỗi thẳng chân, song thường khám khi hánggối gấp 90-90°. Xoay ngoài 60° và xoay trong 40°. '

\* Chụp X quang : để phát hiện

- Gãy cổ xương dùi.

- Trật khớp háng.

Quan sát viêm khớp và khe khớp:

+ ở trẻ em : teo khớp háng, viêm khớp nham nhờ khe khớp hẹp.

+ ở người lớn, người già : gãy cổ xương dùi.

- Người già thoái hoá khớp thấy chỏm cổ xương dùi to hơn bình thường, dậm vôi, khe khớp hẹp bờ nham nhò, có các chổi xương. •

1.6. Khám khớp gối

- Nhìn hình dáng khớp với lớp mỡ mỏng dưới da.

- Sờ da nóng sau viêm khớp mủ, da lạnh, gối to thường do lao.

- Khám: là một khớp dòng dọc cử động gối có một động tác chính là gấp 120-150°, duỗi quá mức 5-10°.

- Khám các tư thế bệnh lý :

+ Trẻ em bị chân cong chữ O, vòng kiềng : duỗi thẳng 2 chân, 2 mắt cá trong chạm nhau, cần đo khoảng cách giữa 2 lồi cầu trong.

+ Trẻ em bị chân cong chữ X, chân choãi : duỗi thẳng 2 chân 2 lồi câu trong xương đùi chạm nhau, cần đo khoảng cách giũa 2 mắt cá trong.

+ Tư thế gối do viêm, do lao : gối gấp khoảng 30°, sưng nóng(sau viêm mủ), sưng, lạnh(do lao).

Khám các động tác bất thường do dây chằng :

+ Đứt, rách dây chằng bên ngoài: giữ cổ chân, đẩy gối từ trong ra ngoài bệnh nhân đau.

+ Đứt, rách dây chằng bên trong : giữ cổ chân, đẩy gối từ ngoàivào trong bệnh nhân dau.

+ Đứt dây chằng chéo : bệnh nhân nằm ngửa, gấp gối 40-60°, bàn chân dặt xuống giường, thầy thuốc ngồi để cố định bàn chân bệnh nhân, 2 tay ôm lấy 1/3 trên cẳng chân bệnh nhân, đẩy cẳng chân ra sau, đẩy được nhiều là đứt dầy chằng chéo sau, kéo cẳng chân ra trước, kéo được nhiều lằ đứt dây chằng chéo trước.

- Khám các điểm đau:

+ Ổ viêm khớp : ấn bao khớp cạnh gân tứ đầu bệnh nhân đau chói.

+ Rách sụn chêm : ấn khe khớp tương ứng có điểm đau chói.

1.7. Khám khớp cổ chân

Bình thường cổ chân gấp xuống 65°, duối lên 35°.

Sau chấn thương cần phát hiện :

Bong gân cổ chân : rất phổ biến, khi bẻ cổ bàn chân vẹo vào hay vẹo ra, xuất hiện điểm đau chói tương ứng với dây chằng bị căng, rách.

Gãy xương : gãy các mắt cá, gãy xương sống, xương gót. Khi gãy các mắt cá cần chú ý tình trạng trật khớp chày sau.

1.8. Khám bàn chân

Lâm sàng khó khám, thường dựa vào hình ảnh X quang. Những thương tổn phổ biến là :

-Vỡ xương gót.

- Gãy xương bàn chân.

2. KHÁM CỘT SỐNG

- Độ cong sinh lý cột sống : cong uốnở cổ, cong gù ở đoạn ngực, cong uốn ở thắt lưng.

- Ống tủy chứa tủy và đuôi ngựa: chóp tủy phía dưới, kết thúc ở ĐS thắt lưng 1, dưới đó là đuôi ngựa.

Các bệnh lý phô biến không do chấn thương là :

+ Trẻ em bị vẹo cột sống : vẹo chữ c, chữ s. Tuổi đi học hay bị vẹo cột sống do mỏi cơ, co cơ thì hết vẹo.

+ Muốn biết vẹo cột sống là bù trừ hay cố định ta nhấc bổng đứa trẻ ôm cao đầu, nếu cột sổng thẳng ra là vẹo cơ năng, cột sống vẫn vẹo song đường quả dọi kẻ từ chẩm rồi vào giữa 2 mông là vẹo cột sống bù trừ, rơi lệch sang một bên là vẹo cột sống cố định.

+ Chụp X quang : do góc Cobb đối với vẹo cột sống.

Trẻ em bị lao cột sống : lao các đốt chuyển tiếp giữa đoạn ngực và đoạn thắt lưng, với 3 biểu hiện lâm sàng chính là : Gù, Uột 2 chân, abces lạnh.

+ Khi đứa bé đến khám không cúi được lưng, muốn ngồi xuống phải chống đùi, chống gối với bàn tay, khi khám thấy nơi bị co gù đốt sống.

+ Liệt ban đầu là liệt cứng cuối cùng là liệt mềm khi tuỷ bị phá huỷ.

+ Abces lạnh phát hiện ở lõm thắt lưng, các hố chậu, dưới cung đùi abces ở sâu, sờ da không nóng.

- X quang : xương đốt sống bị phá huỷ, xương bị tiêu, viêm khớp nham nhở, khe khớp hẹp lại, có thể có xương chết trong ổ viêm.

\* Các bệnh lý phổ biến do chấn thương là: .

Chấn thương cột sống : thường thấy ở người lớn bị lún, xẹp đốt sống sau ngã cao, sau khi bị vật nặng đè vào lưng như đào hầm ếch bị lở đất, hoặc sau chấn thương trực tiếp do tainạn giao thông.

+ Khi khám thấy bệnh nhân bị đau, mất cơ năng, không ngồi được phải nằm.

+ Nhìn cột sống gãy, xương mỏm gai gồ lên, 2 khối cơ cạnh cột sống nổi hằn.

+ Sờ thấy mỏm gai bị lung lay do gãy, bị dời xa nhau do vỡ đốt sống, sờ các khối cơ cạnh đốt sống bị căng cứng.

- X quang:

+ Thân đốt sông phía trước bị lún xẹp.

+ Thân đốt sống bị vỡ mảnh, bị trật khớp.

- Tổn thương tuỷ :

+ Hai chân có thể bình thường, cử động được.

+ Hai chân có thổ bị liệt tuỳ từng mức độ.

\* Theo Frankel có 5 mức độ:

A: Liệt hoàn toàn (điểm 0)

B: Liệt gần hoàn toàn, có bó cơ nổi hằn, cử động nhúc nhích ngón chân (điểm 1), hoặc co duỗi khớp, không chống được trọng lực (điểm 2).

C: co duỗi khớp chống được trọng lực (điểm 3).

D: co duỗi khớp gần bình thường (điểm 4)

E: co duỗi khớp bình thường (điểm 5).

- Khám phản xạ gân bánh chè, gân asin, khám cảm giác, biết được đoạn tủy bị thương tổn.

+ Cảm giác mất đến dưới vú: tổn thương đoạn tủy T2

+ Cảm giác mất đến mũi ức : tổn thương đoạn tủy T6.

+ Cảm giác mất đến rốn: tổn thương đoạn tủy T10.

+ Cảm giác mất đến các nếp bẹn : tổn thương đoạn tủy T12.

\* Trên lâm sàng có cách khám nhanh, tổng hợp :

+ Đứng thẳng gối, cúi mình, thõng tay, đo khoảng cách đầu ngón tay, mặt đất + Cúi đầu, ngửa đầu đo khoảng cách cằm xuống ức.

+ Nghiêng đầu, đo khoảng cách dái tai - vai.

3. KHÁM XƯƠNG CHẬU. .

Chủ yếu khám sau tai nạn.

\* Khám xương chậu có vững không?

- Ấn 2 gai chậu ra sau xem có vững không.

- Ép 2 mào chậu với nhau xem có đau không.

\*Chụp X quang và CT khi bị võ hõm khớp.

\*Khám các biến chứng của vỡ xương chậu

- Biến chứng mạch máu gầy mất máu nặng trên 500ml, chủ yếu do các nguồn sau :

+ Các tĩnh mạch sát xương. .

+ Tĩnh mạch chậu.

+ Động mạch chậu.

Rách bàng quang : thông tiểu, bơm 30ml huyết thanh, thả ra còn hơn lOOml là vỡ bàng quang. Thường bị vỡ ngoài phúc mạc. Nếu vỡ trong ổ bụng có thể bơm hơi vào ổ bụng rồi tìm liềm hơi dưới cơ hoành.

- Đứt niệu đạo: rỉ máu ở lỗ sáo, máu tụ hình cánh bướm ở đáy chậu, thông đái không được.

- Thủng trực tràng : thăm trực tràng có máu.

\* Phân loại vỡ xương chậu

- Loại vững : vỡ cánh chậu, vỡ ngành ngồi mu, chậu mu một bên.

- Loại không vững : gãy ngành ngồi mu, chậu mu 2 bẻn, gãy Malgaigne (chậu mu một bẻn+gãy sát khớp cùng châu cùng bên).

KHÁM HỆ TIẾT NIỆU, SINH DỤC NAM

I. Mục tiêu:

1. Trình bày được đặc điểm giải pháu cơ bản, sinh lí hệ tiết niệu

2. Mô tả được các triệu chứng của cơ quan tiết niệu

3. Trình bày được các cách thăm khám để phát hiện bệnh lý tiết niệu và cơ quan sinh dục nam

II. Nội dung

Cơ quan tiết niệu và sinh dục bao gồm thận , niệu quản, bàng quang, niệu đạo.Nam giới có tinh hoàn, dương vật. Nữ giới có tử cung , buồng trứng, âm đạo.

Những bệnh lý về cơ quan tiết niệu và sinh dục là khá lớn, nhất là ở nam giới, ở Việt nam tỉ lệ bệnh nhân bị mắc bệnh sỏi tiết niệu chiếm tới 25% các bệnh ngoại khoa.

Việc thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng để phát hiện các triệu chứng nhằm chẩn đoán sớm và kịp thời các bệnh lý trên phải tuân thủ theo một nguyên tắc nhất định.

Qua bài thăm khám cơ quan tiết niệu và sinh dục chúng tôi giới thiệu các nghiệm pháp cơ bản để giúp cho chẩn đoán chính xác bệnh ở cơ quan tiết niệu , sinh dục.

1. Thăm khám lâm sàng:

1.1. Những biểu hiện cơ năng

*1.1.1. Điển hình là những cơn đau tiết niệu:*

Đặc điểm:

- Thường đau sau cử động mạnh, gắng sức, mệt nhọc, hoặc sau khi dùng lợi tiểu mạnh.

- Cơn đau thường khu trú ở một bên thương tổn.

- Đau lan dọc theo đường niệu quản xuống dưới, lan xuống ra bộ phận sinh dục ngoài.

- Tính chất đau dữ dội, đau lăn lộn, vật vã. Đau từng cơn hoặc liên tục.

Kèm theo:

- Có đái buốt, đái dắt hoặc đái ra máu, đái ra mủ, có khi đái ra sỏi....

- Có thể buồn nôn, nôn, bụng chướng do ngừng nhu động ruột cơ năng.

*1.1.2. Rối loạn về tiểu tiện:*

- Đái dắt: Đái nhiều lần trong ngày, có thể ban đêm nhưng có thể cả ngày lẫn đêm.

- Đái són: Có thể bị đái són khi gắng sức, hay đái không ghim được, lúc nào cũng dầm dề, đái nhỏ giọt.

- Đái buốt: Khi đi tiểu bệnh nhân cảm giác đau buốt lan truyền xuống miệng lỗ sáo. Cảm giác buốt có thể lúc bắt đầu bãi tiểu tiện hoặc đau nhất ở cuối bãi.

- Đái khó: Thường là thời gian đi tiểu kéo dài, có thể đầu bãi, cuối bãi hoặc cả thời gian đi tiểu. Tia tiểu yếu có thể nhỏ giọt không thành tia được. Có trường hợp tia tiểu bị ngắt quãng.

- Bí đái: Là hiện tượng bàng quang căng nước tiểu nhưng bệnh nhân không thể nào đi tiểu được. Bệnh nhân đau tức vùng hạ vị. Cầu bàng quang căng to

- Đái tự động: Là hiện tượng đái không chủ động được, ngoài ý muốn của bệnh nhân. Gặp trong những bệnh ảnh hường về thẩn kinh, đái dầm dềở trẻ em.

1.2. Thăm khám thực thể:

*1.2.1. Khám nước tiểu*

Đầu tiên quan sát bệnh nhân khi đi tiểu, đánh giá tốc độ tia tiểu, áp lực cuối cùng của tia tiểu.

Quan sát nước tiểu:

- Bình thường nước tiểu trong, có thể hơi vàng.

- Nước tiểu có thể bị đục, do nhiều nguyên nhân như đái ra mủ, phôt phát urat...

- Có thể đái ra máu

Chúng ta có thể xác đinh tổn thương ở vị trí nào trong đường tiết niệu qua nghiệm pháp 3cốc:

+ Cốc 1 đựng nước tiểu đầu bãi.

+ Cóc 2 đựng phần lớn nước tiểu.

+ Cốc 3 đựng nước tiểu cuối bãi.

Đánh giá:

+ Cốc 1: Đánh giá tình trạng niệu dạo.

+ Cốc 3: Đánh giá tình trạng bàng quang

+ Cả 3 cốc: Đánh giá tình trạng thân và niệu quản.

Nếu có hiện tượng bất thường về thành phần nước tiểu cần phải tiến hành làm xét nghiệm để xác định.

*1.2.2. Khám lâm sàng:*

\*Nhìn:

- Vùng thất lưng:

+ Có thể phù nề, nóng đỏ trong viêm tấy quanh thận.

+ Nổi gồ lên trong thận to có thể do ứ nưóc, ứ mủ hoặc do nguyên nhân khác.

- Vùng bụng dưới rốn: Có thể phát hiện khối u căng tròn hình cầu trên xương mu là cầu bàng quang.

Bộ phận sinh dục ngoài: Lỗ sáo lệch, có dịch, có mủ, phát hiện hẹp bao quy đầu, khám bìu, tầng sinh môn.

\* Sờ nắn:

- Vùng thắt lưng: Đau khi phù nề quanh thận.

+ Xác định thận to: Phương pháp Guyon. Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc ngồi bên định khám. Bàn tay cùng bên đặt lên thành bụng, tay kia dưới hố thắt lưng, tìm hai dấu hiệu:

**Chạm thận:** Bàn tay dưới hố thắt lưng nâng nhẹ lên trong khi bàn tay trên thành bụng ấn nhẹ xuống. Nếu thận to sẽ có cảm giác thận chạm vào lòng bàn tay dưới.

**Bập bềnh thận**: Bàn tay dưới hố thắt lưng ấn nhẹ nên từng đợt trong khi bàn tay trên ấn xuống, nếu thận to sẽ có cảm giác thận bập bềnh giữa hai lòng bàn tay.

+ Phương pháp Israen: Giống như phương pháp guyon, chỉ khác là bệnh nhân năm nghiêng

+ Phương pháp Glénard: Dùng bàn tay đối diện, ngón cái ở trước, các ngón còn lại ở dưới bóp vào hố thận. Nếu thận to khi bệnh nhân thở có cảm giác thận chạm vào lòng bàn tay.

- Vùng bụng: tìm các điểm đau tiết niệu.

+ Điểm niệu quản trẽn: Là giao điểm giữa bờ ngoài cơ thẳng to với đừơng ngang rốn hai bên.

+ Điểm niệu quản giữa: Là điểm 1/3 ngoài của đường nối hai gai chậu trước trên.

+ Tìm cầu bàng quang: Vùng hạ vị căng ấn vào có cảm giác mót đái.

- Thăm trực tràng:

+ Xác định điểm niệu quản dưới, ở sát cổ bàng quang.

+ Xác định tuyến tiền liệt: Nếu có u sẽ sờ thấy thành trước trục tràng có u chắc, nhẵn, mất rãnh giữa

- Bộ phận sinh dục ngoài:

+ Dươmg vật, sờ bình thường mềm mại, bóp nắn không có dịch ra lỗ miệng sáo.

+ Bìu: - Nâng bìu đánh giá trọng lượng bìu

 - Kiểm tra dọc theo đường đi của thừng tinh

Nếu bìu to cần xác định nguyên nhân gì qua thăm khám bằng soi đèn pin, siêu âm.

\* Gõ: Khi cần thiết kiểm tra vùng thận, nếu thận to sẽ gõ đục vùng thắt lưng do thận đẩy đại tràng vào trong. Gõ đục hạ vị khi có cầu bàng quang, ở bìu khi có khối u:

Gõ trong nếu là khối thoát vị

Gõ đục khi là u tinh hoàn hoặc tràn dịch màng tinh hoàn

1.3. Thăm khám bằng điện quang

*1.3.1. Chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị:*

- Phải thụt tháo sạch trước khi chụp. Phim phải rộng, bờ trên ở xương sườn thứ 11 đến tận xương mu. Chụp không chuẩn bị có thể thấy được những hình ảnh sau:

+ Bóng mò của thận

+ Hình ảnh cản quang trên đường đi của hệ tiết niệu

*1.3.2. Chụp hệ tiết niệu có chuẩn bị.*

UIV (ureogaphi- intra- Veineul) Có bơm thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch. Cũng chỉ chụp khi đã thụt tháo sạch và xét nghiệm khi ure máu <0.8 g/l

+Tiến hành.

- Nằm thoải mái

- Ép vào hai bên niệu quản bằng bóng ép

- Chụp một phim không chuẩn bị

- Sau đó tiêm thuốc

- Sau đó 6 phút chụp một phim.

- Lần lượt sau phút thứ 15, 30,45 chụp một phim.

- Sau 60 phút bỏ ép chụp một phim.

- Nghi nghờ sau 120 phút chụp một phim.

+ Kết quả: - Đánh giá được chức năng thận qua hình ảnh cản quang xuất hiện trên phim lần theo thời gian.

- Thấy rõ hình ảnh của đài, bể thản, niệu quản, bàng quang.

Chụp niệu quản - bể thận ngược dòng.

UPR ( urétéo - Pyelo - Retreogaphy ).

+ Tiến hành: Đặt sonde vào bàng quang lên niệu quản bể thận sau đó bơm thuốc cản quang vào rồi chụp.

+ Kết quả: - Thấy rõ hình thể của niệu quản, bể thận, dài thận.

- Xác định được các dị vật trong đường tiết niệu nhưng không đánh giá được chức năng thận.

*1.3.4. Chụp thận có bơm hơi sau phúc mạc:*

Bơm hơi vào tổ chức quanh thận ở sau phúc mạc rồi chụp, xác định được rõ hình thể ngoàicủa thận. Nhất là phát hiện bệnh lý tuyến thượng thận.

*1.3.5. Chụp động mạch thận:*

Dùng kim tiêm thuốc cản quang vào động mạch chủ ngay trên chỗ chia nhánh của động mạch thận rồi chụp ngay. Trên phim phát hiện được các khối u thận. Các mạch máu bất tương, gíup cho chẩn đoán và ghép thận, cắt thận chọn lọc...

*1.3.6. Chụp bàng quang: .*

- Chụp bàng quang ởthì cuối của chụp UIV.

- Chụp bàng quang ngược dòng, đặt sonde vào bàng quang bơm thuốc rồi chụp.

- Chụp bàng quang bơm hơi: Bơm thuốc cản quang vào bàng quang sau đó tháo ra để láng ở niêm mạc bàng quang một lượt thuốc sau đó bơm hơi căng bàng quang rồi chup.

+ Kết quả:

Thấy hình thể của bàng quang.

Thấy hình ảnh trào ngược bàng quang niệu quản.

Chụp lỗ dò, khối u, túi thừa.

*1.3.7. Chụp niệu đạo:*

Bơm thuốc cản quang từ lỗ sáo lên, sẽ thấy dược chít hẹp niệu đạo, bệnh lý tuyến tiền liệt...

Siêu âm hệ tiết niệu:

Phát hiện được hình thể thận, sỏi đường tiết niệu, vị trí, kích thước sỏi.

Ngày nay tuỳ từng bệnh người ta còn kiểm tra đường tiết niệu bằng chụp CT.Scaner, hoặc bằng đồng vị phóng xạ, cộng hưởng từ...

2. Thăm dò bằng dụng cụ:

Đây là phương pháp được sử dụng nhiều trong việc thăm khám cơ quan tiết niệu, nhưng chỉ chỉ định khi thật cần thiết vì có thể gây biến chứng: Nhiễm khuẩn, tổn thương niệu đạo, đau cho bệnh nhân.

2.1. Dụng cụ:

Có nhiều loại sonde.

Bằng cao su chất dẻo:nélaton, béquille, foley, maléco, perzer.

Bằng sắt, đầu tròn, nhẵn: sondenam, nữ và bộ nong niệu đạo BéNéQƯILLE.

Cách sử dụng: Đối với niệu đạo nam khó làm hơn niệu đạo nữ vì niệu đạo dài hơn và gấp khúc.

Chuẩn bị: - sát khuẩn sạch bộ phận sinh dục ngoài nhất là đầu dương vật.

Giảm đau.

Sát khuẩn ống sonde, bôi trơn bằng dầu paraíin.

Tiến hành: Tay trái cầm dương vật trong miếng gạc, tay phải luồn ống sonde qua miệng sáo vào niệu đạo qua ba thì.

Thì 1: Vị trí chỗ hai giờ, đưa dụng cụ vào hết đoạn niệu đạo di dộng.

Thì hai:Xoay sang vị trí 12 giờ, tay trái kéo ngược dương vật lên sát thành bụmg tay phải đẩy sonde từ từ vào, nếu sờ tầng sinh môn sẽ thấy đầu của sonde.

Thì 3: từ từ ngả dương vật về vị trí 6 giờ kết hợp từ từ đẩy sonde qua niệu đạo tuyến tiền liệt, cổ bàng quang. Nước tiểu chảy qua là sonde đã trôi vào tới bàng quang.

2.2. Soi bàng quang:

+ Kỹ thuật:

Giảm đau, gây mê, hoặc tê tuỷ sống...

Luồn vào bàng quang máy soi gồm : đền soi ở đầu ống, hệ thống láng kính, hệ thống dẫn nước vào, nước ra. Hệ thống dây điện lắp vào máy.

Khi soi, bơm cho bàng quang căng đầy nước.

+ Kết quả:

- Xác đinh được viêm bàng quang, túi thừa, hang trụ, polip, u bàng quang hay sỏi bàng quang .

Qua máy soi người ta có thể đưa luồn được ống sonde lên niệu quản để xác định bệnh lý của niệu quản, chụp thận ngược dòng. .

Qua máy soi người ta có thể tán sỏi bàng quang và cắt đốt dể điểu trị các bệnh lý ở ổ bàng quang hay là polip bàng quang.

Đo áp lực bàng quang:

-Với mục đích đánh giá tương lực cơ bàng quang, phát hiện các bệnh lý như bàng quang thần kinh, bàng quang mất hoặc giảm trương lực.

- Đo áp lực bàng quang bằng máy đo áp kế đặt vào qua sonde vừa khít với lòng niệuđạo.

3.Thăm khám cận lâm sàng:

3.1. Xét nghiệm nước tiểu:

*3.1.1 Đái ra mủ:* xét nghiệm tế bào và vi khuẩn trong nước tiểu.

- Có thể có ba hình thái: Đái ra mủ không có vi khuẩn, thường có vi rút, đái ra mủ do coli, tụ cầu hay liên cầu...

- Đái ra mủ do lao (tlm BK trong nước tiểu).

- Các nguyên nhân đái ra mủ có thể thường gặp là:

Viêm niệu đạo, điển hình là lậu.

Viêm bàng quang có thể do lao, sỏi tiết niệu hoặc thận ứ mủ.

*3.1.2 Đái ra máu:* Xét nghiệm có hồng cầu trong nước tiểu, chú ý nước tiểu phải được lấy tận trong bàng quang.

Có điều kiện nên soi bàng quang trong khi đang chảy máu sẽ xác định được chỗ chảy máu khởi đầu và bản chất thương tổn.

Nguyên nhân:

- Có thể do chấn thương.

- Bệnh lý có thể gập: + Lao thận.

+ Ung thư Ohem + Sỏi Dhem.

Có thể gặp do u bàng quang, polip bàng quang.

*3.1.3. Đái ra protêin:*

Bình thường không có Albumin trong nước tiểu. Lượng Albumin nhiều gặp bệnh lý có thể trong viêm cầu Dhcm cấp tính. Luôn có protêin trong nước tiểu có thể gập trong viêm ũhcm mãn, viêm ũhem do giang mai, Dhcm nhiễm mỡ.

Các xét nghiệm hoá học:

Định lượng ure trong nước tiểu: Bình thường là 24g/lít.

Tìm huyết sắc tố trong nưóc tiểu: quay ly tâm thấy các dải sợi huyết sắc tố.

Ngoài ra còn theo dõi bài xuất nước tiểu 24 giờ.

Bình thường trong 24 giờ bài tiết từ l000ml - 1500ml.

Số lượng > 21ít/24giờ là đái nhiều có thể do ảnh hưởmg của chức năng ũhem, ống ũhem hấp thu kém hoặc do rối loạn ngoài ũhem như bệnh đái đường, đái tháo nhạt.

- \*Sô lượng < 1 lít/24giờ là đái ít có thể do nôn nhiều, mất nước. Nếu số lượng <150ml/24giờ là vô niệu (không có nước tiểu trong bàng quang gặp trong suy thận, suy gan, suy tim).

3.2. Xét nghiệm máu.

*3.2.1. Định lượng urê trong máu:*

Để xác định chức năng thận:

+ Bình thường urê 0,2 - 0,4g/l.

+ Urê tăng trong trường hợp có biểu hiện suy Dhem.

Xét nghiệm điện giải đồ.

Đánh giá khả năng lọc thận để giữ thăng bằng kiểm toan.

*3.2.3. Có thể định lượng photphataza - axit trong máu:*

Tăng trong ung thư tuyến tién liệt.

3.3. Ngoài ra có thể kèm theo một sô biện pháp.

Để có thể đánh giá hệ số thanh thải ở cầu thận và các biện pháp thăm dò chức năng tinh hoàn như: .

+ Định lượng nội tiết tố tuyến yên.

+ Phản ứng trên các tế bào laydis và sự sinh sản nội tiết tố nam LH.

+ Định lượng 17 Xetostcroit trong nước tiểu. .

4. Một số hội chứng về sinh dục.

4.1. Các chất dịch chảy qua ngoài lỗ miệng sáo:

+ Máu có thể do chấn thương, khối u, lậu hoặc xuất tinh ra máu.

+ Chảy mủ: cần làm xét nghiệm đánh giá nguyên nhân, nếu vuốt dọc niệu đạo có mủ ở lỗ sáo thường do lậu.

4.2. Cứng dương vật:

Dương vật cứng thường xuyên, rất đau, thưòng do bệnh về máu hoặc bệnh tổn thương tuỷ sống.

Liệt dương: Dương vật không cương cứng lên dược có thể do

+ Rối loạn nội tiết, hay tổn thương niệu đạo hay tuyến tiền liệt.

+ Rối loạn thần kinh.

4.4. Vô sinh:

Có thể gặp do nguyên nhân bài tiết, không sờ thấy tinh hoàn do chấn thương hoặc teo tinh hoàn nguyên nhân bẩm sinh hay nhiễm khuẩn.

IV. Tài liệu tham khảo

Bệh học ngoại bụng (1986), Trường Đại học Y khoa Hà Nội, nhà xuất bản Y học

Lê Thế Trung, Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại họcl993, Học viện quân y

Bệnh học tiết niệu( 1993), Trường Đại học Y khoa Hà Nội, nhà xuất bản Y học

KHÁM HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG

I. Mục tiêu:

1. Mô tả được cách khám lâm sàng, cận lâm sàng hậu môn trực tràng.

2. Trình bày được triệu chứng cùa một số bệnh hậu môn trục tràng.

II. Nội dung:

1. Nhắc lại giải phẫu, sinh lý vùng hậu môn, trực tràng.

+ Là phần cuối của ống tiêu hóa, co bóp bài tiết phân qua lỗ hậu môn là một thực thể gắn bó mật thiết bao gồm trực tràng, ống hậu môn và lỗ hậu môn.

+ Từ trong ra ngoài có các lớp:

Phần trên: niêm mạc, tổ chức dưới niêm mạc, lớp cơ trực tràng, thanh mạc

Ở phần dưởi: niêm mạc, tổ chức dưới niêm mạc lớp cơ dấy lên tạo thành cơ thắt trong, cơ thắt ngoài và tổ chức liên kết vùng tầng sinh môn

Ống trực tràng - hậu môn: có nhiều loại bệnh lý như các dị tật bẩm sinh, u lành và ác tính, một số bệnh lý riêng biệt như trĩ, viêm nhiễm,... mà khi thăm khám thường hay bỏ sót, phát hiện muộn làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

1.1. Giải phẫu:

Ông trực tràng - hậu môn chia làm 3 đoạn :

+ Đoạn trực tràng trong ổ bụng được bọc bởi thanh mạc.

+ Đoạn trực tràng dưới phúc mạc (đoạn bóng trực tràng) không có thanh mạc, có thể phình to từ 250 ml đến 400 - 500ml.

+ Cuối cùng là đoạn ống hậu môn, ngay dưới chỗ đường răng lược (đường niêm mạc - da), nằm gấp góc gần 90° với trực tràng, có cơ thắt và cơ nâng và mở ra lỗ hậu môn.

Liên quan: + Phía trước: Tạng trong ổ bụng (ruột non) trong phúc mạc, vách trực tràng - âm đạo, bàng quang, túi tinh, tuyến tiền liệt, niệu đạo sau hoặc thành sau âm đạo.

+ Phía sau: lá cân Valdeyer và hõm trước xương cùng.

+ Hai bên : hai dây chằng treo trực tràng, mạch trĩ giữa, mạch chậu và niệu quản.

1.2. Sinh lý:

Chức năng của ống hậu môn - trực tràng là tống phân ra một cách có kiềm chế. Đó là hoạt động đại tiện - một hoạt động dưới sự kiểm soát có chủ động và không chủ động (phối hợp cả do phản xạ và do ý muốn).

2. Thăm khám lâm sàng:

Bệnh lý vùng hậu môn trực tràng rất thường gặp, thăm khám một cách kỹ càng sẽ phát hiện sớm bệnh để điều trị được kịp thời.

Khi thăm khám chú ý về mặt tâm lý, giải thích rõ cho bệnh nhân để việc thăm khám được tốt

2.1. Triệu chứng cơ năng:

*2.1.1. Hỏi bệnh :* Thông qua hỏi bênh để biết được các triỗu chứng cơ nâng.

Các bênh lý vùng hâu môn - trực tràng nói chung thường có các triệu chứng cơ năng sau:

1. Chảy máu, mủ, dich vùng hậu môn:

\*Chảy máu từ hậu môn: là triệu chứng của nhiều bệnh thường gặp trong các bệnhsau:

- Trĩ: máu đỏ tươi chảy thành tia, nhỏ giọt hoặc dính vào giấy chùi sau khi phân đi ra qua hậu môn, thường không đau và tự cầm được

- Nứt kẽ hậu môn mức độ chảy máu ít hơn trĩ nhưng kèm theo bệnh nhân rất đau sau khi đi vệ sinh.

- U trực tràng: máu thưòmg bám dính vào phân kèm theo chất nhày, cũng có khi chảy máu dữ dội khi khối u vỡ loét rộng.

- Polype trực tràng: máu thường bám dính vào phân, cũng có khi thành tia.

- Viêm loét trực tràng: máu thường chảy Dhem tục cả lúc không đi vệ sinh.

\* Chảy mủ hậu môn gặp các bệnh:

- Abces hậu môn: ổ mủ của abces vỡ vào trong nhem trực tràng rồi chảy ra qua lỗ hậu mô hoặc vỡ ra ngoài da cạnh hậu môn. Thường mủ chảy nhiều, mầu xanh, chảy nhiều khi ấn vào khối abces.

- Rò hậu môn: thường ri ít dịch mầu vàng, mùi hôi cạnh hậu môn.

*2.1.2. Đau vùng hậu môn:*

+ Đau rát, ngứa khó chịu: thường gặp rò hậu môn, viêm quanh hậu môn.

+ Đau sau khi đi vệ sinh: Đau rát thường gặp bệnh nứt kẽ hậu môn, đau tức khó chịu kèm theo sa khối niêm mạc ở lỗ hậu môn gặp bệnh trĩ tắc mạch.

+ Đau: Đau tại vùng hậu môn, thường đau nhiều khi đại tiện, nhất là khi phân táo. Có khi đau quặn vùng Ohem dưới khi đại tiện.

+ Đau liên tục kèm theo sưng tấy nóng đỏ cạnh hậu môn gặp bệnh abces cạnh hậu môn.

+ Mót rặn nhiều : Cảm giác mót rặn, buồn đại tiện nhiều lần trong ngày là triệu chứng bị kích thích hay viêm nhiễm tại hậu môn - trực tràng.

*2.1.3. Xuất hiện khối u vùng hậu môn:*

+ Khối cạnh hậu môn xuất hiện sau khi đi vệ sinh đau tức do bệnh trĩ tắc mạch.

+ Khối to dần sưng, nóng, đỏ, đau do abces cạnh hậu môn.

+ Khối cứng ít đau, hình dạng phân dẹt, thăm khám kỹ để phát hiện u ác hoặc lành tính phát triển từ những tổ chức ở ống hậu môn.

*2.1.4. Bất thường phân:*

+ Phân bất thường: Có nhày mũi, có máu đỏ tươi hoặc như máu cá, phân thành khuôn dẹt và nhỏ.

+ Phân bám dính máu: đỏ tươi thường gặp bệnh trĩ, polype, máu thẫm nhạt mầu thường ung thư trực tràng.

+ Phân kèm theo chất nhầy: thường gặp u hoặc viêm trực tràng.

+ Hình dạng phân biến đổi: dẹt thường gặp do u, nhỏ do hẹp hậu môn sau phẫu thuật, chấn thương vùng hậu môn.

+ Phân chảy không tự chủ trong bệnh tổn thương cơ thất, liêt tủy...

2.2. Triệu chứng thực thể.

□hem.Oi đã khai thác các triệu chứng cơ năng phải khám thực thể một cách toàn diện, tỷ mỷ

1. Nhìn: Tư thế bệnh nhân tốt để trinh bày được rõ Dhem vùng khám.

+ Tư thế phụ khoa: nằm ngửa, đùi và cẳng chân gấp, hai bàn chân dạng.

+ Tư thế chổng mông: quỳ, dang hai đầu gối, tay gấp hai cẳng tay tỳ xuống bàn, cong lưng chổng mông.

+ Tư thế nghiêng trái: chân trái duỗi, chân phải co

Quan sát kĩ vùng da hậu môn để phát hiện những bất thường, khi quan sát yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ để hậu môn dãn rộng, quan sát bằng mắt thường vùng hậu môn và vùng quanh hậu môn.

+ Thầy thuốc dùng 2 tay banh rộng 2 bên mông để bộc lộ rõ lỗ hậu môn và vùng lân cận.

+ Quan sát có thể thấy các loại thương tổn như vết loét, sưng tấy đỏ, sẩn ngứa, lỗ rò... sau đó dùng 2 ngón tay cái banh các nếp quanh lỗ hậu môn để tìm các thương tổn ở trong sau hơn 1-2cm như búi trĩ, polype, ung thư hoặc tình trạng viêm, nứt kẽ niêm mạc hậu môn....

- Các lỗ rò hậu môn

- Căng da để quan sát các vết nứt kẽ hậu môn.

- Quan sát kỹ các búi trĩ: mức độ to nhỏ, mầu sắc búi tri

- Các u, viêm loét quanh hậu môn....

1.3. Thăm trực tràng bằng ngón tay (toucher rectal)

+ Thăm trực tràng là dùng một ngón tay đưa vào trực tràng để nhận biết một số tình trạng bệnh lý cua vùng hậu môn - trực tràng. Nếu thăm khám đúng thì ngón tay có thể tham khám vùng trực tràng cao khoảng l0cm từ rìa hậu môn và có thể thăm khám được các tạng lân cận.

+ Bôi trơn ngón tay khám sờ nhẹ quanh hậu môn phát hiện những bất thường quanh hậu môn: điểm cứng, điểm đau...

+ Thăm khám trực tràng: yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ đưa ngón tay ướt nhẹ nhàng vào hậu môn. Kết hợp hai ngón tay ngón trỏ ởtrong hậu môn va ngón cái ở ngoài sờ nắn nhẹ nhàng xung quanh vùng trực tràng. Đánh giá trương lực cơ thắt hậu môn ( mở rộng hay co thắt, chít hẹp), tình trạng rộng hẹp của lỗ hậu môn, ống hậu môn phát hiện u, loét, cứng, điểm đau ở thành trực tràng.

- Các bất thường trong lòng HM- TT và thành trực tràng: u sùi, thâm nhiễm cứng polype, phân có máu, mũi nhày....

-Đánh giá tình trạng túi cùng Douglas và ổ bụng : phồng và đau – dấu hiệu tiếng kêu Dougías “( viêm phúc mạc, abcès túi cùng Douglas), tử cung phần phụ ở nữ, tuyến tiềnliệt ở nam (u xơ, viôm, ung thư). ,, , -

+ Khám xong rút ngón tay nhẹ nhàng ra hậu môn quan sát màu săc phân bám dính trên ngón tay.

3. Khám cận lâm sàng

*Khám nội soi trực tràng*

Bằng một dụng cụ là ống soi trực tràng, có thể giúp thầy thuốc nhìn rõ hơn và sâu hơn trong lòng ống hậu môn – trực tràng (25-30cm), và qua ống này có thể làm sinh thiết thương tổn nghi ngờ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Chuẩn bị: bằng khám lâm sàng kĩ trước, thụt tháo sạch phân.

Soi trực tràng phải có sự chuẩn bị đại tràng tốt và được thực hiện ở phòng khám chuyên khoa.

+ Chỉ định thăm khám vùng trực tràng dưới l0cm.

+ Phương tiện: Ống soi, nguồn nhem, dụng cụ sinh thiết...

+ Kỹ thuật: tư thế bệnh nhân chổng mông, yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ đưa ống soi nhẹ nhàng qua lỗ hậu môn, hướng đầu ống soi về xương cùng. Rút nòng, soi nguần ũhein rút dần ống soi quan sát kỹ chu vi trực tràng.

+ Phát hiện những bất thường: búi trĩ, polype, khối u, loét, sùi, điểm chảy máu.... chụp X quang ( radiographie): ít dùng. Tùy thương tổn nghi ngờ mà có thể dùng phương pháp khác nhau như:

+ Chụp đường rò bằng bơm thuốc cản quang vào dường rò( fistulographie) để xác định rõ đường rò hậu môn.

+ Chụp khung đại tràng (lavement baryté) trong bệnh Hirschprung.

+ Chụp nghiêng tư thế dốc ngược để xác định độ cao thấp của bóng trực tràng trong dị tật không có lỗ hậu môn.( phương pháp của Wangensteen và Kice, năm 1930).

+ Chụp đối quang kép nhiều tư thế.

+ Có thể phát hiện u mới hình thành và u nhỏ tuyến biểu mô.

*Siêu âm.*

+ Mục đích : Đánh giá các thương tổn trực tràng.

- Mức độ ung thư.

- Hạch di căn.

- Hình thể và chức năng cơ thắt hậu môn.

- Giai đoạn hình thành và vị trí abces vùng hậu môn trực tràng.

Độ lớn và nhân ung thư tuyến tiền liệt.+ Trên siêu âm thấy rất rõ vòng ECHO mầu trắng xen lẫn mầu đen tương ứng với các lớp của thành trực tràng.

Các thăm dò khác.

+ Đo áp lực: chi định những bệnh nhân táo bón điều trị không kết quả, đại tiện không tự chủ.

+ Ghi điện cơ và biểu đồ tống phân ở những bệnh nhân rối loạn tự chủ.

Sinh thiết ( Biopsie): Giúp xác định những thương tổn nghi ngờ ác tính.

4. Một số bệnh lý hay gặp ởhậu môn - trực tràng:

4.1. Các viêm nhiễm, abcès và rò hậu môn-trực tràng:

Viêm nhiễm do các vi khuẩn đặc hiệu hay không đặc hiệu bắt nguổn từ trong ống hậu môn - trực tràng dẫn đến tụ mủ, có thể xuất hiện ra ngoài quanh lỗ hậu môn (abcès quanh hậu môn, abcès trong trực tràng vỡ vào trong ống và vỡ ra ngoài da tạo thành rò trực tràng).

Quá trình viêm nhiễm do các vi khuẩn không đặc hiệu tiến triển thường qua 3 giaiđoạn:

+ Giai đoạn đầu: Viêm tấy hốc Morgagni và các ống tuyến.

+ Giai đoạn abcès: Hình thành một ổ abcès khởi điểm ởkhoang tế bào dưới niêm mạc da của ống hậu môn hoặc ở giữa các lớp cơ thắt.

+ Giai đoạn vỡ abcès: Hoạc vỡ trực tiếp ra rìa xa lỗ hậu môn ngay hay còn hình thành abces thứ phát ở khoang tế bào bên cạnh rđi mói vỡ ra ngoài da tạo thành đường rò phức tạp.

4.2. Các abcès hậu môn trực tràng (abcès ano - rectal) có thể chia làm loại:

+ Abcès nông (abcès trong cơ thắt).

+ Abcès sâu (abcès ngoài cơ thắt, abcès hố ngồi - trực tràng).

+ Abcès cao thuộc khoang chậu hông dưới phúc mạc.

4.3. Các loại rò hậu môn (fistule anale):

 căn cứ vào lỗ mở ở ngoài rìa hậu môn mà phânbiệt:

+ Trong cơ thắt (nông).

+ Qua cơ thát (trung gian).

+ Ngoài cơ thắt (sâu). .

Abcès hậu môn dẫn đến rò hậu môn, tiến triển mãn tính, ũhem đợt nặng lên. Lỗ rò luôn chảy dịch hôi, bẩn, có nhiều đợt viêm tấy sưng nóng đỏ đau.

Điều trị nội khoa thường không khỏi dứt điểm được, điều trị ngoại khoa cũng phức tạp và khó khăn ( nhất là với đường rò phức tạp nhiều nhánh).

4.4. Nứt kẽ hậu môn (fisure anale):

Thương tổn thường thấy là một nốt loét dài như đường nứt kẽ ởngay lỗ hậu môn, thường ởcực sau của ống hậu môn (90 %); kèm theo có co cứng phản xạ của cơ thắt ngoài và viêm nhánh thần kinh cùng. Bệnh chưa rõ nguyên nhân.

Thường ởnữ tuổi trung niên, táo bón và đẻ nhiều lần. Bệnh gây đau ghê gớm khi đi đại tiện.

4.5.. Bệnh trĩ (hémorroide)

Trĩ là hiện tượng dãn quá mức các đám rối tĩnh mạch ởdưới niêm mạc ống hậu môn. Thường gây đau, chảy máu nhiều hay ít.

Thăm khám tại chỗ búi trĩ bằng nhìn, thăm trực tràng và soi hậu môn - trực tràng .

Cần phân biệt trĩ bệnh với trĩ triệu chứng.

Nguyên nhân trĩ:

+ Phần lớn là không rõ nguyên nhân, hay gặp ở tuổi 30 - 60, phát sinh trong những điều kiện làm tăng áp lực ổ hậu môn hoặc ứ đọng các tĩnh mạch trĩ vốn đã không có van.

+ Các yếu tố thuận lợi:

- Táo bón kéo dài, u xơ tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, ho mãn tính,..

- Lao động trong điều kiện ngồi hay đứng lâu, mang vác nặng,...

- Chèn ép khung chậu do có thai nhiều lần, u sinh dục,...

- Tăng áp lực TM cửa trong xơ gan

- Do nhiễm khuẩn ống hậu môn làm hư hại thành tĩnh mạch.

Trong phân loại: Lấy đường răng lược (đường niêm mạc - da) làm mốc có:

+ Trĩ nội: Là búi trĩ xuất phát từ tĩnh mạch trĩ trên (TM trực tràng trôn), ởtrên đường răng lược

+ Trĩ ngoại: Là búi trĩ xuất phát rừ TM trĩ dưới (TM trực tràng dưới), ởdưới đường răng lược.

+ Trĩ hỗn hợp : Cả 2 búi trên đều bị dãn.

Xếp loại theo cách của Bệnh viên Saint Mark ( Anh):

- Độ 1: Búi trĩ chưa qua cơ thắt hậu môn.

- Độ 2: Búi trĩ đã qua cơ thắt nhưng vẫn tự co vào hay đẩy vào được.

- Độ 3: Búi tri lòi ra liên tục, không đẩy vào hay tự co vào được.

4.6 Các khỏi u vùng hậu môn - trực tràng:

+ Các u lành hậu môn - trực tràng: Thường gặp hơn u ác tính. Có nhiều loại như u nhú, u tuyến, u mạch, u mỡ, u xơ,... các loại polype trục tràng hay gặp ở trẻ em đến với triệu chứng tự nhiên (hoặc khi táo bón) có ỉa máu tươi.

+U ác tính: ung thư ởhậu môn và trực tràng hay gặp, nhất là ở trực tràng. Triệu chứng cơ năng thường giống lỵ (càm giác mót rặn, ỉa máu kèm mũi nhày,...). Thăm trực tràng rất quan trọng để nhận biết ban dầu. Cần soi hậu môn - trực tràng và làm sinh thiết chẩn đoán.

4.7. Sa trực tràng (prolapsus du rectum) :

Sa trực tràng là hiện tượng một lớp niêm mạc hay toàn bộ thành ống trực tràng - hậu môn tụt xuống qua vòng cơ thắt. Bệnh hay tái phát. Hay gặp nhất ở 2 giai đoạn đầu và cuối cùa cuộc đời (trẻ 1- 3 tuổi và người già).

Nguyên nhân thường do sự lỏng lẻo, chùng nhão của các tổ chức quanh trực tràng và của cơ thắt, đồng thời là sự gắng sức làm tăng áp lực ổ bụng một cách đột ngột gây ra.

+ saở trẻ nhỏ thường là sa niêm mạc, rất ít khi sa toàn bộ.

+ sa ở người già thường là sa toàn bộ.

4.8. Chít hẹp hậu môn - trực tràng :

Nguyên nhân có thể do chấn thương hay sẹo mổ cũ, hay nguyên nhân do viêm nhiễm vi khuẩn dặc hiệu (lao, giang mai, bệnh Nicolas - Favre).

4.9. Các dị tật bẩm sinh của hậu môn - trực tràng :

Đó là các trường hợp trẻ đẻ ra không có lỗ hậu môn hoặc có nhưng với lỗ mờ bất thường ( hẹp, rò vào các tạng lân cận,...).

III. Tài liệu tham khảo :

1. Triệu chứng học ngoại khoa(1976). Trường dại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.

2. Bệnh học ngoại khoa sau dại học( 2001), Nhà xuất bản khoa học kĩ thuật.

3. Cẩm nang cho cán bỏ y tế cơ sở tập 1,2 (1984), Nhà xuất bản y học

4. Ngoại khoa tập 1( 1983), sách bổ túc sau đại học, Trường đại học Y Hà Nội.

TRIỆU CHỨNG NHỌT, ÁP XE HẬU BỐI, CHÍN MÉ

I. Mục tiêu

1. Định nghĩa và phân loại được vi khuẩn, diễn biến của nhiễm khuẩn ngoại khoa

2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cùa chín mé, nhọt, hâụ bối, áp xe.

3. Mô tả được nguyên tắc xử trí chung nhiễm khuẩn ngoại khoa

II. Nội dung

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Nhiễm trùng ngoại khoa là biến chứng thường xảy ra sai những chấn thương, những thương tích trong thời bình cũng như trong thời chiến hoặc sau những can thiệp phẫu thuật. Nguyên nhân là do sự phát triển của những vi sinh vật gây bệnh đã xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân.

1.2. Điều kiện phát sinh nhiễm trùng ngoại khoa

- Ổ thuận lợi: một phần cơ thể bị dập nát, ổ huyết tắc, những tổ chức bị hoại tử...

- Đường vào: qua da, niêm mạc (vết thương), hoặc do có sẵn vi khuẩn bên trong cơ thể (viêm ruột thừa vỡ, thủng túi mật...) hay do một động tác chẩn đoán hoặc điều trị gây nên (vết mổ, tiêm thuốc...).

- Sức đề kháng của cơ thể phụ thuộc vào sự toàn vẹn của tổ chức, cơ quan tạo yếu tố bảo vệ tại chỗ ngăn cản sự xâm nhập của vi khuẩn và yếu tố toàn thân như: hệ thống miễn dịch, các đại thực bào...

- Khả năng phá hoại của vi khuẩn.

1.3. Tác nhân gây nhiễm trùng ngoại khoa: đa dạng.

- Vi sinh vật thuộc giới động vật như: amíp, ký sinh trùng.

- Vi sinh vật thuộc giới thực vật: Mycobacterium...

- Vi rút: bệnh viêm não (encéphalite), bệnh viêm tuỷ xám (poliomýelite).

- Vi khuẩn: thực tế lâm sàng nhiễm trùng ngoại khoa do vi khuẩn gây ra, trong đó loại vi khuẩn làm mủ (tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh ...) thường gặp nhất.

1.4. Phân loại nhiễm trùng ngoại khoa

- Mô mềm: Nhọt, hậu bối, chín mé, áp xe nóng, áp xe lạnh, hoại thư sinh hơi, uốn ván...

- Khoang trong cơ thể: Viêm phúc mạc, tràn mủ màng phổi, áp xe trong ổ bụng...

- Nhiễm trùng mảnh ghép.

- Nhiễm trùng vết thương.

2. Các loại nhiễm trùng ngoại khoa thường gặp.

2.1. Áp xe nóng:

*2.1.1. Định nghĩa:* áp xe nóng là một ổ mủ cấp tính khu trú, hình thành một Dhem chứa mủ

- Giãn mạch kèm xuất huyết thanh dịch.

- Xuyên mạch bạch cầu thực bào bao quanh và tiêu diệt các vi khuẩn làm mủ.

- Tạo hàng rào xơ hoá giới hạn sự lan ra cùa nhiễm trùng.

Như vậy , đây là phản ứng tốt của cơ thể không cho nhiễm trùng lan rộng.

Về cấu tạo, áp xe nóng gổm 3 phần:

- Vách bao: 3 lớp.

+ Lớp trong: nơi tiếp xúc ổ mủ, là mạng lưới fibrin giam giữ các bạch cầu và vikhuẩn.

+ Lớp giữa: tổ chức liên kết non và các mạch máu tân tạo,

+ Lớp ngoài: là tổ chức xơ, ngăn cách giữa mô lành và mô nhiễm trùng.

- Bọng chứa: chứa mủ, tính chất mủ tuỳ thuộc loại vi khuẩn.

+ Mủ đặc, dính, màu kem sữa, không mùi: áp xe do tụcầu.

+ Mủ loãng pha thanh dịch: áp xe do liên cầu.

+ Mủ loãng xám bẩn, mùi thối: do vi khuẩn yếm khí.

*2.1.4. Triệu chứng lâm sàng và tiến triển:* áp xe nóng tiến triển qua 2 giai đoạn.

2.1.4.1. Giai đoạn viêm lan toả (thời kỳ khởi phát):

- Bệnh nhân đến khám vì đau nhức, đau liên tục tăng dần, khu trú ở một vùng phần mềm của cơ thể.

- Toàn thân có hội chứng nhiễm trùng: sốt, ớn lạnh, uể oải, nhức đầu.

- Khám thấy vùng có 4 triệu chứng cơ bản sau:

+ Sưng: cứng ở trung tâm, đóng bánh ở viền ngoài.

+ Nóng.

+ Đỏ.

+ Đau.

Ngoài ra có thể phát hiện thấy :

+ Đường vào: là một vết thương nhỏ, hoặc một chỗ tiêm dưới da hay tiêm bắp

+ Những dấu hiệu lan toả: lằn đỏ của viêm hạch cấp hoặc viêm bạch mạch cấp tính. + Bệnh có sẵn là yếu tố nặng thêm (bệnh đái tháo đường).

2.1.4.2. Giai đoạn tụ mủ: thường sau 5 - 7 ngày.

- Đau nhói buốt mất đi, nhưng đau tăng thêm và có cảm giác đập theo mạch làm bệnh nhân mất ngủ.

- Triệu chứng toàn thân nặng hơn: sốt cao liên tục, dao động, mệt mỏi nhiều, làm xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu tăng, trong đó bạch cầu đa nhân tăng cao.

- Khám thấy mảng cứng khu trú, ranh giới rõ dần, mật độ mềm ở trung tâm.

Dấu hiệu chuyển sóng có ở mọi hướng của ổ áp xe.

Cách làm dấu hiệu chuyển sóng: đặt hai đầu ngón tay cách nhau vài centimét ở hai cực của ổ mủ, khi ấn ở bên này thì ngó tay bên kia bị xô đẩy.

Ở cơ vùng đùi tìm dấu hiệu này theo chiều ngang của thớ cơ thẳng đùi.

2.1.4.3. Tiến triển- điều trị:

- Nếu được phát hiện sớm, rạch áp xe tháo mủ, lấy mủ cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ và dùng kháng sinh có hiệu lực, áp xe sẽ liền sẹo trong 5 -7 ngày.

- Nếu không được rạch, áp xe có thể tự phá vỡ, mủ tràn ra ngoài da và dò mủ kéo dài, có thể gây viêm hạch mủ, viêm bạch mạch cấp, nặng hơn nữa có thể gây nhiễm khuẩn huyết.

- Nếu bệnh nhân có bệnh mãn tính kèm theo như đái dường, suy gan... áp xe biến thành viêm tấy lan tỏa hoặc làm bệnh có sẵn nặng thêm.

2.2. Áp xe lạnh.

*2.2.1. Định nghĩa:* Là một ổ mủ hình thành ũhem, và không có triệu chứng: sưng, nóng, đỏ, đau.

*2.2.2. Nguyên nhân:* Đa số do lao, hiếm gặp hơn là do trực khuẩn Eberth hay một số mycelieus. Áp xe lạnh có thể là nguyên phát của mô mềm nhưng thường thứ phát từ viêm lao khớp.

*2.2.3.Giải phẫu bệnh:*

2.2.3.1. Giai đoạn đầu:

Là một củ lao( Tuberculome): thể hiện là một khối u nhỏ, cứng, không đau, không có dấu hiệu viêm tấy. Khối u này có thể tồn tại nhiều tháng. Nếu không được điều trị, củ lao sẽ biến thành tổ chức bã đậu, rồi tạo thành mủ.

2.2.3.2. Giai đoạn tạo áp xe: ổ áp xe bao gồm

- Ở giữa là một ổ mủ: gồm mủ loãng lẫn với các mô hoại tử, giống như bã đậu. Cần cấy mủ trên môi trường Lowenstein, hoặc tiêm vào chuột lang để phát hiện vi trùng lao gây bệnh.

- Thành của ổ mủ bao gồm 2 lớp:

+ Lớp trong: gồm các tổ chức hoại tử còn sót lại, lẫn với các mạch máu tân tạo.

+ Lớp ngoài: có những thương tổn lao đang tiến triển. Như vậy, thành của áp xe lạnh không phải là một hàng rào bảo vệ như trong trường hợp áp xe nóng, mà là nơi thương tổn lao đang tiến triển: Do đó nếu trích tháo mủ, vết trích sẽ không liền, mà mở đường cho các vi trùng bội nhiễm xâm nhập vào ổ áp xe.

2.2.4. Lâm sàng

2.2.4.1. Triệu chứng tại chỗ: áp xe lạnh tiến triển thành 3 giai đoạn

- Giai đoạn đầu có một khối u nhỏ, cứng, không đau, di động. Khối u này có thể tồn tại khá lâu trong nhiều tháng mà không biến đổi gì. Không có hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau.

- Giai đoạn có mủ: Dần dần khối u mềm mại, và khám có dấu hiệu chuyển sóng. Sờ thấy không đau. Chọc dò chỗ da lành và điểm xa ổ áp xe, sẽ rút ra được mủ loãng và có chất như bã đậu

- Giai đoạn dò mủ: ổ mủ sẽ lan dần ra da, làm cho da trên ổ mủ trở nên tím, sau đó da bị loét và vỡ mủ ra ngoài. Khám sẽ thấy da quanh chỗ vết loét không dính vào lớp cơ bên dưới và bờ của vết loét nham nhở, màu tím nhạt.

Khi áp xe đã vỡ mủ ra da sẽ gây nên dò mủ kéo dài và rất khó lành. Các vi trùng mưng mủ thông thường có thể xâm nhập vào ổ áp xe gây bội nhiễm, lúc này có thể xuất hiện các hiện tượng sưng, nóng, đỏ, đau.

Như vậy là áp xe lạnh đã trở thành nóng. Do đó, để cho một áp xe lạnh vỡ mủ ra da là một bất lợi cho điều trị. Vì vậy, cần chọc hút để phòng ngừa dò mủ, phải chọc hút từ chỗ da lành và ở xa ổ áp xe, để làm cho áp xe không vỡ mủ qua chỗ chọc hút được.

2.2.4.2. Triệu chứng toàn thân:

- Bệnh nhân thường có sẩn bệnh lao, vì vậy cần khám toàn thân, phổi, xương, các hạch ở vùng lân cận.

2.2.5. cởn lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng cao.

- Phản ứng trong da vói Tuberculin dương tính.

- X quang phổi có thể phát hiện các ổ lao.

Các trường hợp lao xương khớp hay gây ra các ổ áp xe lạnh ở vùng lân cận như trong trường hợp lao cột sống, lao khớp háng.

2.2.6. Điều trị.

- Chủ yếu là nội khoa, bằng các thuốc chống lao.

- Không nên rạch tháo mủ, trừ các trường hợp có chỉ định đặc biệt như lao cột sống có áp xe lạnh chèn ép thần kinh gây liệt chi dưới.

2.3.Nhọt.

2.3.1. Nguyên nhân - Giải phẫu bệnh:

- Nhọt là bệnh nhiễm khuẩn phát triển từ chân lông, loại vi trùng thường gặp là tụ cầu vàng.

- Nhọt thường xảy ra trên những người cơ địa yếu hoặc bị bệnh đái đường.

- Nhiễm khuẩn lan từ vùng chân lông sang ống quanh chân lông và lan sang một phần biểu bì xung quanh tạo một đám tổ chức hoại tử gọi là ngòi. Như vậy, ngòi gồm có tụ cầu khuẩn, bạch cầu và những mảnh tổ chức liên kết hay biểu bì.

2.3.2. Triệu chứng – tiến triển

- Khởi đầu: xuất hiện một nốt đỏ nổi lên dưới một chân lông, hơi ngứa. Sau đó nốt đỏ to rất nhanh, lan rộng, ngày càng đauvà nhức buốt làm bệnh nhân khó chịu và khó đi lại khi có nhọt ở nách, cổ , bẹn.

- Ngày thứ ba, nhọt thành hình, nổi rõ trên mặt da, màu đỏ tía, nóng, cứng, rất đau, ở trung tâm có một điểm vàng. Khi điểm vàngbị hoại tử và tiết một giọt mủ trắng. Miệng nhọt bị vỡ, ở dưới đáy, ngòi màu vàng xanh theo mủ chảy ra. Trong 1 tuần hết mủ, nhọt nhỏ đi tạo một vết sẹo thâm, sau đó mờ dần theo thời gian.

- Nhọt có thể tái phát nhiều lần do vi khuẩn theo đường máu, đường bạch huyết hoặc do gãi, do xây xát ngoài da.

2.3.3. Biến chứng:

Bình thường, thời gian khởi bệnh đến lành sẹo kéo dài khoảng 10 ngày, có khi lâu hơn do các biến chứng sau:

- áp xe nóng quanh nơi bị nhọt.

-Hoại thư.

- Viêm bạch mạch hay viêm hạch của khu vực

- Nhiễm khuẩn huyết.

- Viêm tắc tĩnh mạch. Đặc biệt nhọt ở mặt, môi trên (đinh râu) cần chú ý viêm tắc tĩnh mạch gốc, tĩnh mạch mắt, tĩnh mạch xoang hang. Biến chứng này dễ gây tử vong.

2.3.4. Điều trị:

- Giai đoạn đầu: Dùng kháng sinh, chông viêm.

- Giai đoạn sau: Trích tháo mủ, lấy ngòi và rửa, thay băng hàng ngày.

2.3.5.Phòng bệnh: Giữ vệ sinh da, nâng cao thể trạng, phát hiện điều trị sớm bệnh nhân đái đường.

2.4. Hậu bối.

Hậu bối là cụm nhọt tập chung ở một nơi, không bắt buộc chỉ có ở lưng. Loại vi trùng thường gặp tụ cầu vàng.

Hậu bổi hay xảy ra ở người tiểu đuòng hoặc người suy dinh dưỡng

2.4.1. Giải phẫu bệnh:

Hậu bối gây ra một vùng nung mủ rộng, đường kính có thể từ 5,6 đến 11, 12cm

Ở giữa là ổ nhiễm khuẩn, nơi tập hợp các ngòi. Ngòi này tạo bởi các tuyến, da và chức tế bào lân cận bị hoại tử.

Xung quanh ổ nhiễm có những nốt áp xe nhò, thường có một ổ áp xe bên dưới hậu bối

2.4.2. Triệu chứng:

- Khởi phát:

+ Cơ năng: ngứa hoặc căng nhức.

+ Toàn thân: mệt mỏi, sốt nhẹ.

+ Thực thể: xuất hiện một mảng cứng, nóng, đỏ, đau.

- Toàn phát:

+ Cơ năng: Đau nhức nhiều, chảy nước mắt, mất ngủ, cử đọng khó khăn.

+Toàn thân: sốt, nhức đầu, đôi khi có rét run, chán ăn.

+ Thực thể:

\* Nhìn: thấy một mảng tím đỏ, to nhỏ khác nhau, ở giữa mảng thấy:

- Giai đoạn nốt phỏng: có các nốt phổng chứa nước màu Dhem, các nốt phỏng này bao quanh chân sợi lông.

- Giai đoạn loét: trong vòng vài ngày sau các nốt phỏng vỡ ra để lại những nốt tròn nhỏ, rải đều như tổ ong hay đài sen.

- Giai đoạn vỡ ngòi: khi các ổ loét hình thành, những cầu da còn lại giữa các ổ loét bị phá huỷ dần phơi bày ra một ổ loét to chứa đầy những đám ngòi.

\* Sờ: có cảm giác nóng, đau, da dày cộp và cứng. Nếu vùng cứng của vùng hậu bối có ranh giới rõ rệt, đó là dấu hiệu tốt vì không có khuynh hướng lan rộng.

2.4.3. Tiến triển:

Hậu bối tiến triển chậm, khoảng 10 ngày các ngòi hậu bối mới hoàn toàn vỡ hết và tiêu đi. Da còn lại bị nhiễm cứng và bầm tím một thời gian. Sau hình thành trong 2-3 tuần hoặc lâu hơn.

2.4.4. Thể lâm sàng

- Thể nặng: hậu bối lan rộng, hay gặp ở bệnh nhân đái đường.

+ Toàn thân: sốt cao, mạch nhanh, nhức đầu, vật vã, nói nhảm.

+ Thực thể: mảng cứng không có ranh giới rõ rệt, xung quanh bị phù nề, đau, viêm bạch mạch. Thường chiếm cả vùng rộng như: gáy, mông lưng.

Tiên lượng nặng, dễ bị tử vong do nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm khuẩn mủ huyết hay hôn mê do toan chuyển hoá ở bệnh nhân đái đường.

- Thể theo vị trí: hay gặp nhất ở gáy, lưng, mông.

- Hậu bối môi trên rất nặng, có thể kèm viêm tắc tĩnh mạch mắt, tĩnh mạch xoang hang, nhiễm khuẩn huyết hay nhiễm khuẩn mủ huyết.

2.4.5. Điều trị.

- Gây tê quanh ổ viêm, Dhem thìa nạo sạch tổ chức viêm nhiêm, hoại tử, dẫn lưu ổviêm.

- Thay băng, rửa ổ viêm hàng ngày.

2.4.6. Phòng bệnh: Giữ vệ sinh da, nâng cao thể trạng, phát hiện điều trị sớm bênh nhân đái đưòng.

2.5.Chín mé:

Bao gồm nhiễm khuẩn những tổ chức cấu tạo nên ngón tay.

Người ta chia chín mé ra làm hai loại chính: chín mé nông và chín mé sâu.

2.5.1 Chín mé nông

2.5.1.1. Chín mé cạnh móng tay

Do vết thương nhỏ: kim đâm, hoặc “xước măng rô”. Đau và sưng tấy nhẹ một bên móng.

Nếu chữa không kịp thời có thể lan quanh móng.

Điều trị:

- Chưa có mủ: chườm nóng hoặc đắp cồn loãng. Phóng bế quanh vùng đau và bất động.

- Nếu có mủ: dùng dao lách cạnh ngón tay nặn mủ rồi bằng ép.

2.5.1.2. Chín mé quanh móng tay

Thưòng ở phần gốc móng. Lúc này phần gốc móng đóng vai trò như một dị vật gây mủ đến khi nào lấy phần móng đi mới hết.

Điều trị: khi có mủ quanh móng dùng dao rạch một vạt hình chữ nhất phía bên móng tay (không cắt toàn bộ móng) có thể dẫn lưu bằng miếng cao su.

Sau khi hết mủ (2 - 3 tháng sau) móng sẽ mọc trở lại.

2.5.1.3. Chín mé dưới móng

Thường do một mảnh dằm đâm vào ngón tay sát ngay dưới móng, có khi còn thấy nốt chọc.

Đau nhức nhiều, nhất là khi bóp vào đầu ngón. Sau dần sẽ hình thành mủ ở dưới móng. Để lâu bị rò mủ, khi ấn vào bờ trên của móng thấy móng bị bong và di động như sắp bị loại ra. Điều trị: chỉ cần cắt bỏ phần móng có mủ ở dưới và một phần đầu ngón tay để dẫn lưu là đủ.

Trường hợp đầy mủ dưới móng phải lấy cả móng tay đi vì trong đó phần gốc móng làm thành một dị vật gây mủ mãi mãi đến khi nào lấy phần móng đi mới hết.

2.5.2. Chín mé sâu

Là trường hợp chín mé có xu hướng tiến triển vào chiều sâu (vào tất cả các lớp và bộ phận vùng đó). Có các loại sau:

2.5.2.1. Chín mé ở đầu ngón tay (đốt 3):

Gặp ở bất cứ ngón nào, nhưng thường thấy ở ngón cái và ngón trỏ.Đầu ngón tay sưng phồng lên trong nốt phồng có mủ, đau theo nhịp đập của mạch, đau làm bệnh nhân mât ngủ, khi có mủ thì đầu ngón căng cứng nhức nhối.

2.5.2.2. Chín mé ở đốt ngón:

Thường gặp ở đốt 2 của ngón, có khi có thêm một túi mủ bên cạnh hoặc sâu hơn (Abces hình quả tạ) xu hướng ăn lan vào sâu.

Triệu chứng lâm sàng như chín mé đốt 3.

Diễn biến: thường dẫn đến làm mủ

Điều trị: ở đầu ngón chỉ cần rạch một bên dẫn lưu

- ở đốt 1 và đốt 2 đường rạch nên ở chỗ tiếp giáp giữa phía mặt và phía mu ngón tay đề phòng phạm vào bó mạch thần kinh.

- ở đốt 2 thì rạch 2 bên và dẫn lưu xuyên qua ngón.

- ở đốt 1 rạch rộng một bên.

2.5.2.3. Loại đặc biệt: ít gặp hơn là loại chín mé hình cụm nhọt có ngòi.

Điều trị: chỉ cần rạch cho mủ ra và nạo sạch tổ chức viêm.

2.5.3. Biến chứng của chín mé

Thường gặp ở những trường hợp chín mé sâu không được chữa hoặc chích rạch không đủ gây-những biến chứng sau:

+ Viêm xương

Thường đốt 3 ngón tay hay bị nhất.

Đầu ngón sưng to, bì lên tím đỏ, đau. Có khi có lỗ dò quanh đầu ngón hoặc lỗ rò trên vêt rạch cũ, có mủ và nước vàng chảy ra.

X-quang: trong giai đoạn đầu chụp film thấy xương đốt ngón tay hình nhạt, sau đó chu vi bị mờ, dần dần sẽ có mảnh xương chết hay có sự huỷ xương dần.

Điều trị: phẫu thuật lấy bỏ xương viêm, có khi cắt đoạn để lại phần mềm sau khi đã cắt bỏ tổ chức hoại tử.

Đặc biệt với ngón cái dù có bị viêm toàn bộ xương cũng chỉ nên lấy bỏ xương viêm và giữ phần mềm lại, không bao giờ tháo đốt.

+ Viêm khớp

 Thưòng ở khớp thứ hai.

Khớp bị sưng mọng, vận động khớp đau.

Khi viêm khớp lâu ngày thì thấy khớp biến dạng hơi gấp, sưng nhiều về phía mu và có tiếng lạo xạo hoặc răng rắc do hai đầu xương cọ vào nhau.

Điều trị: khi mới bị: kháng sinh toàn thân, bất động.

Khi có mủ: rạch tháo mủ.

Khi có thương tổn xương, khớp -> mổ cắt đoạn xương viêm.

+ Viêm bao gân gấp ngón tay Khi có mủ: rạch tháo mủ.

Khi có thương tổn xương, khớp -> mổ cắt đoạn xương viêm.

Viêm bao gân gấp ngón tay.

3. Dự phòng

- Nâng cao nhận thức trong cộng đồng: không coi thường chín mé, nhọt, hậu bối và áp xe vì nó có thể gây nhiều biến chứng nguy hểm như nhiễm trùng máu.

- Đối với những người cao tuổi xuất hiện hậu bối cần xét nghiệm sinh hoá: thử đường máu.

- Đối với những nhọt ở mép (đinh râu) cần rất thận trọng. Khi chưa hoá mủ không được động chạm vào vì gây nhiễm trùng máu, tắc tĩnh mạch mắt.

- Không coi thường chúi mé, khi có dấu hiệu của chín mé cần đến cơ sở y tế khám và điều trị. Nếu coi thường dẫn đến tình trạng tiêu xương, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng bàn tay.

IV. Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa( 1998),Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học - tập I - Học viện quân y.

3. Phẫu thuật bàn tay( 1990), nhà xuất bản Y học

HỘI CHỨNG TẮC RUỘT

I.Mục tiêu:

1. Phân tích được sinh lí bệnh của tắc ruột

2. Liệt kê được các nhóm nguyên nhân gây tắc ruột

3. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của tắc ruột cơ học

4. Trình bày được hướng xử trí tắc ruột cơ học

II. Nội dung

- Định nghĩa: Tắc ruột là sự đình chi lưu thông các chất chứa trong lòng ruột: dịch, phân, hơi.

- Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trên lâm sàng chiếm gần 20% trong tổng số cấp cứu ổ bụng.

- Có nhiều nguyên nhân gây tắc ruột, bệnh thường gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, mỗi lứa tuổi có nguyên nhân của nó.

- Chẩn đoán tắc một thường dễ, có thể dựa vào lâm sàng để chẩn đoán được, nhưng một số ít chẩn đoán khó. Nhất là chẩn đoán nguyên nhân gây tắc một. Trong tắc ruột phải chẩn đoán sớm, điều trị sớm và đúng nguyên tắc.

1. Nguyên nhân:

Có nhiều nguyên nhân gây tắc một, nhưng trên lâm sàng thường được phân loại nguyên nhân sau:

1.1.Tắc ruột cơ năng ( 3-5%)

Hay còn gọi là tắc một do rối loạn thần kinh vận động một, thực tế lòng một không bị tắc. Có hai khả năng là:

1.1.1 Tắc ruột do co thắt:

Do phản xạ của các cơn đau nhem cấp: cơn đau Ohem do sỏi tiết niệu, cơn đau Dhem gan...

Hoặc do kích thích của các độc chất như: Ngộ độc các alkaloid:

Thuốc phiện, ngộ độc chì...

1.1.2. Tắc ruột do liệt ruột:

Sau mổ ở Ọhèih, viêm phúc mạc, tụ máu sau phúc mạc...hoặc gãy cột sống có liệt tuỷ.

1.2. Tắc ruột cơ học ( 95-97%)

Chiếm đại đa số nguyên nhân tắc một, loại này thường do một nguyên nhân nào đó làm bít tắc lòng một.

Tắc ruột do bít:

- Do bít tắc lòng một: búi giun đũa, bã thức ăn, sỏi phân...

- Do tổ chức thành một phát triển lấp đầy lòng ruột gây tắc: u đại tràng, lao một, ung thư ruột...

- Do u ngoài ruột đè vào một như u mạc treo, u nang buồng trứng...

Tắc ruột do thắt nghẹt:

- Xoắn ruột

- Lồng ruột

- Thoát vị nghẹt

- Do dây chằng: Bẩm sinh hoặc hình thành sau mổ ũhem ...

Tắc ruột bẩm sinh:

- Dị tật không có hậu môn trực tràng

- Teo ruột

- Rối loạn các đám rối hạch thần kinh vận động, tự động ruột (phình đại tràng)

2. Triệu chứng (trường hợp tắc ruột cơ học điển hình)

2.1. Triệu chứng lâm sàng

*2.1.1. Cơ năng*

- Đau thành từng cơn, ngoài cơn đau cảm thấy dễ chịu hơn, vị trí và cường độ đau phụ thuộc vào vị trí tắc ruột và nguyên nhân tắc ruột. Đau rầm rộ có thể làm bệnh nhân ngất xỉu trong tắc ruột do nghẹt, do xoắn.

+ Đau cơn thưa, đau ít do tắc ruột do bít.

+ Đau rầm rộ, dữ dội ở giai đoạn sớm, về thời gian sau, cơn đau giảm dần, thưa đi là tiên lượng xấu

+ Đau thường là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, thường là lí do để bệnh nhân đến viện khám.

- Nôn: Nôn ra dịch tiêu hóa lẫn thức ăn, về sau nôn toàn dịch, ở giai đoạn muộn bệnh nhân có thể nôn dịch có màu và mùi giống phân.

+ Tắc ruột ở cao thường nôn sớm và nôn nhiều lần

+ Tắc ruột ở thấp nôn ít lần có khi chỉ buồn nôn

- Bí trung tiện: Là triệu chứng trung thành và có giá trị nhất của triệu chứng cơ năng. Bệnh nhân vẫn có thể đại tiện được ít phân sau đau bụng do còn phân ở đoạn ruột dưới chỗ tắc.

2.1.2. Toàn thân

+ Ở giai đoạn sớm: Toàn thân chưa có biểu hiện gì đặc biệt

+ Ở giai đoạn muộn: Có biểu hiện mất nước, điện giải, có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc, cuối cùng là tình trạng sock.

2.1.3. Thực thể

- Nhìn:

+ Bụng chướng:

Chướng đều và chướng nhiều: Tắc ruột muộn và tắc ruột thấp

Chướng lệch sang một bên: Xoắn ruột

Chướng ít: Tắc ruột sớm, tắc ruột cao

+ Dấu hiệu “rắn bò”: Nhìn thấy hình quai ruột nổi hẳn lên thành bụng và di chuyển từ vị trí này sang vị trí khác như kiểu “rắn bò”

Dấu hiệu này nhìn thấy trong cơn đau bụng hoặc sau khi kích thích trên thành bụng bệnh nhân trong điều kiện đủ ánh sáng tự nhiên và nhìn tiếp tuyến với thành bụng. Có dấu hiệu này chắc chắn có tắc ruột cơ học

+ Dấu hiệu “quai ruột nổi”: Nhìn thấy hình quai ruột nổi rõ trên thành bụng bệnh nhân nhưng không di động.

Dấu hiệu này có ở tắc ruột cơ học giai đoạn muộn hay tắc ruột cơ năng

- Sờ nắn: Có thể thấy gián tiếp nguyên nhân tắc ruột như búi giun, khối lồng.

- Gõ: Để bệnh nhân nằm ở tư thế nằm ngửa ngồi gõ thấy vang vùng cao và đục vùng thấp của ổ bụng.

- Nghe: Thấy tiếng “lọc sọc” do sự di chuyển của dịch và hơi trong lòng ruột

- Khám các điểm yếu thành bụng để xem có thoát vị nghẹt không.

+ Lỗ bẹn

+ Lỗ cung đùi

- Thăm trục tràng:

Bóng trực tràng rỗng. Nhiều khi thấy ngay nguyên nhân tắc ruột là khối u vùng hậu môn trực tràng hoặc có máu theo tay trong trường hợp lồng ruột.

2.2.Triệu chứng cận làm sàng:

2.2.1. X.Quang:

Chụp hoặc chiếu ổ bụng tư thế đứng có thể thấy các hình ảnh sau:

- Hình mức nước múc hơi chân rộng vòm thấp xếp theo hình bậc thang từ hố chậu phải đến hạ sườn trái: Hình ảnh tắc ruột non (tắc ruột cao).

- Hình mức nước hơi chân hẹp vòm cao xếp dọc theo khung đại tràng: Hình ảnh tắc ruột đại tràng (thấp).

- Đường viền các quai ruột dày.

- Hai hố chậu mờ.

- Quai ruột giãn vì chứa đầy hơi.

- Ngoài ra còn có một số hình ảnh đặc biệt: Một hoặc hai mức nước mức hơi rất to ở hố chậu trái hoặc hạ vị trong trường hợp xoắn đại tràng sigma.

- Trưởng hợp nghi ngờ tắc ruột thấp có thể chụp bụng có chuẩn bị:

+ Thụt barit đại tràng.

+ Bơm hơi đại tràng.

2.2.2.Xét nghiệm máu:

\* Công thúc máu có hiện tượng máu cô (số lượng hồng cấu tăng).

- Hêmatocrit tăng.

- Ưrê máu tăng .

- Điện gỉai đồ: các ion Na+, K+, cl+ giảm, giai đoạn muộn đoan muộn k+ có thể có tăng

Cá xét nghiệm này ít có gía trị chẩn đoán mà có giá trị trong điều trị và tiên lượng bệnh. Tóm lại: Cần phải hỏi bệnh lý, thăm khám tỉ m để phát hiện đủ triệu chứng tắc ruột một cách nhanh chóng, nếu không điều trị nhanh và kịp thời bệnh nhân sẽ tử vong.

3. Dự phòng tắc ruột tại cộng đồng

3.1. Chế độ ẳn uống phù hợp

Nhai kĩ và ăn uống đảm bảo vệ sinh. Đối với trẻ em và người già rất dễ tắc ruột do bã thức ăn măng, hoa quả có nhiều hạt.

Tẩy giun có định kỳ

3.2. Đối với những trường hợp mổ cũ:

 vận động sớm sau mổ. Khi thấy dấu hiệu nôn, đau bụng, bí trung đại tịên cần tới cơ sở y tế khám.

3.3. Đối với trẻ sơ sinh:

Khi mới sinh cần kiếm tra các dị tật bẩm sinh như hậu môn mang, nắp hoặc không có hậu môn .. . .

3.4.Tuyên tryền trong cộng đống phát hiện sớm hội chứng tắc ruột với 4 dấu hiệu dễ nhận định: Đau bụng, nôn, bí trung đại tiện và bung chướng cần phải tới cơ sở y tế khám kịp thời.

V. Tài liệu tham khảo

1-Bệnh học Ngoại khoa(l976). Trường Đại học Y khoa Hà Nội

2-Bệnh học ngoại bụng (1986). nhà xuất bản Y Học

HỘI CHỨNG VÀNG DA TẮC MẬT NGOẠI KHOA

I. Mục tiêu học tập

1. Trình bày đượcsinh lý bài tiết và bài xuất mật

2. Liệt kê được nhóm nguyên nhân chính .

3. Mô tả được các triệu chứng tắc mật

II. Nội dung chính

Vàng da là hiện tượng tổ chức cơ thể bị ngấm quá nhiều bilirubine. Hội chứng vàng da tắc mật bao gồm nhiều triệu chứng kết hợp do nhiều nguyên nhân làm tắc nghẽn thông dịch mật tại các đường dẫn mật trong và ngoài gan, triệu chứng nổi bật là vàng da nên gọi là hội chứng vàng da tắc mật.

Bình thường ở trong máu, lượng bilirubine không vươt qựá 10mg/lít (<17 àmol/1), khi bilirubi máu vươt quá 20 mg/l thì thấy rõ vàng da trên lâm sàng. Bilirubine được sinh ra từ hồng cầu chết. Khi hồng cầu già chết đi sẽ giải phóng ra hémoglobine, từ hémoglobine mất sắt và globine sẽ chuyển thành biliverdine rồi bị phân hoá tiếp thành bilirubine tự do qua gan nó được liên hợp vói acide glucoronique tạo thành bilirubine liên họp rồi được bài tiết qua dịch mật xuống ruột, vi khuẩn đường một biến đổi bilirubine thành urobilinogen.

Phần lớn urobilinogen chuyển thành stercobilinogen rồi thành stercobilin được thải trừ theo phân, một phần rất nhỏ urobilinogen được tái hấp thu ở một rồi trở lại gan (chu trình một - gan). Một phần nhỏ đi từ máu vào nước tiểu, trong nước tiểu urobilinogen bị oxy hoá để thành urobilin.

Bất kỳ một rối loạn nào trong chuyển hoá của bilirubine đều có thể gây vàng da

Có thể:

+ Sản xuất quá mức bilimbine tự do

+ Rối loạn sự thu nhận bilirubine vào gan

+ Rối loạn sự liên hợp bilirubine trong tế bào gan

+ Rối loạn sự bài xuất bilirubine liên hợp vào các ống mật do ứ mật trong gan hoặc ngoài gan hoặc do cấu tạo mật bị ngừng lại do các tế bào gan bị tổn thương.

Đây là một hội chứng bệnh lí thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, đặc biệt gặp ở mọi giới, lứa tuổi khác nhau

1. Giải phẫu đường mật

1.1. Đường mật trong gan

Mật tiết ra chảy vào các tiểu mật quản trong tiểu thuỳ gan rồi từ đó vào các ống quanh tiểu thuỳ, các ống này chụm lại thành một ống to hơn chạy trong khoang Kiman cùng một nhánh động mạch gan và một nhánh tĩnh mạch cửa cùng năm trong một bao chung gọi là bao Glisson.

Các ống mật ở khoang Kiman họp lai thành những ống dẫn mật to dần cuối cùng tạo hai ống gan phảỉ và ống gan trái.

1.2. Đường mật ngoài gan

Ống gan phải và trái hợp lại thành ống gan chung ống này chạy trong cuống gan nằm theo bờ tự do của mạc nối nhỏ tới bờ trên tá tràng thì nhận thêm ống túi mật để tạo thành ống mật chủ.

Ống mật chủ dài trung bình 5-6 cm, gồm đoạn trên cuống gan và đoạn sau tá tràng tuỵ tạng, ở bờ trái đoạnn tá tràng, ống mật chủ cùng với ống gan chung và ống tụy chính cùng đổ vào tá tràng qua bóng Vater, ống mật chủ là đường dẫn mật chính, không thể cắt bỏ. Túi mật và ống túi mật là đường dẫn mật phụ, có thể cắt bỏ

2. Sinh lý bài tiết, bài xuất mật

Đường mật trong và ngoài gan có vai trò quan trọng trong việc dẫn dịch mật từ gan xuống tá tràng và điều hoà lưu lượng mật

Mật được bài tiết hên tục từ gan xuống, lương bài tiết biến đổi tuỳ thời gian trong ngày. .Gan bài tiết mật trung bình 700ml — 800 ml/24 giờ, giữa các bữa ăn dịch mật bài tiết ít hơn. Túi mật bình thường chứa từ 30 - 90 ml dịch mật ở khoảng thời gian giữa các bữa ăn.

Mật được tạo nên từ 4 thành phần: Nước, Cholesterol, sắc tố mật và muối mật, mật có tính chất axit.

Nếu túi mật có biến đổi, dịch mật có xu hướng kiềm (giảm axit mật) thì sự cân bằng muối mật - cholesterol bị biến đổi tạo điều kiện thuận lợi cho sự kết tủa cholesterol hình thành sỏi mật.

3. Nguyên nhân vàng da

Có hai loại nguyên nhân chính:

+ Vàng da với tăng ưu thế của bilirubine tự do

+ Vàng da với tăng ưu thế của bilirubine liên hợp

3.1. Vàng da với tăng ưu thế của bilirubine tự do

+ Hoặc do việc sản xuất bilirubine tự do tăng lên

+ Hoặc do việc thải tiết bilirubine tự do giảm xuống

3.2. Vàng da với tăng ưu thế của bilirubine liên hợp (vàng da ứ mật), gồm:

+ Vàng da ứ mật trong gan: Viêm gan mạn tính, viêm gan virus, xơ gan hoặc ở trẻ em gặp viêm gan do mẹ truyền sang vàmột số bệnh chuyển hoá bẩm sinh như bệnh galactose máu, fructose máu

+ Vàng da ứ mật ngoài gan: Nhóm này nguyên nhân thường do các bệnh lý ngoại khoa gây ra:

Trẻ em: Dị dạng bẩm sinh đường mật do teo đường mật

Người lớn: sỏi ống mật chủ, ung thư đầu tuy, u đường mật, u bóng Vater.

Nguyên nhân không thường gặp như: Ư gan, tắc mật sau mổ, dị dạng đường mật...

4. Triệu chứng vàng da tắc mật

4.1. Cơ năng và toàn thân

+ Đau hem vùng hạ sườn phải, thường xuất hiện đột ngột đau liên tục hoặc trội cơn, đau lan lên ngực phải và sau lưng. Sau đó:

+ Sốt nóng thường xuất hiện sau vài giờ, có thể sốt cao có cơn rét run

+ Vàng da xuất hiện muộn hơn sau đau va sốt. Vàng da có nhiều mức độ khác nhau: Mức độ nhẹ thấy rõ ở lòng bàn chân bàn tay và cung mạc mắt, mức độ nặng thấy vàng da toàn thân và vàng mắt.

Các triệu chứng trên thường xuất hiện và mất đi theo thứ tự lúc xuất hiện, thành từng đợt và tái diễn nhiều lần, điển hình trong tắc mật sỏi đường mật (tam chứng charcot). Tắc mật do u đầu tụy có thể không có triệu chứng đau và sốt. Ngoài ra có thể có một số triệu chứng khác như:

+ Đái nước tiểu sẫm màu như nước vối

+ Đi ỉa phân bạc màu như cứt cò

+ Ngứa toàn thân

4.2. Thực thể

+ Khám gan thấy to đều hai thuỳ hoặc chỉ to một thuỳ phải hoặc trái. Gan to thường với tính chất gan to đều, bờ tù, mật độ mềm, ấn đau tức

+ Túi mật to khi tắc mật thấp, sờ thấy một khối thuôn dài ở hạ sườn phải, di động theo nhịp thở, sờ thấy căng và đau.

+ Có thể sờ thấy các u bất thường ở vùng trên rốn (U đầu tuỵ)

+ Có phản ứng thành Dhem vùng dưới sườn phải

4.3. Cận lâm sàng

- Máu: Bilirubin thường tăng trên 20 mg/lít chủ yếu là bilirubine liên hợp (Bình thường bilirubine toàn phần <= l0mg/lit, chủ yéu là bilirubine tự do)

Men phosphataza kiềm tăng (bình thường 4-13 đơn vị King Amstrong)

urê máu có thể tăng

Các xét nghiệm đánh giá chức năng gan khác có thể giảm

- Xét nghiệm nước tiểu : Có sắc tố mật và muối mật khi có tắc mật

- Chẩn đoán hình ảnh

+ Xquang: Chụp gan xa (chụp télé gan) để xác định kích thước của bóng gan

+ Chụp đường mật (Cholangiographie): Có nhiều các phương pháp khác nhau đưa thuốc cản quang thích hợp vào đường mật để chụp đường mật để phát hiện các bất thường của đường mật như: sỏi mật, giun đũa ... chít hẹp trong đường mật

+ Siêu âm rất phổ biến vì nó là một thăm dò ít sang chấn, làm nhiều lần và khá chính xác nhất là trong cấp cứu .

+ Chụp cắt lóp điện toán (CT - scanner): Là phương pháp chẩn đoán hiện đại nhưng giá thành cao, khó áp dụng rộng rãi

- Soi tá tràng chụp đường mật ngược dòng

- Soi ổ bụng: Chỉ biết các hình ảnh gián tiếp của đường mật tắc

5. Diễn biến và biến chứng tắc mật

 - Vàng da xuất hiện liên tục và tăng dần, kéo dài không ngớt (Tắc mật do u đầu tuỵ)

- Vàng da từng đợt rồi khỏi: Biểu hiện trên lâm sàng hết đau hết sốt và hết vàng da rồi lại xuất hiện tái diễn nhiều lần qua nhiều đợt khác nhau hoặc đau, sốt rồi mới xuất hiện vàng da là dấu hiệu điển hình của sỏi ống mật chủ. Loại diễn biến này có thể gây biến chứng mãn tính như:

+ Xơ gan

+ Viêm tuỵ mạn tính

- Tắc mật cũng gây các biến chứng cấp tính:

+ Tại gan và đường mật: Thấm mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật, viêm đường mật có mủ và áp xe gan đường mật, chảy máu đường mật (Do áp xe hoại tử nhu mô gan)...

+ Tại các tạng khác: Viêm tuy cấp tính, viêm thận cấp

6. Dự phòng, phát hiện sớm hội chứng vàng da tắc mật tại cộng đồng

+ Tại Việt Nam, tắc mật chủ yếu do sỏi ống mật chủ liên quan đến giun chui ống mật. Cần xét gnhiệm phân, tẩy giun đũa có định kì và ăn uống hợp vệ sinh

+ Khi thấy dấu hiệu vàng da vàng mắt cần đến y tế cơ sở khám sớm

+ Đối với những trường hợp đã phẫu thuật sỏi mật cần theo dõi sát, chế độ vận động và ăn uống phù hơp. Khi thấy dấu hiệu đau hạ sườn phải. Sốt, vàng da đến viện khám lại ngay

IV. Tài liệu tham khảo

1. Triệu chứng học ngoại khoa(1999), nhà xuất bản Y học .

3. Giải phẫu bụng(1977), nhà xuất bản Y học

4. Bài giảng bệnh học ngoại khoa(1992), Học viện Quân Y

5. Bài gỉảng tiêu hoá( 2000), Bệnh viện

HỘI CHỨNG VIÊM PHÚC MẠC

I. Mục tiêu học tập

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây viêm phúc mạc.

2. Mô tả được các triệu chứng viêm phúc mạc

3. Trình bày được hướng xử trí một trường hợp viêm phúc mạc

II. Nội dung

Viêm phúc mạc là tình trạng cuối cùng của các bệnh lý cấp cứu ổ bụng, la một cấp cứu ngoạị khoa thường gặp trên lâm sàng, chẩn đoán càng sớm và xư trí đung nguyên tắc càng làm giảm thiểu tỷ lệ tử vong và hạn chế được các di chứng sau khi điều trị viêm phúc mạc như: Dính ruột gây xoắn, tắc ruột...

Phúc mạc viêm gặp ở cả mọi giới mọi lứa tuổi, theo một số thống kê trong nước thi ở những nơi điều kiện chăm sóc sức khoẻ về y tế kém thì viêm phúc mạc chiếm một tỷ lệ đáng kể trong cấp cứu ổ bụng.

Định nghĩa viêm phúc mạc: Viêm phúc mạc. là những thay đổi của phúc mạc khi bị kích thích bởi nhiều nguyên nhân gây ra như: Vi khuẩn, các chất hoá học và các yếu tố vật lý.

1. Đặc điểm giải phẫu và sinh lý phúc mạc

1.1. Đặc điểm giải phẫu

+ Là một màng mỏng màu hồng, trơn nhẵn bóng bao lót toàn bộ mặt trong xoang bụng và các tạng nằm trong xoang đó một cách liên tục với nhau.

+ Tuỳ theo vị trí chức năng mà phúc mạc có nhiều tên gọi khác nhau:

Phúc mạc tạng: Bao lót toàn bộ các tạng nằm trong xoang bụng một cách liên tục với nhau .

Phúc mạc thành: Bao lót toàn bộ mặt trong ổ bụng

Mạc treo: Có tác dụng treo giữ các tạng vói thành bụng, trong đó có mạch máu chính của tạng đó

Mạc nối: Màng nối các tạng với nhau, trong đó có mạch máu lớn Mạc chằng: Chằng giữ các tạng, trong đó có các mạch nhỏ

+ Phúc mạc có diện tích gần bằng diện tích da của cơ thể, chứa đựng nhiều mạch máu thần kinh và bạch huyết do vậy phúc mạc rất nhạy cảm với viêm

1.2. Sinh lý phúc mạc

Chức năng bảo vệ: Mạc nối trải rộng luôn di động, mỗi khi xoang bụng có ổ viêm thì mạc nối và các quai ruột di chuyển đến bao bọc khu trú ổ viêm lại không cho lan xa Mạc nối lớn chống nhiễm khuẩn bằng một hàng rào cơ học và một hàng rào sinh học bằng hiện tượng thực bào vi khuẩn gây bệnh

Phúc mạc thường xuyên tiết ra chất dịch lỏng làm trơn các tạng trong ổ bụng khi không có một yếu tố kích thích nào cả. Trong tình trạng viêm, phúc mạc phản ứng bằng cách tăng tiết dịch và khi có tăng áp lực tĩnh mạch phúc mạc cũng tăng tiết dịch. Cơ chế tiết dịch là một cơ chế tích cực dưới tác động của lớp tế bào trung biểu mô, biểu hiện chủ yếu ở khu vực mạc nối lớn.

Phúc mạc có khả năng thấm hút dịch. Các phân tử có đường kính 30A trọng lượng phân tử dưới 2000 đều được mao mạch thấm hút vào tĩnh mạch cửa, các phân tử có trọng lượng phân tử lớn hơn được các mạch bạch huyết thẩm thấu. Sự hấp thu tuỳ theo từng loại dịch được bơm vào ổ bụng: Dịch điện giải đẳng trương các protit nhất là protít huyết tương tự thân được hấp thu nhanh và nhiều. Ngược lại, với các lipit thì phúc mạc hấp thu rất chậm, thậm chí đối vói một vài loại lipit phúc mạc không hấp thu.

Mạc nối lớn có vai trò quan trọng đặc biệt: Do phong phú về tế bào (nguyên bào sợi, lympho, mono), nhờ sự di động dễ dàng, sự tưới máu dồi dào nên mạc nối lớn có chức năng thực bào rất tích cực..Dưới tác động của cơ hoành, mạc nối lớn luôn luôn quét trên bề mặt các quai ruột để săn bắt những dị vật và tổ chức hoại tử, che phủ những khu vực bị mất thanh mạc.

Khi phúc mạc viêm có hiện tượng dính khư trú ổ viêm, hiện tượng này có nhiều lợ ích nhưng cũng gây ra nhiều tai hại.

Những màng dính về sau trở thành các dây chằng giữa các quai ruột hoặc các quai ruột với thành bụng là nguyên nhân gây xoắn một, nghẹt một về sau này

2.Cơ chế bệnh sinh của viêm phúc mạc

Khi phúc mạc viêm phản ứng theo nhiều cách:

+ Tại chỗ: Tiết ra một chất có tính năng diệt khuẩn, tiết sợi huyết dính các tạng lại vói nhau tạo vách ngăn khoanh ổ nhiễm khuẩn lại hoặc mạc nối tới bọc và cách ly vùng nhiễm khuẩn.... Do có các hiện tượng trên cho nên không phải mọi trường hợp đều gây viêm phúc mạc toàn thể ngay khi có tác nhân gây viêm mà thường gây viêm phúc mạc khu trú trước.

+ Toàn thân: Khi bị viêm phúc mạc, các dây thần kinh cảm giác bị kích thích gây nên triệu chứng đau bụng, Hết giai đoan kích thích thích đến giai đoạn ức chế gây liệt một cơ năng -chướng bụng; Ruột giãn làm thoát một khối lượng lớn dịch, điện giải kèm theo các độc tố vi khuẩn và các histamin vào trong ổ bụng dẫn đến tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn, rối loạn nước điện giải và tăng quá trinh nhiễm độc.

Toan chuyển hoá do giảm lưu lượng tuần hoàn, giảm lượng máu đến tổ chức làm tăng axits lactic gây toan chuyển hoá, đây là một yếu tố gây sốc không hồi phục.

Suy thận cấp do giảm khối lượng tuần hoàn, do độc tố vi khuẩn gây viêm thận kẽ, tình trạng suy thận chỉ được giải quyết khi đã giải quyết được nguýên nhân gây viêm phúc mạc.

Suy thở do chướng bụng gây giảm thông khí . Suy tuần hoàn, suy gan

Quá trình nhiễm độc tăng ảnh hưởng đến toàn bộ các cơ quan của cơ thể nhất là gan và thận tạo một vòng xoắn bệnh lý, mức độ nhiễm độc ngày càng tăng.

3. Các nguyên nhân gây viêm phúc mạc

Thường được phân loại như sau:

3.1.Do vi khuẩn:

Là nguyên nhân thường gặp nhất

+ Viêm phúc mạc thứ phát

Vi khuẩn có nguồn gốc sống ở đường tiêu hoá vào ổ bụng gây viêm phúc mạc khi có sự thông thương đường tiêu hoá và ổ bụng: Vỡ các tạng do bệnh lý hoặc do chấn thương.

Vi khuẩn từ ngoài môi trường xâm nhập vào ổ bụng qua vết thương bụng Vi khuẩn từ các ổ viêm, ổ áp xe trong ổ bụng vỡ vào trong ổ bụng

+ Viêm phúc mạc nguyên phát: Vi khuẩn từ một ổ viêm xa theo đường máu đến ổ bụng gây viêm phúc mạc

3.2. Do các chất hoá học:

Đều là do các chất hoá học nội sinh có mặt trong ổ bụng gây viêm phúc mạc trong:

+ Thủng dạ dày - tá tràng ;

+ Thủng bàng quang ;

+ Viêm phúc mạc mật

3.3. Do các yếu tố vật lý ánh sáng (tia cực tím) tác động lâu vào phúc mạc Các tác nhân cơ học

4.. Triệu chứng viêm phúc mạc toàn thể

Viêm phúc mạc toàn thể cấp tính là loại phúc mạc viêm thường gặp nhất và nguy hiêm nhất, biểu hiện trên lâm sàng là một tình trạng bệnh lý nặng.

4.1. Lâm sàng

Trên lâm sàng trước khi tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể bao giờ cũng phát triển từ một khu vực nhất đinh; chính ở giai đoạn cục bộ tương đối này cần được phát hiện bệnh sớm và can thiệp phẫu thuật sớm thì mới cứu chữa được nhiều bệnh nhân (Lecène

4.1.1. Cơ năng

+ Đau bụng: Trước đó thường có cơn đau đặc hiệu khác nhau tuỳ theo bệnh lý khởi phát nhưng khi đã có viêm phúc mạc thì đau âm ỉ khắp bụng, đau tăng lên khi thành bụng bị đụng chạm và bị kích thích.

+ Nôn: Là do một bị ứ đọng và do bị kích thích, có thể dựa vào triệu chúng này để tiên lượng bệnh.

+ Bí trung tiện do liệt ruột cơ năng

4.1.2. Toàn thân: Biểu hiên hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc:

Bệnh nhân vật vã kích thích, sốt nóng, môi khô, lưỡi bẩn, đái ít.... Da xanh tái thở hôi

4.1.3. Thực thể

+ Bụng chướng: Thành bụng kém di động theo nhịp thở và chướng càng rõ ở giai đoạn muộn của bệnh

+ Dấu hiệu “cảm ứng phúc mạc”: Thầy thuốc đặt nhẹ nhàng các ngón tay trên thành bụng bệnh nhân rồi ấn từ từ sâu xuống sau đó bỏ tay đột ngột khỏi thành bụng lúc đó bệnh nhân có cảm giác đau chói ở trong sâu và lan khắp ổ bụng. Dấu hiệu này có từ giai đoan sớm, trung thành và có giá trị nhất trong tất cả các giai đoạn viêm phúc mạc.

+ Dấu hiệu “Co cứng thành bụng”: Triệu chứng này rõ ở bệnh nhân tuổi trung niên giai đoạn sớm của viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng: Nhìn thành bụng không di động theo nhịp thở, các thớ cơ nổi rõ thành múi; sờ thành bụng bệnh nhân cảm giác như sờ vào bì trấu, càng ấn sâu xuống càng cứng.

+ Thăm trực tràng thấy túi cùng đồ Douglas phồng và đau

4.2. cởn lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm máu

+ Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng + Tốc độ máu lắng tăng

+ Điện giải đồ rối loạn

4.2.2. Xquang và siêu âm Ổ bụng

+ Xquang: Có hình ảnh viền các quai ruột dày, cơ hoành bị đẩy lên cao, mờ vùng thâp ổ bụng, đường viền phúc mạc mất. Trong trưòng hợp thủng tạng rỗng có thể thấy liềm hơi dưới cơ hoành

+ Siêu âm thấy ổ bụng có dịch tự do

- Chọc hút ổ bụng: Để nhận biết ổ bụng có dịch hay không và qua đó có thể biết được nguyên nhân viêm phúc mạc.

5. Chẩn đoán và thái độ xử trí

5.1. Chẩn đoán phân biệt

+ Tắc ruột: Có các triệu chứng cơ năng gần giống với viêm phúc mạc nhưng phân biệt bằng thăm khám thực thể có dấu hiệu “rắn bò“ và hình ảnh phim xquang chụp ổ bụng không chuẩn bị có “mức nước mức hơi“

+ Viêm tuỵ cấp: Phân biệt bằng xét nghiệm máu men amylase, lipase có tăng

+ Vỡ chửa ngoài dạ con: Trên bệnh nhân có dấu hiệu thai nghén và dấu hiệu mất máu cấp trên lâm sàng.

5.2. Chẩn đoán xác định dựa vào

+ Hội chứng bệnh chỉ điểm: Đau khắp bụng liên tục tăng dần, nôn, bí trung tiện

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt nóng, môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi, đái ít....

+ Hội chứng bụng ngoại khoa: Cảm ứng thành bụng, co cứng thành bụng, chướng bụng, tăng cảm giác da...

5.3. Chẩn đoán nguyên nhân

Cần khai thác kỹ về tiền sử, khám xét kỹ lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân

5.4. Thái độ xử trí

- Nguyên tắc: Hầu hết các trường hợp viêm phúc mạc cấp đều có chỉ định mổ cấp cứu trừ trường hợp chẩn đoán chắc chắn là viêm phúc mạc nguyên phát

- Điều trị cụ thể

+ Phẫu thuật giải quyết nguyên nhân

+ Kháng sinh .

+ Truyền dịch

6. Dự phòng

+ Tuyên truyền trong cộng đồng các triệu chứng đau bụng cấp tính và khi có các triệu chứng này cần đến các cơ sở y tế gần nhất để khám và có hướng điều trị.

+ Tuyên truyền trong cộng đồng nên đi khám sức khoẻ định kỳ để phát hiện những bệnh lý và những ổ viêm nhiễm trong ổ bụng có khả năng gây biến chứng viêm phúc mạc nếu không được điều trị triệt để.

+ Đối với các y tế cơ sở cần phát hiện sớm triệu chứng viêm phúc mạc để chẩn đoán sớm viêm phúc mạc, gửi đúng tuyến điều trị triệt để nếu không có đủ điều kiện.phẫu thuật và gây mê hồi sức.

IV. Tài liệu tham khảo

1. Bệnh học ngoại khoa (2000), nhà xuất bản Y học

2. Điều trị học ngoại khoa( 2000), trường đại học Y dươc Thành phố Hồ Chí Minh

3. Bài giảng triệu chứng học ngoại khoa, tập 1. Trường đại học Y dươc Thành phố Hồ Chí Minh

4. Bài giảng bệnh học ngoại khoa tập 11(2000), Học viện Quân Y.

HÔI CHỨNG CHẢY MÁU TRONG

I. Mục tiêu:

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây chảy máu trong. nhóm máu, truyền máu

2. Trình bày được sinh lí, sinh lí bệnh của mât máu cấp, sinh lý nhóm máu, truyền máu và các chất thay thế máu.

3 .Mô tả đươc triêu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cua họi chứng mất máu cấp

4. Trình bày được nguyên tắc điều trị nguyên nhân mất máu trong, dự phòng phát hiện sớm đến hội chứng mất máu.

II. Nội dung

1. Đại cương

 - Các thương tổn phần thân mình có chảy máu vào trong các khoang của cơ thể gây triệu chứng mất máu gọi là hội chứng chảy máu trong.

- Các khoang phần thân mình gồm 2 khoang chính là khoang ngực và khoang bụng, nội dung bài nói đến hội chứng chảy máu vào khoang bụng và thường gặp.

- Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trên lâm sàng, do nhiều nguyên nhân gây ra, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và sử trí kịp thời.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân ngoại khoa:

a. Chấn thương bụng: Chấn thương bụng đựơc chia làm 2 dạng thương tổn.

\* Chạm thương bụng: (Chấn thương bụng kín).

- Do va chạm trực tiếp vào ổ bụng: bị đấm, đá...

- Do bị đè ép: Xe cán, tường đổ, đá đè...

Các nguyên nhân trên có thể làm:

+ Vỡ các tạng đặc: Gan, lách, tụy, thận.

+ Rách mạc nối, mạc treo.

+ Rách các mạch máu lớn trong ổ bụng.

\* Vết thương bụng: (chấn thương bụng hở).

- Do kim khí đâm vào bụng (dao, lê, cọc sắt, kéo...)

- Đạn bắn, do mảnh bom, mìn.

Gây nên vết thương thấu bụng hoặc vết thương xuyên bụng,làm tổn thương gan, lách, thận, tuỵ hoặc rách mạc treo, mạc nối, rách các mạch máu trong ổ bụng, hoặc là vết thương thành bụng đơn thuần chảy máu vào trong ổ bụng.

b. Chảy máu sau mổ Ổ bụng:

- Do cầm máu không tốt.

- Do tuột nút chỉ buộc.

- Do rối loạn chức năng đông máu.

2.2. Các nguyên nhân sản khoa:

- Chửa ngoài tử cung vỡ.

- Vỡ tử cung trong chuyển dạ đẻ.

- Tai biến nạo thai.

- Vỡ nang Degraff.

2.3. Các nguyên nhân nội khoa:

- Vỡ lách bệnh lý Lách to do sốt rét, do thiếu máu.

- Vỡ thận bệnh lý: Thận đa nang, thận ứ nước do sỏi...

- Vỡ phình mạch của động mạch trong ổ bụng.

2.4. Các nguyên nhân khác:

Bệnh ưa chảy máu (Hemophylie), Bệnh sinh chảy máu (Hemogelie).

3.Triệu chứng:

3.1. Cơ năng:

- Đau bụng: Đau khắp bụng không thành cơn, thường đau bụng không điển hình kết hợp với đau do bệnh chính gây chảy máu: Chấn thương...

- Nếu mất máu nhiều thì có khó thở nhanh nông

- Giai đoạn muộn có bí trung tiện do liệt ruột cơ năng.

3.2. Toàn thân:

Biểu hiện hội chứng mất máu cấp tính mà không có máu chảy ra ngoài.

- Bệnh nhân trong tình trạng kích thích vật vã hoặc li bì, không tiếp xúc.

- Khát nước

- Choáng váng, hoa mắt chóng mặt.

- Vã mồ hôi, chân tay lạnh.

- Da niêm mạc nhợt nhạt.

- Mạch quay nhanh nhỏ.

- Huyết áp số tối đa <90 mmHg.

-Thận nhiệtgiảmcó khi <35°G.

- Thở nhanh nông.

- Thiểu niệu hoặc vô niệu.

3.3. Thực thể:

- Nhìn: Bụng chướng đều, giai đoạn muộn bụng chướng nhiều.

- Sờ:

+ Cảm ứng phúc mạc

+ Co cứng thành bụng, rõ hơn ở giai đoạn muộn.

- Gõ: Bệnh nhân nằm tư thế nửa nằm, nửa ngồi, gõ đục hai hố chậu.

- Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas đầy và đau.

3.4. Cận lâm sàng:

3.4.1. Chọc hút ổ bụng: Là thủ thuật được tiến hành xem ổ bụng có máu không – vị trí chọc thường là hố chậu trái hoặc các điểm quanh rốn:

Kết quả dương tính khi hút đựơc máu không đông. Cần phải cân nhắc vì nếu chọc dò rồi thì việc theo dõi sẽ khó khăn.

3.4.2. Siêu âm: Xác định được tổn thương ở tạng nào nhất là trường hợp vỡ tạng dưói bao, xác định được trong ổ bụng có dịch.

Nhưng khó phát hiện tổn thương các tạng nằm ở sâu nhất là trong trường hợp bụng chướng hơi.

3.4.3. Xquang: Chụp hoặc chiếu ổ bụng không chuẩn bị bóng mờ vùng thấp.

3.4.4. Chọc rửa ổ bụng: Khi chọc dò âm tính hoặc nếu có nghi ngờ dịch ổ bụng, đặc biệt đối với bệnh nhân có tổn thương kết hợp như: Chấn thương sọ não, gãy cột sống, gẫy khung chậu.

Kỹ thuật: Rạch một lỗ ỏ đường trắng giữa dưới rôh cách rốn 2cm, sau đó đưa 1 polytène vào ổ bụng, bơm l000ml dung dịch mặn đẳng trương vào,sau đó:

- Cho dịch ra thấy máu đại thể là dương tính.

- Dịch nghi ngờ đem soi đếm thấy >100.000 HC/lmm3 là dương tính.

- Soi đếm nếu thấy <100.000HC/lmm3 - lưu polytène sau 2 giờ nưa đọc lại ke q như vậy là âm tính.

3.4.5 . Chụp Scaner bụng: Có giá trị vói các tạng sau phúc mạc.

3.4.6. Chụp động mạch ioànthề hay chọn lọc: Khi nghi nghờ tổn thương gan, thận, lách, tuỵ.

3.4.7. Két nghiệm máu:

- Số lượng hồng cầu giảm, tỷ lệ huyết sắc tố giảm.

- Tỷ lệ hematocrit giảm.

- Điện giải đồ rối loạn.

IV. Tài liệu tham khảo.

1. Giải phẫu học tập 2. ĐHYK- Hà Nội.

2. Bài giảng ngoai khoa bệnh học (1995), Bộ môn ngoại Đại học Y khoa Hà Nội

HỘI CHỨNG CHẢY MÁU TRONG

I. Mục tiêu:

1. Liệt kê được các nguyên nhân gây chảy máu trong.

2.Trình bày được sinh lí, sinh lí bệnh của mất máu cấp, sinh lí nhóm máu, truyền máu và các chất thay thế máu.

3. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng mất máu cấp

4. Trình bày được nguyên tắc điều trị theo nguyên nhân mất máu trong, dự phòng phát hiện sớm hội chứng mất máu.

II. Nội dung.

1. Đại cương:

- Các thương tổn phần thân mình có chảy máu vào trong các khoang của cơ thể gây triệu chứng mất máu gọi là hội chứng chảy máu trong.

- Các khoang phần thân mình gồm 2 khoang chính là khoang ngực và khoang bụng, nội dung bài nói đến hội chứng chảy máu vào khoang bụng là thường gặp.

- Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trên lâm sàng, do nhiều nguyên nhân gây ra, đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và sử trí kịp thời.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân ngoại khoa:

a. Chấn thương bụng: Chấn thương bụng đựơc chia làm 2 dạng thương tổn.

\* Chạm thương bụng: (Chấn thương bụng kín).

- Do va chạm trực tiếp vào ổ bụng: bị đấm, đá...

- Do bị đè ép: Xe cán, tường đổ, đá đè...

Các nguyên nhân trên có thể làm:

+ Vỡ các tạng đặc: Gan, lách, tụy, thận.

+ Rách mạc nối, mạc treo.

+ Rách các mạch máu lớn trong ổ bụng.

\* Vết thương bụng: (chấn thương bụng hở).

- Do kim khí đâm vào bụng (dao, lê, cọc sắt, kéo...)

- Đạn bắn, do mảnh bom, mìn.

Gây nên vết thương thấu bụng hoặc vết thương xuyên bụng,làm tổn thương gan, lách, thận, tuy hoặc rách mạc treo, mạc nối, rách các mạch máu trong ổ bụng, hoặc là vết thương thành bụng đơn thuần chảy máu vào trong ổ bụng.

b. Chảy máu sau mổ ổ bụng:

- Do cầm máu không tốt.

- Do tuột nút chỉ buộc.

- Do rối loạn chức năng đông máu.

2.2. Các nguyên nhân sản khoa:

- Chửa ngoài tử cung vỡ.

- Vỡ tử cung trong chuyển dạ đẻ.

- Tai biến nạo thai.

- Vỡ nang Degraff.

2.3. Các nguyên nhân nội khoa:

- Vỡ lách bệnh lý: Lách to do sốt rét, do thiếu máu.

- Vỡ thận bệnh lý: Thận đa nang, thận ứ nước do sỏi...

- Vỡ phình mạch của động mạch trong ổ bụng.

2.4. Các nguyên nhân khác:

Bệnh ưa chảy máu (Hemophylie), Bệnh sinh chảy máu (Hemogelie).

3.Triệu chứng:

3.1. Cơ năng:

Đau bụng: Đau khắp bụng không thành cơn, thường đau bụng không điển hình kết họp với đau do bệnh chính gây chảy máu: Chấn thương...

- Nếu mất máu nhiều thì có khó thở nhanh nông

- Giai đoạn muộn có bí trung tiện do liệt ruột cơ năng.

3.2. Toàn thân:

Biểu hiện hội chứng mất máu cấp tính mà không có máu chảy ra ngoài.

- Bệnh nhân trong tình trạng kích thích vật vã hoặc li bì, không tiếp xúc.

- Khát nước

- Choáng váng, hoa mắt chóng mặt.

- Vã mồ hôi, chân tay lạnh.

- Da niêm mạc nhợt nhạt.

- Mạch quay nhanh nhỏ.

- Huyết áp số tối đa <90 mmHg.

- Thân nhiệt giảm cókhi<35°C

- Thở nhanh nông.

- Thiểu niệu hoặc vô niệu.

3.3. Thực thể:

- Nhìn: Bụng chướng đều, giai đoạn muộn bụng chướng nhiều.

- Sờ:

+ Cảm ứng phúc mạc

+ Co cứng thành bụng, rõ hơn ở giai đoạn muộn.

- Gõ: Bệnh nhân nằm tư thế nửa nằm, nửa ngồi, gõ đực hai hố chậu.

- Thăm trực tràng: Túi cùng Douglas đầy và đau.

3.4. Cận lâm sàng:

3.4.1. Chọc hút ổ bụng: Là thủ thuật được tiến hành xem ổ bụng có máu không – vị trí chọc thường là hố chậu trái hoặc các điểm quanh rốn:

Kết quả dương tính khi hút đựơc máu không đông. Cần phải cân nhắc vì nếu chọc dò rồi thì việc theo dõi sẽ khó khăn.

3.4.2. Siêu âm: Xác định được tổn thương ở tạng nào nhất là trường hợp vỡ tạng dưới bao,xác định được trong ổ bụng có dịch.

Nhưng khó phát hiện tổn thương các tạng nằm ở sâu nhất là trong trường hợp bụng chướng hơi.

3.4.3. Xquang: Chụp hoặc chiếu ổ bụng không chuẩn bị bóng mờ vùng thấp.

3.4.4. Chọc rửa ổ bụng: Khi chọc dò âm tính hoặc nếu có nghi ngờ dịch ổ bụng, đặc biệt đối với bệnh nhân có tổn thương kết hợp như: Chấn thương sọ não, gãy cột sống, gẫy khung chậu.

Kỹ thuật: Rạch một lỗ ở đường trắng giữa dưới rôh cách rốn 2cm, sau đó đưa 1 polytène vào ổ bụng, bơm l000ml dung dịch mặn đẳng trương vào,sau đó:

- Cho dịch ra thấy máu đại thể là dương tính.

- Dịch nghi ngờ đem soi đếm thấy >100.000 HC/lmm3 là dương tính.

- Soi đếm nếu thấy <100.000HC/lmm3 - lưu polytène sau 2 giờ nữa đọc lại kêt quả vẫn như vậy là âm tính.

3.4.5 . Chụp Scaner bụng: Có giá trị với các tạng sau phúc mạc.

3.4.6. Chụp động mạch toàn thể hay chọn lọc Khi nghi nghờ tổn thương gan, thận, lách, tuy.

3.4.7. Xét nghiệm máu:

- Số lượng hồng cầu giảm, tỷ lệ huyết sắc tố giảm.

- Tỷ lệ hematocrit giảm.

- Điện giải đồ rối loạn.

IV. Tài liệu tham khảo.

1. Giải phẫu học tập 2. ĐHYK- Hà Nội.

2. Bài giảng ngoai khoa bệnh học (1995), Bộ môn ngoại Đại học Y khoa Hà Nội

HỌC VIỆN Y - DƯỢC HỌC cổ TRUYỂN VIỆT NAM

Bộ Môn Ngoại

PHẦN II: BỆNH HỌC NGOẠI YHHĐ

ĐỐI TƯỢNG : SINH VIÊN Y3

(Lưu hành nội bộ)

CHẠM THƯƠNG BỤNG

I. Mục tiêu:

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học của chấh thương bụng

2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cân lâm sàng của chấn thương bụng

3. Trình bày được các nguyên tắc điều trị.

II. Nội dung:

1. Đại cương:

Chạm thương bụng là tình trạng tổn thương bụng do chấn thương nhưng không có sự thông thương giữa ổ bụng với môi trường bên ngoài: tổn thương có thể ở thành bụng đơn thuần, có thể có tổn thương các tạng bên trong ổ bụng như gan, lách, ruột....

Đây là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp. Chẩn đoán được tình trạng có hay không có các thương tổn trong ổ bụng là rất quan trọng. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời thì tiên lượng thường xấu. Nhất là trường hợp chấn thương nặng hoặc bệnh nhân bị đa chấn thương.

- Mức độ hay gặp của một số loại tổn thương như sau :

+ Lách: 50% + Ruột non: 12% +Tuỵ: 5%

+ Gan : 25% + Ruột già: 8,5% + Tá tràng: 3%

+ Thận : 10% + Dạ dày : 4% + Bàng quang : 3%

2. Nguyên nhân :

Dựa vào tác nhân hoặc cường độ của sang chấn để chẩn đoán tạng tổn thương chưa đủ. Sang chấn mạnh gây tổn thương nặng nề trong ổ bụng. Song cường độ sang chẩn nhẹ cũng có thể gây tổn thương các tạng trong ổ bụng kèm theo.

2.1. Chạm thương do va chạm:

Như ngã trên cao xuống đập Ohem vào vật cứng ở dưới đất (tưòng đá, khúc gỗ) hoặc bệnh nhấn bị đấm, đá vào Ohem đấy là tác nhân do va chạm.

2.2. Do bị đè ép:

Thường gặp trong tai nạn giao thông, đổ nhà, sập hầm lò...

3. Tổn thương giải phẫu bệnh lý:

3.1.Tổn thương tại thành ũhem:

Có nhiều hình thái thương tổn ở thành Ohem như các vết xây xát và rách da; đụng dập , tụ máu các cơ thành Ohem, có thể rách cân ở thành Dhem trước gây ra sổ ũhem. Đặc điểm chung các thương tổn là không có sự thông thương giữa khoang ữhem với bên ngoài.

3.2. Tổn thương các tạng trong ổ bụng:

3.2.1. Tạng đặc:

Thương tổn tạng đặc như vỡ gan, vỡ lách gây chảy máu ồ ạt vào trong ổ bụng, gây triệu chứng mất máu cấp, nhưng cũng có thể mất máu không ổ ạt vì đường vỡ nhỏ hoặc vỡ dưới bao. Chạm thương giữa bụng có thể gây tổn thương tuỵ cũng gây chảy máu trong ổ bụng.

3.2.2. Tạng rỗng:

Chấn thương có thể gây dập, vỡ hoặc thủng, rách các tạng rỗng (dạ dày, tá tràng, ruột non, đại tràng, bàng quang, túi mật) - dịch tiêu hoá, phân, dịch mật hoặc nước tiểu sẽ vào ổ bụng , biểu hiện hội chứng viêm phúc mạc cấp.

3.2.3. Cố thể có tổn thương phối hợp:

Nhiều cơ quan khác cũng có thể bị tổn thương : Chấn thương sọ não, cột sống, lồng ngực, bụng gãy xương các chi hoặc xương chậu, tổn thương mạch máu lớn ....

4. Biểu hiện lâm sàng chung:

4.1. Hỏi kỹ bệnh nhân hoặc người nhà khi bệnh nhân đến viện:

Hỏi kỹ để biết về thời điểm, tác nhân, cơ chế chấn thương và các triệu chứng xuất hiện sau chấn chấn thương: Đau bụng, đau vùng hạ sườn, nôn, đái máu,tình trạng tri giác v.v... xuất hiện sau chấn thương.

4.2. Các biểu hiện lâm sàng có thể phát hiện sau thăm khám:

4.2.1. Sốc:

Sốc xảy ra sau chấn thương vào bụng có thể do đau nhiều hoặc do mất mấu máu cấp. Nếu sau hồi sức tích cực vẫn không kết quả thì thường là do chảy máu trong.

Biểu hiện lâm sàng: Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, mũi và đầu chi lạnh, thở nhanh nông, mạch nhanh, huyết áp động mạch thấp, kích thích vật vã, sợ hãi lo lắng hoặc ngược lại: chậm chạp, thờ ơ với ngoại cảnh, mắt mở nhìn về nơi xa xăm.

4.2.2. Chảy máu trong:

Thường phải nghĩ đến có tình trạng chảy máu trong ổ bụng khi:

- Khi điều trị sốc bệnh nhân có tốt lên, sau đó lại biểu hiện dấu hiệu sốc lại.

- Khi vào viện không có sốc nhưng sau vài giờ thì thấy sốc xuất hiện.

- Đau bụng lan xa nơi chạm thương, lan khắp bụng

- Bung chướng, cổ cảm ứng phúc mạc, gõ đục 2 hố chậu.

- Thăm trực tràng Douglas phồng và đau.

- Số lượng HC, tỷ lệ HST và hématocrite giảm .

- XQ : ổ bụng mờ vùng thấp.

- Chọc dò ổ bụng có máu không đông.

4.2.3. Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng:

- Đau Ohem ngay sau chấn thương, đau tự nhiên, đau nhiều liên tục lan toả khắp bụng, đau tăng lên khi thay đổi tư thế.

- Nôn: Do kích thích phúc mạc bệnh nhân nôn, có bệnh nhân chỉ buồn nôn, có bệnh nhân nôn ra máu nếu tổn thương ở dạ dày - tá tràng

- Co cứng thành bụng: mới thủng bệnh nhân đến khám thấy hiện tượng co cứng thành bụng, nếu đến muộn có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc rõ.

- Bí trung và đại tiện

- Bụng chướng dần lên.

- T.R có “tiếng kêu Douglas”

- Thường bệnh nhân nằm co con tôm (Mondor)

- Chụp Ohem không chuẩn bị thấy có liềm hơi dưói cơ hoành một hoặc 2 bên.

5. Chẩn đoán tạng tổn thương:

5.1. Vỡ lách:

- Chấn thương vùng hạ sườn trái, đáy ngực trái, thường có tổn thương gẫy xương sườn cuối ở vùng ngực trái.

- Đau hạ sườn trái lan lên vai, ra sau lưng trái.

- Khám phát hiện hội chứng chảy máu trong.

- Ngất hoặc sốc rõ rệt sau chấn thương.

- Bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, gõ đục mạng sườn trái dọc xuống hố chậu trái.

- Thăm trực tràng Douglas đau.

- Chụp X quang ổ ũhem không chuẩn bị, đứng: Cơ hoành trái đẩy lên cao, dạ dày đẩy sang phải, góc trái đại tràng đẩy xuống thấp , bòng mờ lách bị rộng ra.

- Chọc dò ổ bụng có máu không đông

- Siêu âm chẩn đoán được vỡ lách.

Đôi khi vỡ lách 2 thì : Thì 1 vỡ lách dưới bao - thì 2: khối máu tụ căng vỡ ra gây tràn máu vào ổ bụng .BN có một khoảng thòi gian tương đối yên lặng giữa 2 thì.

5.2. Vỡ gan :

Chấn thương trực tiếp vùng gan - đáy ngực phải. Sau chấn thương bệnh nhân đau vùng đáy ngực phải và hạ sườn phải, có thể có tổn thương gẫy xương sườn cuối ở vùng ngực phải

- Toàn thân có triệu chứng sốc mất máu.

- Khám phát hiện có hội chứng chảy máu trong.

- Co cứng lan toả nửa bụng phải.

- Gõ đục hạ sườn phải

- Thăm trực tràng: Donglas đau.

- Chụp X quang ổ bụng: Bóng gan to, cơ hoành phải đẩy lên cao,

- Chọc dò có máu không đông trong ổ bụng.

- Siêu âm chẩn đoán được vỡ gan.

Trong một số trường hợp vỡ gan không điển hình, vỡ dưới bao sẽ khó chẩn đoán (Thì 1 vỡ gan dưới bao - thì 2: khối máu tụ căng vỡ ra gây tràn máu vào ổ bụng), nếu có điều kiện nên cho chụp cắt lớp để xác định tổn thương.

5.3. Vỡ thận :

Thận là một tạng nằm sau phúc mạc nhưng dễ tổn thương, có thể nằm trong bệnh cảnh của chạm thương bụng.

Do chấn thương mạnh vùng mạn sườn- hố thắt lưng. Sau chấn thương bệnh nhân đau nhiều vùng Dhem, đái máu, khám thấy có co cứng ổ bụng bên chấn thương,.

- Nếu mất máu nhiều bệnh nhân có thể sốc

- Siêu âm chẩn đoán. Nên Dhem Dhem và lồng ngực để xác định tổn thương phối hợp.

5.4. Tổn thương tuy.

- Chấn thương vùng giữa bụng. Tụy bị đụng dập chảy máu

- Có dấu hiệu viêm phúc mạc - Co cứng thành Ohem

- Chụp X quang ổ bụng ít giá trị.

- Chọc dò ổ bụng có máu không đông.

5.5. Vỡ bàng quang:

Bàng quang nằm dưới phúc mạc, không thuộc ổ bụng nhưng dễ tổn thương và hay phải lưu ý đến trong bệnh cảnh của chạm thương bụng.

Nguyên nhân do chạm thương vùng hạ vị hoặc chấn thương vùng chậu hông, khi bàng quang đang căng nước tiểu, thường có vỡ xương chậu .Có thể là:

+ Vỡ bàng quang trong phúc mạc: Bệnh nhân có hội chứng viêm phúc mạc:

- Thông bàng quang không có nước tiểu hoặc có ít nước tiểu lẫn máu.

- Không có cầu bàng quang

+ Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc.

- Khối máu tụ dưới da trên khấp mu (giả cầu bàng quang)

- Thông đái nước tiểu lẫn máu.

5.6. Dạ dày:

Chạm thương Dhem gây vỡ dạ dày , thường gặp ở bệnh nhân sau khi ăn no.

- Nôn ra máu đỏ lẫn thức ăn.

- Khám thấy có biểu hiện viêm phúc mạc, co cứng thành bụng, sonde dạ dày có máu.

- Nếu chảy mầu nhiều, bệnh nhân có dấu hiệu mất máu.

- Chụp X quang ổ bụng không chuẩn bị ASP (Abdomen sans préparation) có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành.

5.7. Tá tràng:

Chạm thương gây vỡ tá tràng ít gặp. Biểu hiện:

- Đau bụng nhiều và co cứng thành bụng khi thủng.Viêm phúc mạc toàn thể.

- X-Q ổ bụng không chuẩn bị có liềm hơi cơ hoành.

- Vỡ ngoài phúc mạc: Thường chỉ phát hiện được khi phẫu thuật (tràn khí và dịch mật sau phúc mạc).

5.8. Ruột non:

Thường gặp sang chấn giữa bụng. Tổn thương tụ máu, dập, vỡ, đứt rời quai ruột. Tổn thương hay gặp nhất ở quai đầu của hỗng tràng và cuối hồi tràng.

- Sau chấn thương bệnh nhân đau liên tục khắp Ohem, nôn, bí trung đại tiện.

- Cổ co cứng thành ũhem, cảm ứng phúc mạc.

- X quang ổ bụng không chuẩn bị: Liềm hơi dưới cơ hoành.

Có khi tổn thương là một vị trí (thành ruột hoặc mạc treo) bị đụng dập, tụ máu, sau đó vài ngày sẽ hoại tử thủng ruột gây viêm phúc mạc thì 2.

5.9. Đại tràng:

- Trong chấn thương bụng, đại tràng ít bị tổn thương thủng hoặc vỡ mà hay gặp dạng máu tụ lan toả ở thành đại tràng và khu sau phúc mạc, nếu vỡ đại tràng bệnh nhân thường là nặng nề do viêm phúc mạc phân.

5.10. Mạc treo, mạc nối, cơ hoành:

- Mạc nối ít bị tổn thương, nếu có tổn thương thường gây tụ máu mạc treo.

- Mạc treo rách gây chảy máu nhiều, nếu rách ngang thì đoạn ruột tương ứng thường bị tổn thương kèm theo (thiếu máu, hoại tử).

- Vỡ cơ hoành thường do sang chấn mạnh, thường chấn thương ngực bụng phối hợp rách, rạn, cơ hoành gây ra chảy máu, rách rộng gây ra thoát vị quai ruột, dạ dày lên trên lồng ngực gây chèn ép nhu mô phổi, khó thở nặng. Thường được phát hiện qua chụp X-Q lồng ngực.

6. Điều trị:

6.1. Chống sốc:

- Phục hồi khối lượng tuần hoàn đã mất bằng các loại dịch sau đó truyền máu cùng nhóm.

- Chống suy thở cho bệnh nhân thở oxy 3-51/1 phút.

- Trợ sức, trợ lực.

- Bệnh nhân chảy máu nặng vừa hồi sức vừa mổ.

6.2. Phẫu thuật:

Cần khám xét kỹ, theo dõi chặt chẽ để phát hiện tổn thương tạng hay không.

Chỉ định mổ được đặt ra khi:

+ Chẩn đoán chắc chắn là có tổn thương tạng trong ổ bụng.

+ Nghi ngờ và không loại trừ được khả năng có tổn thương tạng .

Khi có chỉ định mổ thì thường xử trí theo một số nguyên tắc sau:

- Trừ đau bằng gây mê nội khí quản.

- Mở bụng đường trắng giữa trên rốn, khi cần mở rộng thì tuỳ theo loại tổn thương sẽ thuận lợi hơn.

- Thăm dò kỹ và có hệ thống toàn bộ các tạng, tránh bỏ sót tổn thương.

6.2.1. Nếu ổ bụng có máu:

Thấy ổ bụng có nhiều máu loãng lẫn máu cục thì thường là do vỡ tạng đặc. Cần nhanh chóng hút sạch máu, dùng mèche lấy ra hết máu cục, kiểm tra để phát hiện tạng tổn thương, sau đó tuỳ theo từng tạng bị tổn thương mà có cách xử lý thích hợp:

- Lách: Vỡ lách chấn thương ngày nay vẫn thường xử trí cắt bỏ lách. Chỉ ở một số ít noi có điều kiện các phẫu thuật viên có thể cắt lách bán phần hoặc khâu bảo tồn lách khi tổn thương nhẹ . Tuy nhiên, trong điều kiện cấp cứu, vấn đề ưu tiên hàng đầu là cứu sống tính mạng người bệnh nên trong mổ thường là cắt bỏ lách để cầm máu được nhanh. Và đảm bảo chắc chắn hơn.

- Gan: Bảo tồn tối đa bằng :

+ Khâu cầm máu vết thương gan.

+ Dập nát khu trú hạ phân thuỳ : cắt một phần gan.

+ Tổn thương đường dẫn mật kèm theo : có thể dẫn lưu cholédoque bằng ống dẫn lưu Kehr hoặc dẫn lưu túi mật.

- Tuỵ : Bảo tồn tối đa

+ Dập nát đuôi tuỵ: cắt bỏ đuôi tuy và cắt lách + dẫn lưu.

+ Đầu tuy: Khâu + dẫn lưu.

+ Tổn thương đơn giản chỉ cần khâu + dẫn lưu là đủ.

- Thận:

+ Khâu cầm máu 4- dẫn lưu.

+ Cắt thận là bất đắc dĩ (trong dập nát quá nhiều, đứt cuống thận). .

- Mạc treo:

+ Rách dọc: Khâu kín lại

+ Rách ngang: Cần xem sinh lực đoạn ruột tương ứng để xử trí cho thích hợp ( cắt đoạn một).

- Cơ hoành:

Đưa các tạng xuống ổ bụng sau đó khâu kín cơ hoành bằng chỉ chắc không tiêu , phải dẫn lưu khoang màng phổi.

6.2.2. Nếu ổ bụng có dịch và hơi:

Tổn thương tạng rỗng . Cần tìm kỹ phát hiện.

Dạ dày:

Khâu kín lỗ thủng 2 lớp. Đặt sonde hút dạ dày cho tới khi bệnh nhân trung tiện.

Tá tràng:

Khi nghi ngờ tổn thương, cần bóc phúc mạc lật khung tá tràng lên kiểm tra thấy dịch xanh sau phúc mạc và hơi.Thưcmg xử trí: Khâu kín tá tràng + nối vị tràng).

Ruột non:

+ Thủng, rách nhỏ : Khâu kín 2 lớp( thủng dọc biến thành ngang rồi mới khâu).

+ Dập nát nhiều, mất đoạn: cắt đoạn rồi nối lại ngay tận - tận.

Đại tràng:

+ Đoạn di động:

- Rách nhỏ, gọn, sạch: Khâu kín và đính vào ngay dưới vết mổ, dẫn lưu đại tràng phía trên.

- Rách lớn, dập nát nhiều, bẩn :. Đưa ra ngoài làm HMNT.

+ Đoạn cố định:

- Rách nhỏ, gọn, sạch: Khâu kín , dẫn lưu đại tràng hoặc làm HMNT ở phía trên.

- Rách lớn, dập nát nhiều, bẩn : Bóc tách mạc Tod, đưa ra ngoài làm HMNT.

Bàng quang: Vỡ bàng quang

+ Trong phúc mạc: Khâu kín bàng quang 2 lớp - đẫn lưu bàng quang qua niệu đạo kết hợp dẫn lưu ổ bụng.

+ Ngoài phúc mạc: Khâu kín bàng quang + dẫn lưu BQ qua niệu đạo và dẫn lưu khoang mỡ tníớc bàng quang.

6.2.3. Ổ bụng khô:

Vẫn cần kiểm tra kỹ các tạng, chưa loại trừ tổn thương khu sau phúc mạc, tránh bỏ sót tổn thương.

6.3. Sau mổ:

- Hổi sức tốt sau mổ. bù đủ lương máu - dich dã mất, phòng suy thận cấp sau mổ.

- Kháng sinh chống nhiễm trùng, nhất là sau mổ viêm phúc mạc do thủng tạng rồng.

- Tuỳ theo loại tổn thương cụ thể để có thái độ hồi sức và săn sóc thích hợp.

IV. Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh học Ngoại khoa tập lvà 3,(1993), Trường Đại học Y khoa Hà Nội

2. Ngoại khoa (sách bổ túc SĐH tậpl) 1983. Trường Đại học Y khoa Hà Nội

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NGỰC

I. Mục tiêu.

1. Mô tả được giải phẫu và sinh lí hô hấp, các rối loạn sinh lí hô hấp, tuần hoàn do chấn thương và vết thương ngực.

2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của thương tổn thành ngực và các tạng trong lồng ngực.

3. Trình bày được nguyên tắc, phương pháp điều trị chấn thương và vết thương ngực.

II. Nội dung.

1. Đại cương:

Chấn thương lồng ngực là một loại chấn thương phức tạp gặp cả trong thời bình và thời chiến. Trong chiến tranh tổn thương hay gặp là vết thương ngực hở, còn thời bình thường gặp hơn là loại chẩn thương ngực kín, do tai nạn giao thông, tai nạn lao động và sinh hoạt.

Trong chấn thương lồng ngực tổn thương giải phẫu gây nên mọi rối loạn về tuần hoàn và hô hấp. Trong điều trị xử trí ban đầu là quan trọng hơn cả là phục hồi ngay những rối loạn tuần hoàn và hô hấp, sau đó tổn thương giải phẫu thường cũng dần ổn định.

2. Rối loạn sau chấn thương:

Bình thường thăng bằng về hô hấp vào tuần hoàn được duy trì bởi 3 yếu tố là thành ngực, phổi và tim.

Khi 1 trong 3 yếu tố đó bị tổn thương sẽ gây ra các rối loạn về tuần hoàn và hô hấp.

2.1. Hô hấp: Thông khí ở phổi bị cản trở.

- Bệnh nhân đau không dám thở sâu, nên không dám ho và khạc tống đờm ra ngoài.

- Tổn thương nặng ở thành ngực.

- Tràn khí, máu khoang màng phổi gây Ohem ép phổi.

- Tăng tiết, ứ đọng trong đờng hô hấp gây cản trở thông khí tăng lên.

- ức chế trung tâm hô hấp do sốc, do thuốc giảm đau.

2.2. Tuần hoàn:

Lưu lượng tim có thể bị thay đổi do: Lượng máu về tim giảm vì chảy máu nhiều, tim và mạch máu lổn bị Ohem ép, suy tim do thiếu ôxy.

2.3. Tổn thương thành ngực:

Trong chấn thương nặng, xương sườn gẫy làm nhiều đoạn, không cải tạo nên mảng sườn di động hoặc những trường hợp vết thương ngực hở, hai loại tổn thương này đều dẫn đến hiện tượng hô hấp đảo ngược và lắc lư trung thất.

2.3.1. Hô hấp đảo ngược:

Thì thở vào không khí qua mũi vào khí phế quản làm các phế nang rãn ra (phổi nở) đồng thời một phần không khí qua vết thương hở ở thành ngực vào khoang màng phổi đẩy một phần khí cặn ở bên phổi bị thương sang phổi lành.

Khi thở ra 1 phần C02 từ phổi lành sang bên phổi bị thương và vòng luẩn quẩn này cứ tái diễn khi vết thương ngực hở và mạng sườn di động được giải quyết.

2.3.2. Lắc lư trung thất:

Khi hít vào không khí lùa vào khoang màng phổi, đẩy trung thất sang bên phổi lành. Khi thở ra, trung thất lại trở về vị trí cũ.

Hai hiện tượng trên gây ra những biến loạn rất nghiêm trọng về hô hấp và tuần hoàn, nạn nhân dễ bị sốc và nhanh chóng dẫn đên tử vong, nếu như xử trí chậm.

3. Các tổn thương trong chấn thương ngực.

3.1. Gãy xương sườn:

Gãy xương sườn là một thương tổn thường gặp trong chấn thương ngực, có thể gẫy một lúc nhiều xương hay một xương, gẫy một chỗ hay 2 chỗ khác nhau nếu gẫy xương sườn 8, 9 bên trái thưòng có tổn thương lách kèm theo, bên phải thường kèm theo vỡ gan. Ở trẻ em xương sườn mềm ít bị gẫy, nếu gẫy thường do chấn thương rất mạnh, khi khám chú ý phát hiện tổn thương phối họp.

Nếu do chấn thương trực tiếp xương sườn gẫy vào phía trong, gián tiếp do đè ép chiều ứớc, sau, thường gẫy ra phía ngoài, có thể gẫy cả mảng hoặc gẫy rời bong hẳn ra.

\* Triệu chứng:

- Bệnh nhân đau nhiều, không dám ho, không thở mạnh.

- Nắn:'

- Dùng các ngón tay nắn dọc xương sườn chỗ gẫy có điểm đau chói.

+ Dấu hiệu lạo xạo xương (lục cục) chỗ bàn tay áp vào thành ngực sẽ nghe được tieensg lục cục dưới tay do 2 đầu xương gẫy chạm vào nhau.

+ Mảng sườn di động: Gẫy từ 2 - 3 xương sườn trở lên, gẫy ở hai vị trí khác nhau trên cùng một xương. Dòng lực âm của khoang màng phổi dần sẽ tụt mảng xương gẫy vào trong, gây nên rối loạn và ức chế hô hấp.

- Mạng sườn di động tiên phát (bị ngay sau chấn thương), dẫn đến hô hấp đảo ngược, và lắc 1 trung thất gây ra thiếu oxy và truy tim mạch.

- Mạng sườn di động thứ phát: Ohem.Oi chấn thương xương gẫy cài vào nhau, hai ba ngày sau do ứ đọng, khó thở, bất động không tốt, gây nên mảng sườn di động thứ phát.

3.2. Tràn khí dưới da:

Do đầu xương gẫy chọc vào phổi vỡ phế nang. Không khí thoát ra dưới da, mức độ tràn khí nhiều hay ít, nhanh hay chậm tuỳ thuộc mức độ tổn thương.

- Triệu chứng khi khám. Sờ tay vào thành ngực có tiếng líp bíp như sờ vào bao chấu, ấn lõm, không đau, ít nguy hiểm.

3.3. Tràn khí màng phổi:

Không khí vào khoang màng phổi có thể từ phổi, phế quản bị rách hoặc từ vết thương thành ngực, thường thấy loại tràn khí màng phổi thông thường, đôi khi gặp loại tràn khí dưới áp lực khí vào khoang màng phổi nhanh, nhiều, đẩy trung thất sang bên đối diện.

Triệu chứng: Nạn nhân tức ngực, khó thở, nghe phổi mất tiếng thở, mất rung thanh, gõ vang.

- Chụp X quang lồng ngực thấy tràn khí trong trường hợp chấn thương ngực kín.

3.4. Tràn khí trung thất:

Khi tràn phế quản bị rách không khí qua đó tràn vào trung thất gây ra hiện tượng chèn ép tim và mạch máu lớn.

- Triệu chứng:

+ Nạn nhân khó thở nhiều.

+ Cổ bạnh to hai bên, tĩnh mạch cổ phồng, mặt tím tái, sờ có tiếng lạo xạo trên hõm ức.

3.5. Tràn máu màng phổi:

Máu chảy vào màng phổi có thể từ phế nang vỡ, từ vết thương thành ngực tổn thương, động mạch liên sườn, động mạch vú trong nếu vết thương ngực bụng thì máu từ khoang bụng trào lên khoang màng phổi qua vết rách cơ hoành, máu ít khi bị đọng vì Fibrin lắng xung quanh:

Triệu chứng: Nạn nhân khó thở, đau tức ngực, nghe phổi có hội chứng 3 giảm (rung thanh, rì rào phế nang giảm, gõ đục).

Nếu chảy máu nhiều nạn nhân có trình trạng sốc mất máu rõ.

- Chụp X quang lồng ngực có hình ảnh tràn máu khoang phế mạc.

- Chọc dò khoang màng phổi cố máu.

3.6. Tràn máu màng tim:

- Do tổn thương mạch máu màng tim hay buồng tim bị vỡ - dập - vết thương tim gây tràn máu khoang màng tim.

Triệu chứng: Nạn nhân tím tái, đau tức ngực, tim đập chậm yếu, tiếng tim nghe xa xăm, huyết áp động mạch kẹt, áp lực tĩnh mạch tăng .

Siêu âm hoặc chiếu Xquang lồng ngực điện tim to, tim đập yếu hoặc không đập.

3.7. Vỡ tim do chấn thương.

Trường hợp chấn thương vỡ tim màng tim bị rách nhiều máu chảy ra ngoài khoang màng phổi thì biểu hiện chủ là dấu hiệu mất máu cấp.

Trong trường hợp chấn thương màng chi rách ít máu đọng ở trong màng tim thì biểu hiện chủ yếu là một ép tim cấp.

3.8. Xẹp phổi:

- Thường do tắc đường hô hấp trên (ứ đọng đờm rãi, máu, di vật, ho khạc bệnh nhân giảm thường xảy ra sau chấn thương (48h).

- Triệu chứng:

- Bệnh nhân khó thở, nghe phổi mất tiếng thở.

- Xquang lồng ngực nhu mô phổi xẹp - lâm sàng cần phân biệt với tràn khí khoang màng phổi.

3.9. Chảy máu nhu mô phổi:

Sau chấn thương mạch máu chảy tụ lại ở nhu mô, có thể lan toả hay khu trú, tụ máu rải rác 2 bên phổi hoặc khu trú 1 hạ phân thuỳ.

Triệu chứng: Nạn nhân đau ngực sau chấn thương

+ Ho

+ Khạc ra máu khi tổn thương thông vói khí phế quản.

3.10. Tổn thương cơ hoành:

Chấn thương rất mạnh hoặc vết thương làm rách cơ hoành, các tạng ở ũhem bị hút qua lỗ rách lên lồng ngực do áp lực âm ở lồng ngực thường gặp tổn thương cơ hoành trái, tạng chui lên có thể mạc nối lớn, dạ dày, đại tràng ngang, các quai ruột non.

Triệu chứng:

+ Bệnh nhân suy hô hấp

+ Triệu chứng tắc ruột cơ học

+ XQ: có hình ảnh mức nước, hơi.

3.11.Vết thương ngực, lồng ngực:

3.11.1. Vết thương kín:

Thường do đầu đạn thẳng, viên bi, dao, kiếm, miệng vết thương nhỏ, tô chức phân mềm che lấp bịt kín vết thương lại.

Triệu chứng: Có vết thương nhỏ ở thành ngực, rỉ máu, hoặc vết máu đã khô bệnh nhân đau tức ngực, khó thở nếu có tràn máu, tràn khí khoang màng phổi kết hợp -khó thở sẽ tăng lên.

Xác định thêm lỗ vào, ra và đường đi của viên đạn để tìm ra tổn phối hợp như vết thương tim, ngực.

3.11.2. Vết thương ngực hở:

- Vết thương to hay nhỏ tuỳ thuộc vào tác nhân gây ra vết thương, khi thở không khí qua vết thương lùa vào khoang màng phổi gây ra hiện tượng lắc 1 trung thất và hô hấp đảo ngợc.

- Triệu chứng: Bệnh nhân khó thở tím tái, có tiếng phì phò, khi thở ở miệng vết thương, bệnh nhân thường sốc và suy hô hấp nặng.

3.11.3. Vết thương khi phế mạc van (ít gặp)

4. Điều trị chấn thương ngực:

Trong điều trị chủ yếu là phục hồi lại thăng bằng về tuần hoàn và hô hấp, sau đó tổn thương giải phẫu sẽ dần ổn định.

4.1. Sơ cứu:

+ Nguyên tắc chung:

- Chống sốc, chống đau và chống nhiễm trùng

- Lập lại thăng bằng về tuần hoàn và hô hấp.

+ Ngạt: Nằm đầu cao, hút đờm rãi, kích thích ho, thở oxy.

+ Đau: - Phóng bế nôvocain 1% khoang tiền liệt.

- Cố định tạm thời lồng ngực tổn thương.

+ Chống nhiễm trùng: Kháng sinh và AST + Chọc hút: Khi có tràn khí và dịch nhiều.

+ Bịt lỗ thủng thành ngực: (Depage).

+ Mở khí quản khi:

- Khó thở nhiều

- Tràn khí trung thất

- Mảng sườn di động.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Gãy xương sườn:

- Chống đau:

+ Phóng bế thần kinh liên sườn - tiêm nôvocain 1% 5 – l0ml - cách cột sống 4cm tiêm trên và dưới chỗ tổn thơng 1 xương sườn, mỗi ngày phóng bế một lần tiến hành trong vòng 1 tuần.

+ Dán băng dính to bản ẵ lồng ngực phía tổn thương.

+ Giảm đau toàn thân ít dùng vì ức chế hô hấp.

- Phòng ứ đọng: Tập ho, tập thở, hút đờm rãi, thuốc long đờm.

- Mảng sườn di động:

+ Cần được giải phóng khoang màng phổi ngay (khí, máu).

+ Bằng mọi biện pháp khai thông đường hô hấp, giảm đau, giảm tiết dịch, chống chướng bụng.

- Thở máy.

- Kết hợp xương gẫy bằng cách Kirischne kéo liên tục, treo, nâng mảng sườn.

- Giảm đau, hút dịch, khí nếu có ở khoang màng phổi.

4.2.2. Tràn khí dưới da:

Không gây nguy hiểm nếu tràn nhiều chọc kim to để khí thoát ra ngoài.

- Tràn ít thường khí tự tiêu, không cần can thiệp.

4.2.3. Tràn khí màng phổi:

+ Loại tràn khí khoang màng phổi có thông thương, chỉ cần hút hết không khí để phổi nở sát thành ngực và lỗ dò khí sẽ bị bịt lại.

Vị trí chọc hút hoặc đặt ống dẫn lưu là khoang liên sờn 2 đờng vú. Sau khi hút kiểm tra lại bằng lâm sàng và X quang, xem phổi nở hết chưa nếu chưa hết có thể tăng áp lực hút lên 50

- 70 H20. Với áp lực màng phổi vẫn không nở ra, cần mở khoang màng phổi để xử lí tổn thương, có thể khâu lỗ thủng phế nang hoặc cắt một phần phổi tổn thương.

+ Loại tràn khí đới áp lực, phải loại bỏ ngay chỗ không khí chui vào khoang màng phổi (nút Depage trong vết thương ngực hở).

Khi điều trị thực thụ phải khâu kín vết thương và lập dẫn lu kín khoang màng phổi 1 chiều.

4.2.4. Tràn khí trung thất:

Do tổn thương nặng đường hô hấp trên, nên bệnh nhân khó thở dữ dội. Cần mở ngay khí quản cấp cứu, sau điều trị chỗ rách ở khí phế quản.

4.2.5. Tràn máu khoang màng phổi:

Do tổn thương nặng đường hô hấp trên nên bệnh nhân khó thở dữ dội. Cần mở ngay khí quản cấp cứu, saụ điều trị chỗ rách ở khí phế quản. Khí có tràn máu khoang màng phổi cần được hút sớm, hút triệt để số lượng máu trong khoang.

- Đặt dẫn lưu khoang liên sườn 5-6 đường nách sau - qua sonde dẫn lưu ta biết được số lượng máu tái lập. Sau khi hút sạch, số lượng máu tái nhập nhanh khoảng 300 ml sau giờ đầu khi cần mở lồng ngực để can thiệp. Nếu hút được sớm, hút triệt để khi cha lắng Fibrin nhiều, thường ít để lại di chứng dính.

4.2.6. Tràn máu màng tim:

Cũng như các trường hợp khác - hồi sức sớm, tích cực.

- Chọc hút máu khoang màng tim trong chấn thương ngực kín.

- Can thiệp phẫu thuật trong các vết thương kín.

4.2.7. Xẹp phổi:

- Làm thông đường hô hấp trên bằng cách hút dịch đường hô hấp trên tập ho tập thở

- Xẹp phổi do chèn ép thì chọc hút khí, dịch ở khoang màng phổi giải quyết nguyên nhân chèn ép.

4.2.8. Chảy máu, dập nhu mô phổi.

- Kháng sinh toàn thân - khi tổn thương tạo Abcès mới can thiệp phẫu thuật, có trường hợp dập phổi nặng - nhiều đôi khi cũng cần can thiệp ngoại khoa sớm thường ít gặp.

4.2.9. Tổn thương cơ hoành:

Khi cơ hoành rách, có tạng thoát vị hoặc không có đều được mổ, xử lý tổn thương khâu kín lỗ rách, dẫn lưu kín khoang màng phổi.

4.2.10. Vết thương ngực:

+ Vết thương ngực kín: Vết thương nhọ, bịt kín bởi tổ chức thành ngực không có tổn thương kèm theo chỉ cần rửa sạch, băng vết thương sau ũhem kháng sinh là đủ.

+ Vết thương ngực hở: Cần mổ rộng vết thương, cầm máu, lấy dị vật và tổ chức dị vật - sau đó khâu kín vết thương - dẫn lưu kín khoang màng phổi 1 chiều.

IV. Tài liệu tham khảo,

1. Nguyễn Đình Hối(12/1989), Bửnh lý ngoại khoa bụng tổng quát

2. B.Chiche, P.Moullé-Berteaux(1997), Cấp cứu ngoại khoa, Lê Vãn Trí dịch. Nhà xuất bản y học, T40,.

3. Bộ môn ngoại ĐHYK Hà Nội: Bài giảng bệnh học ngoai khoa(1995),tập I.

4. JE&ch khoa thư bênh hoc( 1991) Trung tâm quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam. Hà Nội 1991. T183.

5. Bộ môn PTTH- ĐHYK Hà Nội: Phẫu thuật thực hành(1994). Nhà xuất bản y học TI 4- 69.

CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

I. Mục tiêu :

1. Mô tả được các tổn thương giải phẫu bệnh của chấn thương, vết thương sọ não

2. Trình bày được các triêu chứng lâm sàng, các thể lâm sàng của chấn thương, vết thương sọ não.

3. Mô tả được hình ảnh phim sọ qui ước, phim cắt lớp điển hình của vết thương sọ não, máu tụ nội sọ.

4. Trình bày đươc các nguyên tắc xử trí: sơ cứu ban đầu, chỉ định điều trị, chăm sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật chấn thương sọ não

5. Mô tả các biện pháp dự phòng chấn thương, vết thương sọ não

II. Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ học

Chấn thương sọ não (CTSN) lầ một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp. Đã được nghiên cứu từ lâu. Hypocrate (400 - 377 TCN) đã công trình nghiên cứu về chảy máu nội sọ do chấn thương. Năm 1773 Petit lần đầu tiên đã chia CTSN thành 3 thể cơ bản: Chấn động não, đụng dập não và đè ép não. Cho đến nay có nhiều cách phân loại mới, song về cơ bản vẫn phải dựa theo phân loại của Petit. Ngày nay CTSN không ngừng gia tăng, nguyên nhân chính do tại nạn giao thông.

Tai nạn giao thông mang tính toàn cầu. Theo hiệp hội chữ thập đỏ và lưỡi liềm đỏ quốc tế, năm 1998 có ít nhất 500.000 người chết và 15.000 bị thương do tai nạn giao thông. Trong 6 tháng đầu năm 1998: Việt Nam có 11.488 vụ tai nạn giao thông tăng 10,68% so với ố tháng đầu năm 1997.

Tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Việt - Đức trong mười năm từ năm 1975 - 1996 đã có 3394 trường hợp vào viện điều trị trong đó có 261 trường hợp phải mổ.

Tại bệnh viên Chợ Rộy, số lượng bệnh nhân bị tai nạn giao thông ngày càng tăng cao trong đó chủ yếu bị chấn thươg sọ não: 1995 có 23.737 trường hợp bị tai nạn giao thông với 21.700 trường hợp bị chấn thương sọ não. 1996 có 24.537 trường hợp tai nạn giao thông vớì 22.261 trtrường hợp bị chấn thương sọ não. 1997 có 14.209 trường hợp bị tai nạn giao thông với 12.568 trường hợp bị chấn thương sọ não. 1998 có 14.530 trường hợp chấn thương sọ não được điều trị tại viện trong đó tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ 62,9 %, chủ yếu gặp ở nam giới.

Tại bênh viện Đồng Nai từ năm 1994-1996, phẫu thuật 55 trường hợp vết thương sọ não chiếm tỉ lệ l5,5% trong tổng số phẫu thuật về sọ não.

Nguy cơ chính của chấn thương sọ não kín là khối máu tụ gây Ohem ép não. Nguy cơ chính của vết thương sọ não là nhiễm khuẩn não, màng não thường để lại nhiều di chứng nặng nề cho gia đình và xã hội.

Vấn đề đặt ra khi đứng trước một trường hợp CTSN là có phải mổ hay không? chỉ định phẫu thuật trong trường hợp nào

2. Tổn thương giải phẫu bệnh

Chấn thương sọ não kín: thường do đầu va nhem, với các vật không sắc gọn, ở đây không có sự thông thương trực tiếp giữa dịch não tuỷ và mô não với môi trường bên ngoài, nhưng hậu quả nghiêm trọng do chấn thương sọ não kín gây nên là những thương tổn các cấu trúc trong sọ như các loại máu tụ trong sọ, phù não, dập não, thương tổn các mạch máu não.

2.1.1. Chấn động não

Trước đây quan niệm rằng trong chấn động não không có tổn thương thực thể của mô não.

Hiện nay nhiều tác giả cho rằng mất tri giác ít nhiều tổn thương màng tế bào nhưng tế bào nào thì chưa có sự nhất trí. Tuy nhiên các quan sát và những thành tựu về sinh lí bệnh học thần kinh cho phép nghĩ đó là tế bào của cấu trúc lưới ở não giữa.

2.1.2. Dập não.

Là một loại thương tổn rất nặng, bao gồm hai hiện tượng: Hoại tử các tế bào não và nhiều biến đổi ở các huyết quản từ mao mạch đến các mạch máu như dập nát thành mạch. Rách đứt, huyết khối. Đại thể giống như hồ vữa lẫn lộn với máu loãng và máu cục. Xung quanh khu vực não dập thường có hiện tượng phù não có khi lan rộng cho nên sau khi khoan sọ và rạch màng cứng, mô não dập thường tự trào ra ngoài.

2.1.3. Máu tụ ngoài màng cứng

Cục máu đông hình thành ngay dưới bản trong xương sọ và mặt ngoài màng cứng. Nguồn chảy máu chủ yếu do tổn thương động mạch màng não giữa, xương sọ vỡ.

2.1.4. Máu tụ dưới màng cứng

Cấp tính: Thường do máu chảy từ một khu vực dập não, do đó trong khi mổ sau khi đã lấy máu hoặc máu tụ tự chảy ra vối áp lực mạnh sẽ thấy mô não dập có khi cũng tự trào ra ngoài.

Bán cấp và mãn tính: xuất hiện khối máu đông sẽ hoá lỏng dần sau khoảng một tuần. Máu tụ được bao bọc bởi một lớp vỏ. Lớp vỏ này dầy lên và có mạch tân tạo, áp lực thẩm thấu của khối máu loãng chứa bên trong vỏ bọc đó lại cao nên nước được chuyển vào trong và dung tích máu tụ tăng dần. Vì máu tụ tiến triển chậm nên mô não có điều kiện tự thu nhỏ đến một mức độ nào đó lại thải bớt nước

Máu tụ trong não: Nhiều tác giả cho rằng các ổ máu tụ nhỏ li ti do dập não trong sâu đẫ thông với nhau và tạo ra máu tụ trong não

2.1.5. Phù não

Là mẫu số chung cho hầu hết các thương tổn chấn thương sọ não. Có hai loại phù não: ngoại tế bào và trong tế bào. Phù não ngoài tế bào thường xẩy ra sớm sau chân thương. Phù não trong tế bào là biến chứng đáng sợ nhất sau chấn thương, có thể lan rộng khắp bán cầu.

2.2. Vết thương sọ não hở

Lấy ví dụ một vết thương ở bán cầu đại não do hoả khí để mô tả, thấy những thương tổn sau đây.

2.2.1. Da đầu : Bị rách. Gọn sạch hay dập nát, có máu và nước não tuỷ chảy qua vêt thương hoặc tổ chức não phòi ra ngoài dính vào tóc trông như chất bã đậu, có khi nhiều tổ chức não sùi lên, đùn thành hình nấm ở ngay giữa vết thương.

2.2.2. Xương sọ

Vỡ xương sọ thường rộng hơn da đầư bị rách. Thường kèm theo lún vỡ xương sọ hoặc rạn nứt đường chân chim. Điểm cần chú ý là có nhiều mảng xương vỡ vụn cắn sâu vào tổ chức não bị dập nát.

2.2.3. Màng não

Nhất là màng não cứng bị thủng hoặc bị rách với kích thước khác nhau. Nói chung nhỏ hơn xương sọ bị vỡ và cũng nhỏ hơn chỗ não bị dập ở phía dưói.

2.2.4. Tổ chức não

Dập nát, càng vào sâu tổ chức não bị dập nát càng thu hẹp lại. Những vết thương do hoả khí có thể tạo đường hầm suốt dọc đường đi của mảng dạn.

3. Hình thái lâm sàng

3.1. Chấn động não

Được xem là thể nhẹ nhất của CTSNK, Là hình thái CTSNK phổ biến nhất. Dựa vào những tiêu chuẩn sau đây:

- Rối loạn ý thức từ trạng thái choáng váng đến bán hôn mê, hôn mê. Kéo dài từ vài giây đến vài phút sau đó tỉnh dần.

- Đau đầu, nôn hoặc buồn nôn. Nôn xảy ra khi thay đổi tư thế bệnh nhân, đặc biệt thường gặp ở trẻ em.

- Quên ngược chiều: Người bệnh quên các sự kiện trực tiêp xảy ra trước lúc bị tai nạn, dấu hiệu này thường mất đi sau vài giờ. Có trường hợp kéo dài vài ngày sau chấn thương.

- Các thay đổi về hô hấp và tim mạch không nhiều, Mạch có thể nhanh do kích thích đau.

- Nhiệt độ thường không thay đổi. Riêng với trẻ em thường sốt cao do rối loạn trung tâm điều hoà thân nhiệt.

- Phản xạ giác mạc, cơ vòng mi (+).

- Áp lực dịch não tuỷ ở giới hạn bình thường.

- Các biểu hiện trên mất đi sau điều trị một đến hai tuần. Không để lại di chứng gì.

3.2. Dập não

Dập não về giải phẫu bệnh lý được coi là vùng não bị bầm dập, chảy máu. Vùng bầm dập có thể ở nông ngay bề mặt vỏ nạo, có thể ở sâu xuống chất trắng của não và có thể dập thân não. Dập thân não là tình trạng nặng, tử vong cao.

Triệu trứng lâm sàng

3.2.1. Rối loạn ý thức:

Mất ý thức xảy ra sau chấn thương kéo dài từ 5 đến 10 phút- thậm chí vài ngày. Trường hợp nặng như dập não lớn, dập thân não ... Bệnh nhân thường hôn mê ngay sau chấn thương, hôn mê kéo dài dẫn đến tử vong. Tuỳ theo mức độ dập não mà thời gian phục hồi ý thức khác nhau, có thể từ 5 đến 10 ngày sau chấn thương hoặc 2 đến 3 tuần sau chấn thương.

3.2. 2. Rối loạn tâm thần

Gặp trong một số trường hợp biểu hiện kích thích tâm thần : Kêu la, vật vã, giãy dụa, đứng dậy hoặc ngồi dậy khỏi giường.

Trong dập não trạng thái kích thích, tâm thần xu hướng giảm dần do phù não giảm, bệnh nhân tỉnh táo dần, tiếp xúc được.

3.2.3. Cấc rối loạn thần kinh thực vật:

Trong trường hợp nặng: Rối loạn nghiêm trọng về hô hấp và tim mạch. Bệnh nhân có thể ngừng thở ngay sau chấn thương hoặc rối loạn hô hấp về cả tần số và biên độ, rối loạn nhịp thở kiểu Cheyne - stocker. Thở nhanh tần số 25 đến 30 lần trên trên 1 phút, trường hợp nặng bao giờ trung tâm hô hấp cũng ngừng hoạt động trước.

+ Rối loạn tim mạch : Mạch nhanh, yếu huyết áp thấp đôi khi tăng do phù não. Trong dập não mức độ nhẹ và trung bình: Hô hấp và tim mạch không nghiêm trọng và có xu hướng tốt dần lên.

3.2.4. Các biểu hiện của thần kinh khu trú

- Thường xuất hiện ngay sau chấn thương.

- Giãn đồng từ cùng bên với ổ dập não. Liệt nửa người đối bên với ổ dập não.

- Liệt VII trung ương hoặc ngoại biên.

- Rối loạn ngôn ngữ

- Soi đáy mắt: thấy ứ phù gai thị.

3.2.5. Hội chứng tăng áp lực nội sọ

- Do não bị dập, tăng tính thẩm thấu thành mạch, làm cho phù não có xu hướng tăng lên.

- Đau đầu dữ dội, nôn, buồn nôn, ứ phù gai thị.

3.3. Vỡ xương sọ

3.3.1. Vỡ xương ở vòm sọ

- Nhiều khi không có triệu chứng thần kinh chỉ điểm.

- Đặc biệt đưòng vỡ ở vùng chẩm, thái dương đỉnh dễ gây tụ máu ngoài màng cứng.

3.3.2. Lún xương sọ

- Nếu lún nhiều sẽ gây chèn ép não.

- Khám: Qua vết thương thấy xương sọ bị vỡ, lún hoặc khám vùng đầu thấy 1 vùng xương sọ mất sự liên tục.

3.3.3. Vỡ nền sọ

- Vỡ tầng trước: Có máu và dịch não tuỷ chảy qua mũi. Có dấu hiệu đeo kính râm (bầm tím quanh hai mắt).

- Vỡ tầng giữa: Chảy máu và dịch não tuỷ qua tai. Đặc biệt bệnh nhân nôn ra máu nhiều do

máu chảy từ nền sọ, bệnh nhân nuốt, sau đó có phản xạ nôn. .

3.4. Máu tụ nội sọ

3.4.1. Máu tụ ngoài màng cứng:

Là khối máu tụ giữa mặt trong xương sọ và mặt ngoài màng cứng chiếm từ 1 - 4% chấn thương sọ não. Máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỉ lệ 43.5% trong tổng số máu tụ nội sọ.

Thể tích khối máu tụ trung bình từ 70 - 120 ml.

Nguồn chảy máu:

- Do tổn thương động mạch màng não giữa, động mạch này có nhiều nhánh dính sát vào mạch trong xương sọ khi xương sọ vỡ hoặc lún, màng cứng bong ra gây tổn thương động mạch và tạo thành khối máu tụ.

+ Do tổn thương lớp xương xốp của xương sọ.

+ Do tổn thương các xoang tĩnh mạch.

Chẩn đoán:

Trường hợp điển hình dựa vào:

\* Có khỏang tỉnh điển hình:

Sau khi bị thương vào đầu bệnh nhân ngã ngay ra và mất chi giác. Saủ từ 5 -10 phút tỉnh dần và có thể nói chuyện bình thường, đi về nhà được. Sau 2 - 3 giờ thậm trí là một ngày nạn nhân kêu nhức đầu, nôn hoặc buồn nôn có khi động kinh rồi mê dần đi. Lúc đầu còn trả lời chậm về sau gọi hỏi không trả lời.

\* Dấu hiệu định khu: giãn đồng tử cùng bên với bên có máu tụ. Đồng tử ở bên có máu tụ giãn rộng hơn so với bên còn lại. Lúc đầu còn có thể phản xạ với ánh sáng, nhưng về sau do khối máu tụ càng tăng về thể tích, đồng tử sẽ giãn to hơn và lúc đó không còn phản xạ với ánh sáng.

Hội chứng tháp: Liệt nửa người đối bên với bên máu tụ. Có thể thấy các dấu hiệu tháp điển hình như tăng phản xạ gân xương, dấu hiệu Babinsky (+).

Tổn thương dây VII trung ương

\* Rối loạn thần kinh thực vật:

- Mạch ũhem. dần 52 — 60/lphút

- Huyết áp tăng 150/90mmHg, 250/150mmHg

- Sốt cáo

- Thay đổi tần số thở

\* Tóm. lại: Để chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng, Jacobson đã đưa ra 3 triệu chứng:

- Khoảng tỉnh

- Giãn đồng từ cùng bên

- Liệt nửa người đối bên

3.4.2. Máu tụ dưới màng cíữĩg

Là khối máu tụ nằm giữa màng cứng và bề mặt của não. Chiếm tỉ lệ 10-20% các trường hợp chấn thương sọ não kín. Có tỉ lệ tử vong cao nhất từ 50-80%.

Theo nghiên cứu của Trần Quang Vinh( Bệnh viện Chợ Rẫy) chiếm 28,2% trong các loại máu tụ.

Nguồn chảy máu

Do tổn thương tĩnh mạch của vỏ não.

- Tổn thương các tĩnh mạch từ vỏ não đổ vào xoang các tĩnh mạch.

Hình thái lâm sàng

\*Cấp tính: Biểu hiện một khu vực ngã bị dập nặng.

- Nạn nhân mê sâu và rất nhanh sau chấn thương manh, khoảng tỉnh rất ngắn nhiều khi khó xác đinh.

- Dấu hiệu khu: Liệt nửa người đối bên với bên máu tụ, giãn đồng tử cùng bên.

- Có những cơn co cứng mất não.

- Rối loạn nhịp thở: Tăng tiết đờm rãi, khò khè đờm rãi ở cổ.

- Sốt tăng dần.

Đây là hình thái lâm sàng thường gặp, tỷ lệ tử vong 60-80%

\* Bán cấp:

- Xuất hiện sau chấn thương từ 2 - 3 tuần. Thường là chấn thương nhẹ vào đầu, nhiều bệnh nhân không để ý đến.

Đau đầu, hoặc buồn nôn .

- Trầm cảm, chậm chạp, hay quên.

-Yếu nửa ngưòi.

- Mắt nhìn mờ. Soi đáy mắt: Thấy ứ phù gai thị.

\* Mạn tính:

- Xuất hiện sau chấn thương trên 1 tháng.

- Thường đến viện với hội chứng tăng áp lực nội sọ: đau đầu, nôn, buồn nôn, mắt nhìn mờ, song thị.

- Thay đổi tính tình.

- Soi đáy mắt thấy có phù nề gai thị.

- Tiền sử chấn thương : Có khi không phát hiện được.

Loại này tiên lượng tốt

3.4.3. Máu tụ trong não

Là khối máu tụ nằm trong chất trắng của não . Thường phối hợp với dập não

- Khó chẩn đoán bằng lâm sàng. Các triệu chứng lâm sàng có tính chất định hướng. Rối loạn tri giác chiếm tỉ lệ 83,16%.

- Chụp động mạch não bằng thuốc cản quang có giá tri chẩn đoán xác định.

3.5.Vết thương sọ não hở

Tuỳ theo bệnh nhân đến sớm hay muộn mà các triệu chứng toàn thân tại chỗ và các triệu chứng thần kinh có thể khác nhau. Thông thường trên đầu nạn nhân có một hay nhiều vết thương. Điển hình nhất là nước não tuỷ trong hay hồng khi lẫn máu hoặc có tổ chức não đùn ra ngoài.

Cần xác định ngay:

- Vừt thương sọ não giờ thứ mấy?

- Vừt thương gọn sạch hay nham nhở. Có nước não tuỷ hay tổ chức não qua vết thương không?

- Vị trí thương tích : Vùng trán hay vùng thái dương, vùng đỉnh hay vùng chẩm.

- Tỉnh hay mê.

Do vậy một vết thương ở đầu phải được thăm khám kỹ, cạo sạch tóc xung quanh vết thương. Đặc biệt vết thương ở đầu do bom bi, mảnh hoả khí vì lỗ vào nhỏ tóc che lấp do. Vì vậy phải cạo trọc đầu để tránh bỏ sót thương tổn.

3.5.1. Lâm sàng

Nạn nhân đến sớm

Thường tỉnh táo. Có những triệu chứng thần kinh tuỳ theo vị trí của vết thương.

\* Toàn thân: Có sốc nếu mất máu nhiều hoặc tổn thương não rộng.

\* Tại chỗ: Tại vết thương có máu đen hoặc dịch hồng chảy ra hay có tổ chức não bị đùn ra ngoài qua vết thương có màu đen hoặc dịch hồng chảy ra hay có tổ chức não bị đùn ra ngoài qua vết thương, dính vào tóc như chất bã đậu.

Nạn nhân đến muộn

Triệu chứng nhiễm khuẩn là chính (viêm não hoặc viêm màng não đang tiến triển)

Toàn thân: Tình trạng nhiễm trùng rõ: vẻ mặt hốc hắc, sốt cao, môi khô. Các triệu chứng viêm màng não rõ: cổ cứng có dấu hiệu Kemig.

Tại chỗ: Vừt thương bẩn mùi hôi, có mủ, tổ chức não hoặc nước não tuỷ chảy ra. Một số trường hợp não phòi ra ngoài nhiều có màng bao phủ phía ngoài trông giống hình nấm gọi là nấm não.

Thần kinh: Tuỳ vị trí vết thương mà có dấu hiệu bó tháp. Liệt nửa người đến bên với bên tổn thương. Rối loạn tâm thần, rối loạn ngôn ngữ (tổn thương vùng Broca) nói khó, nói ngọng.

4. Các phương pháp thăm dò bổ trợ

4.1. Chụp sọ quy ước:

Chụp sọ tư thế thẳng, nghiêng hoặc tiếp tuyến với vùng tổn thương. Cho biết đường vỡ xương. Mức độ lún vỡ xương sọ

- Trong trường hợp máu tụ ngoài màng cứng, 70% số trường hợp có đường vỡ hoặc lún xương

- Trong trường hơp vết thương sọ não còn cho biết có dị vật trong hộp sọ không

4.2. Chụp động mạch não\ (Angiographie). Năm 1927 do Moniz áp dụng để:

- Khi có máu tụ thấy hình ảnh động mạch não giữa bị đẩy lệch sang bên đối diện.

4.3. Chụp cắt lớp : (C.T.Scanner).

Đây là một phương pháp rất có giá trị chẩn đoán trong chấn thương sọ não kín. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán máu tụ nội sọ.

Cho biết chính xác vị trí khối máu tụ, kích thước, khối lượng, tỷ trọng.

- Độ di lệch đường giữa

- Các ổ dập não, máu tụ trong não

- Dị vật trong não

+ Máu tụ ngoài màng cứng biểu hiên khối tăng đậm độ, nằm ngoài trục có hình thấu kính hai mặt lồi.

+ Máu tụ dưới màng cứng có hình ảnh vầng trăng khuyết hoặc hình thấu kính một mặt lồi. Có đậm độ không đều

+ Máu tụ trong não: Hình ảnh tăng đậm độ, có thể đồng nhất hoặc không, nằm trọn trong nhu mô não hoặc có phần liên quan tới vỏ não. Xung quanh hình tăng đậm độ trên là vùng giảm đậm độ biểu hiện của phù não hoặc phần rìa của cục máu đông đang thoái hoá

4.4. Xét nghiệm dịch não tuỷ

Trong trường hợp vết thương sọ não đến muộn , nghi ngờ viêm màng não. Đây là một phương pháp giúp cho chẩn đoán , điều trị.

- Bình thường dịch não tuỷ trong suốt áp lực 16 cm nước, các thành phần như: Đường, protein, tế bào hằng đinh.

- Nếu mầu sắc thay đổi: Màu đục, áp lực dịch não tuỷ tăng thay đổi thành phần sinh hoá của dịch não tuỷ. Phải lấy ngay dịch não tuỷ làm kháng sinh đồ để điều trị

4.5. Điện não đồ:

Thấy sự thay đổi của các sóng điện não. ít được áp dụng trong cấp cứu.

4.6. Chụp não bơm khí: ( pneu moencephalogia phie PEG).

- Chọc qua đốt sống lưng ở tư thế bệnh nhân nằm. Bơm 30 – 40ml ôxy, nâng bàn dốc 20 - 25° để chụp film.

- Thấy hình ảnh não thất bị đảy lệch.

- Khỏng thấy khí ờ khoảng dưới nhện ở vị trí khối máu tụ.

5. Sơ cứu

5.2. Tại tuyến cơ sở

5.1.1. Đối với chấn thương sọ não kín

+ Bệnh nhân cần được theo dõi sát về tri giác.

+ Nếu qua theo dõi tri giác xấu dần chứng tỏ có sự chèn ép não. Khi hôn mê đặt bệnh nhân nằm nghiêng đầu sang một bên tránh trào ngược.

+ Khi chuyển bệnh nhân phải để bệnh nhân nằm ngửa, cố định vào cáng.

+ Chỉ chuyển bệnh nhân sau khi đã được sơ cứu và tình trạng bệnh nhân cho phép

5.1.2. Đối với trường hợp vết thựơng sọ não

+ Những việc không được làm

- Không bôi các loại thuốc sát trùng như cồn, ê te, iốt vào vết thương vì những thuốc đó gây huỷ hoại tổ chức não lành. Không bôi thuốc kháng sinh vào vết thương vì kháng sinh kích thích não gây những cơn động kinh.

- Không thăm dò vết thương bằng những dụng cụ là vô trùng vì có nguy cơ đưa vi trùng vào trong sâu và sẽ gây chảy máu.

- Không nên băng ép chặt vết thương nhất là khi não phòi ra nhiều vì sẽ gây chèn ép não rất nguy hiểm.

+ Những việc cần làm

- Cạo sạch tóc xung quanh vết thương rửa vết thương bằng huyết thanh mặn đẳng trương và băng nhẹ vết thương.

- Cho nạn nhân dùng kháng sinh ngay: Uống hoặc tiêm.

- Phải theo dõi bệnh nhân xem chi giác có xấu đi không? nếu qua theo dõi mà chi giác xấu dần đi chứng tỏ có sự chèn ép não do khối máu tụ phối hợp. Phải chuyển ngay đến cơ sở điều trị hoặc mời tuyến trên tói mổ.

6. Điều trị

6.1. Những trường hợp không mổ

6.1.1. Chỉ định: Chấn động não, phù não, lún sọ di lệch ít.

6.1.2. Điều trị cụ thể: Cần làm những công việc sau:

\* Cần theo dõi tri giác, dấu hiệu thần kinh thực vật, dấu hiệu định khu 15 đến 30 phút một lần trong 6 giờ đầu. Nữu tình trạng bệnh nhân ổn định, thời gián theo dõi thưa hơn. nếu chi giác giảm dần, mạch chậm, huyết áp tăng dần phải nghĩ đến chèn ép não do khối máu tụ:

\* Chống rối loạn hô hấp. Rất quan trọng trong chống phù não.

- Cho thở ôxy, hút đờm dãi.

- Nếu hút đờm dãi không có kết quả phải mở khí quản cấp cứu hoặc cho thở máy.

\* Chống phù não:

Trước đây thường dùng dung dịch Glucose 20%, 30%, dung dịch urê 30% dung dịch Magiesulíat 25%, lợi tiểu. Tốt nhất là dung dịch mannitol 20% lg/lkg/24h truyền tốc độ nhanh chia nhiều giai đoạn. Khi kéo dài dễ gây teo não, rối loạn điện giải phải thử điện giải đồ.

Thuốc tác dụng đông miên:

Dùng đối với bệnh nhân kích thích, vật vã, dẫy giụa nhiều.

Để bệnh nhân nằm yên tĩnh cũng là biện pháp chống phù não.

Dùng an thần, ức chế thần kinh: Sedũen, phenobacbital.

Hoặc dùng hỗn hợp Mcủa Laborit:

Lacgactin 0,05g X 2ml Phenecgan 0,05 g X 2^

Dolosan 0,lg X 2™1.

Tiêm bắp mỗi lần 2mL. Có thể pha với huyết thanh ngọt 10% truyền tĩnh mạch.

\* Thuốc chống rối loạn chuyển hoá, thân nhiệt...

- Dùng thuốc hạ nhiệt khi nhiệt độ trên 38° kết hợp với chườm lạnh.

Eữeralgan codein, Algostropin, dung dịch Cocktaillytique.

- Đối với trường hợp hôn mê kéo dài thường có tình trạng toan máu. Dùng dung dịch kiềm Natribicacbonat 14 %0 Truyền tĩnh mạch.

\* Đối với bệnh nhân hôn mê: Cần đảm bảo dinh dưỡng cho bệnh nhân, cho ăn qua sonde dạ dầy 1,5 đến 2 lít/24h . Đảm bảo dinh dưỡng và vệ sinh. Xoa bóp trở mình chống loét.

Nếu có điều kiện cho nằm đệm hơi, đệm nước.

\* Tăng tuần hoàn não, tăng khả năng tư duy:

- Cebrex, Cerebrolysin, PhoL.

- Dùng kháng sinh chống bội nhiễm nhất là những trường hợp có đường vỡ xương, vỡ nền sọ vì dễ bị viêm màng não.

+ Đặt sonde đái. Lưu sonde.

6.2. Những trường hợp phải mổ

6.2.1. Chỉ định

- Máu tụ nội sọ.

- Lún xương sọ quá chiều dầy bả xương.

- Vỡ nền sọ: Máu và dịch não tuỷ chảy liên tục sau 24 giờ không cầm.

- Vừt thương sọ não hở

6.2.2. Phương pháp phẫu thuật

Đối với trường hợp lún sọ.

- Đối với trẻ < 2 tuổi: Nâng xương lún qua da.

- Trẻ lớn, người lớn lấy bỏ xương vỡ lún. Khâu treo màng cứng vào cân GaléA.

Đối với trưòng hợp máu tụ nội sọ:

- Khoan sọ sau đó gặm rộng sọ (Mở rộng 1 lỗ khoan sọ).

- Mở sọ bản lề, sau khi lấy bỏ máu tụ, bản xương sọ được đặt vào vị trí cũ trong trường hợp máu tụ ngoài màng cứng. Trường hợp mổ máu tụ khac do não phù nhiều không thể đặt lại mảnh xương sọ , mảnh xương đó được cấy ở dưới da bụng sau 3- 6 tháng, phẫu thuật tạo hình hộp sọ.

- Kỹ thuật: Quan trọng nhất là cầm máu:

- Cầm máu xương sọ

- Cầm máu màng cứng

- Cầm máu não.

Có thể dùng sáp ong, huyết thanh ấm, dao điện, Spongens... với nguyên tắc chung cầm máu dẫn lưu, lấy bỏ khối máu tụ. Giải toả sự chèn ép não.

Đối với vết thương sọ não

- Mổ càng sớm càng tốt.

- Lấy hết dị vật, mảng xương vỡ cắm vào tổ chức não. Chú ý mảng đạn nhỏ cắm sâu không nhất thiết phải lấy bỏ. Hút tổ chức não dập và phải cầm máu kỹ.

- Khâu kín màng cứng

- Da đầu nhất thiết phải đóng kín, nếu thiếu da phải quay vạt da che phủ.

- Thòi gian sau mổ phải đối phó với hai vấn đề chính là phù não và viêm màng não.

6.3. Điều trị sau mổ

6.3.1. Máu tụ tái phất sau mổ:

Cần theo dõi sát diễn biến của tri giac sau mổ và chụp cắt lóp kiểm tra khi nghi ngờ có sự chèn ép não

6.3. 2. Phù não:

Thường nặng nề trong ba ngày đầu sau mổ. Do vậy sau mổ phải chống phù não tốt: Đảm bảo lưu thông đường hô hấp trên, cung cấp đủ ô xi cho não. Dùng dung dịch Mannitol 10- 20% và lợi tiểu. Chú ý cần theo dõi điện giải máu, số lượng nước tiểu

6.3.3. Nhiễm trùng sau mổ

Phải dùng kháng sinh liều cao, phối họp

6.3.4. Phất hiên sớm biêh chứng viêm màng não sau mổ, đảm bảo dinh dưỡng tốt

6.3.5. Phục hồi chức năng sau mổ nhất là những trường hợp có di chứng liệt nửa người

7. Dự phòng

- Tuyên truyền trong cộng đồng về an toàn giao thông, sinh hoạt và lao động. Đặc biệt về vấn đề an toàn giao thông để hạn chế chấn thương sọ não như: Học luật đường bộ, phải có giấy phép lái xe, không sử dụng chất kích thích trong khi lái xe, có mũ bảo vệ đầu....

- Công tác thông tin phải được chú trọng về cá hình ảnh tổn thương do chấn thương sọ náo, những di chứng mà con người phải chịu đựng khi bị chấn thương

- Tổ chức các lớp tập huấn tại y tế cơ sở về sơ cứu ban đầu chấn thương sọ não, phương pháp phục hồi chức năng cho những bệnh nhân có di chứng về sọ não được điều trị tại nhà.

IV. Tài liệu tham khảo

- Võ Tấn Sơn, Máu tụ trong sọ (1998) Luân văn Tiến sĩ y khoa. - Bệnh học ngoại thần kinh tập I, năm 1997

- Tài liệu hội thaỏ chấn thương sọ não. Hội nghi Việt - úc về ngoại thần kinh, tháng 3 năm

1999 tại bệnh viện Chợ Rẫy ^

- Bệnh học ngoại khoa tập n. Đại học Y khoa Hà Nội

ĐẠI CƯƠNG BỎNG

I. MỤC TIÊU

1.Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng ỉâm sàng và cận lâm sàng của bỏng.

2. Chẩn đoán được diện tích, độ sâu bỏng.

3. Trình bày được nguyên tắc sơ cứu và điều trị bỏng.

II. NỘI DUNG

1. Đại cương bỏng

1.1. Sự thường gặp của tai nạn bỏng

Bỏng là tổn thương cấp tính của cơ thể gây nên bởi sức nhiệt, hóa chất, điện năng, bức xạ. Bỏng là một tai nạn thường gặp trong thời bình và thời chiến. Ở Hoa Kỳ hàng năm có 1,4-2 triệu người bị bỏng, một nửa số trường hợp mất khả năng lao động tạm thời và 6500 đến 10000 bệnh nhân tử vong. Hàng năm trên thế giới có khoảng 60.000 bệnh nhân tử vong do bỏng.

Theo Lê Thế Trung, ở Việt Nam trong thời bình nếu so với chấn thương ngoại khoa, tỷ lệ bỏng 6-10%. Trong chiến tranh, tỷ lệ bỏng thường chiêm 3- 10% tổng số thương binh, và nếu có chiến tranh hạt nhân, dự kiến tỷ lệ bỏng sẽ chiếm 70-85% tổng số nạn nhân.

1.2. Hoàn cảnh bị bỏng

- Bỏng do tai nạn sinh hoạt chiếm 60-65% số người bị bỏng.

- Bỏng do tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 5-10% số người bị bỏng : bỏng do kim loại nóng, hóa chất, xăng dầu, lò xi măng hầm mỏ, khí đốt, chất dẻo tổng hợp.

- Bỏng do tai nạn giao thông chiếm khoảng 2% : cháy tàu, xe, thuyền, máy bay.

- Bỏng do hành vi tự sát, hành động tội ác hiếm gặp nhưng để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe và tâm lý : tạt acid để trả thù.

- Bỏng do tai nạn điều trị hiếm gặp chiếm 1% : chườm nóng, đắp Paraíin nóng, trị liệu tia xạ, mổ dao điện.

- Bỏng do thiên tại: nham thạch, núi lửa, cháy rừng.

1.3. Tác nhân gây bỏng

Tác nhân gây bỏng bao gồm có sức nhiệt(khô và ướt), dòng điện, hóa chất, bức xạ, trong đó bỏng do sức nhiệt hay gặp nhất.

1.3.1. Bỏng do sức nhiệt

a. Do nhiệt ướt

Nhiệt độ gây bỏng thường không cao : nước sồi, thức ăn nóng sôi, dầu mỡ nóng, hơi nước nóng, đây là loại bỏng rất hay gặp ở trẻ em.

b. Do nhiệt khô

- Hay gặp nhất là bỏng lửa cháy với nhiệt độ cao(gỗ cháy 1300-1400°c, cháy xăng 800-1400°C, khí Acetylen > 2000°C). Bỏng lửa thường gây bỏng rộng, kèm theo nhiễm độc và bỏng hô hấp.

- Bóng do tia lửa điện là loại bỏng nhiệt(nhiệt độ 3200-4800°C), trong thời gian ngắn(0,1-0,2 giây), tác dụng chính là do bức xạ hồng ngoại.

- Bỏng do tác dụng trực tiếp của kim loại nóng.

- Bỏng do chất nóng dính : nhựa đường.

1.3.2. Bỏng do dòng điện dẫn truyền qua cơ thể

- Bỏng điện hạ thế: điện dân dụng, hiệu điện thế < 1000V.

- Điện cao thế: hiệu điện thế > 1000V, sét đánh cũng là bỏng điện cao thế(lên tới hàng triệu vôn).

Luồng điện khi dẫn truyền qua cơ thể gây sốc điện và bỏng do điện.

1.3.3. Bỏng do hóa chất

- Do acid mạnh và các chất tương tự: H2SƠ4, HF

- Do Base mạnh và các chất tương tự: tinh thể Na, K, NaOH, KOH

- Do muối kim loại nặng và các chất tương tự : KMnơ4

1.3.4. Bỏng do bức xạ

Bỏng tia hồng ngoại, tử ngoại, tia rơngen, tia laser, tia gama, hạt beta

2. Cơ chế tổn thương bỏng do yêu tố nhiệt

- Sức nhiệt: Tính bằng độ c.

- Bức xạ nhiệt: tác dụng trên da tính bằng calo/cm2 da.

- Thời gian tác dụng trên da : mức nhiệt độ tới hạn gây hại cho mổ tế bào là 44°c. Từ 45°c trở lên tế bào bị tổn thương, ở 60-70°C trở lên mô tế bào bị hoại tử, NSC bị vón hạt, tổn thương dạng hoại tử xuất hiện. Nhiệt độ trong lớp da 50-58°C xuất hiện hoại tử ướt, 65-70°C xuất hiện hoại tử khô.

- Tổn thương bỏng còn phụ thuộc vào độ dày, mỏng của da.

3. Phân loại độ sâu tẩn thương bỏng

Tổn thương bỏng về cơ bản chia thành 2 nhóm chính :

3.1. Bỏng nông (bỏng một phàn da)

Gồm có viêm da cấp sau bỏng, bỏng biểu bi, bỏng trung bì. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sự hình thành nốt phỏng.

Vết bỏng có thề tự liền bằng quá trình biểu mô hoá từ các tế bào biểu mô lớp mầm, tế bào biểu mô của tuyến bã, nang lông, tuyến mồ hôi.

3.2. Bỏng sâu

Có thể bỏng toàn bộ lớp da hoặc sâu hơn tới các mô dưởi đa(gân, cơ, xương, khớp, mạch máu, thần kinh).

Về lâm sàng bỏng sâu thể hiện dưới 2 hình thức : đám da bỏng hoại tử ướt và đám da bỏng hoại tử khô.

Bỏng sâu nếu diện tích nhỏ dưới 5cm2 sẽ tự khỏi bằng quá trình rụng hoại tử, tái tạo mô hạt và nhờ quá trình biểu mô hoá từ bờ vết thương vào. Nếu diện tích bỏng sâu trên 5cm2 thì phải ghép da để che phủ vết bỏng.

4. Quá trình liền vết thương bỏng

Tổn thương bỏng thường diễn biến qua 3 giai đoạn, các giai đoạn này chồng chéo và ảnh hưởng lẫn nhau.

4.1. Giai đoạn cấp tính

Với biểu hiện viêm cấp, xuất tiết, viêm nhiễm khuẩn mủ, rụng hoại tử và làm sạch vết bỏng.

Giai đoạn này khởi đầu ngay sau bỏng và bắt đầu bằng đáp ứng tuần hoàn : xung huyết, giãn mạch, tăng tình thấm dẫn đến thoát dịch và phù nề.

Tại vùng bỏng có sự đáp ứng của tế bào viêm : bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, tế bào Lympho. Tế bào viêm có nhiệm vụ loại bỏ hoại tử, diệt vi khuẩn, khởi động và điều hoà sự liền vết thương.

Giai đoạn viêm, tuỳ theo diện tích và độ sâu có thể kéo dài 3-7 ngày hoặc chồng lấn giai đoạn 2.

4.2. Giai đoạn tái tạo(giai đoạn liền tổn thương bỏng)

Với biểu hiện quá trình biểu mô hoá từ bờ mép hoặc tự đáy vết thương và quá trình tái tạo mô hạt, mảnh da ghép sống bám.

- Bỏng biểu bì : tự liền bằng quá trình tái sinh biểu bì, bắt nguồn từ tế bào mầm và tế bào biểu mô còn sót lại ở các phần phụ của da(bỏng trung bì).

- Với bỏng sâu toàn bộ lớp da : sự tái tạo sau khi hoại tử rụng, các quá trình cơ bản là hình thành mô hạt và theo sau là biểu mô hoá tự bờ mép vết thương. Tạo mô hạt thường bắt đầu từ ngày thứ 3-4 và hoàn thành vào ngày thứ 21 sau bỏng. Mô hạt gồm có các tân mạch, các tế bào mói và chất nền.

Mô hạt là tổ chức liên kết tân tạo, là cơ sở cho quá trình biểu mô hoá. Biểu mô hoá phủ kín lớp mô hạt sẽ kết thúc quá trình tái tạo.

4.3. Giai đoạn hỉnh thành sẹo

Đây là giai đoạn kéo dài nhất của quá trình liền vết thương bỏng, bắt đầu từ khi liền sẹo, kéo dài 12-24 tháng hoặc lâu hơn. Bỏng biểu bì chủ yếu để lại rối loạn sắc tố, bỏng trung bì để lại sẹo mềm mại, bỏng toàn bộ da hoặc sâu hơn để lại các hình thái sẹo khác nhau.

5. Bệnh bỏng

5.1. Khái niệm

Chấn thương bỏng gây ra các rối loạn chức phận trong cơ thể và các phản ứng toàn thân đẻ tự bảo vệ, phục hồi. Nếu bị bỏng rộng, diện tích độ sâu lớn sẽ gây rối loạn toàn bộ các cơ quan trong cơ thể, tạo nên bệnh bỏng. Năm 1938, Wilson đặt ra danh từ bệnh bỏng với định nghĩa “bệnh bỏng là những phản , ứng bệnh lý. chung xuất hiện có tính chất quy luật với chấn thương bỏng”.

5.2. Đặc điểm chung của các biến đổi bệnh lý trong bỏng

- Liên quan trực hoặc gián tiếp tới tổn thương bỏng.

- Biến đổi bệnh lý các nội tạng trong bệnh bỏng không chỉ giới hạn ở 1 tạng hoặc cơ quan mà ở toàn thể các tạng, các cơ quan, hệ thống chức phận trong cơ thể. Các rối loạn chức năng tạng do hội chứng đáp ứng viêm hệ thống có thể dẫn tới suy đa tạng.

- Các biến đổi bệnh lý diễn biến theo tính quy luật, theo thời gian.

- Trên thực tế lâm sàng, các hội chứng bệnh lý trong bệnh bỏng thường chồng chéo, ảnh hưởng lẫn nhau.

5.3. Các thời kỳ của bệnh bỏng

5.3.1. Cách phân chia tại Việt Nam

a. Thời kỳ 1 (2-3 ngày sau bỏng): Thời kỳ các phản ứng bệnh lý cấp,đặc trưng

là trạng thái sốc bỏng.

Ngoài ra, trong thời kỳ này có thể gặp các rối loạn khác cần cấp cứu như: suy hô hấp cấp do bỏng hô hấp; rối loạn tuần hoàn chi thể hoặc rối loạn hô hấp do hoại tử khô vòng quanh chi thể hoặc ngực, cổ gây chèn ép; nhiễm độc khí CO; rối loạn hô hấp, tuần hoàn do điện giật; trạng thái bệnh lý khác do chấn thương phối hợp gây ra (sốc chấn thương, chảy máu cấp, hội chứng sóng nổ).

b. Thời kỳ 2 (từ ngày 3-4 tới ngày 30-45-60 sau bỏng): Còn gọi là thời kỳ nhiễm khuẩn nhiễm độc.

Đối với bỏng nông, đây là thời kỳ liền sẹo, khỏi bệnh. Đối với bỏng sâu, đây là thời kỳ viêm mủ, rụng hoại tử.

Các chất độc từ da bỏng, các độc tố bỏng được hấp thu vào máu và bạch mạch trong giai đoạn tái hấp thu gây nên nhiễm độc bỏng cấp.

Hiện tượng làm mủ tại vết bỏng, tan rã mô hoại tử bỏng là nguồn gôc các quá trình bệnh lý của bệnh bỏng. Nhiễm khuẩn tại chỗ, biến chứng nhiêm khuẩn vùng lân cận và trạng thái nhiễm khuẩn toàn thân vổi các biến chứng nhiễm khuẩn nội tạng là bệnh cảnh lâm sàng chính của thời kỳ này. Hiện nay thời kỳ 2 của bệnh bỏng cũng là thời kỳ có tỷ lệ các biến chứng và tử vong cao nhất.

c. Thời kỳ 3: Cơ thể bị suy mòn sau khi vượt qua sốc và nhiễm độc nhiễm khuẩn thời kỳ 2.

Biến đổi bệnh lý nổi bật trong thời kỳ này là các rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng của các nội tạng, các cơ quan toàn cơ thể.

Tại vết bỏng xuất hiện các biến đổi bệnh lý của mô hạt.

Nguy cơ suy mòn có ngay từ giai đoạn 1 và chỉ giải quyết triệt để căn nguyên suy mòn khi vết bỏng được phủ kín.

d. Thời kỳ 4: Khi vết bỏng đã được liền sẹo, các rối loạn chức phận nội tạng sẽ được phục hồi dần.

5.5.2. Cách phân chia trên thế giới

a. Giai đoạn phản ứng cấp tính: Trong 48 đến 72 giờ đầu, đặc trưng là sốc bỏng

b. Giai đoạn tiếp theo: với biểu hiện đặc trưng là hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc cùng các biến chứng, đặc biệt biến chứng nhiễm khuẩn. Suy mòn không xếp vào giai đoạn riêng do nguy cơ suy mòn xuất hiện ngay sau khi bỏng và luôn tồn tại cùng với quá trình điều trị, mặt khác những tiến bộ trong điều trị không để bệnh nhân vào trạng thái suy mòn nặng và rất nặng như trước kia.

c. Giai đoạn phục hồi: Tính từ khi vết bỏng đã khỏi, kéo dài trong 2 năm vái các biểu hiện phục hồi toàn thân và tại chỗ cũng như các biểu hiện của di chứng sau bỏng.

6. Chẩn đoán độ sâu và diện tích tổn thương hỏng

6.1. Độ sâu

Hiện nay Viện bỏng quốc gia cách chia độ sâu tổn thương bỏng làm 5 độ bao gồm bỏng nông (độ I, II, IU), bỏng sâu (độ IV, V)

 a. Bỏng độ I: Viêm da cấp sau bỏng

 Mô bệnh học: Tổn thương ở lớp nông của thượng bì (lớp sừng)

- Lâm sàng: Biểu hiện ban đỏ, nề, đau rát. Sau 2-3 ngày, tổn thương khỏi có thể thấy lớp nông của thượng bì bong ra, không để lại rối loạn về màu sắc.

b. Bỏng độ II: Bỏng biểu bì

- Mô bệnh học: Tổn thương các lớp thượng bì, nhưng lớp tế bào mầm và màng đáy còn nguyên vẹn.

- Lâm sàng: Đặc trưng là nốt phỏng vòm mỏng, chứa dịch trong hoặc vàng nhạt. Đáy nốt phỏng mầu hồng, ướt, thấm dịch xuất tiết. Nốt phỏng có thể hình thành muộn sau 12-24-48 giờ. Sau 3-4. ngày, dịch nốt phỏng một phần hấp thu, phần bay hơi tạo anbumin đông đặc trong nốt phỏng. Đau tăng mạnh. Sau 8-13 ngày, tổn thương tự khỏi, không để lại sẹo.

c. Bỏng độ III: bỏng trung bì

- Mô bệnh học: Tổn thương toàn bộ lớp biểu bì, tới một phần trung bì, các phần da nằm sâu ở trung bì phần lớn còn nguyên vẹn. Bỏng độ m còn chia làm 2 nhóm nhỏ: bỏng trung bì nông Và bỏng trung bì sâụ .

- Lâm sàng: Bỏng độ III biểu hiện chủ yếu là nốt phỏng hoặc đám da hoại tử. Nốt phỏng bỏng trung bì có tính chất vòm dày, dịch nốt phỏng đục, màu đỏ, hồng máu. Đáy nốt phỏng màu đỏ, xung huyết, tím sẫm cảm giác đau còn nhưng giảm.

Hoại tử độ III phân biệt với độ IV căn bản còn cảm giác đau, da không bị nhăn nhúm, không có hình lưới mao mạch bị huyết tách.

Quá trình biểu mô hóa của bỏng độ IU: Các tế bào biểu mô còn sót lại từ các phần phụ của da phát triển tạo đảo biểu mô tỏa ra như chiếc ô, kết hợp với tế bào biểu mô bờ mép vết thương. Vào ngày thứ 12-14 sau bỏng, hoại tử rụng, hình thành mô hạt, tạo đảo biểu mô rải, rác, lấm tấm, trắng hồng, óng ánh.

Bỏng trung bì có thể khỏi sau 15-30-45 ngày, để lại sẹo mềm, nhạt màu so với da lành lân cận, nhìn kỹ thấy có điểm lỗ chỗ nhỏ

d. Bỏng độ IV: (bỏng toàn bộ lớp da) hoặc bỏng sâu tới các tổ chức dưới da (bỏng độ V).

e. Bỏng độ V: bỏng sâu tới lốp dưới da, xương.

Bỏng sâu nếu diện tích nhỏ dưới 5cm2 sẽ tự khỏi bằng quá trình rụng hoại tử, tái tạo mô hạt và nhờ quá trình biểu mô hóa từ bờ mép vết thương vào, Nêu diện tích bỏng sâu trên 5cm2 đòi hỏi phải ghép da

- Lâm sàng: Bỏng sâu thể hiện bằng hoại tử ướt hoặc hoại tử khô

6.2. Cách tính diện tích bỏng

Tổng diện tích da bình thường ở người lớn là từ 14.000 - 16.000 cm2. Trẻ sơ sinh có diện tích da là 2.500cm2, diện tích này tăng theo lứa tuổi cụ thể

- Trẻ 1 tuổi: Diện tích da trung bình là 3000cm2.

- Trẻ em 2 - 4 tuổi: Thêm một tuổi cộng thêm 1000cm2.

- Trẻ em 5 - 6 tuổi: Diện tích da trung bình là 7000cm2.

- Trẻ em 7 - 8 tuổi: Diện tích da trung bình là 8000cm2.

- Trẻ em 9 - 15 tuổi: Thì thêm ba số không (000) ở sau số tuổi

Tính diện tích bị bỏng là tính tỷ lệ % diện tích bỏng so với tổng diện tích da. Việc tính toán cho phép sai số 3-5%.

6.2.1. Tính diện tích bỏng ở người lớn

Áp dụng kết hơp các phương pháp

a. Phương pháp Blokhin.

Phương pháp ướm đo bằng bàn tay bệnh nhân. Một gang tay hoặc mu tay bệnh nhân tương ứng với diện tích 1-1,25%. Phương pháp này hay dùng khi bỏng rải rác, nhỏ

b. Phương pháp con số 9 của Walace.

- Đầu măt cổ: 9%

- Một chi trên: 9%

- Thân trước: 9x2 = 18%

- Thân sau (gồm cả lưng và mông): 9x2 = 18%

- Một chi dưới: 9x2 = 18%

- Một đùi: 9%

- Cẳng chân và bàn chân: 9%

- Bộ phận sinh dục: 1%

c. Phương pháp con số 1-3-6-9 của Lê Thế Trung

- Diện tích 1% bao gồm: cổ, gáy, một gan tay, một mu tay, bộ phận sinh dục

- Diện tích 3% bao gồm: da đầu có tóc, mặt, một cánh tay, một cẳng tay, một bàn chân

- Diện tích 6% bao gồm: hai mông, một cẳng chân

- Diện tích 9% bao gồm: đầu mặt cổ, một chi trên, một đùi

- Diện tích 18% bao gồm: thân trước, thân sau

6.2.2. Tính diện tích bỏng ở trẻ em

Đặc điểm của trẻ là các phần cơ thể phát triển không đều: Trẻ sơ sinh thì đầu to, bụng bé, cổ ngắn, ngực bé, bụng to. Trong suốt giai đoạn phát triển của trẻ, chi đươi tăng chiều 5 lần, chi trên 4 lần, thân 3 lần, đầu 2 lần. Do vậy diện tích các phần cũng thay đổi theo tuổi. Để tính diện tích của trẻ em, có thể áp dụng các phương pháp tính sau

- Phương pháp của Blokhin: ướm gan tay bệnh nhân

7. Diễn biến lâm sàng

Bệnh bỏng diễn biến qua 4 giai đoạn :

7.1. Giai đoạn sốc bỏng

Kéo dài khoảng 48 giờ đầu. Có 2 thời kỳ:

- Thời kỳ sốc thần kinh: Diễn ra trong 6 giờ đầu, chủ yếu là do đau đớn. Nạn nhân kêu ca, vật vã, buồn nôn. HA tăng, mạch nhanh (sốc cương). Dần dần nạn nhân nằm lả đi, vẻ mặt thờ ơ, vã mồ hôi lạnh ở trán, đầu, mũi. Các đầu chi lạnh ngắt(sốc nhược).

Thời kỳ sốc bỏng : đây là sốc thương tích điển hình do mất huyêt tương là chính. Kéo dài 6-48 giờ.

Một bệnh nhân bỏng độ III, diện tích 30% sau 1 giờ sẽ mất 1400ml huyết tương, tiếp đó cứ mỗi giờ mất thêm 180ml nữa. Huyết tương thoát qua vách vi quản vào nốt phỏng và ngấm vào tổ chức, gây phù nề vùng bị bong, làm cho cơ thể mất nhiều Protein, nước, điện gải. Hồng cầu cũng bị tan và dễ vỡ. Một khối lượng lớn HC bị tập trung vào các cục máu đông lan tỏa trong lòng các vi quản, một số nữa bị loại ra khỏi vòng tuần hoàn, ứ trệ ồ các tổ chức và nội tạng. Bỏng càng nặng HC càng bị loại nhiều, bị loại từ 19-40% khối lượng HC. Hậu quả chung là thể tích tuần hoàn bị giảm sút nghiêm trọng, gây sốc nặng.

Bênh nhân nằm lả đi, luôn kêu khát, da và niêm mạc nhợt, tím, chân tay lanh vã mồ hôi lạnh ở trán. HA tụt, mạch nhanh, thân nhiệt giảm.

Xét nghiệm máu thấy bị cô đặc và tình trạng nhiễm toan nặng, dự trữ kiềm giảm, ure máu tăng, K tăng, bilirubin tăng...Những dấu hiệu xấu là nôn ra nước đen, đại tiểu tiện không tự chủ. Trẻ em thường bị tím tái, bụng trướng. Nếu không bắt đầu truyền dịch sớm, bồi phụ tuần hoàn không đủ, tỷ lệ tử vong cao. Trước kia 80% xảy ra trong 48 giờ đầu. Gần đây do điều trị sốc bỏng tốt, tỷ lệ tử vong trong giai đoạn này giảm hẳn.

7.2. Giai đoạn nhiễm độc cấp tinh

Kéo dài từ ngày thứ 3 tới 15 do hấp thu chất độc của tổ chức hoại tử và nhiễm khuẩn.

Về lâm sàng, nổi bật là các triệu chứng thần kinh: Tình trạng kích thích, vật vã, nằm lo mơ, tri giác hiểu biết sút kém. Dần dần có thể bị hôn mê

Bệnh nhân bị sốt cao, dai dẳng đến 40-4l°c. Trái lại đầu mũi và chân tay lại lạnh ngắt, môi tím. Da lạnh, nổi vân tím, đôi khi ửng đỏ quanh các chỗ bỏng. Bệnh nhân thở nông, không đều, dễ bị viêm phổi vì lanh, nhiễm khuẩn huyết. Đái ít dần, 7,5% ca vô niệu, mạnh nhanh yếu nhưng huyết áp không tụt.

Trong máu, số lượng hồng cầu bị giảm sút nghiêm trọng song do máu bị cô đặc nên đếm hồng cầu ít thấy giảm, thậm chí còn tăng. HST cao, ure máu tăng, rối loạn điện giải, máu bị nhiễm toan nặng, protein máu giảm.

Về tiêu hóa, bệnh nhân chán ăn, thường là nôn, bỏng nặng hay gặp chảy máu tiêu hóa do loét cấp tính (loét Curling)

Hiện nay tử vong sau bỏng cao nhất là vào giai đoạn nhiễm độc này. Giai đoạn nhiễm độc cấp tính sẽ kết thúc khi tổ chức hoại tử rụng và nhất là vá da xong. Cần điều trị tại chỗ và nhiều lần cắt bỏ tổ chức hoại tử để giảm tử vong.

7.3. Giai đoạn nhiễm trùng

Nhiễm trùng là chính, do hàng rào ra bị mất rộng, giai đoạn này kéo dài từ ngày thứ 1 lđến khi toàn bộ chỗ mất da được vá da xong. Nếu không vá da sớm, bệnh nhân sẽ bị sốt cao dao động, gầy mòn, kém ăn, mất ngủ. ở nước tiểu có các cặn bệnh lý, tỷ trọng giảm, thường có protein niệu. Vết bỏng có tổ chức hạt phù nề, nhiễm khuẩn. Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng (48%), liên cầu khuẩn tan huyết (78%). Gần đây rất nhiều trực khuẩn màu xanh, một loại tạp khuẩn đã trở nên gây bệnh và khó điều trị. Nếu bệnh nhân quạ được giai đoạn sốc bỏng thì nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân gây ra tử vong chính (70%).

Cần tích cực chuẩn bị toàn thân: cho ăn nhiều đạm, truyền máu, huyết tương nhiều lần và vá da sớm. Nhiều ca bệnh nhân đang sốt, chán ăn, vá da xong BN hết sốt ăn uống được tốt hơn.

7.4. Giai đoạn hồi phục

Hay suy mòn kéo dài: Tùy vào việc có vá da che được hết diện bỏng sâu hay không.

Nếu điều trị kém, muộn, bệnh nhân suy mòn, thiếu nhiềụ protein thì sẽ lâm vào vòng luẩn quẩn. Gầy mòn, hốc hác, da vá không liền loét nhiều chỗ, bàn chân bị nề do suy dinh dưỡng. Tỷ lệ tử vong cao

8. Điều trị

8.1. Điều trị toàn thân

Đối với BN, nhất là khi có nhiều BN một lúc, cần sơ bộ khám và phân chia thành 2 nhóm

Nhóm bệnh nhân nhẹ, dự kiến bỏng nông dưới 18-20% diện tích, thường chiếm đa số, cần chú ý cho thuốc giảm đau và cho băng bảo vệ vết bỏng, cho ăn uống tốt.

Nhóm BN nặng, bỏng sâu và rộng, cần cho ngay thuốc giảm đau và hồi sức bằng đường tĩnh mạch.

8.1.1. Sơ cứu

Cho morphin: Người lớn cứ 12 giờ cho 1 ống 0.01 g hoặc cho hỗn hợp thuốc đông miên (Amenazin lmg, phenecgan lmg, doracgan 2mg). Trẻ em dùng phối hợp 2 thứ sau rất tốt (kháng histamin + dẫn xuất morphin).

Đối với bỏng diện tích nhỏ, nhất là ở 2 bàn tay thì ngâm ngay phần chi bỏng trong nước, mỗi lần ngâm 20p thời gian là khoảng 2 giờ.

- Nếu bệnh nhân uống được cho BN uống nước có đường, có pha bicarbonat natri

Không cởi quần áo mà cắt bỏ, chú ý chống lanh, nhiệt độ xung quanh tốt nhất là 22-24° c. Trời rét phải ủ ấm xong không nên sưởi

- Tại chỗ, không nên bôi dầu mỡ hoặc đắp lá, không nên rửa, chỉ phủ vải sạch rồi chuyển đi.

- Khi vận chuyển không để cao đầu. Chú ý tháo bỏ nhẫn, vòng (nếu có)

8.1.2. Xử trí 2 ngày đầu đối với bỏng nặng

Cần cấp cứu tốt trong giai đoạn sốc bỏng. Phải rất chú ý đến yếu tố thời gian. Phải tranh thủ truyền dịch sớm nhất là trong 8h đầu, 8h này ảnh hưởng lớn đến giải quyết điều trị. Để trôi mất 8h không truyền dịch, sẽ có các thay đổi không hồi phục ở nội tạng do hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch.

Truyền dịch theo công thức Evan (1953) như sau:

- Dịch keo = lml x trọng lượng cơ thể (kg) X diện tích bỏng

- Dịch điện giải = lml X trọng lượng cơ thể (kg) X diện tích bỏng

- Gluco 5% = 2000ml

- Tổng lượng dịch (Q) được chia ra như sau: 24h đầu truyền không quá 101 dịch, trong đó 8h đầu truyền Q/2 và 16h sau truyền nốt Q/2

- Ngày thứ 2: Q =1/2 dịch keo +1/2 dịch điện giải + 2000ml glucose

- Bỏng trên 50% diện tích cơ thể tính tổng lượng dịch bằng bỏng 50% DT cơ thể

Việc sử dụng công thức này trên BN bỏng diện rộng có nguy cơ gây phù phổi cấp. Ngày nay người ta thường dùng công thức Parland như sau:

- Q = 4ml X trọng lượng cơ thể (kg) X % diện tích bỏng

Lượng dịch truyền trong 24h đầu không nên quá 10% trọng lượng cơ thể.

Đối với sốc nhẹ và vừa: 1/3 dịch keo, 1/3 dịch điện giải, 1/3 dịch glucose 5%. Thời gian truyền khoảng 24-36h

Đối với sốc nặng và rất nặng: 1/4 máu và huyết tương, 1/4 dịch keo, 1/4 dịch-điện giải, 1/4 dịch glucose 5%. Truyền trong 48-72h

8.1.3: Điều trị tại chỗ

Bỏng là một vết thương rộng, đối vối bỏng sâu, phải chú ý chống nhiễm khuẩn. Các cơ sở điều trị chuyên khoa, điều trị bỏng trong điều kiện như ở phòng mổ. Từng BN được cách ly để tránh nhiễm khuẩn chéo Có nhiều cách điều trị tại chỗ:

- Với nốt phỏng nhỏ thì để nguyên, nốt phỏng to thì chọc ồ bờ cho thoát dịch

- Băng diện bỏng với lớp gạc tẩm thuốc: Silverin, oxit kẽm, maduxin...

- Bỏng ở mặt, vùng hậu môn, sinh dục thì băng vết bỏng bằng silverin để hở, không băng

- Các vết bỏng nông thường làm khô tự nhiên và tự khỏi sau 7-8 ngày. Các vết bỏng sâu cần cắt bỏ hoại tử nhiều lần, thay băng nhiều lần.

Cần ngăn ngừa di chứng sẹo co dính vùng khớp đối vối bỏng sâu: băng riêng từng ngón tay, khớp bỏng phải giữ ở tư thế dự phòng quá mức, hạn chế sẹo co rúm. Tập cử động ở mọi khớp lành.

8.2. Xử trí ngày 3-5 sau bỏng

Cần cho ăn thật tốt, mỗi ngày 3000-4000 calo, khi BN ăn uống kém, phải truyền dịch và đạm bổ sung. Theo dõi nước tiểu, phải đái được trên 1,51 trong 24h

Cho truyền máu ít một, nhiều lần. băng ẩm diện bỏng, cắt lọc hoại tử nhiều lần khi cần. Da khô kiểu vòng tròn ở chi thì cần rạch đứt cho khỏi giống như garo. Chuẩn bị vá da với băng ướt diện bỏng bằng dung dịch huyết thanh mặn.

8.3. Từ ngày 15 sau bỏng

Cần vá da sớm che phủ vết bỏng sâu. Quá 6 tuần, chưa che kín hết hiệu quả điều trị sẽ giảm thấp.

Đảm bảo cho ăn tốt và truyền máu đưa tỷ lệ HST lên trên 50% để giúp cho da ghép bám sống tốt. Nếu tổ chức hạt nề to cần chuẩn bị tại chỗ vái băng ướt, dung dịch muối ưu trương, có thể pha thêm cortison và kháng sinh. Băng hơi ép để tạo tổ chức hạt đỏ sạch mịn. Cơ bản vá da tự thân lấy ở vùng da lành. Miếng da vá mỏng 0.3mm. ở trẻ em thì lấy mỏng hơn 0.15 - 0.2 mm. Cần ưu tiên vá da cho nơi bỏng sâu ở vùng khớp, ngăn ngừa sẹo co rúm gấp khớp.

Nếu mất da rộng, có thể lấy nhiều miếng da mỏng sau đó tạo thành da mắt lưới để tăng diện tích che phủ.

Chỗ nào chưa vá da tự thân được thi xen kẽ vá da đồng loại hoặc dị loại. Hai loại vá da này chi là băng sinh học, có tác dụng che diện bỏng tạm thời. Lấy da của người khác phải loại bỏ người bị giang mai, sốt rét, HIV...

Hiện nay, với kỹ thuật nuôi cấy tế bào người ta có thể nuôi 1 mẩu da của BN thành một mảnh rộng rồi ghép.

9. Vài nét về bỏng hóa chất

Đó là do bỏng axit, bỏng kiềm, các muối kim loại nặng. Trong chiến tranh thì có bỏng do phospho. Bỏng do hóa chất chiếm 10% tai nạn công nghiệp

Xử trí: Quan trọng nhất là dội tia nước thật mạnh để loại bỏ hóa chất, số còn lại thì trung hòa bằng hóa chất ngược lại. Nếu bị bỏng axit thi dùng bazơ để trung hòa và ngược lại

10. Vài nét vê bỏng điện

Bỏng điện có diện tích nhỏ nhung sâu. Tổ chức nào có điện trở cao sẽ bỏng nặng như da và xương. Khi cấp cứu bệnh nhân phải tách khỏi nguồn điện xong việc điều trị toàn thân đa số là nhẹ, điều trị tại chỗ khó do bỏng rất sâu

11. Dự phòng bỏng

- Đề phòng cháy nổ, nhất là mùa khô, các vật dụng dễ cháy như xăng, dầu

- Đảm bảo an toàn về diện, tránh tai nạn điện giật

- Đùng bảo hộ LĐ khi tiếp xúc với hóa chất.

SỐC CHẤN THƯƠNG

I. Mục tiêu

1. Trình bày được sơ lược lịch sử nghiên cứu và đinh nhĩa sốc chấn thương

2. Trình bày được cơ sở sinh lý bệnh của sốc chấn thương

3. Mô tả được các triệu chứng của sốc chấn thương

4. Trình bày được phác đồ điều tri sốc chấn thương

II. Nội dung

1. Định nghĩa:

Sốc là tình trạng nặng suy sụp toàn thân kéo dài sau những chấn thương và phẫu thuật lớn biểu hiện rõ nét trên lâm sàng bằng sự suy sụp tuần hoàn,trong đó lưu lượng tim thấp không cung cấp đầy đủ oxy cho nhu cầu của cơ thể.

2.Sinh lý bệnh của sốc chấn thương:

2.1. Đáp ứng của các cơ quan.

2.1.1. Nội tiết:

- Máu về tim giảmdẫn đến giảm cung lượng tim.

- Đáp ứng giao cảm thượng thận qua trung gian các cảm thụ khí ử cung động mạch chủ và xoang cảnh;đưa đến phóng thích các catecholamin làm co mạch ngoại vi.

- Giảm thể tích máu lưu thông trong lòng mạch cũng sẽ dẫn đến sự phóng thích các chất như nội tiết tố chống lựi niệu gây ra co mạch như angiotensin gây co mạch và xuất tiết aldosteron. Alđosteron thúc đẩy sự tái hấp thu nước tại ống thận góp phần cải thiện hệ thống tuần hoàn.

2.1.2. Tim:

- Do tác dụng cường giao cảm nhịp tim tăng tuần hoàn vành giảm rất ít so với sự giảm sút cung lượng tim.Khi sốc kéo dài tưới máu cơ tim bị ảnh hưởng bởi Leucotrien và yếu tố hoạt hoá tiểu cầu sản xuất ra do chấn thương.

- Sức co bóp của cơ tim giảm dưới tác dụng của cachectin,hay các chất khác được sản sinh ra từ sợ thiếu máu ở ruột.

2.1.3. Não:

- Lưu lượng máu não giảm sút ,thiế máu sẽ xảy ra khi huyết áp trung bình <50

mmHg.

- Thiếu máu não gây ra một kích thích rất lớn đối với hoạt tính của giao cảm đưa đến co mạch và gia tăng nhịp tim.

2.1.4. Gan:

- Hoại tử tế bào gan do thiếu máu gây ra góp phần trong hội chứng suy đa phủ tạng.

- Rối loạn chức năng ganthuận lợi cho sự phát sinh của toan chuyển hoá do sự khiếm khuyết hoá lactat.

2.1.5. Thận:

Độ lọc cầu thận giảm do:

- Giảm tưới máu tới thận.

- Dòng máu về tuỷ thận nhiều hơn về vỏ thận.Tác dụng của angiotensin,aldosteron làm gia tăng sự tái hấp thu nước,muối để bù trừ sự hao hụt về thể dịch.Nếu sốc kéo dài sẽ suy thận thực thể.

2.1.6. Phổi:

Không có sự thay đổi lốm về trao đổi khí ở giai đoạn đầu của sốc giảm thể tích tổn thương nhu mô phổi chỉ xảy ra ở một số trường hợp sốc nặng.

2.1.7. Ruột:

- Thiếu oxy gây ra thiếu máu niêm mạc dẫn đến rối loạn chức năng hàng rào niêm mạc.

- Tái tưới máu sau hồi sức gây tích tụ các chất oxy hoá dẫn đến thương tổn tế bào.

- Các vi khuẩn đường ruột và nội độc tố chuyển dịch qua thành ruột và đi vào dòng máu gây nhiễm trùng huyết.

2.2. Đáp ứng ở dịch ngoại bào:

- Giảm thể tích dịch lưu hành sẽ làm giảm áp lực thuỷ tĩnhtrong lòng mạch.

- Khi mất máu nhiều dịch ở khoang kẽ không chỉ đi vào lòng mạch mà còn đi vào trong tế bào gây gia tăng dịch nội bào phù nề tế bào theo kiểu chuyển dịch.

- Như vậy sự tái phân bổ tuần hoàn xẩy ra ở hai nơi:

2.2.1. Ở phạm vi cơ quan:

- Giảm tưới máu ở da đến các cơ quan không chủ chốt như da,thận.nội tạng.

- Tăng tưới máu đến các cơ quan như tim và não.

2.2.2. Ở vi tuần hoàn:

- Co thắt tiểu mao mạch .

- Giảm giữ dịch ở khu vực vi tuần hoàn.

- Phù nề tế bào tắc nghẽn trong lòng mạch.

- Thiếu oxy ở tế bào mô và cơ quan.

3. Đáp ứng ở tế bào:

- Na đi vào trong tế bào K đi ra ngoài tế bào dẫn đến phù nề tế bào.

- Chuyển hoá trong tế bào trở thành yếm khí vì thiếu oxy trở thành toan chuyển hoá.

4. Chẩn đoán:

4.1. Lâm sàng:

4.1.1.Triêu chứng sớm:

- Triệu chứng sớm nhất cuả sốc là nhịp tim nhanh và co mạch ở da.

- Do vậy khi bệnh nhân có nhịp tim nhanh sau chấn thương có dấu hiệu tứ chi lạnh phải được xem như đang bị sốc .Nhịp tim nhanh khi:

+ Mạch trên 100 lần/phút ở người lán.

+ Mạch trên 120 lần/phút ở trẻ em tuổi đi học.

+ Mạch trên 140-160 lần/phút ở trẻ nhỏ. ở người già nhịp tim có khi không nhanh do đáp ứng hạn chế của tim với catecholamin.

4.1.2. Triệu chứng điển hình:

- Nhịp tim nhanh hoặc rất nhanh.

- Huyết áp động mạch giảm cũng là dấu hiệu tin cậy nhưng thường không xẩy ra sớm.

- Huyết áp động mạch kẹt cũng là dấu hiệu sớm nhưng lúc này cũng đã mất một lượng máu đáng kể cơ chế bù trừ đã bị ảnh hưởng.

- Tứ chi lạnh nổi vân tím chứng tỏ giảm sút tuần hoàn nuôi dưỡng da.

- Thiểu niệu là một bằng chứng tốt của suy giảm thể tích.

- Thở nhanh chứng tỏ thiếu oxy mô Pa024.

- Toát mồ hôi do tăng tiết catecholamin.

- Khát nước rất thường gặp khi bệnh nhân còn tỉnh táo.

- Da và niêm mạc nhợt nhạt ở những trường họp thiếu máu nặng.

- Lo âu đờ đẫn, kích động khi lượng-máu đến não đã giảm sút nhiều.

4.2. Cận lâm sàng:

- Dung tích hồng cầu hoặc hemoglobin thấp là rất đặc hiệu trong sốc mất máu nhưng thường xuất hiện quá muộn.

- Nồng độ lactat trong máu gia tăng khi đã có thiểu năng oxy tế bào.

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm có tầm quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi shọck.

4.3. Mức độ:

Việc phân chia shock ra làm nhiều mức độ ra làm nhiều mức độ nhằm để nhấn mạnh để triệu chứng sớm xem xét các biểu hiện lâm sàng của shock. Shock có thể chia ra làm 4 mức độ dựa vào lượng máu mất.

5. Nguyên tắc điều trị:

5.1. Nguyên tắc điều trị sốc chấn thương

+ Hồi sức cấp cứư đi trước một bước nhằm bồi phụ khối lượng tuần hoàn, đảm bảo hô hấp, giảm đau để chống sốc.

+ Từng bước tìm nguyên nhân gây sốc chấn thương để xử trí phù hợp

+ ưu tiên các phẫu thuật cấp bách nhằm cứu sống người bệnh

5.2. Những công việc cần ỉàm trong cấp cứu sốc chấn thương

+ Ghi mạch, nhịp thở và huyết áp động mạch vào bệnh án điều trị

+ Lây máu tinh mạch để thử Hématocrít, huyết cầu tố, làm nhóm máu, công thức máu

+ Xét nghiệm uremáu, điện giải máu

+ Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu thấp.

+ Đặt một đường truyền vào tĩnh mạch lớn.

+ Đặt sonde bàng quang theo dõi lượng nước tiểu và lấy nước tiểu làm xét nghiệm.

+ Lấy máu động mạch để đo pH, PaC02, Pa02.

+ Ghi vào bảng theo dõi bệnh nhân. Các kết quả xét nghiệm và kết quả theo dõi.

+ Đảm bảo lưu thông đường hô hấp trên

+ Điều trị các rối loạn do sốc chấn thương.

5.3. Điều trị hồi sức sốc chấn thương cần phải

5.3.1. Thăm khám bệnh toàn diện, lập kế hoạch điều trị:

Điều này rất quan trọng đòi hỏi người thầy thuốc ngoại khoa phải có kinh nghiệm. Thăm khám có hệ thống. Nhiều thầy thuốc đã bỏ sót thương tổn của bệnh nhân nên điều trị sốc không có hiệu quả.

- Kinh nghiệm cho thấy, khó chẩn đoán và dễ bỏ sót thương tổn, là những trường hợp bị nhiều thương tổn phối hợp.

- Sau khi khám xong bệnh nhân, các thầy thuốc phải có chẩn đoán và kế hoạch mổ cụ thể nếu phải can thiệp ngoại khoa.

5.3. 2. Đảm bảo hô hấp tốt:

- Vì sốc dẫn đến thiếu oxy ở các tổ chức nên trong điều trị việc phải làm đầu tiên là đưa oxy theo đường tự nhiên vào cho bệnh nhân.

- Làm thông đường hô hấp trên, móc hết dị vật, hút dịch như máu, chất nôn...

- Một số trường hợp phức tạp cần có xử trí đặc biệt như mở khí quản, thở máy

5.3.3. Đảm bảo tuần hoàn tốt:

- Chuẩn bị một đường truyền tốt để theo dõi và hồi sức ở bệnh nhân nặng cần thiết phải lập 2-3 đường truyền tĩnh mạch

- Đo huyết áp tĩnh mạch trung tâm. Huyết áp này là chỉ số tốt để đánh giá hoạt động của cơ tim và khối lượng tuần hoàn. Kết hợp với huyết áp động mạch và lượng nước tiểu hàng giờ có thể đánh giá được lưu lượng tim một cách gián tiếp để hồi sức:

+ Nếu huyết áp tĩnh mạch trung tâm thấp. Huyết áp động mạch thấp là do mất khối lượng tuần hoàn, thì phải truyền dịch.

+ Nếu huyết áp tĩnh mạch trung tâm cao. Huyết áp động mạch thấp thì có hai khả năng hoặc là bệnh nhân bị suy tim cần cho thuốc trợ tim. Nếu bệnh nhân bị tràn khí phế mạc, tràn khí trung thất, tức là tim bị chín ép cần dẫn lưu kịp thời.

- Truyền dịch:

+ Hàng đầu phải kể đến dung dịch HAES - Steril là dung dịch được tinh chế từ bột ngô, nó bù được thể tích huyết tương bằng chính thể tích của nó, và ổn đinh trong vòng 6-8 giờ. Nó mang lại sự cải thiện vi tuần hoàn. HAES - Steril không mang điện tích khi truyền vào nó làm tăng điện tích âm, làm cho các tế bào máu rời nhau ra. Như vậy tránh được hiện tượng ngưng tập hồng cầu.

+ Lactat Ringer đẳng trương: là dung dịch có thành phần gần giống dịch ngoài tế bào nên dùng điều trị sốc tốt.

Truyền vối khối lượng bằng 5% trọng lượng cơ thể bệnh nhân sau đó thử Hématocrít.

Nếu Hématocrít nằm trong khoảng 30 - 35% thì không phải truyền máu. Đa số bệnh nhân đã ổn đinh.

+ Dung dịch Natriclorua 9%o: dung dịch này cũng được sử dụng trong điều trị sốc. Vì sau khi bị sốc chấn thương điện trao đổi của Na+ tăng và nhu cầu muối của cơ thể cũng tăng. Vì Na+ và H20 bị hút về tổ chức xung quanh mạch máu, giữa các tế bào tạo keo và cơ chất. Do đó sử dụng Natriclorua 9%0 cũng có giá trị giống như Lactat Ringer.

+ Dung dịch Dexưan: Dextran 40.000 còn gọi là infuloll 40 (Đức) được dùng trong giai đoạn muộn của sốc. Vì chúng có tác dụng làm cho các tế bào không kết dính lại với nhau. Nên làm tăng tuần hoàn qua mao mạch, rút nước từ khoang giữa tê bào vào lòng mạch nen làm tăng khối lượng tuần hoàn.

+ Ngoài ra còn sử dụng các dung dịch khác trong chống sốc: như nước dừa được sư dung rộng rãi trong chiấn trường Nam Bộ và một số nước Đông Nam á. Gác dung dịch Darrow, Hartman...

- Tốc độ truyền:

Nếu huyết áp tĩnh mạch trung tâm thấp thì truyền nhanh. Khi lên 8cm H20 thì truyền chậm lại. Nếu > 12cm H20 thì truyền thật chậm. Ngoài ra còn dựa vào nước tiểu làm sao mỗi phút có 1ml nước tiểu.

+ Truyền máu: tốt nhất là truyền máu cùng nhóm và truyền máu tươi. Ngày nay với phương tiện kỹ thuật, có thể đo được thể tích (Vc) máu còn lại của bệnh nhân từ đó xác định được lượng máu mất.

Vm = (Pkg X 70ml) - Vc

Vm: thể tích máu

Vc:ithể tích máu còn lại

P: là trọng lượng cơ thể

Như vậy lượng máu và dịch phải truyền là:

Vt = 0,05 X p + Vm

Vt: tổng lượng máu và dịch phải truyền.

0,05 X P: lượng dịch phải truyền.

Vm: lượng máu phải truyền.

+ Thuốc trợ tim -

Một khi đã bù đủ số lượng tuần hoàn mà huyết áp động mạch còn thâp mà huyết áp tĩnh mạch vẫn cao thì phải kiểm tra tim. Nếu tim suy thì phải trợ tim với liều lượng trung bình Ưabaine, Strophantine 1/4 -1/2 mg Cedieanide: 0,4mg Digoxin 0,5mg. Nên dùng các thuốc này như một nguyên tắc bắt buộc với bệnh nhân già, bệnh nhân có bệnh tim từ trước. Nếu dùng thuốc này mà bệnh nhân vẫn không tốt lên có thể dùng các loại thuốc giải phóng Adrenalin như: Isuprel, Dopamine làm giãn mạch tim đập khoẻ, tăng nhu cầu sử dụng oxy của cơ tim. Tuyệt đối không nên dùng Ađrenalin và Noadrenaline để điều trị sốc chấh. thương, sốc mất máu vì càng làm tãng co mạch, làm tăng thiếu oxy của tổ chức.

5.3.4. Đảm bảo thận hoạt động tốt

- Đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu hàng giờ, mỗi giờ phải đạt được 60ml nước tiểu.

- Bù đủ khối lượng tuần hoàn và sử dụng thuốc lợi tiểu khi cần thiết.

- Chỉ cho thuốc lợi tiểu khi huyết áp động mạch gần trở về bình thường mà bệnh nhân không có nước tiểu hoặc nước tiểu ít.

- Furosemit (lasix) liều khởi đầu là 20mg thông thường sau 20 - 30 phút là bệnh nhân đái nhiều. Nếu bệnh nhân đái ít cứ sau 1 giờ lại tăng đôi liều so với trước, cho đến khi đạt được nước tiểu 60ml/giờ. Tuy nhiên chỉ tiêm tối đa là 4 lần (15 ống = 300mg)

- Matitol 20% 150ml truyền tĩnh mạch tốc độ 80 giọt/phút. Liều lượng không quá 300ml/24 giờ.

- Thẩm phân phúc mạc, chạy thận nhân tạo.

5.3.5. Chống đau cho bệnh nhân

Chống đau không kém phần quan trọng so với truyền máu và truyền dịch. Phong bế gốc chi bị thương các loại thuốc an thần giảm đau phù hợp trên từng bệnh nhân.

Để tránh sai lệch trong chẩn đoán. Tránh tất cả những cái gây đau đớn thêm cho bệnh nhận.

5.3.6. Chống nhiễm khuẩn

Trong sốc sức đề kháng của cơ thể đã giảm nên phải tích cực phòng nhiễm khuẩn, sử dụng kháng sinh hợp lý, kháng sinh phổ rộng liều mạnh ngay từ đầu và dùng đủ liều. Tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ để chọn kháng sinh.

5.3.7. Điều trị rối loạn kiềm toan và rối loạn đông máu

Trong sốc thường có toan chuyển hoá. Sốc càng nặng thì toan chuyển hoá càng nặng. Cần phải điều chỉnh khi pH = 7,3, kiềm dư (BE) = 3. Các dung dịch thường dùng là:

- Dung dịch Natribicacbonat 7,4% hoặc 5% cách tính như sau:

Vml dung dịch Natribicacbonat 7,4% = (BE) X Pkg/3

Nếu là dung dịch 5% = (BE) xPkg/ 3 . P: là trọng lượng cơ thể = kg

- Dung dịch THAM: Vm dung dịch THAM 0,3M = BE X p

- Điều chỉnh rối loạn đông máu.

EACA liều 2g tiêm vào mạch máu nếu vẫn còn rối loạn cho thêm mỗi lần 2g, tổng liều không quá 24g/24 giờ cho đến khi máu hoàn toàn ngừng chảy.

Heparin 20 - 50 đơn vị tiêm mạch máu cách 4-6 giờ một lần cho đến khi nào nghiệm pháp cồn Ethanol, Protaminsufat trở lại âm tính.

+ Sử dụng các thuốc chuyển hoá

Vitamin c và Vitamin Bj có tác dụng hỗ trợ quá trình oxy hoá khử, do đó dùng trong sốc rất tốt.

Liều lượng Vitamin c từ 2 - 5g pha trong 250ml Glucose 5% nhỏ giọt tĩnh mạch 20 - 30 giọt/phút.

Liều Vitamin Bi 100 - 200mg truyền nhỏ giọt tĩnh mạch

5.4. Điều trị ngoại khoa: Mổ để giải quyết nguyên nhân sốc

- Nếu là vỡ tạng đặc như vỡ gan, vỡ lách hoặc rách các mạch máu lớn hoặc vết thương tim thì phải vừa hồi sức vừa mổ.

- Nếu là gãy các xương lớn thì nên hồi sức sau đó tiến hành phẫu thuật sau khi ổn định thực sự.

IV. Tài liệu tham khảo:

1. Bùi Văn Ninh( 2001), triệu chứng học ngoại khoa, Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.

2. Aiexander H Raymond (1993).Shock.Advance tranma life support, American College surgccn Cuiiion 5J,edition (75-110).

3. Anderson w Robut-Shock. In Sabiston texbook of surgery

SỎI MẬT VÀ CÁC BIẾN CHÚNG CỦA SỎI ỐNG MẬT CHỦ

I. Mục tiêu

1. Mô tả được đặc điểm giải phẫù bệnh lý và cơ chế hình thành sỏi mật

2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cân lâm sàng của sỏi ống mật chủ

3. Phân tích được các biến chứng của sỏi ống mật chủ

4. Mô tả được nguyên tắc và các phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ

II. Nội dung

1. Đặc điểm dịch tễ

Sỏi đường mật là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp ở nước ta nói riêng và ở châu Á nói chung, cơ chế bệnh sinh có liên quan đến tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột, nhiễm khuẩn đường mật.

Chủ yếu là sỏi ống mật chủ, sau đó mới đến sỏi túi mật, khác hẳn vói bệnh lý sỏi mật ở các nước châu Âu. sỏi mật có thể gặp ở bất kỳ đoạn nào của đường mật: Trong gan, ở túi mật và sỏi ống mật chủ.

ở Việt Nam sỏi ống mật thường gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp tuổi trung niên nhiều hơn, tỷ lệ giới nam và nữ không có sự khác biệt (Theo nghiên cứu của Viện Quân Y 103). Theo thống kê của Bệnh viện Việt - Đức, trong 10 năm (1960 - 1970) trong 869 trường hợp sỏi đường mật thấy:

* Sỏi OMC + sỏi trong gan + sỏi túi mật 82,52 %
* Sỏi túi mật đơn thuần 12,7 %
* Sỏi trong gan đơn thuần 4,4 %

Tại Viện quân Y 103 trong 5 năm (1979 - 1984) có 235 trường hợp sỏi mật được phẫu thuật, trong đó:

* Sỏi OMC đơn thuần chiếm 73,6 %
* Sỏi OMC + Sỏi túi mật chiếm 8,95 %
* Sỏi OMC + Sỏi trong gan chiếm 12,34 %
* Sỏi túi mật đơn thuần chiếm 5 %

Ở bệnh viện Chợ Rẫy, theo thống kê của Đỗ Trọng Hải, từ 1979 đến nằm 1984 có 140 trường hợp mổ sỏi mật trong đó:

* Sỏi OMC đơn thuần và kết hợp là: 87,8%
* Sỏi túi mật đơn thuần và kết hợp là: 10 % l
* Sỏi ống gan là: 17 %

Tại các nước châu Âu: Theo thống kê của Kelly:

* Sỏi túi mật là: 58 %
* Sỏi OMC lf là: 12%
* Sỏi ống gan là: 5 %

Do vậy nội dung bài này chủ yếu là nghiên cứu về sỏi ở ống mật chủ

2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

- Tại các nước Âu - Mỹ sỏi ống mật chủ thường là do sỏi túi mật rơi xuống, thành phần sỏi mật chủ yếu là cholesterol, sỏi cứng màu vàng nâu, gồ ghề. Gặp ở nữ nhiều hơn nam giới (tỷ lệ 4/1 hoặc 5/1), lứa tuỏi 40 - 50. Thường gặp ở phụ nữ to béo, ít vận động và lý do phụ nữ hay thở ngực, chửa đẻ do vậy mật tiết không tốt, lưu thông mật kém nên ứ đọng và sịnh sỏi.

Tại Việt Nam và một số nước có khí hậu nhiệt đới: Bệnh thường gặp cả giới nam và nữ,mọi lứa tuổi nhưng nhiều nhất là lứa tuổi 30 - 50. Phần lớn sỏi được hình thành tại chỗ hoặc rơi từ trên gan xuống ống mật chủ nên rất dễ tái phát. Nguyên nhân hình thành sỏi là do:

+ Nhiễm khuẩn đường mật: Thường gặp sau khi giun lên ống mật chủ đem theo vi khuẩn đường tiêu hoá gây viêm đường mật làm giảm nhu động đường mật gây ứ đọng. Mặt khác thành ống mật viêm, niêm mạc bị bong ra cùng các chất chất trong dịch mật như sắc tố mật, muối mật... kết tủa tạo bùn mật và sỏi mật. Theo thống kê của Đỗ Kim Sơn, thì dịch mật thường bị nhiễm khuẩn do các loại sau:

. E. Coli chiếm 65 %

. Pyocyanic 19 %

. Proteur 9 %

Theo thống kê của Đỗ Trọng Hải:

. E. Coli 51,9%

- Klebsiella 26,9 %

. Enterobacter 25 %

. Pseudomonas 13,5 %

+ Nhiễm ký sinh trùng đường ruột: Giun đũa lên đường mật đẻ trứng hoặc chết đi để lại vỏ xác là chất kitin làm nhân bám của các chất trong đường mật để tạo sỏi mật. Tỷ lệ thấy nhân sỏi là xác giun hoặc trứng giun theo một số nghiên cứu ở Trung Quốc là 69 %; Nhật bản là 55 % và ở Việt nam là 50 %.

3. Giải phẫu bệnh lý

- Vị trí: Sỏi gặp bất kỳ đoạn nào của ống mật chủ, nhưng hay gặp đoạn sau tuỵ. Một số ít nằm lọt trong bóng Vater, có thể gặp sỏi xếp thành chuỗi trong ống mật chủ.

- Số lượng: Có thể chỉ có một viên hoặc rất nhiều viên lẫn sỏi bùn

- Hình thể và khối lượng:

Có thể hình tròn, nhiều cạnh,hình trứng hoặc dài như điếu xì gà Kích thước to nhỏ khác nhau hoặc dưới dạng bùn cát Màu sắc thường màu nâu đen, mềm dễ mủn nát

- Thành phần hoá học: sắc tố mật: 30 - 49 %; Cholesterol 10 - 20 %; Canxioxit

- 7 % ngoài ra còn một số muối khác.

- Tổn thương phối hợp

+ Ống mật chủ thường bị giãn to ở phía trên chỗ tắc, thành ống mật dầy do viêm

+ Túi mật thường giãn to khi tắc mật (80 - 90 %)

+ Gan to do ứ mật sau có thể xơ gan, áp xe hoặc hoại tử + Tuỵ có thể viêm cấp hoặc mạn tính do tắc mật

+ Dịch mật trở nên đục, đen thối lẫn bùn mật và vẩn mủ, có vi khuẩn đường

ruột

4. Triệu chứng

4.1. Cơ năng và toàn thân

Đa số bệnh nhân đều có bệnh cảnh điển hình của viêm đường mật với tam chứng Charcot:

- Đau bụng hạ sườn phải, thường đau đột ngột, dữ dội, lan ra sau lưng lên ngực và vai phải, đau tăng lên khi ăn

- Sốt đồng thời với đau hoặc sau cơn đau vài giờ, sốt nóng 39 - 40 độ, có thể có cơn rét run

- Vàng da xuất hiện muộn hơn, lúc đầu biểu hện vàng mắt rồi dần vàng đậm cả da và niêm mạc.

Ngoài ra còn có các triệu chứng:

- Nước tiểu xẫm màu

- Phân bạc màu

- Ngứa toàn thân

- Nôn do nhiễm độc

4.2 Thực thể

- Khám thấy gan to do ứ mật nhưng khó đánh giá chính xác vì vùng hạ sườn phải bệnh nhân đau nhiều.

- Túi mật căng to, sờ thấy khối tròn nhẵn, ấn đau, di động theo nhịp thở, túi mật có thể to đến ngang rốn hoặc dưới mào chậu

4.3. Cận lâm sàng -Xét nghiệm .

+ Xét nghiệm máu:

. Bilirubine tăng (Bình thường < lOmg/lít)

. Men phosphataza kiềm tăng

. Thời gian Quick tăng . Urê máu tăng

. Men SGOT tăng . Prothrombin giảm

+ Xét nghiệm nước tiểu: Có sác tố mật và muối mật

- Xquang: Chụp télé gan thấy bóng gan to, có thể thấy hình cản quang của sỏi túi mật (sỏi cholesterol)

- Chụp đường mật bằng thuốc cản quang qua đường tĩnh mạch, chụp đường mật qua da để chẩn đoán xác định: Trong thực tế, các kỹ thuật này bị hạn chế bới các nguy cơ chảy máu và dò dịch mật vào ổ phúc mạc, do vậy chỉ làm ở cơ sở có trình độ chuyên môn cao.

- Chụp đường mật ngược dòng qua nội soi: Qua nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống soi mềm, đưa catheter qua cơ Oddi lên ống mật chủ và bơm thuốc cản quang. Có thể có một số tai biến khi thực hiện kỹ thuật này như nhiễm khuẩn ngược dòng, viêm tuy cấp.

- Chụp đường mật trong mổ: Trong khi mổ mở có bơm thuốc cản quang vàò đường mật để thăm dò tòan bộ hệ thống đường mật trong và ngoài gan. Chụp đường mật trong mổ kết hợp với đo áp lực đường mật làm cho chẩn đoán được hoàn thiện, đặc biệt có giá trị chẩn đoán những bất thường ở cơ Oddi do vậy sẽ có những chỉ định cụ thể để điều trị

- Siêu âm: Là phương pháp thông dụng và có giá trị lớn trong chẩn đoán sỏi mật các hình ảnh siêu âm cho thấy được kích thước đường mật, vị trí, kích thước sỏi. Hạn chế chính của siêu âm là trên người béo phì và ở những người có bụng chướng hơi

- Soi ổ bụng: Chỉ biiết những dấu hiệu gián tiếp về gan, túi mật

- CT- scanner là phương pháp chẩn đoán hiện đại biết chính xác được sỏi mậtvà kích thước đường mật ngoài ra còn đánh giá được những tạng lân cận như tuỵ nhưng giá thành cao.

5. Diễn biến của sỏi ống mật chủ

Khỏi tạm thời: Sỏi mật ngoài thời kỳ tắc mật cấp tính, có thể ổn định tạm thời mặc dù sỏi vẫn tồn tại trong đường mật. Biểu hiện lâm sàng hết đau, hết sốt, hêt vàng da. Bệnh ổn định trong một thời gian dài ngắn tuỳ theo kích thước và sự di chuyên của sỏi nhưng loại diễn biến này cũng có thể gây biến chứng: Viêm tuỵ mạn tinh, xơ gan – Diễn biến cấp tính và biến chứng cấp

+ Thấm mật phúc mạc: Tắc mật làm OMC căng, dãn dịch mật thấm qua thành OMC và túi mật mang theo vi khuẩn gây viêm phúc mạc

+ Viêm phúc mạc cấp do thủng đường mật

+ Viêm mủ đường mật và áp xe đường mât: Vi khuẩn thường là E. colivà trực khuẩn mủ xanh, nước mật đục đen có mùi thối

+ Chảy máu đường mật là một biến chứng nặng do áp xe hoại tử nhu mô và mạch trong gan thông thương với đường mật 21

+ Viêm tụy cấp thường xảy ra ở những trường hợp Sỏi ở đoạn dưới ống mật chủ kẹt ở cơ Oddi, dịch mật ứ tràn vào tuy hoạt hoá men tuy gây viêm tuỵ

+ Viêm thận cấp tính

6. Chẩn đoán

6.1. Phân biệt

Phân biệt với các bệnh có vàng da

+ Viêm gan do virus với các triệu chứng tắc mật kéo dài

+ U đầu tụy, u bóng Vater: Vàng da liên tục tăng dần, đau thượng vị lệch phải, gan to túi mật to, rối loạn hấp thu và gầy xút nhanh, phân bạc màu , thông tá tràng không có dịch mật và dịch tụy

 + Ung thư đường mật

. Ưng thư ống mật chủ bệnh cảnh giống như ung thư đầu tuỵ, nhưng nếu u ở vùng cuống gan thì sờ không thấy túi mật to

. Ung thư túi mật thường sảy ra trên cơ địa sỏi túi mật (90 -95 % theo B. Chevrel và J. p Chevrel) bệnh cảnh lâm sàng giống sỏi túi mật dưói hình thức viêm túi mật cấp hoặc mạn tính. Tiên lượng xấu

+ Viêm đường mật

- Thể không vàng da phân biệt với

+ Thủng ổ loét tá tràng vào tuy: Có tiền sử loét dạ dày tá tràng, chẩn đoán bằng soi dạ dày hoặc chụp dạ dày có uống thuốc cản quang phát hiện lỗ dò mật với tá tràng.

+ Sỏi túi mật: Thường gặp ở giới nữ, đau quặn hạ sườn phải, có hội chứng nhiễm khuẩn, ít kghi có vàng da. Xác định bằng siêu âm

6.2. Xác định

- Lâm sàng: Dựa vào tiền sử nhiều lần có đau, sốt, vàng da theo thứ tự thời gian

- Cận lâm sàng: Các xét nghiệm máu: Bilirubin, cholesterol, phosphataza kiềm tăng; xét nghiệm nước tiểu có muối mật và sắc tố mật; Xquang nội soi tá tàng - OMO siêu âm và chụp đường mật qua da.

7. Điều trị

7.1. Nguyên tắc

- Điều trị ngoại khoa là căn bản, lấy bỏ sỏi đường mật, tạo sự lưu thông mật - ruột và dẫn lưu đường mật ra ngoài qua Kehr

- Chỉ định mổ cấp cứu:

+ Thấm mật phúc mạc + Viêm phúc mạc mật do hoại tử đường mật

+ Viêm tuỵ cấp do sỏi

+ Chảy máu đường mật dữ dội

+ Áp xe đường mật vỡ hoặc đe doạ vỡ

- Chỉ định mổ phiên (mổ có kế hoạch): Với sỏi đường mật chưa có biến chứng cấp thì không nên mổ cấp cứu vì chuẩn bị bệnh nhân chưa tốt, chưa đánh giá hết tình trạng của bệnh nhân do vậy phải có thời gian điều trị nội khoa trước mổ.

7.2. Điều trị nội khoa

- Kháng sinh phổ rộng và kháng sinh đường ruột

- Lợi mật, thuốc giảm co thắt cơ trơn

- Chống thiểu năng gan: Truyền dịch ngọt ưu trương, các axit amin

- Các thuốc chống rối loạn đông máu

-Thuốc tan sỏi

7.3. Điều trị ngoại khoa

- Mục đích:

Lấy hết sỏi và dị vật trong đường mật, cả hai ống gan . Đảm bảo lưu thông đường mật xuống tá tràng . Dẫn lưu đường mật ra ngoài bằng ống dẫn lưu Kehr . Bơm rửa đường mật và chụp đường mật qua Kehr

- Mổ mở: Mở vào OMC lấy sỏi, kiểm tra đường mật, dẫn lưu Kehr

- Mổ nội soi: Phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy sỏi OMC hoặc nội soi tá tràng nong cơ Oddi lấy sỏi OMC

- Thủ thuật: Tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi nội soi: Các phương pháp này gần đây có được áp dụng ở một số bệnh viện lán

7.4. Dự phòng:

Vì sỏi ở nước ta cũng như một số nước nhiệt đới sỏi mật có liên quan mật thiết với nhiễm ký sinh trùng đường ruột và sau khi phẫu thuật lấy sỏi cũng rất dễ tái phát lại.

Đây là một vấn đề nan giải do vậy vấn đề vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, tẩy giun định kỳ và cải thiện môi trường sống là quan trọng đồng thời với việc sử dụng rộng rãi và có hiệu quả phương pháp lấy sỏi qua đường nội soi.

IV. Tài liệu học tập

1. Bệnh học ngoại khoa, tập 1(2000), nhà xuất bản Y học, Hà Nội#

2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa(1992), học viện Quân Y,

3. Bài giảng bệnh học ngoại khoa(1998), Đại học Y - Dược TP Hồ chí Minh,

VIÊM TỤY CẤP

I. Mục tiêu.

1. Mô tả được nguyên nhân viêm tuỵ cấp.

2. Trình bày được đặc điểm giải phẫu bệnh, sinh lý bệnh viêm tuy cấp

3. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các thể lâm sàng và chân đoán viêm tụy cấp

4. Trình bày được nguyên tắc điều trị viêm tuy cấp.

II. Đại cưong:

Viêm tụy cấp là một bệnh lý cấp cứu hay gặp bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao.

Viêm tụy cấp được chia làm 2 loại: Phù tụy cấp (viêm tụy cấp thể nhẹ) và viêm tụy cấp hoại tử (viêm tụy cấp thể nặng)

Khoảng 80% bệnh nhân ở thể viêm tụy thể nhẹ điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt. Còn lại là ở thể viêm tụy cấp hoại tử thường diễn biến xấu, điều trị khó khăn và tỷ lệ tử vong cao.

1. Nguyên nhân

- Viêm tụy cấp do sỏi mật

- Viêm tụy cấp do giun chui lên ống mật kết hơp với sỏi mật gây viêm tụy cấp thể phù đây là một bệnh lý hay gặp ở Việt Nam.

- Viêm tụy cấp do uống nhiều rượu

- Một số nguyên nhân viêm tụy cấp ít gặp như:

+ Rối loạn chuyển hoá lipit

+ Rối loạn vận động co tròn oddi

+ Sau chụp đường mật tụy ngược dòng

 + Sau chấn thương bụng

+ Sau mổ bụng nhất là ở vùng quanh tụy

+ Ngoài ra còn khoảng 10% viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân,

2. Giải phẫu bệnh

2.1.Viêm tụy cấp thể phù:

Một phần hoặc toàn bộ tụy phù nề, có màu tái

hoặc xám, khi cắt có dịch trong chảy ra. Sự phù nề có khi lan cả ra tô chức xung quanh và phúc mạc, có dịch xuât tiêt trong 0 bụng.

2.2. Viêm tụy cấp hoại tử

- Ổ bụng có nước máu có khi hơi đục số lượng từ vài trăm ml đến vài lít.

- Hiện tượng hoại tử mỡ thể hiện bằng những vết nến trên bề mặt tụy và có khi lan toả khắp ổ bụng.

- Tuyến tụy to ra, bờ không đều có những ổ hoại tử màu xám hoặc xám đen lẫn với những ổ chảy máu đỏ xẫm. Hiện tượng hoại tử có khỉ lan sang cả các tạng lân cận, dịch và tổ chức hoại tử có thể khu trú quanh tụy cũng có thể lan theo rãnh đại tràng xuống hố chậu ra sau phúc mạc.

3. Sinh lý bệnh

Giải thích cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp. Đa số các tác giả cho rằng một số men tụy tiết ra nhất là trypsin được hoạt hoá ngay trong tụy, làm tiêu huỷ tổ chức tụy gây lên hiện tượng viêm tụy cấp

Có tác giả cho rằng trong bệnh viêm tụy cấp do sỏi mật hoặc giun chui lên ống mật. Lý do viêm tụy cấp là do sỏi hoặc giun làm tắc đường mật chính tại bóng vater làm dịch mật hoặc dịch tá tụy trào ngược vào ống Wirsung, hoạt hoá men Trypsin tại đây, gây hoại tử tổ chức tụy dẫn tới viêm tụy cấp.

Vì bình thường dịch tụy chứa chất ức chế men Trysin, ngăn cản sự hoạt hoá của Trypsin khi gặp men Enterokinase của tá tràng thì Trypsin được hoạt hoá gây hoại tử tụy.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Triệu chứng cơ năng

a. Đau bụng: Đột ngột dữ dội đau ngày càng tăng, đau bụng trên rốn, lan ra vùng hạ sườn phải trái, xuyên ra sau lưng.

Trong trường hợp viêm tụy cấp do giun chui ống mật. Bệnh nhân đau bụng dữ

dội từng cơn thường có tư thế gập người hoặc gác chân lên tường, đầu dốc xuống thấp.

Nếu viêm tụy cấp do sỏi mật ngoài đau như kiểu giun chui ống mật còn kèm theo sốt và những cơn rét run.

Trường hợp viêm tụy cấp do rượu bệnh nhân thường đau khởi phát sau khi uống rượu bia. Tài liệu kinh điển còn mô tả những trường hợp viêm tụy cấp khởi phát sau bữa ăn thịnh soạn.

b. Nôn bí trung đại tiện

Nôn là một triệu chứng thường gặp kèm theo đau bụng. Lúc đầu nôn ra thức ăn và dịch dạ dày sau đó có khi nôn cả ra nước mật.

Không có trung tiện, đại tiện bụng chướng đầy hơi, đầy tức, khó chịu.

Trong trường hợp viêm tụy cấp thể nhẹ sau một vài ngày bệnh nhân trung tiện được bụng bớt chướng, bệnh sẽ lui dần.

c. Sốt: những ngày đầu ngoại trừ viêm tụy cấp do sỏi mật còn lại các trường hợp khác đều không sốt. Nếu sau 1 vài tuần mà xuất hiện sốt cao, kéo dài hoặc dao động cần nghĩ tới nhiễm trùng của những ổ hoại tử ở tụy hoặc quanh tụy.

4. 2. Triệu chứng toàn thân

- Viêm tụy cấp thể phù tình trạng toàn thân không trầm trọng, chỉ mệt mỏi nhưng tỉnh táo. Mạch huyết áp ổn định, không khó thở.

- Viêm tụy cấp thể hoại tử bệnh nhân có biểu hiện Shock: người giá lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt, tiếp xúc chậm chạp, lờ đờ mệt mỏi. Nếu có xuất hiện những mảng bần tím ở thân người và có những biểu hiện của trụy mạch thực sự thì tình trạng rất nặng.

4. 3. Triệu chứng thực thể

a. Bụng trướng: đều, có khi ở vùng trên rốn nhiều hơn. Không có dấu hiệu rắn bò, không nghe tiếng nhu động ruột.

Trong trường hợp có dịch ổ bụng có thể gõ đục hai mạn sườn và hai hố chậu.

b. Đau: vùng trên rồn và phản ứng thành bụng có khi mạnh như co cứng thành bụng nên dễ nhầm với thủng dạ dày tá tràng.

c. Điểm sườn lưng đau

Phần lớn bệnh nhân viêm tụy cấp có đau điểm sườn - thắt lưng. Có thể đau ở bên phải hoặc trái hoặc cả 2 bên. Đây là triệu chứng quan trọng của viêm tụy cấp

4.4. Triệu chứng khác.

- Một số trường hơp có dịch tràn màng phổi

- Một số có thể thấy mảng bần tím ở mạng sườn hoặc quanh rốn. Nếu có những dấu hiệu này là biểu hiện của chảy máu vùng bụng và quanh tụy tiên lượng rất nặng

5. Triệu chứng cận lân sàng

5.1. Xét nghiệm sinh hoá và huyết học

Amylase: tăng trong máu và nừớc tiểu, bình thường Amylase máu < 220u/l. Amylase niệu <1000u/l, Amylase trong máu chỉ tăng trong 1 vài ngày đầu sau đó giảm dần. Vì vậy sau 1 vài ngày phải làm Amylase nước tiểu. Nhưng Amylase còn tăng trong nhiều bệnh lý khác như tắc ruột, thủng dạ dày tá tràng, viêm tuyến mang tai vì vậy đây là một xét nghiệm không đặc hiệu.

Lipase: Tăng trong máu có gía trị hơn xét nghiệm Amylase. Nhưng Lipase cũng tăng trong các bệnh thủng dạ dày, tắc ruột, suy thận nhồi máu mạc treo.

- Số lượng bạch cầu: tăng đa số là đa nhân trung tính.

- Hematorit: tăng do tính trạng máu cô.

- Ure máu: tăng do mất nước.

- Đường máu: tăng do giảm tiết Insulin tăng tiết Catecholamin và Glucagon.

- Giảm calci và mage: do tác dụng với axit béo tạo thành xà phòng (các vết nến).

- Có thể thấy tăng Bilirubin trong máu.

5.2. Xquang

Trên phim chụp ổ bụng không chuẩn bị thấy các hình ảnh sau:

- Dãn một quai ruột ở vung lân cận tụy thường gọi là dấu hiệu quay ruột cảnh vệ.

- Hình các quai ruột trướng hơi biểu hiện của liệt ruột cơ năng.

- Hình vôi hoá của viêm tụy mãn tính. Ngoài ra chụp bụng không chuẩn bị còn phát hiện được dấu hiệu bệnh lý của 1 số bệnh khác như:

+ Hình liềm hơi trong thủng dạ dày tá tràng.

+ Mức nước, mức hơi trong tắc ruột cơ giới.

+ Hình cản quang của sỏi tiết niệu.

5.3. Siêu âm:

- Kích thước tụy to phù nề, phát hiện các mang tụy, ổ hoại tử ở tụy, hoặc phát hiện được sỏi mật, sỏi tụy.

- Phát hiện được dịch quanh tụy, rãnh đại tràng, sau phúc mạc ...

- Tất nhiên trong thời kỳ đầu của bệnh vì bụng nhiều hơi nên siêu âm rất khó khăn, vì vậy kết quả hạn chế.

5.4. chụp cắt lớp vỉ tính

Là phương tiện chẩn đoán rất có giá trị nó cho thấy các hình anh: Kích thước, mức độ và vị trí tổn thương của tụy, những vùng hoại tử nang giả tụy, hoặc những ổ áp xe, hoại tử của tụy hoặc quanh tụy. Những hình ảnh chụp cắt lớp giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.

5.5. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI)

Là phương tiện không dùng tia X có giá tri chẩn đoán cao nhưng giá thành rất cao.

6. Biến chứng

6.1. Toàn thân:

 Gây suy giảm tuần hoàn hô hấp, ở thể nặng có thể suy đa tạng tỷ lệ tử vong cao

- Trụy tim mạch: Do tổn thương nội mạc của thành mạch làm huyết tương thoát ra khoảng gian bào xung quanh tụy và sau phúc mạc kết quả đưa tới giảm khối lượng tuần hoàn dặn đến tình trạng sốc do giảm khối lượng tuần hoàn.

- Suy hô hấp: đau và tình trạng nằm lâu dẫn tới ứ đọng đờm rãi gây sẹp phổi, viêm phổi có thể có tràn dịch màng phổi, phù nề tổ chức kẽ ở phổi. Tất cả các yếu tố trên dẫn tới suy hô hấp.

- Suy giảm chức năng thận: Do giảm khối lượng tuần hoàn và co mạch dẫn tới rối loạn chức năng thận làm giảm khối lượng nước tiểu.

- Biến chứng ở dạ dày ruột: trong những thể nặng có thể gây loét chợt nông hoặc loét dạ dày hành tá tràng, phát hiện bằng nội soi dạ dày.

6.2. Biến chứng trong ổ bụng.

- ổ dịch: khu trú quanh tụy hoặc khoang giữa gan thận, nách thận. Những ổ này thường không có vách ngăn và tự tiêu.

- Ổ hoại tử tụy: Những ổ này có thể trong nhu mô tụy, có khi lan toả toàn bộ tụy và có thể lan ra xung quanh tới rễ mạc treo đại tràng ngang, hậu cung mạc nối, ra khoang sau phúc mạc và có thể tái tận túi cùng Douglas. Quá trình hoại tử có thể lan vào các tạng như dạ dày, lách, đại tràng ngang gây tình trạng rất nặng dẫn tới tử vong.

- Ổ áp xe tụy: xuất hiện vào tuần thứ 3 hoặc thứ 4 của bệnh. Bệnh nhân thường sốt cao dao động chọc rò dưới siêu âm có mủ nuôi cấy có vi khuẩn.

- Nang giả tụy: cấp tính thường xuất hiện sau 4 tuần đầu của bệnh. Khám lâm sàng có thể thấy 1 khối nổi phồng trên thành bụng ở vùng tụy, nắn đau tức. Khi nang bị bội nhiễm sẽ trở thành áp xe. Nếu nang tồn tại lâu sẽ thành nang mãn tính, khi đó phải can thiệp nối nang vào đường tiêu hoá.

7. Tiến triển và tiên lượng

Tiến triển của viêm tụy cấp hoàn toàn phụ thuốc vào mức độ tổn thương của tụy. Nếu viêm tụy ở thể phù nề chỉ cần điều trị vài ngày đến 1 tuần là khỏi không để lại di chứng. Những trường hợp viêm tụy cấp hoại tử thì phải phụ thuộc vào mức độ hoại tử của tụy và những tạng khác quanh tụy. Để đánh giá tiên lượng viêm tụy cấp rất khó khăn và có rất nhiều cách đánh giá tiên lượng khác nhau. Nhưng bảng yếu tố tiên lượng của Glasgow được sử dụng nhiều nhất và phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam.

Bảng đánh giá bao gồm 8 điểm dựa vào những đánh giá từ khi bệnh nhân mới nhập viện:

-Tuổi > 55 tuổi

- Bạch cầu > 15.000/mm3

- Đường máu > 10 mmol/1

- Ure > 16 mmol/1

-Pa02 < 60 mmHg

- Calci máu < 2 mm/ỉ

- Albumin máu< 32 g/ì

- Lactico-hydrogenase > 600 u/ỉ

Nếu bệnh nhân có từ 3 yếu tố trở lên là viêm tụy cấp thể nặng, càng nhiều yếu tố tiên lượng càng xấu.

Tuy nhiên bảng đánh giá này cũng có những hạn chế vì nó chỉ liên quan tơi bệnh trong những giờ đầu. Vì vậy cần phải được kết hợp với siêu âm, chụp cắt lớp ... để đánh giá tiên lượng bệnh và đưa ra những quyết định điều trị hợp lý.

8. Điều trị

8.1. Điều trị nội khoa

- Chống sốc: nếu có biểu hiện sốc phải hồi sức tích cực bồi phụ khối lượng tuần hoàn cần đặt Sonde bàng quang để theo dõi nước tiểu, theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung tâm. Sau khi đã bù đủ khối lượng tuần hoàn dùng thuốc co mạch trợ tim.

- Giảm đau: không dùng Moocíin vì có thể làm co thắt Oddi làm viêm tụy cấp nặng thêm. Có thể dùng các thuốc như Pethidin, Keterolac. Có thể dùng phương pháp phong bế thần kinh gây tê ngoài màng cứng để làm giảm đau.

- Đặt Sonde dạ dày trong những ngày đầu để làm giảm ứ đọng ở dạ dày ruột để tới khi có trung tiện thi rút bỏ.

- Suy giảm hô hấp: nếu có tràn dịch màng phổi cần chọc hút, cho bệnh nhân thở Oxy.

- Giảm sự bài tiết của tụy không cho bệnh nhân ăn uống, nuôi dưỡng bệnh nhân bằng đường tĩnh mạch. Khi có trung tiện cho bệnh nhân ăn uống trở lại.

- Cho các loại thuốc kháng axit và kháng H2 để đề phòng tai biến khi có loét dạ dày, tá tràng. Thuốc Samatostatin tự nhiên có tác, dụng tốt trong điều trị viêm tụy cấp. Ngược lại Samatostatin tổng hợp không có tác dụng trong điều trị.

- Nếu có biến chứng suy thận cần phải được chạy thận nhân tạo để lọc máu

- Truyền yếu tố VIII và tiểu cầu để chống tiêu sợi huyết gây đông máu rải rác trong lòng mạch.

- Chống nhiễm khuẩn dùng kháng sinh có tính chất dự phòng trong thể nhẹ, tuy nhiên khi có bội nhiễm thì dùng kháng sinh là bắt buộc và cần thiết.

2. Điều trị ngoại khoa

Việc diều tri ngoại khoa chỉ đặt ra khi có nguyên nhân rõ ràng gây viêm tụy cấp hoặc khi có những biến chứng cần can thiệp.

a. Viêm tụy cấp không do sỏi mật.

- Chỉ mổ khi chụp cắt lớp có ổ hoại tử, chọc rò có mủ nuôi cấy có vi khuẩn. Sau khi mở bụng lấy ổ hoại tử và đặt dẫn lưu thật tốt. Khi có hoại tử khu trú ở đuôi tụy thì tiến hành cắt đuôi tụy, nhưng đây là phẫu thuật rất nặng tỷ lệ tử vong cao.

- Chỉ định mổ khi có áp xe tụy: tiến hành mổ tháo mủ ổ áp xe và dẫn lưu bằng nhiều ống, kết họp tưới rửa qua ống dẫn lưu.

- Nang giả tụy: những ổ này có thể tự tiêu hoặc phải chọc hút. Nhưng cũng có thể nang tái lập và tồn tại thành vỏ chắc chắn thì phải nối nang tụy vào đường tiêu hoá.

b. Viêm tụy do sỏi mật:

Phải can tiệp ngoại khoa là cần thiết để giải quyết nguyên nhân.

- Viêm tụy cấp thể nhẹ do sỏi mật, giun: Mổ càng sớm càng tốt lấy giun, sỏi và dẫn lưu Kehr.

- Viêm tụy thể nặng do sỏi giun: trước tiên phải điều trị nội khoa tích cực kết hợp với soi tá tràng cắt cơ vòng Oddi qua đó lấy giun và sỏi mật là đủ. Không cần phẫu thuật gây lên trình trạng nặng cho bệnh nhân.

Trong trường hợp nhiều sỏi ở đường mật và trong gan thủ thuật trên chỉ là biện pháp can thiệp bước đầu trong tình trạng bệnh nhân quá nặng. Khi ổn định cần phải mổ để giải quyết triệt để đề phòng tái phát.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

SỎI HỆ TIẾT NIỆU

I. Mục tiêu

1. Trình bày được những yếu tố thuận lợi và đặc điểm dịch tễ học của sỏi hệ tiết niệu.

2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo

3. Liệt kê được các biến chứng của sỏi tiết niệu

II. Nội dung

1. Dịch tễ học sỏi tiết niệu

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nhất là các nước vùng nhiệt đới, ở Mỹ hằng năm có khoảng 400. 000 bệnh nhân phải nhập viện điều trị sỏi niệu. Đa số bệnh nhân có tuổi từ 30- 50 ; nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao gấp 3 lần so với phụ nữ, người da trắng bị bệnh cao gấp 4 - 5 lần so với người da đen.

Một người có tiền sử đái ra sỏi thì 15 % có khả năng đái ra sỏi sau 3 năm, sau 15 năm thì tỷ lệ này là 30 %. Bệnh sỏi niệu là bệnh sảy ra trong suốt đời người bệnh, ở Việt Nam sỏi niệu chiếm tỷ lệ khá cao trong cộng đồng, tuỳ theo địa lý và theo một số thống kê nó chiếm 1 - 3 % dân số, tuổi mắc bệnh hay gặp từ 20 — 60 tuổi, gặp cả ở giới nam và nữ . Theo thống kê cùa một số cơ sở điều trị thì bệnh sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất trong khoa tiết niệu;

Khoa tiết niệu bệnh viện Việt - Đức trong 10 năm ( 1958 - 1967 ) điều trị cho 1834 bệnh nhân sỏi niệu trong đó:

+ Sỏi thận chiếm 42 %;

+sỏi niệu quản chiếm 40 %;

+ Sỏi bàng quang là 17 %.

Khoa tiết niệu viện Quân Y 103 trong 10 năm ( 1978 - 1988 ) có 1261 bệnh nhân điều trị sỏi tiết niệu, trong đó:

+ Sỏi thận : 725 chiếm tỷ lệ 57 %

+ Sỏi niệu quản : 353 chiếm 28 %

+ Sỏi bàng quang: 165 chiếm 13 %

+ Sỏi niệu đạo : 18 chiếm 1,4%

Trong đó có 54 sỏi san hô, 146 sỏi cả hai bên, 68 trường hợp sỏi nằm ở nhiều vị trí. Đây là những loại sỏi gây nhiều biến chứng phức tạp và trong điều trị gặp rất nhiều khó khăn

Các thống kê trên phù hợp vói các thống kê khác trên thế giới: sỏi thận và sỏi niệu quản chiếm đa số trong các trường hợp sỏi tiết niệu.

Chế độ ăn uống không hợp lý ( quá nhiều đạm, nhiều hydratcarbon, natri, oxalat.. ) nhiễm khuẩn đường tiết niệu, sống ở những vùng khô cằn, vùng nhiệt đới thưòng là những yếu tố thuận lợi để sỏi phát sinh

2. Nguyên nhân và các yếu tố gây thuận lợi sỏi niệu

Có nhiều thuyết về nguồn gốc sỏi niệu nhưng thống nhất quan điểm: sỏi tiết niệu là hậu quả của nhiều rối loạn do nhiều nguyên nhân tại chỗ và toàn thân

2.1. Nguyên nhân toàn thân:

Có sự rối loạn chuyển hoá, đặc biệt là sự tăng canxi trong nước tiểu. Bình thường canxi nước tiểu 150 - 200mg/24 giờ, tăng trong các trường hợp: Rối loạn chức năng tuyến cận giáp, rối loạn nội tiết, ăn sữa lâu dài....Hoặc tăng axit uric trong nước tiểu

2.2. Nguyên nhân tại chỗ

Theo Randall ( 1937 ) mô tả những đám vôi ở nhu mô thận, đám vôi đó sinh ra sỏi lúc đầu có cuống bám vào nhu mô thận về sau thành sỏi di động

Giả thiết của Carr là có những tiểu thạch hình thành ở đường bạch huyết của nhu mô thận. Nhưng được công nhận hơn cả là thuyết hình thành sỏi từ trong lòng hệ tiết niệu qua nhiều giai đoạn:

Đầu tiên là sự hình thành nhân sỏi sau đó kết tụ các nhân sỏi tạo sỏi cố định từ đó dần dần phát triển to lên. Theo thuyết này sự bão hoà nước tiểu phải qua 3 vùng:

+ Vùng chưa bão hoà: ở đây không có sự hình thành sỏi

+ Vùng giới ẩn: ở đây chỉ khi có một nhân ngoại lai ( mucoprotein ) thì sỏi mới được hình thành

Vùng không ổn định: ở đây có sự kết tủa ngẫu phát đưa đến hình thành sỏi mà không cần nhân ngoại lai

Lý thuyết về sự hình thành sỏi được áp dụng cho tất cả mọi loại sỏi

2.3. Các loại sỏi

2.3.1. Sỏi canxi có 2 dạng: canxi oxalat và canxi phòsphat. Thường gặp trong các bệnh lý:

+ Tăng canxi niệu do rối loạn hấp thu, rối loạn chức năng thận, do tiêu huỷ xương....Hấp thu vitamin D ở ruột bị rối loạn thì có sự tăng cường hấp thu canxi vào máu đồng thời với sự suy giảm chức năng tuyến cận giáp hậu quả là có một khối lượng lớn canxi được thải qua thận. Chức năng thận có thể bị rối loạn và không giữ được canxi, canxi thoát ra ngoài kích thích hormon cận giáp trạng làm tăng cường tổng hợp vitamin D3 và tăng cường hấp thu canxi ở ruột. Tiêu huỷ xương gặp trong: Cường cận giáp, cường giáp, ung thư di căn, nàm bất động lâu.

+ Tăng oxalat niệu: Bình thường sự bài xuất chất này là 10 - 50 gr/ 24 giờ, tăng do nguồn thức ăn cung cấp. Thường oxalat từ thức ăn vào một kết hợp với canxi rồi thải theo phân ra ngoài, ở những bệnh nhân axit béo tăng trong một hút một lượng lớn canxi nên nó không kết hợp được rió sẽ bị hấp thu lại và được bài tiết qua thận

2.3.2. Sỏi axit uric: Bình thường bài tiết qua thận là 400 mg/ 24 giờ. Khi pH nước tiểu thấp hơn 5,5 axit uric không phân ly và khó tan sẽ tạo thành tinh thể

2.3.3. Sỏi Cystin: Do giảm tái hấp thu các loại aminoacid như cystinl lysin, omithin, arginin và khi nước tiểu càng kiềm thì mức độ hoà tan của cystin càng tăng lên. Bình thường cystin bài xuất < 100mg/24 giờ

2.3.4 .Sỏi kết hợp với nhiễm khuẩn: Thành phần sỏi là amoni magie phosphat ( Struvit ) thường kết hợp vói carbonat apatit. Các vi khuẩn proteur, pseudomonas, staphylococcus, klebsiella tác động lên uree niệu làm pH nước tiểu kiềm tính làm tăng các thành phần bicarbonat và ion amonium tạo sỏi struvit. Trong nhiễm khuẩn thứ phát lớp struvit bên ngoài bao bọc một nhân cystin hoặc oxalat canxi

3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:

3.1. Sỏi thận: Phần lớn có những triệu chứng đặc hiệu

3.1.1. Lâm sàng

+ Cơn đau quặn thận: đau một hoặc hai bên vùng thắt lưng, lan xuống vùng bẹn, đau thành cơn kèm theo có chướng bụng, nôn, bí trung tiện

Cơn đau dữ dội thường xảy ra sau một rung chuyển mạnh, gắng sức

Đau kèm theo các rối loan tiểu tiện: Đái rắt, đái buốt, đái máu hoặc đaí sỏi

 Đau giảm khi được nghỉ ngơi hoặc đái ra sỏi

Cũng có khi là những cơn đau quặn thận không điển hình: Đau âm 1 vung thăt lưng, nôn, bụng chướng

+ Đái máu: là triệu chứng thường gặp, đái máu toàn bãi trong cơn đau quặn thận + Đái đục khi có viêm nhiễm kèm theo hoặc đái ra mủ

+ Vô niệu

+ Khám thấy thận to: Dấu hiệu chạm thận, bập bềnh thận dương tính

3.1.2. Cận lâm sàng

+ Xquang: Đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán sỏi thận

Chụp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị: Bệnh nhân được thụt tháo sạch phân trước khi chụp thường thấy hình ảnh sỏi cản quang

Chụp niệu đồ tĩnh mạch ( U,I.V ): Với điều kiện urê máu bình thường, bệnh nhân không dị ứng với iode. đôi khi phải chụp phim muộn sau 24 giờ, nhất là trong trường hợp sỏi không cản quang như sỏi uric. Ngoài việc biết được số lượng và kích thước sỏi, tình trạng đường niệu nó còn cho biết chức năng thận hai bên

+ Siêu âm hệ tiết niệu hiện nay được áp dụng rộng rãi

+ CT - Scanner: Là một phương pháp chẩn đoán hiện đại nhưng giá thành còn cao cho nên không phổ biến rộng rãi

+ Xét nghiệm nước tiểu: Có tinh thể sỏi, vi khuẩn, hồng cầu, bạch cầu và tế bào mủ

3.2. Sỏi niệu quản

3.2.1. Lâm sàng

+ Cơn đau bụng dữ dội do sự dịch chuyển của sỏi trong niệu quản, đau từng cơn dữ dội vùng thắt lưng lan xuống bộ sinh dục ngoài, cơn đau có thể vài phút hoặc hàng giờ. Có thể chỉ đau âm ỉ ở vùng thắt lưng hoặc có cảm giác nặng, căng tức vùng thắt lưng

+ Đái rắt, đái buốt

+ Có thể có đái máu, đái ra sỏi

+ Khắm có co cứng cơ thắt lưng, bụng chướng, ấn điểm niệu quản đau.

 Có thể sờ thấy thận to nếu sỏi niệu quản gảy tắc, biến chứng ứ nước ứ mủ

3.2.2. Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm nước tiểu có tinh thể sỏi, có hồng cầu, bạch cầu

+ Chụp xquang hệ niệu không chuẩn bị có thể thấy hình cản quang của sỏi

+ Chụp niệu đồ tĩnh mạch xắc định vị trí sỏi, chức năng thận, mức độ giãn của đường niệu phía trên chỗ tắc hoặc xác định được cấc dị dạng của niệu quản

+ Chụp niệu quản bể thận ngược dòng phắt hiện những sỏi ít hoặc không cản quang, tắc niệu quản...

3.3. Sỏi bàng quang

Ngoài những đặc điểm chung của sỏi niệu, sỏi bàng quang thường là sỏi liên quan đến sự ứ đọng của nước tiểu do chướng ngại ở cổ bàng quang. Việc chẩn đoán và điều trị đơn giản hơn sỏi phần trên hệ tiết niệu.

3.3.1. Lâm sàng

+ Đau buốt ở vùng hạ vị,đau tăng ở cuối bãi đái, cơn đau lan tói tầng sinh môn và ra đàu âm vật hoặc dương vật. Khi đái xong cảm giác đau tăng lên

+ Đái rắt: Mót đái thường xuyên, đái nhiều lần mỗi lần được một ít, thỉnh thoảng bị tắc đái

+ Đái máu cuối bãi

+ Đái đục khi có viêm bàng quang

+ Thăm trực tràng hoặc thăm âm đạo có thể sờ thấy sỏi to hoặc phát hiện ra nguyên nhân sỏi như u tuyến tiền liệt

+ Dùng ống thông bằng kim loại đưa vào bàng quang có thể có dấu hiệu chạm sỏi

3.3.2. Cận lâm sàng

+ Xquang: Chụp xquang hệ niệu không chuẩn bị có thể thấy phần lứn sỏi bàng quang, ít khi khi phải sử dụng niệu đồ tĩnh mạch

+ Soi bàng quang cho chẩn đoán chắc chắn

+ Xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu,bạch cầu, vi khuẩn

3.4. Sỏi niệu đạo

Sỏi niệu đạo thường là sỏi bàng quang và sỏi phần tiết niệu trên xuống, thường gặp ở nam giới, sỏi cũng có thể được hình thành tại chỗ do có túi thừa niệu đạo

- Bệnh nhân thường thấy đái khó hoặc đái tắc đột ngột, có khi bí đái

- Cơn đau buốt lan xuống tầng sinh môn và qui đầu

- Sỏi nằm ở túi thừa thì không gây rối loạn tiểu tiện

- Thăm trực tràng thấy sỏi (sỏi niệu đạo sau) hoặc sờ thấy ( sỏi niệu đạo trước )

- Thăm bằng ống thông kim loại có dấu hiệu chạm sỏi

- Chụp xquang hệ niệu phát hiện sỏi

4. Biến chứng của sỏi niệu

4.1. Ứ nước, ứ mủ:

 Thường gặp trong sỏi thận và sỏi niệu quản hậu quả làm giảm chức năng thận nếu không được điều trị thận sẽ hoàn toàn mất chức năng. Nếu cả hai thận đều bị tắc sẽ vô niệu đe doạ ngay đến tính mạng của bệnh nhân

4.2. Viêm thận kẽ

4.3. Viêm đài bể thận

4.4. Viêm thận mủ

4.5. Viêm quanh thận

5. Các phương pháp điều trị sỏi hiện nay

5.1. Chỉ định các phương pháp điều trị

Nếu bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn niệu hoặc có tình trạng tắc đường niệu phải can thiệp ngay hoặc đặt thông niệu quản lưu hoặc dẫn lưu thận ra da

Sỏi nhỏ không có tắc đường niệu thì điều trị bảo tồn bằng cách cho bệnh nhân uống nước nhiều, cho thuốc giảm đau, lợi tiểu . Trong quá trình điều trị phải theo dõi bằng siêu âm hoặc phim xquang

- Trong vòng vài thập kỷ gần đây điều trị sỏi hệ niệu có nhiều thay đổi to lớn nhờ những tiến bộ trong lĩnh vực quang học, siêu âm và laser. Có nhiều phương pháp hiện đại như ‘ Tán sỏi ngoài cơ thể “ “ Lấy hoặc tán sỏi qua nội soi “ “ Lấy sỏi thận qua da

...Phương pháp phẫu thuật lấy sỏi dần dần bị thu hẹp chỉ đinh. Việc áp dụng những phương pháp trên được coi như một cuộc cách mạng kỹ thuật điều trị sỏi tiết niệu

5.2. Tán sỏi ngoài cơ thể:

Được áp dụng rộng rãi trong những năm gần đây, dự trên nguyên lý xung động sóng tập trung vào một tiêu điểm ( sỏi ) với một áp lực cao ( 800 - 1000 bares) lam vỡ vụn sỏi sau đó được bài thải ra ngoài. Phương pháp này đươc áp dụng cho sỏi đài bể thận hoặc sỏi niệu quản trên có đường kính < 2 cm, sỏi không được quacứng; có thể tán nhiều lần

5.3. Lay (tán ) sỏi thận qua da:

Phương pháp này lấy được hầu hết sỏi thận kể cả sỏi san hô, sỏi qụá rắn. Kỹ thuật này la tạo một đưòng hầm qua nong dần tổ chức từ ngoài da vào bể - đài thân rồi đưa dụng cụ vào đê lây hoặc tán sỏi. Kỹ thuật này có khả năng có nhiều biến chứng lớn, đòi hỏi kỹ thuật cao

5.4. Tán sỏi qua nội soi:

Phựơng pháp này sử dụng ống soi cứng hoặc mềm đưa từ niệu đạo qua bàng quang lên niệu quản, có thể lấy sỏi bằng rọ Dormia hoặc tán sỏi bằng điện từ trường, sóng điện thuỷ lưc hoặc bằng siêu âm, laser rồi lấy sỏi ra ngoài. Thường áp dụng cho sỏi ở niệu quản đoạn thấp

5.5. Tán sỏi cơ học : chủ yếu cho sỏi bàng quang

5.6. Tán sỏi bằng sóng chấn động laser (Laser shockwave lithotripsy):

Ứng dụng kỹ thuật FREEDY để tạo ra sóng xung laser bằng phương pháp không sinh nhiệt. Phương pháp này có độ an toàn cao, tán sỏi ở hầu hết mọi vị trí hệ tiết niệu, không phụ thuộc vào độ cứng và kích thước sỏi

5.7. Phẫu thuật mở: áp dụng cho các trường hợp

Sỏi nhiễm khuẩn điều trị không kết quả

Sỏi có biến chứng gây chảy máu, tắc đường niệu, ứ nước ứ mủ thận, sỏi qua lớn, quá rắn

Sỏi không thể can thiệp bằng các phương pháp điều trị không mổ: Hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang không thể đặt được máy

Sỏi trên bệnh nhân có các bệnh lý đường niệu kết hợp như túi thừa, u tuyến tiền liệt, u bàng quang, hẹp niệu quản.

Biến chứng của các phương pháp tán sỏi khác

6. Dự phòng sỏi niệu:

Điều trị nội khoa có vai trò quan trọng trong phòng bệnh và tránh sỏí tái phát:

+ Hướng dẫn bệnh nhân uống đầy đủ nước, đảm bảo bài tiết 1,5 lít nước tiểu / 24 giờ

+ Hạn chế những thức ăn sinh ra tinh thể gây sỏi như canxi, purin...

+ Dùng kháng sinh trong những trường hợp nhiễm khuẩn niệu đặc biệt phải điều trị triệt để những nhiễm vi khuẩn có tác động trên uree niệu

+ Thay đổi pH nước tiểu ( Kiềm cho loại sỏi uric và cystin; toan cho sỏi phosphat canxi và sỏi nhiễm khuẩn)

+ Giải quyết nguyên nhân: Loại bỏ các nguyên nhân ứ đọng và nhiễm khuẩn; cắt bỏ một phần tuyến cận giáp....

IV. Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2001), Nhà xuất bản Y học, Đại học Y- Dược thành phô Hồ Chí Minh

2. Bài giảng bệnh học ngoại khoa (2000), Nhà xuất bản Y học, Đai hoc Y Hà nôi Bệnh học tiết niệu (1998), Nhà xuất bản Y học Hà Nội

VIÊM RUỘT THỪA CÂP

I. Mục tiêu

1. Trình bày được dịch tễ học và giải phẫu bệnh lí của viêm ruột thừa

2. Mô tả đươc các triệu chứng của viêm ruột thừa

3. Liệt kê được diễn biến của viêm ruột thừa.

4. Phân biệt được vói các trường hợp cấp cứu bụng ngoại khoa khác

5. Mô tả được các bước kĩ thuật mổ viêm ruột thừa

II. Nội dung.

1. Đặc điểm dịch tễ.

1.1. Định nghĩa:

Viêm ruột thừa cấp là tình trạng bệnh lí cấp tính của ruột thừa, ruột thừa viêm do vi khuẩn kết họp vói yếu tố cơ học làm tắc nghẽn lòng ruột (sỏi phân, giun đũa, hạt sạn...)

1.2. Sự thường gặp:

- Là một cấp cứu ngoại khoa về bụng rất thường gặp (60-70%). Dễ chẩn đoán ở những trường hợp điển hình, song có nhiều khi khó chẩn đoán (Ruột thừa trẻ em, già, phụ nữ có thai, vị trí ruột thừa thay đổi). Theo WHO (1995) VRTC gặp 255/100.000 dân số, Pháp (1995) VRTC gặp 195/100.000 dân số, tỷ lệ nam/nữ là 0,83.

- Khi chẩn đoán viêm ruột thừa thì chỉ có mổ, mổ càng sớm càng tốt vì trên thực tế không có sự song song giữa mức độ tổn thương thực thể của ruột thừa và các dấu hiệu lâm sàng của nó.

- Mổ sớm để tránh các biến chứng phức tạp và nguy hiểm của bệnh như viêm phúc mạc do thủng một thừa viêm (Sớm tỷ lệ tử vong 1-2 %0, muộn 10% ).

2. Giải phẫu của ruột thừa.

Ruột thừa là phần tịt của ống tiêu hoá dài khoảng 8cm (từ 2 - 15cm) gốc ruột thừa liền với manh tràng, chỗ tụm lại của 3 giải cơ dọc, nằm phía sau trong cách góc hồi manh tràng khoảng 3cm.

Còn ở trẻ em đáy manh tràng hình nón, đỉnh hình nón là gốc ruột thừa, ở trong ổ bụng: manh tràng và ruột thừa (hồi, manh, trùng tràng) nằm hố chậu phải, còn có số ít trường hợp ruột thừa ở hố chậu trái (đảo ngọc phủ tạng), ruột thừa giữa bụng (mạc treo chung), ruột thừa dưới gan (1 - 3%) do thời kỳ bào thai ruột quay chưa hết, ruột thừa tiểu khung

Ruột thưa viêm do 2 nguyên nhân nhiễm khuẩn và tắc nghẽn lòng ruột thừa. Mới đầu do tế bao niêm mạc ruột thừa bong ra, sỏi phân, kí sinh trùng, dây chằng làm gập ruột thừa hoặc phì đại các nang limpho làm lòng ruột thừa tắc, áp lực lòng ruột tăng lên > 100 cm H20, Rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch, động mạch, tạo điều kiện vi khuẩn thâm nhập vào dẫn tới viêm hoại tử.

3.2.Giải phẫu bệnh:

3.2.1. Viêm xúng huyết

Mở vào ổ bung nhìn ruột thừa có vẻ bình thưòng, mạch máu dưới thanh mạc viêm đỏ, lúc này lòng ruột thừa đã viêm ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, ổ bụng có ít dịch xuất tiết.

3.2.2. Viêm mủ

Mở vào ruột thừa căng - có giả mạc bám ngoài - lòng ruột thừa đã có mủ, ổ bụng có dịch xuất nhiều, nhiều khi dịch đục, nuôi cấy vi khuẩn mọc chủ yếu G(-).

3.2.3. Thể hoại tử:

Ruột thừa viêm hoại tử, có thể hoại tử ở đầu, thân hoặc gốc ruột thừa, lỗ thủng bằng que tăm, quanh miệng lỗ thủng máu đen - ổ bụng nhiều mủ thối - hơi - Nếu thể trạng bệnh nhân tốt ruột thừa được mạc nối lớn bọc lại hoặc tạo nên ổ abcès.

3.2.4. Viêm xuất tiết:

Loại này do sức đề kháng hoặc có bệnh nhân xoa nắn - ruột thừa viêm tiết dịch mạc nối lớn và các quai ruột dính lại tạo nên đám quánh.

4. Triệu chứng.

4.1. Triệu chứng lâm sàng.

Viêm ruột thừa là bệnh cấp tính do vậy thường gặp ở người khoẻ mạnh, đang lao động, học tập hoặc sinh hoạt, không phân biệt lứa tuổi và giới tính.

4.1.1. Triệu chứng toàn thân:

- Bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn rõ, môi khô, se, lưỡi trắng bẩn.

- Sốt nhẹ 37°5 - 38°c, đôi khi do phản ứng của cơ thể nhiệt độ 38°5-39°'C.

- Mạch nhanh > 90 lần/lphút.

- Xét nghiệm số lượng bạch cầu tăng, thường > 10.000 BC/mm3 máu, bạch cầu đa nhân tăng > 70%. Song trên thực tế, một số bệnh nhân viêm ruột thừa số lượng bạch cầu không tăng (20 - 30%).

4.1.2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: Bệnh nhân khoẻ mạnh đột nhiên xuất hiện đau bụng vùng hố chậu phải, đau tăng lên theo thời gian, đau khi đi lại, có bệnh nhân lúc đầu lại đau ở thượng vị hoặc quanh rốn, sau đau khu trú hố chậu phải.

- Nôn: Bệnh nhân có thể nôn hoặc buồn nôn, dấu hiệu không thường xuyên.

- Rối loạn vận chuyển của ruột: Không trung tiện, táo bón, có bệnh nhân đi ỉa chảy, triệu chứng không đặc hiệu.

4.1.3.Triêu chứng thực thể:

Tăng cảm giác da: Khi khám mới chạm tay vào hố chậu phải bệnh nhân kêu đau. Dấu hiệu không thường xuyên.

- Phản ứng thành bụng: Thăm khám nhẹ nhàng - vùng hố chậu phải có phản ứng.

- Điểm đau: Khám ấn điểm ruột thừa bệnh nhân đau: Mc-Bumey, Lan, Clado.

4.1.4. Các dấu hiệu thực thể khác:

- Thăm trực tràng hoặc âm đạo thành bên phải đau.

- Ấn điểm trên mào chậu đau khi ruột thừa sau manh tràng.

- Đẩy tử cung từ trái sang phải, bệnh nhân đau vùng hô chậu phải gặp phụ nữ có thai to.

4.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu cấp cứu số lượng bạch cầu tăng.

- Nghi ngờ sỏi niệu quản phải thì xét nghiệm nước tiểu, chụp bụng không chuẩn bị - siêu âm.

5. Diễn biến của viêm ruột thừa.

Ruột thừa viêm diễn biến phức tạp, có khi cơn đau dịu đi rồi hết đau, hết sốt, hố chậu phải mềm, không đau khi sờ nắn bệnh khỏi, có trường hợp cơn đau dịu đi sau đó đau lại, đau tăng lên và lan khắp bụng lúc đó ruột thừa viêm đã vỡ mủ.

5.1. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa:

5.1.1. Viêm phúc mạc sau 48h:

Bệnh nhân viêm một thừa không được điều trị, người bệnh đến với bệnh cảnh viêm phúc mạc:

- Sốt cao 39 - 40°, môi khô se, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, mạch nhanh: 100-120 lần /phút, xét nghiệm máu bạch cầu tăng > 10.000.

- Đau khắp bụng kèm nôn và bí tmng tiện.

- Bụng chướng: Có cảm ứng phúc mạc rõ, ấn vào bệnh nhân đau khắp bụng, nhưng đau nhất vẫn vùng hố chậu phải.

Thăm trực tràng cùng đồ Douglas đau.

5.1.2. Viêm phúc mạc thứ phát:

- 2 thì = (Đau bụng - sốt) triệu chứng của viêm ruột thừa cấp triệu chứng dịu đi "khỏi dối trá" đến ngày 5 - 6 sau cơn đau đầu tiên bệnh nhân đau tăng lên, lan khắp bụng, khám bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc.

- 3 thì: viêm ruột thừa diễn biến thành Abcès, Abcès vỡ ra viêm phúc mạc.

5.2. Abcès ruột thừa: (viêm phúc khu trú)

Ruột thừa viêm, vỡ ra được mạc nối, các quai một bao bọc lại, khi khám ta sẽ thấy:

- Hố chậu phải có khối lồi lên danh giới rõ rệt, liền với gai chậu trước trên, mặt nhẵn, mật độ căng, gõ đục, ấn đau, da bụng vùng Abcès nề, xét nghiệm bạch cầu tăng cao (> 10.000HC/mm3).

- Do vị trí ruột thừa thay đổi nên Abcès ruột thừa có thể gặp vị trí khác. Abcès ruột thừa sau manh tràng dễ nhầm viêm cơ đáy chậu, Abcès chậu hông.

5.3. Đám quánh ruột thừa:

Sau cơn đau của viêm ruột thừa, không được điều trị hoặc do sức để kháng của cơ thể, có thể người bệnh dùng kháng sinh 3 - 4 ngày, sau cơn đau bệnh nhân đến khám vì còn đau và sốt nhẹ

Toàn thân nhiễm trùng nhẹ, bụng hơi chướng, gõ vang, đau tức vùng hố chậu phải, sờ hô chậu phải có mảng cứng như mo cau, gianh giới không rõ ràng, ấn đau tức, gõ đục, dính với thành bụng và tổ chức xung quanh.

6. Thể lâm sàng.

6.1. Theo vị trí:

6.1.1. Viêm ruột thừa sau manh tràng:

Bệnh nhân đau trên mào chậu, khám ấn điểm trên mào chậu bệnh nhân đau, các dấu hiệu thành bụng không rõ ràng cần phân biệt với viêm cơ đái.

6.1.2. Ruột thừa giữa bụng:

Loại này thường là thể tắc ruột, gặp bệnh nhân nhiều tuổi, ruột thừa năm sau hồi tràng nên co kéo và dính.

6.1.3. Viêm ruột thừa tiểu khung: Gây ra đái buốt rắt, nhầm vói viêm bàng quang, phân phụ ở nữ.

6.1.4. Viêm ruột thừa dưới gan:

Triệu chứng ruột thời kỳ bào thai quay không hết, thể này ít gặp. Thường chỉ chẩn đoán được sau khi phẫu thuật, dễ nhầm với viêm túi mật.

6.2. Thể theo lứa tuổi:

6.2.1. Trẻ em:

Thường thì nhiễm độc, nôn dịch đen, sốc nặng, thân nhiệt hạ kèm xuất huyết (ỉa máu chảy máu dưới da). Dấu hiệu thực thể nghèo nàn, đau ít hố chậu phải, phản ứng thành bụng không rõ ràng.

- Khó chẩn đoán vì khó khám, dễ nhầm với bệnh khác (họng, phổi).

6.2.2. Người già: Thể u hoặc tắc ruột.

6.2.3. Phụ nữ có thai: Dễ biến chứng vì tình trạng thai nghén, đề kháng cơ thể kém.

7. Chẩn đoán.

7.1. Chẩn đoán phân biệt:

7.1.1. Cơn đau sỏi niệu quản phải:

Bệnh nhân đau sau gắng sức, xiên ra trước, lan xuống bộ phận sinh dục ngoài, đái buốt, dắt, khi đái máu, tiền sử đau như vậy, song có trường hơp sỏi niệu quản gây đau và cứng nhẹ bên phải nên nhầm với viêm ruột thừa, nếu nghi ngờ cần chụp bụng không chuẩn bị hoặc siêu âm tiết niệu loại trừ.

7.1.2. Thủng dạ dày:

Bệnh nhân đau bụng như dao đâm trên rốn co cứng thành bụng, chụp XQ ổ bụng có liềm hơi, tiền sử có khi thủng dạ dày không điển hình dịch chảy theo rãnh hành lang đại tràng phải xuống đọng ở hố chậu, dịch này gây viêm quanh một thừa.

Khi mổ cắt ruột thừa tình trạng tổn thương không tương xứng hoặc dò dịch vàng nhớt, chua thì phải mổ đường trên rốn vào kiểm tra và xử trí tránh bỏ sót tổn thương.

7.1.3. Viêm đoạn cuối hồi tràng:

Lâm sàng bệnh nhân đau bụng dưới rốn phải, sốt, xét nghiệm bạch cầu tăng. Khi mổ thấy đoạn cuối hồi tràng viêm dầy, hạch mạc treo xưng to và dịch xuất tiết.

7.1.4. Viêm đại tràng:

Bệnh nhân đau bụng dọc khung đại tràng, rối loạn tiêu hoá, hêt cơn đau bệnh nhân trở lại bình thường song nhiều khi đau, co thắt vùng đại tràng phải nên dễ nhầm với viêm ruột thừa.

7.1.5. Chửa ngoài dạ con vỡ:

Phụ nữ trẻ, chậm kinh, đau bụng ra huyết âm đạo, máu chảy nhiều và lâu, bệnh nhân có dấu hiêu sốc mất máu, song nhiều khi rỉ máu khối chửa, triệu chứng nghén không rõ nên dẫn tới nhầm với viêm ruột thừa.

7.1.6. Viêm mủ vòi trứng:

Đau 2 bên hố chậu, khí hư nhiều và hôi, đau đã vài ngày, song nhiều trường hợp không điển hình nên lâm sàng có thể nhầm viêm ruột thừa.

7.1.1. Viêm túi thừa Meckei: Ruột đôi khó chẩn đoán phân biệt.

7.1.8. Ngoài ra còn nhầm với một số bệnh khác: Viêm phúc mạc nguyên phát, xoắn u nang buồng trứng, viêm túi mật...

7.2. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào triệu chứng lâm sàng: Đang khoẻ mạnh xuất hiện đau bụng âm ỉ hố chậu phải và đau tăng dần lên, rối loạn lưu thông ruột, buồn nôn, bí trung tiện kèm theo đau.

Bệnh nhân sốt nhẹ, mạch hơi nhanh 90 lần/phút, lưỡi bẩn, khám hố chậu phải đau và có phản ứng, điểm ruột thừa ấn đau, .xét nghiệm bạch cầu tăng > 10.000.

8. Điều trị.

Khi chẩn đoán viêm ruột thừa cấp cần mổ ngay, càng sớm càng tốt đề phòng những biến chứng có thể xảy ra.

8.1. Kĩ thuật mổ viêm ruột thừa cấp:

- Trừ đau gây mê nội khí quản

- PTV đứng bên phải, phụ mổ đứng bên trái bệnh nhân.

- Vô khuẩn vùng mổ bằng cồn sát khuẩn.

- Thì I. Mổ bụng:

+ Rạch da và tổ chức dưới da theo đường Mac-Bumey.

+ Rạch cân cơ chéo lớn.

+ Tách cơ chéo bé và cơ ngang

+ Mở phúc mạc.

- Thì II: Tìm ruột thừa. Chú ý ruột thừa ở những vị trí bất thường.

- Thì III: Xử trí ruột thừa.

+ Cầm máu rễ mạc treo ruột thừa.

+ Giải phóng ruột thừa, cắt ruột thừa.

+ Vùi gốc ruột thừa.

- Thì IV: Kiểm tra đóng thành bụng.

+ Phúc mạc bằng chỉ catgut.

+ Cân cơ bằng chỉ perlon.

+ Da bằng chỉ Iine.

8.2. Sau mổ.

Nhiễm khuẩn vết mổ:

+ Bệnh nhân đau nhức vết mổ, chân chỉ đỏ, vết mổ nể thì cắt chỉ cách quãng, thay băng, kháng sinh.

+ Nếu Abcès thành bụng, mủ nhiều, tách vết mổ rộng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đô, có thể khâu da vết mổ thì hai.

- Chảy máu ổ bụng:

+ Do tuột chỉ buộc.

+ Rỉ máu vùng bóc tách, ít gặp, nếu có phải mổ lại đê cầm máu.

- Viêm phúc mạc: Bục chỉ buộc gốc ruột thừa hoặc dò manh tràng do viêm hoại tử, thuờng xuất hiện sau 3-4 phút, cần mổ lại dẫn lưu.

- Tắc ruột sớm: Thường gặp mổ viêm phúc mạc do dẫn lưu không tốt hoặc khi mổ làm tôn thương thanh mạc ruột và phúc mạc thành.

9. Dự phòng phát hiện sớm tại cộng đồng

+ Những trường hợp đau bụng hố chậu phải, sốt, nôn cần được đến trung tâm y tế khám

+ Cơn đau của viêm ruột thừa có thể bắt đầu ở xung quanh rốn hoặc trên rốn sau mới đaụ hố chậu phải. Cần theo dõi

+ Không lạm dụng dùng thuốc giảm đau bừa bãi dễ lu mờ triệu chứng

IV. Tài liệu tham khảo.

1. B.Chiche, P.Moullé-Berteaux (1997): Cấp cứu ngoại khoa, Lê văn Trí dịch. Nhà xuất bản y học, T40,.

2. Bộ môn ngoại ĐHYK Hà Nội (1995): Bài giảng bệnh học ngoai khoa, tập I.

3. Bách khoa th bệnh học (1991) Trung tâm quốc gia biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam. Hà Nội 1991. T183.

4. Bộ môn PTTH- ĐHYK Hà Nội(1994): Phẫu thuật thực hành. Nhà xuất bản y học T14- 69.

5. Bộ môn Ngoại ĐHYD-TPHCM, Bài giảng bệnh học ngoại khoa tiêu hoá(2001). Nhà xuất bản y học.

6. Atlas Giải phẫu người (1996). Nhà xuất bản y học.

7. Phẫu thuật ống tiêu hoá( 1997), Nhà xuất bản y học.

THỦNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. Mục tiêu

1. Trình bày được các yếu tố dịch tễ liên quan đến thủng ổ loét dạ dày- tá tràng

2. Mô tả được cấc triệu chứng của thủng ổ loét dạ dày- tá tràng

3. Chẩn đoán xác định và phản biệt được thủng ổ loét dạ dày- tá tràng

4. Trình bày được chỉ định, ưu- nhược điểm của các phương pháp điều trị thủng Ổ loét dạ dày- tá tràng và vận dụng ở tuyến xã, huyện, tỉnh.

5. Tư vấn được cho bệnh nhân bị bệnh loét dạ dày- tá tràng

**Đại cương:** Thủng là một trong những biến chứng của ổ loét dạ dày tá tràng thường gặp, dễ chuẩn đoán và điều trị phẫu thuật cho kết quả tốt. Tuy nhiên gần đây biên chứng này ngày càng'ít đi do được phát hiện vạ điều trị nội khoa tốt vì có sự hiểu biết sâu hơn về bệnh loét dạ dày tá tràng nên có nhiều loại thuốc điều trị đặc hiệu.

I. Đặc điểm dịch thể học.

- Giới: nam nhiều hơn nữ.

- Tuổi: đa số từ 35-65, nhiều nhất ở độ tuổi 30 - 40.

- Hay gặp khi thay đổi thời tiết, chuyển mùa.

- Hay thủng sau bữa ăn khoảng 1-2 giờ.

- Yếu tố chấn thương tinh thần cũng có khả năng gây thủng ổ loét dạy dày tá tràng.

II. Giải phẫu bệnh lý.

1. Vị trí ổ loét thủng.

- Thường ở mặt trước hành tá tràng, thường thì chỉ có một ổ loét thủng, ít khi có hai ổ loét thủng cùng 1 lúc.

- Lỗ thủng thường xuất hiện trên nền một vết loét sơ chai. Lỗ thủng ở hành tá tràng thường nhỏ, nhiều khi chỉ bằng hạt đậu, trái lại lỗ thủng ở bờ cong nhỏ thường to hơn.

- Bờ lỗ thủng thường rắn, sơ chai khó khâu nhưng đôi khi mềm mại dễ khâu ởnhững ổ loét non

2. Tình trạng ổ bụng.

- Phụ thuộc vào bệnh nhân đến sớm hay muộn, thủng gần hay xa bữa ăn, lỗ thủng to hay nhỏ và tuỳ theo vị trí lỗ thủng. Nếu đến sớm, xa bữa ăn, lỗ thủng nhỏ thường ổ bụng sạch. Nếu bệnh nhân tới muộn, thủng gần bữa ăn thì ngược lại.

Đa số bệnh nhân bị thủng có nước và hoi trong ổ bụng, ít hoặc nhiều cũng tuỳ theo tình trạng lỗ thủng và thức ăn trong dạ dày. Trong trường hợp hẹp môn vị thì nước trong ổ bụng rất nhiều và bẩn.

III. Lâm sàng.

1. Triệu chứng toàn thân.

Khoảng 30% bệnh nhân có sốc vì đau: toát mồ hôi lo âu, sợ hãi, mạch nhanh

nhỏ khó bắt. Tinh trạng sốc chỉ thoáng qua hoặc kéo dài tới một giờ.

Nếu bệnh nhân đến muộn, xuất hiện tình trạng nhiễm trùng, viêm phúc mạc.

2. Triệu chứng cơ năng.

a. Đau đột ngột, dữ dội vùng thượng vị, đau như bị dao đâm.

Lo âu, sợ hãi.

Đau thường phải gập người lại, không giám cử động mạnh. Đau môi ngày một tăng, lan ra khắp ổ bụng, xuyên ra sau lưng lên vai và lên ngực.

b. Nôn: bệnh nhân có thể nôn hoăc buồn nôn. Thường nôn ra dịch nâu đen lẫn thức ăn ít khi có nôn ra máu. Nếu nôn ra máu , tiên lượng rất nặng.

c. Bí trung đại tiện: là triệu chứng muộn khi có xuất hiện viêm phúc mạc.

3. Triệu trứng thực thể.

a. Nhìn: hai cơ thẳng to nổi rõ, thở nông, bụng dẹt nằm im không di động theo nhịp thở. Nếu bệnh nhân đến muộn bụng hơi chướng.

b. Sờ nắn: khi sờ nắn làm thành bụng cứng hơn, có cảm giác như sờ vào một mảng gỗ. Hiện tượng co cứng sảy ra rất sớm do nước ở trọng ổ bụng kích thích phúc

mạc. Triệu chứng co cứng thành bụng bao giờ cũng có và có giá trị bậc nhất trong chuẩn đoán.

c. Gõ:

- Để bệnh nhân nửa nằm, nửa ngồi gõ thấy mất vùng đục trước gan.

- Trong trường hợp ổ bụng nhiều nước gõ thấy đục ở mạn sườn và hố chậu phải.

d. Thăm trực tràng: Đau ở túi cùng douglas.

4. Tiền sử loét dạ dày tá tràng.

- Đa số bệnh nhân thủng có tiền sử loét dạ dày tá tràng đã được chuẩn đoán và điều trị. Nhưng khoảng 10% bệnh nhân hoàn toàn chưa hề có biểu hiện gì của bệnh loét dạy dày tá tràng.

- Ngoài tiền sử bệnh nên hỏi ngày trước có các triệu chứng gì bất thường như: đau âm ỉ vùng thượng, vị, sút cân, buồn nôn hay táo bón.

5. Xquang.

Chụp bụng không chuẩn bị thấy có liềm hơi ở một hoặc cả hai bên vòm hoành. Liềm hơi có khi rầt lớn chiều cao vài ba centimet. Nhưng cũng có khi rất mỏng chỉ như sợi chỉ, rất khó nhận ra. Hình ảnh liền hơi không phải có ở tất cả các bệnh nhân, khoảng 20% bệnh nhân thủng dạ dày tá tràng không thấy liềm hơi.

IV. Diễn biến.

Nếu không được điều trị sẽ sẽ diễn biến theo nhiều hướng khác nhau.

1. Viêm phúc mạc toàn thể.

Khoảng từ 12-24 giờ sẽ tiến triển thành viêm phúc mạc toàn thể. Bệnh nhân thấy đỡ đau hơn, người lờ đờ mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn, sốt 39-40°C, mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp, bụng chướng, có phản ứng khắp bụng. Có cảm ứng phúc mạc, bí trung đại tiện, nên tiên lượng rất nặng. Nếu có mổ câp cứu thì tỳ lệ tử vong rất cao

2. Viêm phúc mạc khu trú.

Hiếm gặp. Xuất hiên khoảng 4-5 ngày sau cơn đau dữ dội vùng thượng vị. Sau khi bệnh nhân đỡ đau, lại suất hiện đau nhiều dưới sườn phải, hai hố chậu, kèm theo sốt 38-39°C, mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn.

3. Ổáp xe.

Hình thành sau một đến hai tuần. Sau khi thủng mà không được điều trị, ổ áp xe xuất hiện ở xung quanh dạ dày hay tiểu khung. Hay gặp nhất là ổ áp xe dưới hoành. Ổ áp xe dưới cơ hoành có thể vỡ qua cơ hoành vào màng phổi hay phổi có khi vỡ vào một hay theo đường máu gây áp xe gan, lách .... Nhưng thường hay vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc toàn thể.

V. Thể lâm sàng.

1. Thể thủng bít.

Ngay sau khi thủng, lỗ thủng được bịt lại thường xảy ra ở những lỗ thủng nhỏ. Bệnh nhân cũng đau đột ngột, dữ dội nhưng sau đó tình trạng toàn thân trở lại bình thường. Bệnh nhân cảm thấy đỡ đau, dễ chịu chỉ còn cảm giá tức nặng khi sờ nắn, có phản ứng nhẹ.

Khi chuẩn đoán là thủng bít cũng cần được xử trí cấp cứu bình thường. Vì nếu để có thể trở thành viêm phúc mạc.

2. Thủng ổ loét mặt sau.

Hiếm gặp. Chuẩn đoán khó hơn vội các triệu chứng khi đau, co cứng giới hạn vùng trên rốn và đặc biệt và vùng này phình lên. Nếu thấy có tràn khí dưới da thì nên nghĩ tới thủng ổ loét dạ dày ở mặt sau:

3. Các thể lâm sàng khác.

- Thủng trên người không có tiền sử loét dạ dày tá tràng. Thủng là một dấu hiệu đầu tiên của ổ loét.

- Thể bán cấp tính: các triệu chứng không rõ, diễn biến chậm chạp.

- Thể tối cấp tính: bệnh nhân trụy mạch chết sau 6-12 giờ sau khi thủng.

- Thể giống như đau ngực: khó thở, tím tái, đau ở vai. Xảy ra thủng ổ loét ở cao gần tâm vị.

- Thể giống như viêm một thừa do những ổ loét ở hành tá tràng, dịch chảy xuống hố chậu phải.

- Thể thủng có kèm theo nôn ra máu, ỉa phân đen - thể này rất rtặng.

VI. Chẩn đoán.

1. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Bệnh nhân nam giới, tuổi tmng niên, có tiền sử loét dạ dày tá tràng.

- Đau đột ngột, đau dữ dội như dao đâm.

- Bụng co cứng toàn bộ, cứng như gỗ.

- Nếu Xquang có liềm hơi thì chẩn đoán đã chắc chắn.

2. Chẩn đoán phân biệt.

Viêm phúc mạc một thừa: khi thủng dạ dày, dịch từ dạ dày theo rãnh đại tràng phải xuống hố chậu phải. Vì vậy khi ấn vào hố chậu phải có phản ứng. Nhưngkhi thủng dạ dày đến sớm bệnh nhân không có sốt. Ngược lại nếu viêm phúc mạc ruột thừa thì bệnh nhân có sốt cao, tình trạng nhiễm trùng rõ.

Viêm phúc mạc mật: cũng đau dữ dội nửa bụng phải. Thường bệnh nhân có sốt, đã có tiền sử đau, sốt, da vàng Bilirubin máu cao.

Viềm tụy cấp: đau lăn lộn, dữ dội, gập người chứ không nằm im như thủng dạ dày. Điểm sườn thắt lưng đau, Amynaza máu và nước tiểu cao.

Thủng nội tạng khác: như thủng ruột non do thương hàn, ngày nay ít gặp. Thủng túi thừa Meckel.

- Ở phụ nữ phân biệt với:

+ Chửa ngoài tử cung vỡ: đau bụng, tụt huyết áp, chậm kinh HCG (+).

+ U nang buồng trứng xoắn: sờ thấy khối u, siêu âm thấy rõ u nang buồng trứng.

+ Viêm mủ vòi trứng vỡ: gây viêm phúc mạc vùng tiểu khung.

Tắc ruột dễ nhầm với thủng dạ dày, đến muộn khi có hiện tượng viêm phúc mạc gây liệt ruột.

Cơn đau quặn thận, cơn đau quặn gan.

VII. Điều trị

Kết quả điều trị tốt hay xấu phụ thuộc vào bệnh nhân được điều trị sớm hay muộn. Nếu được điều trị trong 6 gìơ đầu thì kết quả sẽ rất tốt. Nếu để quá 48 giờ, khi đã có tình trạng viêm màng bụng thì kết quả rất xấu, tỷ lệ tử vong cao do tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, viêm thận cấp. Điều trị thủng dạ dày tá tràng thường áp dụng các phương pháp phẫu thuật.

1. Chuẩn bị trước mổ.

Đặt sonde dạ dày, bồi phụ nước điện giải nên cho khánh sinh trước mổ.

2. Các phương pháp phẫu thuật.

a. Khâu lỗ thủng.

Nếu lỗ thủng nhỏ ở hành tá tràng thì chỉ cần khâu một mũi chỉ chữ X là đủ. Nếu xét thấy khả năng khâu làm hẹp môn vị thì phải nối vị tràng hoặc tạo hình môn vị. Ngày nay ở những cơ sở có trang bị máy nội soi có thể tiến hành khâu thủng qua nội soi.

Phương pháp này có ưu điểm dễ làm phù hợp với những nơi chưa được trang bị đầy đủ, tình trạng bệnh nhận già yếu không cho phép tiến hành cuộc mổ lớn.

Nhược điểm của phương pháp này là vẫn còn để lại ổ loét nên có nhiều khả năng vẫn đau lại và phải mổ để cắt đoạn dạ dày.

b. Cắt đoạn dạ dày cấp cứu.

Chỉ nên cắt đoạn dạ dày trong các trường hợp:

- Ổ loét sơ chai lớn, khó khâu, dễ bục.

- Ổ loét thủng lần thứ hai đã có nhiều lần chảy máu tiêu hoá hoặc hẹp môn vị.

- Bệnh nhân đến sớm trước 12giờ khi chưa có viêm màng bụng.

- Tình trạng sức khoẻ tốt.

- Cơ sở phẫu thuật có trang bị tốt và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

c. Khâu lô thủng mặt cắt dây thần kinh X phối hợp phẫu thuật dẫn luu như nối vị tràng hoặc tạo hình môn vị. Phẫu thuật này ít được áp dụng.

d. Phương pháp Newmann.

Áp dụng cho những trư&ng hợp lỗ thủng quá to. Tổ chức xung quang mủn nát không khâu được, lình trạng bệnh nhân quá yếu không thể cắt dạ dày được.

Cách làm: đật qua lỗ thủng vào dạ dày một ống cao su to quấn mạc nối lổn xung quanh và đính vào thành bụng.

3. Phương pháp hút liên tục.

a. Điều kiện:

- Chuẩn đoán chính xác 100%.

- Bệnh nhân đến sớm.

- Thủng xa bữa ăn, ổ bụng ít dịch.

- điều kiện theo dõi chu đáo.

- phải được tiến hành tại một cơ sở ngoại khoa

b. Cách thức tiến hành:

- Cho thuốc giảm đau (Moocphin, Dolcgan ...), truyền dịch, bồi phụ nước điện giải.

- Đặt qua miệng một ống cao su to vào dạ dày để hút dịch vị và thức ăn. Sau đó đặt qua mũi một ống Sonde dạ dày nhỏ và cứ 15 phút sau đó cứ 30 phút thì hút một lần.

- Hút cho đến khi bệnh nhân có trung tiện trở lại. Theo dõi trong 7 đến 10 nơày.

- Nếu sau vài giờ tình trạng bệnh nhân không thấy đỡ thì mổ ngay.

- Hiện nay phương pháp này hầu như không được áp dụng vì rất phiền hà và không mang lại kết quả chắc chắn.

HẸP MÔN VỊ

I. Mục tiêu

1. Trình bày được các nguyên nhân gây hẹp môn vị.

2. Mô tả được các triệu chứng của hẹp môn vị

3. Chẩn đoán xác định và phán biệt được hẹp môn vị

4. Trình bày được các phương pháp điều trị hẹp môn vị

**Đại cương:** Hẹp môn vị là một biến chứng thường gặp của nhiều bệnh, thông thường nhất là do loét dạ dày - tá tràng và ung thư hang môn vị.

I. Nguyên nhân.

1. Loét dạ dày tá tràng: Thường gặp nhất

a. Vị trí loét: Tất cả các loét ở gần hay xa môn vị đều có thể gây hẹp. Thông thường là loét môn vị dạ dày hay hành tá tràng sát môn vị.

b. Cơ chế gây hẹp.

- Ổ loét xơ, sẹo không hồi phục ở môn vị hay gần môn vị

- Phù nề: Thường do viêm nhiễm xẩy ra trong quá trình của loét. Viêm nhiễm gây phù nề ở môn vị, hang vị và hành tá tràng.

- Do co thắt môn vị.

2. Ung thư hang môn vị

Hẹp môn vị là do khối u phát triển ăn vào thành môn - hang vị gây hẹp dần khẩu kính của môn vị, hang vị.

3. Những nguyên nhân khác.

a. Ở dạ dày

- Bỏng dạ dày: do ăn uống

- U lành tính ở môn vị hay gần môn vị

- Hạch trong bệnh Limphô hạt

- Các u lao hoặc giang mai

b. Ngoài dạ dày

- Bệnh túi mật: sỏi túi mật, viêm quanh túi mật gây dính, co kéo làm biến dạng hành tá tràng, môn vị.

- Ung thư túi mật và đường mật di căn vào vùng tá tràng - môn vị.

- Viêm tụy mãn và ung thư đầu tụy.

II. Hội chứng hẹp môn vị

Hẹp môn vị thường diễn biến qua 3 giai đoạn.

1. Giai đoạn đầu

Dấu hiệu chưa rõ ràng, biểu hiện lâm sàng nhẹ và chưa có biến loạn toàn thân.

Lâm sàng: đau và nôn không xảy ra thường xuyên, không rõ rệt. Chỉ có cảm giác buồn nôn hay cảm giác đầy bụng.

Hút dịch vị: hút vào lúc đói, có thể hút được trên l00ml (bình thường 20 - 40 ml) thường hút vào buổi chiều, 6 giờ sau bữa ăn, thấy trong đó còn cặn thức ăn.

Xquang: có hình ứ đọng nhẹ ở dạ dày có thể còn thấy thuốc qua được môn vị, nhưng đặc biệt ở giai đoạn này là sóng nhu động dạ dày tăng lên từng đợt.

Nội soi dạ dày: lỗ môn vị biến dạng, hẹp khó đưa được ống soi qua.

Nội soi còn phát hiện được nguyên nhân gây hẹp.

2. Giai đoạn sau hay giai đoạn hẹp rõ ràng Lâm sàng:

+ Nôn nhiều: Nôn ra nước ứ đọng của dạ dày, màu xanh đen, trong đó lẫn với thức ăn của bữa trước, nôn được thì dễ chịu, có khi phải móc họng nôn.

+ Đau từng cơn nôn được thì đỡ đau.

+ Lắc óc ách lúc đói: Có khi dạ dày co bóp cũng có thể thấy tiếng ùng ục.

+ Sóng nhu đông dạ dày tăng lên: nhìn hoặc sờ nắn có thể thấy vùng trên rốn có chỗ phình và di động dưới sườn trái chuyên qua phải từng đợt. Có khi nghe thấy tiếng ùng ục của sự di chuyển , trong dạ dày.

+ Dấu hiệu Beuveret: Sờ tay lên bụng vùng trên rốn, thấy bụng căng lên từng lúc, bụng dưới lép kẹp (bụng lõm lòng thuyền)

- Hút dạ dày: Hút được nhiều dịch, sau bữa ăn 6 giờ có thể hút được trên 300ml có lẫn thức ăn.

- Xquang: Uống buryte và chụp thấy các hình ảnh sau:

+ Dạ dày dãn to hình đáy chậu - Thuốc ứ đọng không qua môn vị được nhưng có một số ít (18%) có hình giãn ở tá tràng đoạn 1 và 2 do phản xạ.

+ Có nhu động dạ dày co bóp từng đợt, sau ì ra không co bóp.

+ Hình ứ đọng ở dạ dày: sau 6 giờ uống baryte chiếu hoặc chụp vẫn còn thuốc cản quang ứ đọng trong dạ dày.

- Nội soi dạ dày: lỗ môn vị biến dạng, hẹp khít không đưa được ống soi qua.

3. Giai đoạn cuối: Giai đoạn hẹp khít và mất bù trừ của dạ dày.

- Lâm sàng:

+ Đau liên tục, nhưng nhẹ hơn.

+ Nôn ít hơn nhưng mỗi lần nôn thì rất nhiều, có thức ăn của ngày hôm trước thường phải móc họng nôn.

+ Toàn thân mất nước, suy sụp.

+ Thực thể: dạ dày dẫn to, có khi xuống mào chậu và có khi chiếm cả ổ bụng lắc óc ách khi đói.

- Xquang: dạ dày dãn to, hình đáy chậu ứ đọng lầu sau 24h vẫn còn baryte trong dạ dày.

- Rối loạn thể dịch: tình trạng mất nước và điện giải mức độ nặng nhẹ tuỳ theo giai đoạn hẹp. Mất nước do nôn nhiều và sự hấp thu ở dạ dày giảm. Mất nước ở trong tề bào là chủ yếu kèm theo là mất các chất điện giải là Clo, Natri và Kali.

- Máu cô đặc: thiếu máu do dinh dưỡng kém, tình trạng máu cô đặc do mất nước. Dự trữ kiềm tăng (vì mất axít) chức năng thận giảm tạm thời và có thể phục hồi được.

- Nội soi dạ dày: lỗ môn vị biến dạng, hẹp khít

III. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào các dấu hiệu chủ yếu

- Đau bụng trên rốn và nôn nhiều - móc họng nôn

- Lắc óc ách lúc đói và dấu hiệu Beuveret.

- Xquang: dạ dày dãn, sau ó giờ còn ứ đọng Baryte trong dạ dày.

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Hẹp tá tràng:

- Hẹp trên bóng Vater: triệu chứng giống hẹp môn vị.

- Hẹp dưới bóng Vater: Nôn ra nước mật, nôn nhiều, suy sụp nhanh. Xquang trên tá tràng giãn rộng.

b. Hẹp giữa dạy dày: chụp Xquang dạ dày mới phát hiện đươc dạ dày có hình hai túi.

c. Bệnh dãn to thực quản: bệnh nhân nuốt nghẹn từng lúc oẹ nhiều giống như nôn. Chụp Xquang thực quản dãn to, không có túi hơi dạ dày.

IV. Điều trị

1. Bồi phụ nước và điện giải:

Dựa vào các xét nghiệm điện giải, hematocrít.

+ Truyền dịch: Các dung dịch mặn ngọt.

+ Truyền máu và chất đạm, sinh tố.

+ Kháng sinh.

2. Rửa và hút dạ dày.

- Hút dạ dày: ở giai đoạn đầu hoặc giai đoạn chưa hẹp khít. Có thể hút nhiều lần, cách quãng hoặc liên tục.

- Rửa dạ dày: rửa bằng ống Faucher với nước ấm - có thể chỉ rửa vài lần. Bệnh nhân đỡ nôn, ăn uống được. Nếu bệnh nhân ăn được cho uống sữa và các chất dễ hất thu.

3. Điều trị phẫu thuật:

- Đây là một phẫu thuật cấp cứu trì hoãn vì vậy trước khi tiến hành phẫu thuật bệnh nhân phải được truyền dịch bồi phụ nước và điện giải, truyền máu, kháng sinh và rửa dạ dày. Khi tình trạng bênh nhân được bồi phụ nước và điện giải đầy đủ mới tiến hành phẫu thuật. Có hai phương pháp điều trị phẫu thuật thường áp dụng.

a. Nối vị tràng

- Phương pháp này xử trí được tình trạng ứ đọng của dạ dày. Bảo đảm lưu thông dạ dày ruột. Phương pháp này có nhược điểm:

-Còn để lại nguyên nhân gây hẹp (ổ loét hoặc khối u).

- Có thế xuất hiện loét miệng nối về sau vì vậy phẫu thuật này chỉ áp dụng ở những bệnh nhân già yếu, không đủ sức chịu đựng được những phẫu thuật lớn hoặc những trường hợp ung thư gây hẹp, đã có di căn rộng.

b. Cắt dạ dày.

- Phẫu thuật loại trừ được nguyên nhân gây hẹp (loét hoặc khối u) lập lại lưu thông của đường tiêu hoá.

- Tuỳ theo từng loại nguyên nhân mà cắt bán phần, cắt hang vị phối hợp . cắt dây thần kinh X hay cắt toàn bộ dạ dày. Tuy nhiên ngày nay phẫu thuật cắt dây thần kinh X và cắt hang vị trong hẹp môn vị do lọét hành tá tràng ít được áp dụng vì phẫu thuật này để lại biến chứng về nhu động ruột sau mổ.

V. Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học ngoại khoa (tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học

2. Ngoại khoa Tập 1 ( sách bổ túc sau đại học) 1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoa học xã hội.

UNG THƯ DẠ DÀY

I. Mục tiêu

1. Mô tả được đặc điểm giải phẫu dạ dày, nhóm hạch liên quan, tổn thương giải phẫu bệnh các giai đoạn của ung thư dạ dày

2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn, tiên triển và biến chứng của ung thư dạ dày

3. Mô tả được nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày, chăm sóc theo dõi sau phẫu thuật và dự phòng.

II. Nội dung

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh hay gặp ở nước ta, đứng hàng đầu trong ung thư (UT) tiêu hoá và đứng hàng thứ hai sau UT phế quản ở nam và UT vú ở nữ.

Kết quả điều trị ƯTDD phụ thuộc vào chẩn đoán sớm hay muộn, UTDD ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc sống >5 năm đạt tới 70-100%, muộn ƯT vượt qua lớp cơ sống >5 năm chỉ đạt 10-30%.

1. Nguyên nhân:

Nguyên nhân gây UTDD đến nay chưa được biết rõ, nhưng thấy UTDD có liên quan đến một số yếu tố:

- Yếu tố địa dư: Gặp ở các nước Nhật Bản, Nam Mỹ, Đông Âu, Trung Quốc và Đông Nam á, có tỷ lệ mắc bệnh ƯTDD cao, còn các nước ở Bắc Mỹ, Úc... có tỷ lệ mắc bệnh thấp, UTDD phân bố không đều trên thế giới.

- Chế độ ăn uống: chế độ ăn nhiều muối, thức ăn khô, thức ăn hun khói, thức ăn chứa nhiều Nitosamines, được xác định liên quan đến sinh bệnh UTDD, những thức ăn chứa nhiều vitamin C có thể trung hoà các chất gây UT.

- Các bệnh mãn tính ở dạ dày: đáng chú ý là viêm dạ dày thể teo đét và políp dạ dày thể tuyến, ngoài ra loét dạ dặy nhất là phần ngang BCN, vi khuẩn Hélicobacter pylori, UT mỏm dạ dày sau cắt dạ dày do loét. Những trường hợp thiểu toan hoặc vô toan.

-Yếu tố di truyền: chưa chứng minh yếu tố di truyền có liên quan đến ƯTDD, ngọai trừ nhiều người bị UTDD trong một gia đình. Những người nhóm máu A có tỷ lệ ƯT cao hơn một chút.

2. Giải phẫu bệnh:

- Đại thể: vị trí củạ UT chủ yếu vùng môn vị (50%), tâm vị (10%), có ba thể, thể sùi, thể loét và thể thâm nhiễm (Linite Plastique).

- Vi thể: Chủ yếu là UT biểu mô tuyến (Ađenocarcinome 95%), trong đó loại biệt hoá chiếm 50%, tiên lượng tốt hơn, loại không biệt hoá 30%. Sacom chiếm 5%, chủ yếu là u lympho ác tính và sacom cơ trơn.

- Hạch di căn: UTDD di căn hạch tương đối sớm, theo Rouvier hạch dạ dày phân 3 nhóm chính theo 3 nhánh động mạch thân tạng.

+ Nhóm động mạch vành vị: thu bạch huyết vùng vành vị, BCN...

+ Nhóm lách: Thu bạch huyết vùng lách, 2/3 trên phình vị lán...

+ Nhóm gan: Thu bạch huyết của vùng gan phần ngang BCN, chuỗi động mạch gan chung và động mạch gan riêng, động mạch vị tá tràng...

- Giai đoạn phát triển của ƯT:

+ T (khối ư=primary tumor):

T1 u ở niêm mạc.

T2 u qua niêm mạc chưa qua thanh cơ.

T3 u qua thanh mạc.

T4 thâm nhiễm dạ dày và xung quanh.

Tx u xâm lấn không xác định được.

+ N (hạch=Regional Lymphodes):

No không có di căn hạch.

N1 hạch di căn cạnh u không quá 3cm

N2 hạch di căn xa u trên 3 cm

Nx di căn hạch không xác định rõ.

+ M (Distant Metastasis): Mo không có di căn xa.

M1 di căn xa

3. Triệu chứng chẩn đoán: Khác nhau tuỳ theo giai đoạn ƯT.

3.1. Lâm sàng:

3.1.1. Giai đoạn sớm:

- Chán ăn là triệu chứng có sớm nhất trong UTDD, xuất hiện từ từ, thường không để ý và rất thường gặp trong UTDD.

- Đầy bụng cảm giác ăn không tiêu, ậm ạch khó chịu, chán ăn tăng lên.

- Đau bụng: cảm giác đau rất đặc biệt, đau mơ hồ, khó chịu.

- Toàn thân: mệt mỏi, giảm khả năng lao động, da xanh, gầy xút cân.

3.1.2. Giai đoạn muộn: Các triệu chứng đã rõ ràng hơn.

- Đau bụng: rất khó chịu, không có tính chất chu kỳ, đau liên tục kéo dài, đau không có tiền sử, cường độ nhẹ hơn loét, dùng thuốc chống axit không có tác dụng cắt được cơn đau.

- Hẹp môn vị: Một số bệnh nhân đến viện với triệu chứng hẹp môn vị.

- Khối u ổ bụng: Phần lớn đến với khối u ổ bụng, nếu u còn di động, không đau, còn khảnăng phẫu thuật, u xâm lấn, ít di động phẫu thuật khó.

- Cổ chướng: Xuất hiện ở giai đoạn cuối của bệnh.

- Di căn xa: Có hạch thượng đòn trái (Troisier), cứng, di động không đau, biểu hiện di căn tiêu hoá nói chung. Có thể có di căn buồng trứng ở nữ (U Krukenberg), do vậy mổ u buồng trứng phải kiểm tra phát hiện ƯTDD. Ngoài ra còn di căn các tạng khác như gan, đại tràng, tuỵ, xương, phổi...

3.2. Cận lâm sàng:

- Nội soi: Chẩn đoán UTDD được khẳng định qua nội soi, biết được chính xác vị trí tổn thương, thể bệnh, sinh thiết khẳng định UT, nội soi chính xác hơn chụp X quang dạ dày.

- Chụp X quang dạ dày: Giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán UTDD, tuy vậy còn bỏ sót 15%, chụp đối quang kép cho kết quả tốt hơn, có giá trị trong phát hiện UTDD, chụp X quang cho biết hình ảnh gián tiếp thể UTDD.

- Các xét nghiệm khác:

+ Tìm hồng cầu trong phân.

+ Nghiệm pháp Tetracyclin.

+ Đo độ toan dịch vị.

+ Phản ứng đông cứng huyết thanh >3phút (+),>5phút tiên lượng nặng.

+ Kháng nguyên phôi UT.

+ Xét nghiệm chất chỉ điểm UT: CEA, CA724, dương tính 50%.

4. Biến chứng của UTDD:

- UTDD thủng: Đủ điều kiện thì cắt dạ dày cấp cứu. Không thì khâu lỗ thủng hoặc dẫn lưu Nemann, cả hai phương pháp này sau 2-3 tuần mổ lại.

- UTDD chảy máu cấp tính: Điều trị nội khoa ít có kết quả, cần phải điều trị ngoại khoa, thái độ điều trị tốt nhất là cắt đoạn dạ dày, vừa cầm máu vừa điều trị triệt để.

- UTDD gây hẹp môn vị: Gặp trong UT môn vị, hang vị. Điều kiện cho phép thì cắt dạ dày bán phần hoặc cắt toàn bộ, không thì nối vị ưàng hay mở thông hỗng tràng nuôi dưỡng.

- UTDD gây hẹp tâm vị: Gặp trong UT tâm vị đến muộn. Thái độ điều trị tốt nhất là cắt dạ dày bán phần cực trên hoặc toấn bộ dạ dày nếu điều kiện cho phép, không thì mở thông dạ dày.

5. Điều trị: Chủ yếu bằng phẫu thuật.

5.1. Chỉ định phẫu thuật triệt để dựa vào:

- Tại chỗ:

+UT chưa xâm lấn vào cơ quan lân cận và di căn xa.

+ UT xâm lấn lân cận nhưng cắt bỏ được cùng dạ dày.

+ UT di căn xa nhưng cắt bỏ được cùng cắt dạ dày.

- Toàn thân: không cho phép phẫu thuật triệt để khi bị phù, cổ chướng, thiếu máu, hồi sức tích cực tốt mổ triệt để.

5.2. Nguyên tắc phẫu thuật: cắt bỏ rộng rãi, cắt xa phần tổn thương.

- Phía dưới: cắt dưới môn vị 2 cm. (trừ ƯT cực trên dạ dày).

- Phía trên: Trên khối u ít nhất 6 cm, tuỳ vị trí, kích thước khối u mà cắt 3/4,4/5, hoặc toàn bộ dạ dày.

- Lấy bỏ mạc nối lớn: Vì UTDD di căn sớm theo hai chuỗi hạch động mạch vị mạc nối trái và phải, nằm trong mạc nối lớn.

- Lấy bỏ hạch: Là khâu khó khăn nhất nhưng quan trọng nhất, quyết định kết quả xa của phẫu thuật, cố gắng lấy hết hạch đã được phát hiện.

- Cắt bỏ các tạng bị xâm lấn hay di căn như đại tràng, gan, đuôi tuỵ...

5.3. Các phương pháp phẫu thuật:

5.3.1. Phẫu thuật điều trị triệt để:

- cắt bán phần cực dưới dạ dày: Trong trường hợp UT hang vị, môn vị (cắt 2/3,3/4,4/5). cắt gần hết dạ dày cần đề phòng thiểu dưỡng mỏm dạ dày còn lại, bằng cách giữ lại ít nhất hai trong ba động mạch, ĐM tâm phình vị trước, ĐM phình vị sau, ĐM hoành dưới trái.

- Cắt cực trên dạ dày: Lấy bỏ 1/3,1/2, trên dạ dày và phần cuối thực quản, phục hồi lưu thông thực quản - dạ dày, tuy nặng nề nhng tỷ lệ tử vong thấp hơn cắt toàn bộ dạ dày.

- Cắt dạ dày toàn bộ (P.Conner.l883.Mỹ).

+ Cắt dạ dày toàn bộ theo yêu cầu: ƯT chiếm gần hết dạ dày, phía dưới qua môn vị 2cm, phía trên tới thực quản.

+ Cắt dạ dày toàn bộ theo nguyên tắc: Là cắt dạ dày toàn bộ không tính đến kích thước khối u to hay nhỏ, kể cả u hang vị nhỏ (tỷ lệ sống >5 năm cao).

+ Cắt dạ dày toàn bộ mở rộng: cắt toàn bộ dạ dày và cắt thêm các tạng có xâm lấn hoặc di căn UT.

Sau khi cắt dạ dày toàn bộ nối thực quản với ruột non: Thực quản với tá tràng, thực quản với hỗng tràng (kiểu Omega + Braun, hay Roux - en - y), và tạo túi dạ dày giả.

5.3.2. Phẫu thuật điều trị tạm thời:

Nối vị tràng, Mở thông dạ dày, Thắt các cuống mạch máu vào dạ dày.

\* Điều trị hỗ trợ:

+ Chiếu xạ.

+ Hoá chất: Cinq Fluorouracil(5-FU).

Adriamycin.

Mitomycin...

+ Plamin: Tăng kích thích miễn dịch, diệt tế bào ƯT.

5.3.3: Kết quả phẫu thuật:

- Sống thêm trên 5 năm: 10 - 20% trong cắt toàn bộ dạ dày. 10 - 35% trong cắt dạ dày cực dưới.

- Tử vong sau mổ: 15 - 20% trong cắt dạ dày toàn bộ.

5 -10% trong cắt dạ dày bán phần.

Kết quả điều trị ƯTDD phụ thuộc vào giai đoạn phát triển của bệnh là quan trọng nhất, mức độ di căn, độ biệt hoá, tính chất phẫu thuật, thể trạng và nuôi dưỡng bệnh nhân./.

IV. Tài liệu tham khảo :

3. Bệnh học ngoại khoa (tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học

4. Ngoại khoa Tập 1 (sách bổ túc sau đại học) 1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoà học xã hội.

LỔNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ CÒN BÚ

I. Mục tiêu ;

1. Trình bầy được các yếu tố dịch tễ học của bệnh lồng ruột cấp.

2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

3. Mô tả được chỉ đinh và phương pháp điều trị.

II. Nội dung:

1. Đại cương:

Lồng ruột cấp (invagination intestinale aigue) là cấp cứu ngoại khoa thường gặp và rất nặng ở nhũ nhi.

Những năm 1920 tỉ lệ tử vong cao. Sau đó nhờ xã hội phát triển, kháng sinh ra đời cùng với tiến bộ về gây mê và hồi sức nên tỉ lệ tử vong đã hạ xuống rõ rệt. ở Bệnh viện Việt- Đức 1959-1967 tử vong 25,4% , đến 1972 - 1985: tử vong còn 2,3% .(Ngô Đình Mạc :1,57%,1971-1981).

Những năm gần đây phương tiện chẩn đoán và phương pháp điều tri bằng bơm hơi đại tràng để tháo lồng đối với bệnh nhi đến sớm nên kết quả điều trị rất tốt, hầu như không có tử vong.

Năm 1990 - 1992 tại khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên đã bơm hơi tháo lồng tại giường cho 140 ca, tỉ lệ tháo được 89,3%. Là phương pháp đơn giản, rẻ tiền, dễ làm và đạt kết quả điều trị tết.

2. Những yếu tố liên quan:

2.1. Tuổi

Lồng một cấp ở nhũ nhi thông thường gặp trẻ < 12 tháng tuổi. Tuổi gặp nhiều 4 - 6 tháng (75%). Tháng tuổi trên hoặc dưới cũng có thể gặp, song tỉ lệ ít hơn.

2.2. Giới

 Các thống kê đều cho thấy trẻ trai > trẻ gái tỉ lệ 3/2 - 2/1.

2.3. Thể trạng

Trẻ trai bụ bẫm, nuôi đơn thuần bằng sữa mẹ.

2.4. Thời tiết

Mùa đông xuân gặp nhiều hơn mùa khác trong năm (tháng 11 đên tháng 4).

2.5. Iả chảy

 Do thay đổi nhu động ruột.

2.6. Giải phẫu

Manh tràng di động; túi thừa Mecket, một đôi, một thừa sau manh tràng...

Phần lớn các trường hợp lồng một cấp không tìm thấy nguyên nhân cơ học nào (94,6 % theo GrossvàWare)

3. Bệnh sinh

3.1. Thần kinh thực vật của ruột:

Reilly cho rằng sở dĩ một tăng nhu động do tăng tiết Acéylcholine trong máu, làm tăng nhu động rồi quai một phía trên chui lồng vào quai phía dưới gây ra lồng một.

3.2. Giải phẫu:

Có tác giả cho rằng trước 4 tháng tuổi kích thước giữa hồi tràng và manh tràng ít thay đổi, sau 4 tháng, manh tràng to nhanh, đồng thời thu nhận kích thích của 2 đoạn ruột này cũng khác nhau nên dễ xảy ra lồng ruột ở giai đoạn này và lồng ruột kiểu hồi manh tràng.

3.3. Siêu vi trùng:

Gần đây nhiều tác giả cho rằng siêu vi trùng (hạch - hầu - màng tiếp hợp) làm viêm hạch mạc treo, gây nên rối loạn phản xạ thần kinh thực vật, gây tăng nhu động ruột và gây ra lồng ruột.

4. Giải phẫu bệnh lý.

4.1. Cấu tạo khối lồng, (hình vẽ).

4.2. Thể lồng (kiểu lồng)

4.2.1. Đầu cố định, cổ di động: Lồng ruột hồi- manh tràng đầu kiểu lồng là van Bauhin và ruột thừa cố định lộn vào trong lòng đại tràng, loại này hay gặp chiếm khoảng 2/3 số ca lồng ruột (invagination iléo - coecale).

4.2.2. Cổ cố định, đầu di động: Lồng ruột hồi - đại tràng, van Bauhin là cổ khối lồng - ruột non lộn vào lòng đại tràng.

4.2.3. Lồng ruột hỗn hợp: Hồi - hồi - đại tràng.

4.3. Tổn thương:

+ Trong vòng 24h: Phù nề do ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch đi về, mao mạch hạ niêm mạc vỡ ra gây chảy máu đường tiêu hoá.

+ 24 -: 48h: Khối lồng phù nề, nhồi máu nặng, mạc treo ruột dày lên, có chấm xuất huyết trên khối lồng, lồng chặt khối lồng có thể bị hoại tử.

+ Sau 48h: Đầu khối lồng thường hoại tử, một số ca trong khi mổ đã phải cắt bỏ khối lồng.

5. Triệu chứng.

5.1. Lâm sàng.

5.1.1. Cơ năng.

+ Khóc thét - bỏ bú: Đứa trẻ đang chơi bỗng nhiên khóc thét lên, ưỡn người ra sau, 2 chân đạp tung lên, cơn đau đến khi trẻ đang bú thì trẻ bỏ bú và nôn. Đó là dấu hiệu đầu tiên, nếu người mẹ chứng kiến bao giờ cũng nhớ rõ dấu hiệu này. Mỗi cơn đau kéo dài 5 - 10 phút sau cơn đau trẻ mệt và bỏ bú.

+ Nôn: Tiếp theo cơn đau đứa trẻ nôn, nôn ra sữa vừa bú vào, sau nôn ra nước mật vàng, lồng ruột đến muộn nôn ra dịch phân do khối lồng hoại tử, vì đọng lâu trên chỗ tắc.

+ Chảy máu đường tiêu hoá: Dấu hiệu này thường xuất hiện sau 6h kể từ cơn đau đầu tiên, màu đỏ tươi, mùi tanh hoặc không mùi,'có khi chảy máu lẫn mũi nhầy, máu dính vào tã lót.

5.1.2. Triêu chứng thực thể

+ Khối lồng: Thăm khám nhẹ nhàng, khám từ từ ngoài cơn đau, có thể sờ thấy một khối hơi dài, khá sâu, không dính vào thành bụng, di động ít ở dưới tay, rắn, tuỳ thuộc vào thời gian lồng ruột, khối lồng có thể sờ thấy ở dưới gan, góc lách hoặc hố chậu trái.

+ Thăm trực tràng: Cho ngón tay út vào hậu môn, lên trực tràng, rút tay ra có máu dính ở đầu ngón tay.

+ Hố chậu phải rỗng: Khi lồng ruột manh tràng kéo lên trên, nên sờ nắn kỹ có thể không thấy manh tràng ở hố chậu phải, nhưng thường các quai ruột non lại xuống lấp đầy vùng hố chậu, dấu hiệu ít giá trị chẩn đoán.

5.1.3. Toàn thân:

Bệnh nhi đến sớm toàn thân ít thay đổi, đến muộn có dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải và nhiễm độc.

Tóm lại: Một đứa trẻ tuổi còn bú đang khoẻ mạnh, bỗng nhiên đau bụng khóc thét, nôn, ỉa máu : phải nghĩ đến lồng ruột.(La triade classique: douleurs, vomissements, réctorragies).

5.2. X.Quang:

5.2.1. Khi nào thì thụt haryte.

Tuỳ thuộc từng trường phái, như ở Pháp bệnh nhi vào viện nghĩ tới lồng ruột người ta cho tiến hành thụt baryte khung đại tràng để chẩn đoán và điều trị, sau tháo khối lồng không ra được mà dừng ở đâu thì mổ vào đấy để tháo. Thực tế nếu bệnh nhân đến sớm khó chẩn đoán lâm sàng thì thụt baiyte khung đại tràng để chẩn đoán.

5.2.2. Tiến hành.

- Giảm đau cho bệnh nhi bằng Aminagin 2mg/kg và Atropin, tiêm bắp, hoà Baryte vào nước ấm, để bốc treo cách mặt bàn từ 60-100 cm- Cho canule vào hậu môn khi bệnh nhi nằm trên bàn dưới màn huỳnh quang, mở khoá cho dung dịch baryte chảy vào khung đại tràng, theo dõi trên màn huỳnh quang sẽ thấy ảnh đặc hiệu của lồng ruột: hình càng cua, hình cắt cụt, hình móc câu, hình liềm, hình đáy chén,...

5.3. Siêu âm chẩn đoán :

Tìm khối lồng bằng siêu âm ổ bụng có giá trị chẩn đoán chính xác rất cao.( hình ảnh chiếc bánh mỳ kẹp thịt - sandwich). Có thể kết hợp siêu âm trong khi thụt nước muối để chẩn đoán và điều trị tháo lồng rất tốt.

6. Chẩn đoán.

6.1. Chẩn đoán xác định.

Dựa vào tam chứng cổ điển: Đau bụng, nôn và ỉa máu và sờ thấy khối lồng là lồng ruột, nếu các triệu chứng không rõ có thể dựa vào cận lâm sàng: X quang, siêu âm (échogaraphic) xác định khối lồng. Cần chẩn đoán sớm nhất có thể được dựa vào công thức sau:

Phương trình Fèvre (cho những trường hợp đến sớm):

- Khóc thét cơn dữ dội + Sờ thấy khối lồng = Lồng ruột.

- Khóc thét cơn + nôn + T.R có máu = Lồng ruột.

- Khóc thét cơn dữ dội + XQ có hình ảnh đặc hiệu của khối lồng = Lồng ruột.

Phương trình Ombrédane(muộn): Triệu chứng tắc ruột + có ỉa máu = Lồng ruột muộn.

6.2. Chẩn đoán phân biệt.

- Hội chứng lỵ: ít gặp, bệnh nhân đau nhẹ, đau quặn, tính chất dịch tễ.

- Viêm dạ dày - ruột: ít ở nhũ nhi.

- Bệnh ưa chảy máu (Hémophilie): có dấu hiệu dây thắt, chảy máu dưới da.

- Meckel viêm: ỉa máu tươi, đau ít, cơn không rõ ràng.

- Polip trực tràng, ruột đôi: Gây chảy máu.

7. Điều trị:

7.1. Điều trị bằng phương pháp tháo lồng không mổ:

7.1.1. Tháo lồng bằng phương pháp thụt baryte khung đại tràng dưới X quang:

- Chỉ định : Bệnh nhi đến sớm, chẩn đoán lâm sàng khó: cho thụt vừa để chẩn đoán vừa là phương pháp điều trị.

Mục đích: Dùng áp lực baryte trong đại tràng để đẩy khối lồng ra ngược chiều với nhu động ruột, theo dõi trên màn chiếu X quang.

- Chứng nghiệm tháo lồng:

Trên X quang : Cho baryte chảy vào sẽ thấy xuất hiện hình ảnh lồng ruột trong khung đại tràng, tiếp tục cho baryte chảy vào, hình ảnh lồng ruột mất đi, manh tràng trở về vị trí hố chậu phải không có hình khuyết, đại tràng phải không quặt vào đường giữa như hình móc câu, baryte ngấm đầy khung đại tràng và sang nhiều phía một non.

Lâm sàng: Bụng hết chướng , trẻ không khóc, bú được, không nôn nữa, sau 12h đi ngoài phân vàng.

7.7.2. Tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng (dưới X quang hoặc không):

Phương pháp này được Pfeifer áp dụng từ năm 1952. Tmng quốc (1962) vói kết quả tháo được 95,4% và ở Việt Nam từ 1964. Bệnh viện Việt Đức (1971-1974) 159 ca đạt 89%.

\* Chỉ định và điều kiện:

+ Trẻ lồng ruột đến sớm trước 48h

+ Thể trạng bệnh nhi tốt, bụng chưa chướng.

\* Cách tiến hành:

+ Giảm đau bằng Aminazin (2mg/kg) và Atropin 1/8 mg, tiêm bắp, sau 15 - 30 phút cho tiến hành tháo lồng.

+ Cho sonde cao su có bóng chèn vào hậu môn, lên trực tràng, bơm bóng để giữ sonde và giữ áp lực hơi trong lòng ruột. Sau đó lắp sonde vào máy (nếu có) hoặc lắp vào quả bóng bóp. Tiến hành bóp nhẹ nhàng đưa hơi vào lòng đại tràng ngược chiều với chiều khối lồng, áp lực hơi duy trì 80 - 120 mm Hg, theo dõi trên màn chiếu X quang, kết hợp xoa nắm nhẹ nhàng trên thành bụng.

\* Nhận định kết quả:

Khi bơm hơi vào và quan sát trên màn chiếu X quang thấy hình ảnh đặc hiệu của lồng ruột, tiếp tục bơm sẽ làm khối lồng dần dần mất đi, manh tràng về hố chậu phải không có hình khuyết, hơi qua van Bauhin sang nhiều phía ruột non và lan toả làm sáng các quai ruột non là đã tháo được.

Lâm sàng: Bụng chướng đều, trẻ không khóc, bú được, không nôn. vài giờ sau sẽ ỉa phân vàng.Trong những năm gần đây nhiều nơi đã tiến hành bơm hơi đại tràng để tháo lồng tại giường. Phương pháp này đơn giản, dễ làm, bệnh nhân và thầy thuốc không bị nhiễm tia X.

Cách tiến hành cũng như bơm hơi đại tràng dưới màn huỳnh quang, nhận đinh kết quả bằng kinh nghiệm lâm sàng (lúc đầu bụng chướng lệch bên trái, sau chuyển chướng đều, khồng còn sờ thấy khối lồng, đặt ống nghe trên thành bụng - hố chậu phải-nghe thấy tiếng hơi phụt qua van Bauhin như tiếng gió phụt qua chỗ hẹp, tháo hơi maLụng vẫn chướng, và cho bệnh nhi uống nước than hoạt sau khi đã tháo xong, theo dồi tiếp trong vòng 24 h thấy trẻ trở lại bình thường, hết các triệu chứng lâm sàng ưước đó, ỉa ra phân đen của than hoạt).

7.1.3. Tháo lồng bằng thụt nước muối:

Một số nước phổ biến dùng phương pháp thụt nước muối đẳng trương để tháo lồng, thủ thuật được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm.

Kết quả rất tốt.Chỉ định tương tự như của phương pháp thụt baryte hoặc bơm hơi trên.

7.2. Điều trị bằng phẫu thuật :

7.2.1. Chỉ định:

- Bệnh nhân đến muộn sau 48h có triệu chứng tắc ruột hoặc viêm phúc mạc.

- Tất cả các ca tháo lồng bằng thụt hoặc bơm hơi đại tràng không kết quả.

7.2.2. Chuẩn bị:

Các xét nghiệm cơ bản, sonde dạ dày,truyền dịch khi bệnh nhi có rối loạn nước và điện giải.

Trừ đau: Gây mê nội khí quản

\* Kỹ thuật: Đường mổ: đường trắng giữa trên rốn.

+ Tháo lồng bằng tay: Khi mổ vào ổ bụng, tìm thấy khối lồng, dùng mèche chèn xuống quanh đẩy các quai ruột khác vàọ ổ bụng, dùng ngón tay cái và trỏ tay phải bóp nhẹ nhàng vào đầu khối lồng, đẩy nó ra ngược chiều với nhu động ruột. Nếu lồng chặt dùng mèche tẩm huyết thanh mặn đẳng ấm đắp lên khối lồng, sau tháo tiếp. Sau khi tháo xong, đoạn ruột lồng tím, có thể đắp gạc tẩm huyết thanh mặn đẳng ấm lên quai ruột hoặc phóng bế mạc treo đoạn ruột đó bằng dung dịch novocain 1% . Nếu quai ruột hồng trở lại thì không phải cắt đoạn ruột (sinh lực ruột còn tốt).

+ Cắt đoạn ruột: Chỉ định khi đoạn ruột lồng bị hoại tử:

- Khối lồng là hồi tràng: sau khi cắt xong ta nối ngay tận - tận 2 lớp mũi rời.

- Lồng ruột hồi manh tràng hoại tử, tiến hành cắt bỏ 1/2 đại tràng phải. Sau cắt có thể nối lại ngay bên - bên theo phương pháp Quénư, hoặc đưa hai đầu đoạn ruột cắt ra ngoài theo phương pháp Mickulicz. Sau 4-6 tuần sẽ tiến hành nối lại thì 2.

\* Cắt ruột thừa và cố định manh tràng:

Trong lồng ruột cấp ở nhũ nhi vấn đề cắt ruột thừa và cố định manh tràng vào thành bụng không phải là nguyên tắc bắt buộc.

\* Chăm sóc sau mổ:

Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào hồi sức, đặc biệt là hồi sức sau mổ, do vậy bệnh nhân sau mổ cần được theo dõi sát, bồi phụ kịp thời nước và điện giải.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, số lượng nước tiểu. Khó thở: cho thở oxy.Đặt sonde hút dịch dạ dày .Bù số lượng nước và điện giải

- Trẻ sốt cao: cho đông miên, lưu ý bồi phụđủ nước - điện giải.

Lồng ruột là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở nhũ nhi, triệu chứng lâm sàng thường điển hình , chẩn đoán dễ. Khi đến sớm, chẩn đoán là lồng ruột cấp thì thường chỉ cần xử trí đơn giản và có kết quả bằng bơm hơi đại tràng tháo lồng tại giường , ít khi phải chỉ định mổ.

IV. Tài liệu tham khảo :

5. Bệnh học ngoại khoa ( tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học

6. Ngoại khoa Tập 1 ( sách bổ túc sau đại học) 1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoa học xã hội.

GIẬP NIỆU ĐẠO

I. Mục tiêu

1. Trình bày được thái độ và các phương pháp điều tri giập niệu đạo.

2. Mô tả triệu chứng và chẩn đoán được giập niệu đạo

3. Trình bày được thái độ và các phương pháp điều trị giập niệu đạo.

II. Nội dung

Giập niệu đạo là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp đối với nam giới, gặp nhiều ở lứa tuổi lao động. Giập niệu đạo mỗi ngày một nhiều và phức tạp (do tai nạn mỗi ngày một gia tăng và đa dạng như tai nạn lao động, giao thông và đới sống sinh hoạt).

Giập niệu đạo phải được xử trí cấp cứu để tránh các biến chứng nguy hiểm: Bí đái, viêm tấy nước tiểu tầng sinh môn, tránh di chứng phức tạp về sau như hẹp niệu đạo, làm cho việc phục hồi chức năng đường niệu khó khăn,.

-Về giải phẫu niệu đạo chia làm 2 phần: Niệu đạo trước và niệu đạo sau.

Giập niệu đạo trước và niệu đạo sau khác hẳn nhau về nguyên nhân sinh bệnh, lâm sàng và phương pháp điều trị.

1. Đặc điểm giải phẫu của niệu đạo

1.1. Niệu đạo trước

- Đi từ miệng sáo đến niệu đạo hành, ở phía trước hậu môn, niệu đạo phần này có vật xốp bao bọc. Vật xốp là một thành phần cương của dương vật, nó rất dàỵ ở phần hành niệu đạo, do đó khi bị tổn thương thường chảy nhiều máu và sau đó trong quá trình liền vết thương dễ phát sinh ra mô xơ gây hẹp niệu đạo. Niệu đạo trước chia làm 2 phần:

- Niệu đạo tầng sinh môn đi từ gốc dương vật đến phía trước hậu môn. Đây là phần niệu đạo cố định gồm một phần ở vùng bìu và một phần ở tầng sinh môn thực sự và đây cũng là phần dễ bị chấn thương nhất của niệu đạo.

- Niệu đạo phần dương vật, đây là phần di động của niệu đạo. Phần này ít bị tổn thương trong chấn thương.

1.2. Niệu đạo sau:

Niệu đạo sau đi từ cổ bàng quang cho đến hành niệu đạo, niệu đạo sau không có vật xốp bao bọc. Niệu đạo sau gồm 2 phần.

- Niệu đạo tuyến tiền liệt có tuyến tiền liệt bao bọc, niệu đạo phần này được bọc bởi hai cơ thắt trơn.

+ Cơ thắt trơn trên lỗ tinh có tác dụng co thắt lại lúc xuất tinh để tinh dịch không trào ngược vào bàng quang và tác dụng giữ nước tiểu.

+ Cơ thắt trơn dưới lỗ tinh có tác dụng rất quang trọng trong việc giữ nước tiểu để không xảy ra hiện tượng đái không kiểm soát.

1.3. Niệu đạo màng

Rất mỏng có cơ thắt vân bao bọc, niệu đạo màng liên quan mật thiết với cân đáy chậu giữa, cân này bám vào khung chậu và cùng với các cơ dẹt của vùng đáy chậu tạo thành màng chắn niệu - sinh dục. Trong trường hợp gẫy khung chậu có di lệch xương, cân đáy chậu giữa bị rách cân đáy chậu giữa bị rách lôi kéo hiệu đạo màng làm cho nó bị rách theo, hai đầu niệu đạo đứt bị di lệch theo sự di lệch của khung chậu. Niệu đạo màng được bao bọc bởi cơ thắt vân, cơ này giúp cho việc nhịn tiểu theo ý muốn, nhưng không đủ đê giữ nước tiểu để tránh khỏi hiện tượng đi tiểu của bệnh nhân.

Tóm lại: Niệu đạo sau nằm ở vũng ngã ba niệu - sinh dục và được bao bọc bởi các cơ thắt trơn và cơ thắt vân. Thương tổn của niệu đạo sau đó có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh dục của bệnh nhân. Do đặc điểm về giải phẫu và sinh lý của niệu đạo nên có sự khác biệt rất lớn giữa niệu đạọ trước và niệu đạo sau. Do đó chúng tôi sẽ trình bày liệng biệt hai phần: Vỡ niệu đạo trước và vỡ niệu đạo sau.

2. Giập niệu đạo trước

2.1. Cơ chế sinh bệnh và thương tẩn giải phẫu bệnh

2.1.1 Vỡ niệu đạo do chấn thưcmg từ bên trong:

Trường hợp này gặp khi đặt thông niệu đạo bị lạc đường, nhất là trường hợp đặt các ống thông cứng vượt qua chỗ niệu đạo cong gấp tiếp nối giữa niệu đạo màng và hình niệu đạo. Thương tổn này thường xuất hiện khi đặt một ống thông to trên một bệnh nhân có niệu đạo đường kính nhỏ hoặc niệu đạo dẫn đến rọ niệu đạo thường bị ra da ở gốc dương vật.

2.1.2. Vỡ niệu đạo do chấn thương từ bên ngoài:

Khi bệnh nhân ngã ngồi kiểu cưỡi ngựa trên vật cứng hai chân xoạc ra như: Ngã khi chèo thuyền, trượt cầu khỉ, đoạn niệu đạo này bị kẹt giữa xương mu phía trên và vật cứng phía dưới nên bị giập hoặc vỡ đứt hoàn toàn. Niệu đạo dương vật ít khi bị dập vỡ, chỉ gặp khi bị chấn thương trực tiếp.

Tuỳ theo tai nạn, lực ép từ cao xuống cùng với trọng lượng cơ thể và sức dội của vật cứng ở dưới, mà tổn thương niệu đạo có thể gặp:

- Giập vật xốp

- Vỡ niệu đạo hay đứt niệu đạo không hoàn toàn, vật xốp bị giập vỡ và đứt một phần niệu đạo kèm theo tụ máu, chảy máu niệu đạo.

- Đứt niệu đạo hoàn toàn: Vật xốp bị đứt ngang, niệu đạo bị đứt hoàn toàn, hai đầu niệu đạo và vật xốp rồi xa nhau, thương tổn kèm theo là bầm giập chảy máu, tụ máu lớn, nếu không dẫn lưu bàng quang kịp thời sẽ sảy ra hiện tượng viêm tấy tầng sinh môn lan rộng do nước tiểu.

Tuỳ thương tổn mà có biểu hiện lâm sàng mức độ khác nhau

2.2. Lâm sàng

Trường hợp điển hình là bệnh nhân sau khi bị ngã từ trên cao dập tầng sinh môn xuống theo kiểu cưỡi ngựa trên vật cứng, bệnh nhân có thể ngất đi vài phút rồi tỉnh lại, cảm thấy:

-Đau nhói ở tầng sinh môn không tự dậy đi lại được ngay.

-Chảy máu tự nhiên ít hoặc nhiều ra miệng sáo niệu đạo

-Bí đái.

-Thăm khám

+ Ấn tầng sinh môn bệnh nhân có điểm đau chói và thấy máu chảy ra ở miệng sáo.

+ Máu tụ ở tầng sinh môn có hình cánh bướm to hoặc nhỏ. Tụ máu lớn có thể lan rộng ta hai bên bẹn đùi, bìu căng to.

Tuỳ theo các thương tổn giải phẫu (đứt niệu đạo hoàn toàn hay không hoàn toàn) mà có biểu hiện:

+ Giập vật xốp: Tụ máu lớn hoặc nhỏ ở tầng sinh môn.

+ Nếu đứt niệu đạo thì có máu chảy ra ở miệng sáo nhiều vừa có tụ máu lớn ở tầng sinh môn.

2.3. Diễn biến

- Nếu không được mổ dẫn lưu bàng quang kịp thời khi bàng quang căng, nước tiểu rỉ ra thấm vào mô liên kết tầng sinh môn. Máu và nước tiểu bị nhiễm khuẩn sẽ gây viêm lan tấy nựớc tiểu, có thể gây tử vong hoặc phá vỡ gây rò niệu đạo về sau rất phức tạp.

- Nếu được mổ cấp cứu kịp thời, tất cả các trường hợp vỡ niệu đạo trước dù nặng hay nhẹ, đều có nguy cơ hẹp niệu đạo.

2.4. Chẩn đoán

Dựa vào triệu chứng lâm sàng

- Bệnh nhân đái được hay không ; có bí đái thực sự hay không .

- Chảy máu niệu đạo nhiều hay ít.

- Khối máu tụ ở tầng sinh môn hình cánh bướm lớn hay nhỏ.

- Có viêm lan tấy nước tiểu ở tầng sinh moion không.

- Giập niệu đạo với tổn thương nhẹ, nông: Bệnh nhân không đái được, máu chảy ra ở miệng sáo, bàng quang căng, có xú hướng phải can thiệp phẫu thuật.

-Đứt niệu đạo hoàn toàn: Chảy máu niệu đạo ồ ạt. Máu tụ ở tầng sinh môn tãng nhanh, bệnh nhân bí đái thực sự, bàng quang căng, phải xử trí ngoại khoa cấp cứu.

- Ở những cơ sở có điều kiện phương tiện Xquang : Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng sẽ cho biết những thương tổn cụ thể.

+ Hình ảnh thuốc cản quang tràn ra ngoài niệu đạo .

+ Thuốc cản quang đọng ở tầng sinh môn.

2.5. Thái độ xử trí

2.5.1. Trường hợp bệnh nhân đái được

Nước tiểu đỏ đầu bãi sau đó trong. Chỉ cho kháng sinh, giảm đau và theo dõi không can thiệp gì. Sau một tuần nong niệu đạo và chụp niệu đạo kiểm tra.

2.5.2. Trường hợp bệnh nhân không đái được:

- Khám có cầu bàng quang

- Chảy máu ở miệng sáo không nhiều.

Thông bàng quang một cách nhẹ nhàng, có thể lưu sonde 1-2 ngày. Cho thuốc giảm đau, kháng sinh. Sau khi rút thông đái thì nong thử hoặc chụp kiểm tra.

2.5.3. Trường hợp máu tụ lớn ở tầng sinh môn hoặc có viêm tấy tầng sinh môn

- Mở thông bàng quang đặt thông Pezzer để dẫn lưu nước tiểu.

- Mở rộng tầng sinh môn, cầm máu kỹ, lấy hết máu tụ ở tầng sinh môn hoặc rạch tháo nước tiểu khi có viêm lan tấy nước tiểu.

- Cho thuốc kháng sinh liều cao phối hợp, hồi sức tích cực.

2.5.4. Khâu nối ngay thì đầu niệu đạo đứt

Sau khi khâu nối thì đầu dễ bị nhiễm khuẩn, dễ thất bại khi phẫu thuật viên khôn có kinh nghiệm, do vậy đa số các tác giả chủ trương:

-Mổ thi đầu dẫn lưu bàng quang, lấy máu tụ tầng sinh môn, cầm máu niệu đạo, đặt ống thông niệu đạo.

-Thì hai mổ lấy niệu đạo sau một tuần

Từ năm 1926 Young Davis, năm 1959 Sabadini đã chủ trương cắt khâu nối ngay thì đầu những trường hợ đứt niệu đạo trước.

Nhiều tác giả sau này Waterhouse, Aboulker Pierce cũng đã xử trí đứt niệu đạo trước một thì.

Nhưng thực tế không phải bao giờ cũng khả quan, nên các tác giả cho rằng không nối 1 thì có những nhược điểm:

Tổ chức giập nát và tổ chức lành khó phân biệt khi bị chấn thương Điều kiện khâu nối 1 thì không phải ở đâu, lúc nào cũng thực hiện được .

Nên tác giả có chủ trương mổ hai thì:

Thì 1: Dẫn lưu bàng quang và lấy máu tụ ở tầng sinh môn, cầm máu, đặt ống thông niệu đạo

Thì 2: Mổ cắt xơ hẹp, khâu nối niệu đạo, kết quả chắc chắn hơn.

3. Đút niệu đạo sau

3.1. Giải phẫu bệnh

3.1.1. Thương tổn thường gặp: Vỡ xương chậu gây đứt niệu đạo . Có thể thấy:

- Vỡ cung xương chậu 2 bên, gẫy cả ngành chậu mu, ngồi - mu 2 bên, vỡ xương mu.

- Vỡ cung trước xương chậu 1 bên và cánh chậu cùng bên hoặc khác bên.

- Toác xương mu.

3.1.2. Thương tổn niệu đạo

Đứt niệu đạo, chủ yếu là niệu đạo màng (85-90%). Khi vỡ xương mu, toác khớp mu gây di lệch cân đáy chậu giữa bám sau xương mu, niệu đạo màng đi qua cân này bị co kéo giằng giật nên bị di lệch bị rách hoặc đứt hoàn toàn hai đầu niệu đạo rời xa nhau.

Thương tổn thường gặp: Đứt niệu đạo không hoàn toàn 15-20%, đứt niệu đạo hoàn toàn 80-85%.

Giập vỡ tuyến tiền liệt và niệu đạo tuyến tiền liệt 3-5%, thường do xương mu gây chấn thương trực tiếp , dâm thủng hoặc ép vỡ.

3.1.3. Thương tổn phổi hợp

-Vỡ xương chậu còn gây các thương tổn mạch máu như đám rối tĩnh mạch sau xương mu, đám rối Dantorini quanh bàng quang, trên lớp cân đáy chậu giữa, gây chảy máu, tụ máu lớn ở vùng này, có khi lan rộng ở khoang Bogros ở khung chậu bé, lan ra sau màng bụng, có khi lan toàn hai hố thận, nhưng không bao giờ thấy máu tụ lan quá lên đáy chậu.

- Có thể gặp các thương tổn phối hợp như vỡ bàng quang, thủng vỡ trực tràng, đại tràng, ruột non, vỡ gan, lách, gẫy xương các chi.

Các thương tổn phối hợp kèm theo có khi biểu hiện rất ồ ạt càng làm cho thương tổn niệu đạo vốn đã kín đáo càng khó phát hiện.

3.2. Lâm sàng

Bệnh cảnh chung và điển hình của đứt hoàn toàn niệu đạo màng .

3.2.1. Bệnh cảnh chung

Do vỡ xương chậu nên bệnh nhân đến viện với một bệnh cảnh phức tạp.

- Sốc nặng: Bệnh nhân như lịm đi, .mạch nhanh, huyết áp hạ, hồng cầu, huyết sắc tố đều giảm. Sốc chiếm tỷ lộ 65-70% các trường hợp có đứt niệu đạo.

- Sốc là do chấn thương mạnh, các đa chấn thương, do gẫy xương, do chảy máu, tụ máu sau xương mu, sau màng bụng. Sốc làm lu mờ triệu chứng đứt niệu đạo.

,Tụ máu dưới sau màng bụng: Do vỡ xương chậu gầy thương tổn mạch máu sau xương mu trước bàng quang tiểu khung, tụ máu gây chướng bụng, đau vùng dưới rốn.

3.2.2. Triệu chứỉĩg đứt niệu đạo sau:

- Có ri ra ở miệng sáo ít hay có khi không có.

- Bí đái: Sau khi hồi sức chống sốc tốt, bệnh nhân ổn định, lại muốn đi tiểu nhưng không đái được và bàng quang căng dẫn rõ rệt. Cần phân biệt vói tụ máu dưới rốn từ sau xương mu lan lên.

- Thăm khám: Không có máu tụ ở tầng sinh môn, chỉ có thể có máu tụ quanh hậu môn.

- Thăm trực tràng thấy đau ở vùng tương ứng với niệu đạo sau bị đứt (ngay dưới tuyến tiền liệt) và căng về phía thành trước trực tràng.

3.3. Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng:

- Có chảy máu ra miệng sáo.

- Bí đái, bàng quang căng. ,

- Thông niệu đạo thì có thể giúp cho chẩn đoán, nhưng phải tiến hành vô khuẩn và nhẹ nhàng, có thể có các tình huống sau đây:

+ Thông bị dừng lại, có máu chảy ra: đứt niệu đạo.

+ Thông đẩy vào được nhưng lạc đường vì đứt niệu đạo, ống thông có máu chảy ra. Nên thăm trực tràng để phát hiện dấu hiệu này .

+ Ống thông đẩy vào được dễ dàng, có nước tiểu, không có máu chảy ra: Không đứt niệu đạo.

+ Ống thông đưa được vào, có chảy máu ra, có nước tiểu đỏ: Có thể đứt niệu đạo không hoàn toàn hoặc vỡ bàng quang.

- Xquang Chụp niệu đạo bàng quang ngược dòng có thể xác định được thương tổn thấy thuốc cản quang tràn ra ngoài niệu đạo hoặc thuốc cản quang tràn ra nơoài bàng quang.

3.4. Xử trí

- Hồi sức chống sốc kịp thòi, đúng mức, nhanh chóng, phục hồi khối lượng tuần hoàn.

- Chảy máu tụ máu nhanh, mạch, huyết áp không ổn định, phải chỉ định mổ để xử trí các thương tổn mạch máu (động mạch, tĩnh mạch) nếu cần thiết phải buộc động mạch chậu trong.

- Sửa chữa di lệch vỡ xương chậu, xương mu trước khi xử trí niệu đạo (điều hợp lý là nắn chỉnh hình cố định xương chậu trực tiếp hay gián tiếp, nhưng vấn đề này hiện nay còn tranh luận, thường chỉ được đặt ra sau khi xử lý niệu đạo).

- Xử trí đứt niệu đạo:

+ Nếu tình trạng bệnh nhân nặng, đa chấn thương: Chỉ nên làm tối thiểu dẫn lưu bàng quang đơn thuần.

+ Nếu tình trạng bệnh nhân cho phép : Hồi sức chống sốc. Nếu niệu đạo đứt di lệch ít, thương tổn tại chỗ không giập nát, tụ máu nhiều thì dẫn lưu bàng quang, đặt ống thông chất dẻo chỉnh niệu đạo.

+ Nếu tình trạng bệnh nhân ổn đinh tốt sau chấn thương, điều kiện chuyên khoa có kinh nghiệm: Khâu nối niệu đạo ngay thì đầu và phôi hợp nắn chỉnh di lệch xương mu.

Young - Davis (1928) và Waterrhouse (1959) cũng đã thành công trong phẫu thuật phục hồi niệu đạo ngay thì đầu.

Nhưng trên thực tế khôngphải bao giờ cũng có điều kiện thực hiện được vì tình hình bệnh nhân, các thương tổn phức tạp, nên giải pháp thông thường phù họp là:

+ Dẫn lưu bàng quang

+ Chỉnh lại niệu đạo trên một ống thông chất dẻo. Sau một thời gian khi bệnh nhân ổn định (3 tuần) mổ thì hai tạo hình niệu đạo. Có nhiều tác giả chủ trương mổ sớm trong tuần đầu khi bệnh nhân hết sốc. Việc phục hồi niệu đạo phải được đảm bảo về cả chức năng tiết niệu và sinh dục.

IV. Tài liệu tham khảo

1- Bệnh học ngoại bụng (1986), nhà xuất bản Y học

2- Lê Thế Trung , Bài giảng bệnh học ngoại khoa sau đại học (1993), Học viện quân y

3- Bệnh học tiết niệu (1995), Đại học Y Hà Nội

UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

I. Mục tiêu.

1. Mô tả được đặc điểm dịch tễ của ung thư đại tràng.

2. Trình bày được đặc điểm giải phẫu đại tràng, tổn thương giải phẫu bệnh các giai đoạn của ung thư đại tràng

3. Mô tả được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các thể lâm sàng và chẩn đoán ung thư đại tràng

4. Trình bày được nguyên tắc điều trị ung thư đại tràng.

5. Chăm sóc theo dõi sau phẫu thuật và dự phòng ung thư đại tràng tại cộng đồng

II. Nội dung.

Ung thư đại tràng (UTĐT) đứng hàng thứ hai sau ung thư (UT) dạ dày, trong UT đường tiêu hoá. ƯTĐT tiến triển chậm và di căn muộn hơn so vói ƯT khác, mổ sớm khi u chưa đến thanh mạc, tỷ lệ sống trên 5 năm là 80 - 90%.

Việt Nam, UTĐT đứng hàng thứ năm sau ƯT dạ dày, ƯT phổi, ƯT vú, ƯT vòm. Tuổi mắc bệnh sớm hơn các nước Pháp...: 40-60 tuổi, gặp cả hai giới, nhưng nam nhiều hơn nữ (54%).

1. Nguyên nhân:

- Políp đại tràng (ĐT) là nguyên nhân quan trọng gây UTĐT. Gần 50% ƯTĐT phát sinh trên cơ sở của Políp ĐT (Đeinheka), số lượng polip càng nhiều tỷ lệ UT hoá càng cao..

+ Shinga và wolf ( 1979): 1 políp UT hoá 31,3%’

3 políp UT hoá 45,6%.

+ Chú ý bệnh políp gia đình (Familial Adenomateur Poliposis) 10%, có 85% số bệnh nhân phát triển thành UT ở lứa tuổi 30 nếu không điều trị, (Gen APC, P53, RAS);

- Các bệnh ĐT mãn tính: ƯTĐT có thể phát sinh trên tổn thương của các bệnh lya míp, u lao ruột, giang mai, thương hàn. Vị trí viêm loét ĐT dễ UT là ở manh tràng và ĐT Sigma.

- Chế độ ăn: Nhiều mỡ và đạm động vật, ít chất bã thì dễ UTĐT, thay đổi vi khuẩn yếm khí ĐT, biến đổi axit mật, cholesterin thành những chất gây UT.

2. Giải phẫu bệnh:

- Vị trí: Nhiều nhất ĐT Sigma và manh tràng 25-30%.

- Tinh chất u: Phụ thuộc vào đặc điểm cấu tạo tổ chức học và sự phát triển của u hướng vào trong hay ra ngoài.

+ Thể u: Phát triển dưới dạng khối u, mặt u thường sùi, loét dễ chảy máu, thường gặp thể u ở ĐT phải, ít gây tắc ruột hoàn toàn, mà biểu hiện hội chứng Koenig.

+ Thể thâm nhiễm: U phát triển theo chu vi của ĐT, giống như hình nhẫn, gây chít hẹp ĐT và tắc một cấp tính, thường gặp u ở ĐT trái.

- Sự thâm nhiễm của UT: ư phát triển từ nông vào sâu, ra hai phía của ĐT, tổ chức lành phía trên cách u 6 cm, phía dưới cách u 3-4 cm.

- Di căn của UT: Chủ yếu bằng đường bạch huyết, ngoài ra có thể di căn theo đường máu, UTĐT di căn khu vực 60%.

+ UT manh tràng di căn theo 5 nhóm bạch huyết của các động mạch (ĐM): ĐM hồi - ĐT trước, ĐM hồi - ĐT sau, ĐM ruột thừa, ĐM hồi tràng và ĐMĐT phải.

+ UTĐT lên di căn theo ba ĐM: Hồi -ĐT, ĐMĐT phải, ĐMĐT giữa.

+ UT nừa phải ĐT ngang di căn theo ĐMĐT phải và ĐMĐT giữa. Nửa trái theo ĐMĐT trái và các nhánh của nó.

+ UTĐT xuống di căn theo ĐMĐT trái và ĐMĐT Sigma.

+ UTĐT Sigma di căn theo ĐMĐT Sigma và ĐM trực tràng trên.

+ Di căn theo tĩnh mạch ít gặp 8-20%, di căn đến gan, phổi, xương, não...

- Vi thể của UTĐT:

+ UT biểu mô tuyến chiếm 95% trong đó:

80% là adenocarcinom Liberkuhniens.

18% là adenocarcinome mucineux.

Hiếm gặp loại ít biệt hoá và loại không biệt hoá anaplasiques.

+ Sacom chiếm 5%, có thể là sacôm cơ hoặc u limpho ác tính.

- Phân chia giai đoạn ƯTĐT.

\* Theo Dukes (1932).

+ Dukes A: u nằm ở niêm mạc, dưới niêm mạc, đến lóp cơ, hạch chưa di căn.

+ Dukes B: u xâm lấn qua lớp cơ, đến thanh mạc, chưa di căn hạch.

+ Dukes C: u xâm lấn ra tổ chức xung quanh, có di căn hạch.

+ Dukes D: u to xâm lấn các cơ quan lân cận, di căn xa.

\* Theo Hiệp hội quốc tế chống ung th (UICC).

+ U nguyên phát (T).

Tx u nguyên phát không thể đánh giá.

To Không có bằng chứng của u nguyên phát.

Tis Carcinôm tại chỗ.

T1 xâm lấn dới niêm mạc.

T2 u xâm lấn đến lớp cơ

T3 u xâm lấn qua lớp cơ đến lớp dới thanh mạc hay đến mô quanh ĐT không có phúc mạc.

T4 u làm thủng phúc mạc tạng hay xâm lẩn tnrc tiễp các cơ quan.

+ Hạch limphô vùng (N).

Nx Hạch limphô vùng không thể đánh giá.

No Không có hạch limphô vùng di căn.

NI Di căn 1-3 hạch limphô quanh ĐT.

N2 Di căn > 4 hạch limphô quanh ĐT.

N3 Di căn đến bất kỳ hạch limphô nào dọc đường đi của mạch máu.

+ Di căn xa (M).

Mx Sự hiện diện của di căn xa không thể đánh giá.

Mo Không có di cãn xa.

MI Di căn xa.

3. Triệu chứng và chẩn đoán:

3.1.Lâm sàng: Tuỳ theo vị trí khối u có triệu chứng khác nhau.

- Đau bụng có sớm nhất 70 -80% UTĐT, không liên quan đến thời gian, bữa ăn, đến muộn có triệu chứng bán tắc ruột, đau bụng từng cơn, sôi bụng, trung tiện được đỡ đau (H/C Koenig).

- Rối loạn tiêu hoá, táo bón, ỉa lỏng hoặc xen kẽ táo bón ỉa lỏng, gặp ở ĐT trái nhiều hơn, lúc đầu táo bón sau ỉa lỏng kèm nhầy, có khi lẫn máu nhầy (60%UTĐT).

- Phân lẫn máu: Chảy máu ở chỗ UT, ĐT phải chảy máu đỏ sẫm, ĐT trái máu đỏ hơn, kéo dài dẫn đến tình trạng thiếu máu.

- Toàn thân: Chán ăn mệt mỏi, sút cân, Sốt (16 -18%) do thoái hoá tổ chức UT.

- Khôi u: Scrthấy khôi u trong ƯIĐT gặp 60%, nhưng thường ở giai đoạn muộn.

3.2. Cận lâm sàng:

3.2.1. Xét nghiệm:

+ Kháng nguyên phôi UT tăng 70% trong Ư1DT.

+ Test kháng thể đơn Clon ( monoclonal antibođies).

+ Gắn phóng xạ hiện hình khối u và di căn của ƯTĐT.

3.2.2. Xquang:

Biện pháp khá phổ biến, có giá trị chẩn đoán xác định UTĐT >80%, chụp khung đại tràng bằng baryte, chụp cản quang kép, thấy hình ảnh chít hẹp, hình nhẫn, hình khuyết.

3.2.3. Nội soi ĐT sinh thiết có giá trị chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt ƯTĐT, áp dụng cho những trường họp hình ảnh x quang chụp ĐT không rõ ràng, hay ỉa máu không rõ nguyên nhân.

3.2.4. Soi hậu môn trực tràng bằng ống cứng cách rìa hậu môn >10cm, sinh thiết. (Chú ý: Chụp X quang ĐT, kích thớc khối u >5mm bỏ sót 20% ).

- Xét nghiệm khác:

+ Tìm tế bào bong trong phân, dương tính sớm 60%.

+ Tìm hồng cầu trong phân.

+ CEA huyết thanh, CA19-9, Gen P53.

+ Siêu âm nội trực tràng (Endorectal Ultrasound), đánh giá mức độ xâm lấn của u (độ nhậy 94 -96%). Chụp CT cho biết chính xác xâm lấn và di căn gan, phổi.

3.3. Chẩn đoán:

Dựa vào lâm sàng, X quang, nội soi. Lâm sàng gặp 6 thể UTĐT:

- Thể viêm ruột: 40-50%.

- Thể nhiễm độc thiếu máu: 10 -15%.

- Thể tắc ruột: 30 -35%.

- Thể thâm nhiễm các cơ quan: 5 -7%.

-ThểRLTH: 20-25%.

-Thểu: 2-3%.

4. Điều trị:

4.1. Nguyên tắc điều trị ngoại khoa:

+ Thắt tạm thời các mạch máu cho đến khi làm song thủ thuật trên u.

+ Thắt hai đầu đoạn ruột có u, không sờ nắn vào u.

+ Hồi sức toàn thân tốt trớc khi mổ.

+ Chuẩn bị ĐT: ăn lỏng ít bã, uống kháng sinh trước mổ một tuần, làm sạch ruột bằng uống Manitol 10% (lOOOml) hoặc uống Fortran (2-4 gói).

4.2. Các phẫu thuật điều trị triệt để UTĐT:

- Cắt nửa ĐT phải (phẫu thuật điều trị triệt để lựa chọn cho tất cả UTĐT phải) lấy bỏ 20- 30cm đoạn cuối hồi tràng, manh tràng, ĐT lên và 1/2 phải ĐT ngang: áp dụng cho UT manh tràng, UTĐT lên, UTĐT góc gan, UT 1/3 phải ĐT ngang.

- Cắt nửa ĐT trái (phẫu thuật điều trị triệt để lựa chọn cho tất cả UTĐT trái) lấy bỏ 1/2 trái ĐT ngang đến ĐT Sigma, trong một số trường hợp khối ƯT nhỏ,di căn hạch ít thì có thể cắt phần ĐT trái.

- Các phẫu thuật cắt một phần ĐT.

Cắt bỏ ĐT trái cao: cắt 1/3-1/2 trái ĐT ngang và một phần ĐT xuống, áp dụng UTĐT góc lách hoặc ĐT xuống.

+ Cắt bỏ ĐT trái thấp: cắt bỏ toàn bộ ĐT Sigma và một phần ĐT xuống, áp dụng cho UTĐT Sigma.

+ Cắt ĐT ngang: cắt toàn bộ ĐT ngang từ góc gan đến góc lách, áp dụng cho UT 1/3 giữa ĐT ngang.

4.3. Các phẫu thuật điều trị tạm thời UTĐT:

Áp dụng khi khối u không có khả năng cắt bỏ, làm phẫu thuật tạm thời.

- Làm hậu môn nhân tạo trên khối UT.

- Nối tắt ừên với dới khối UT (By-pass).

4.4. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật triệt để:

Phương pháp điều trị hỗ trợ, xử dụng hoá chất 5 FU (Cinq Fluorouracil) phối hợp với levamisol, áp dụng cho UTĐT giai đoạn Dukes c, làm tăng thời gian sống thêm. Gần đây điều tri phối hợp 5-FU với axit folinic hoặc interferon đã có kết quả khả quan.

5. Tai biến và biến chứng:

- Trong mổ:

+ Cắt ĐT phải: Tổn thương niệu quản phải khi UT thâm nhiễm niệu quản.

Tổn thương tá tràng gặp khi giải phóng ĐT góc gan.

+ Cắt nửa ĐT trái: Có viêm dính dễ gây tổn thương niệu quản trái và lách.

- Đề phòng bục miệng nối:

+ Tránh thiếu máu nuôi dưỡng miệng nối.

+ Hạn chế nhiễm khuẩn miệng nối.

+ Chú ý tình trạng toàn thân trước, sau mổ và dẫn lưu giảm áp lực lòng ĐT.

GÃY XƯƠNG HỞ

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế gãy xương hở.

2. Trình bày được triệu chứiĩg và chẩn đoán gãy xương hở.

3. Trình bày được phân loại, phân độ gãy xươìĩg hở.

4. Nắm được các biến chứng thường gặp của gãy xươỉĩg hở.

5. Trình bày được các bước cấp cứu ban đầu và nguyên tắc điều trị gãy xương hở.

II. NỘI DUNG

1. Định nghĩa gãy xương hở

- Gãy xương hở(GXH) là loại gãy xương mà ổ gãy thông với môi trường bên ngoài qua vết thương phần mềm.

- Gãy xương kín + 1 vết thương phần mềm ở cùng một đoạn chi, phải điều trị như một gãy xương hở.

2. Dịch tễ học

- Tỷ lệ GXH đứng đầu trong cấp cứu chấn thương(40-50% trong tổng số gãy xương).

- Gặp mọi lứa tuổi, mọi giới, nhưng hay gặp nhất là tuổi lao động(20-40%) ; nam nhiều hơn nữ(3/l/).

- Chi hay bị gãy xương hở nhất theo thứ tự là : cẳng chân(khoảng 50%), cẳng tay, các ngón tay, ngón chân, đùi...

3. Nguyên nhân, cơ chế

3.1. Cơ chế chấn thương trực tiếp

Cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm 80- 90%, gây nên gãy hở ngoài vào, tổn thương nặng ở phần mềm, xương gãy phức tạp.

- Tai nạn giao thông : đứng đầu, chiếm 50% tổng số nguyên nhân gây GXH.

- Tai nạn lao động.

- Tai nạn do hỏa khí.

3.2. Cơ chế chấn thương gián tiếp :

Cơ chế chấn thương gián tiếp gây nên gãy hở từ trong ra. Xương thường gãy chéo xoắn, phần mềm tổn thương nhẹ (gãy hở TLC xương cánh tay ở trẻ em; di lệch đầu xương chày nhọn đâm ra ngoài).

4. Giải phẫu bệnh và sinh lý bệnh GXH

4.1. Giải phẫu bệnh

- Da : tổn thương nặng hay nhẹ tùy cơ chế chấn thương. Có thể vết thương rách da nhỏ, có thể bong lóc da diện rộng.

- Gân, cơ : đụng dập, đứt cơ, thậm chí mất rộng cân cơ, lộ xương.

- Mạch, thần kinh : dập nát, đứt một phần hoặc toàn bộ.

- Xương : nếu chấn thương trực tiếp thì xương gãy phức tạp, mất đoạn, nếu chấn thương gián tiếp xương gãy đơn giản

4.2. Sinh lý bệnh

\* Nhiễm trùng vết thương:

- Tất cả mọi vết thương đều có sự hiện diện của vi khuẩn, song nó phụ thuộc vào thể trạng của bệnh nhân, mức độ tổn thương và sự can thiệp kịp thời của thầy thuốc mà có gây nên nhiễm khuẩn vết thương hay không?

- Bệnh nhân già, yếu, sức đề kháng kém(phụ nữ sau đẻ) hoặc bị bệnh mãn tính(suy gan, suy thận) dễ bị nhiễm trùng vết thương.

\* Diễn biến nhiễm trùng vết thương sau GXH :

- Giai đoạn chưa nhiễm khuẩn(ủ bệnh): sau tai nạn dưới 6 giờ.

- Giai đoạn tiềm tàng(xâm lấn) : sau tai nạn 6-12 giờ, nếu vết thương không được xửlý, vi khuẩn sẽ phát triển từ tổ chức dập nát, tổ chức hoại tử, rồi xâm lấn vào các tổ chức sống, gây nên phản ứng viêm.

- Giai đoạn nhiễm khuẩn: sau tai nạn 12 giờ, từ nhiễm khuẩn tại chỗ vết thương, có thể gây nên nhiễm khuẩn huyết.

\* Liền vết thương, liền xương trong GXH : Liễn vết thương quân trọng nhất vì phần mềm sẽ che phủ, bảo vệ xương tốt.

- Một vết thương liền tốt nếu : không còn dị vật, không còn nhiễm khuẩn, không còn chèn ép và thiếu máu nuôi dưỡng(vì vậy nguyên tắc điều trị GXH là : cắt lọc, rạch rộng, để hở).

- Liền xương tốt khi : Vết thương liền, xương liền tốt và không bị mất đoạn xương.

\* Sốc chấn thương : do mất máu, do đau. Trung bình một GXH : cẳng chân mất 500ml máu, đùi mất 500-1000ml máu.

5. Phân loại gãy xương hở

5.1. Dựa vào cơ chế chấn thương: chia ra 2 loại

- Gãy hở ngoài vào : do chấn thương trực tiếp.

- Gãy hở trong ra : do chấn thương gián tiếp.

5.2. Dựa vào thời gian

- Gãy xương hở đến sớm : trước 6 giờ.

- Gãy xương hở đến muộn : Trên 12 giờ.

5.3. Dựa vào thương tổn phần mềm

Có nhiều cách phân loại GXH dựa vào tổn thương phần mềm. Nhưng hiện nay, phân loại theo Gustilo(mỹ) là đơn giản nhất, chính xác và được dùng nhiều nhất.

- Độ I: gãy xương hở mà vết thương phần mềm nhỏ < lcm, gọn, sạch.

- Đô II : Vết thương phần mềm l-10cm, sạch, gọn.

- Độ II: Tổn thương phần mềm nặng, xương gãy phức tạp, tỷ lệ cắt cụt

chi cao 15%.

+ Độ IIIa : Dập nát phân mềm rộng, nhưng xương còn được che phủ một cách thích hợp.

+ Độ IIIb : Mất phần mềm rộng, lộ xương ra ngoài.

+ Độ IIIc : Tổn thương mạch và thần kinh.

6. Chẩn đoán

6.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các bệnh cảnh lâm sàng :

- Gãy xương hở mà ổ gãy thòi ra ngoài.

- Gãy xương mà có nước tủy xương chảy qua vết thương phần mềm.

- Sau khi cắt lọc vết thương thấy ổ gãy thông với vết thương.

- Gãy xương hở đến muộn : chảy mủ qua vết thương, có thể lộ đầu xương viêm.

6.2. Chẩn đoán độ gãy xương hở theo Gustilo: (Xem phân loại GXH).

7. Biến chứng

7.1. Biến chứng ngay

- Sốc chấn thương : do mất máu, do đau cần phải băng và bất động vết thương ngay.

- Tổn thương mạch và thần kinh.

- Tắc mạch do mỡ tủy xương : rất hiếm gặp.

7.2. Biến chứng sớm

- Nhiễm khuẩn vết thương : đặc biệt nguy hiểm là nhiễm khuẩn yếm khí. Vì vậy, khi xử lý vết thương phải rạch rộng, không được khâu kín.

- Rối loạn dinh dưỡng kiểu Volkmann hoặc Sudeck.

7.3. Di chứng

- Viêm xương sau gãy xương hở.

- Chậm liền xương, khớp giả : trong GXH thì chậm liền, Khớp giả chiếm tỷ lệ cao vì mất đi sự liền xương sinh lý.

- Can lệch.

- Teo cơ, cứng khớp.

8. Điều trị

8.1. Cấp cứu ban đầu

- Băng bó vết thương : sát trùng vết thương, băng vết thương theo các lớp kinh điển.

- Bất động vững ổ gãy bằng các loại nẹp, trên và dưới ổ gãy một khớp. Lưu ý không được kéo đầu xương tụt vào.

- Phòng chống sốc : bằng dịch và máu tùy theo mạch, huyết áp và số lượng hồng cầu của bệnh nhân.

- Dùng thuốc :

+ Thuốc phòng uốn ván: SAT, Anatoxin.

+ Kháng sinh toàn thân.

+ Thuốc giảm đau(Morphin): nếu chưa loại trừ các tổn thương khác thì không được dùng.

8.2. Điều trị thực thụ

\* Tại phòng chuẩn bị mổ

- Vô cảm cho bệnh nhân.

- Rửa vết thương bằng nhiều nước với Betadin(20-30L), lấy hết dị vật ởnông.

- Cạo lông xung quanh vết thương.

\* Tại phòng mổ:

Xử lý vết thương theo nguyên tắc : cắt lọc - rạch rộng - để hở.

\* Xử lý vết thương phần mềm:

- Thì bẩn:

+ Cắt mép vết thương từ 2-5mm.

+ Lấy hết dị vật, cắt bỏ cân cơ dập nát.

+ Làm sạch đầu xương bẩn.

- Thì sạch : thay toàn bộ dụng cụ

+ Rạch rộng vết thương theo trục chi hình chữ z. Đầu chi gãy càng sưng nề càng phải rạch rộng, cân rạch rộng hơn da.

+ Cắt lọc tổ chức dập nát phía trong sâu, tới chỗ cơ lành: chảy máu tốt, cơ co khi kích thích.

+ Rửa vết thương bằng oxy gỉà và Betadin.

\* Xử lý mạch, thần kinh

- Nối hoặc ghép mạch(GXH độ HIc).

- Nối TK : nối bao hoặc sợi thần kinh.

\* Xử lý xương

+ Đầu xương được làm sạch, lấy bỏ xương vụn.

+ Kết hợp xương bên tròng bằng đinh hoặc nẹp vis : Nếu thể trạng bệnh nhân tốt, gãy hở độ I, II đến sớm, PTV có kinh nghiệm. Đây là một phương pháp tốt, xương được che phủ, tỷ lệ liền xương khá nhưng hết sức thận trọng vì dễ nhiễm khuẩn.

+ Cố định ngoài : ưu điểm với những GXH nặng(độ III), GXH đến muộn vì chăm sóc tốt vết thương. Nhược điểm : nhiễm khuẩn chân đinh, tỷ lệ chậm liền khá cao.

+ Kéo liên tục : áp dụng cho chi dưới. Gãy xương đùi kéo qua lồi cầu đùi. Gãy cẳng chân kéo qua xương gót. Trọng lượng kéo 1/8-1/6 trọng lượng cơ thể. Ưu điểm : chăm sóc và theo dõi được vết thương. Phải phẫu thuật kết hợp xương thì 2.

+ Bó bột: sau khi xử lý vết thương, làm sạch xương, đặt xương về thẳng trục, phủ cơ che xương, kéo thẳng chi rồi bó bột rạch dọc. Bất động 2 khớp lân cận. Ưu điểm : áp dụng được rộng rãi cho mọi tuyến, đơn giản, rẻ tiền. Nhược điểm : khó chăm sóc vết thương, không bất động được xương gãy.

\* Phục hồi phần mềm

- Đặt ống dẫn lưu, khâu cơ che xương.

- Nên để hở da với những GXH nặng(độ III).

- Cấm khâu da, cân đối với GXH đến muộn.

\* Điều trị sau mổ

- Kháng sinh liều cao toàn thân.

- Gác chân trên khung Braun hoặc treo tay cao sau mổ 5 ngày.

- Theo dõi diễn biến vết thương hàng ngày, phòng tránh nhiễm khuẩn vết thương.

8. Dự phòng gãy xương

- Dự phòng tai nạn giao thông: nghiêm chỉnh chấp hành luật lệ khi tham gia giao thông

- Dự phòng tai nạn lao động: khi vận hành máy móc phải có bảo hộ lao : động, tuân thủ kỷ luật lao động

- Xây dựng một nếp sống văn minh, lịch sự, tôn trọng nhau “ mình vì mọi người, mọi người vì mình”

IV. Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học ngoại khoa (tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học . - .

2. Ngoại khoa Tập 1. 1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoa học xã hội.

GÃY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày đươc cơ chế, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cua gãy 2 xương căng chân.

2. Biết chẩn đoán xác định và chẩn đoán biến chứng trong gãy 2 xương cẳngchân.

3. Nắm được phương pháp điều trị gãy 2 xương cẳng chân và các biến chứng.

II. NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hai xương cẳng chân bao gồm tất cả các loại gãy đi từ mâm chày đến mắt cá. Trong bài chỉ đề cập đến gãy thân 2 xương cẳng chân.

1.1. Định nghĩa

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

1.2. Đặc điểm giải phẫu hai xương cẳng chân

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

Mạch nuôi xương càng xuống thấp càng nghèo nàn(l/3dưói) khi gãy vùng này xương khó liền.

Các khối cơ bố trí quanh xương không đều, phía sau có khối cơ chắc khỏe, phía trước không có cơ mà ngay dưới da là xương vì vậy khi gãy rất dễ bị ỉộ xương. Cấu tạo các khoang hẹp, thành khoang chắc vị vậy khi có phù nề, chảy máu trong khoang dễ gây hội chứng CEK cẳng chân.

1.3. Cơ chế gãy xương

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

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

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Tổn thương xương : tùy thuộc vào cơ chế chấn thương, nguyên nhân tai nạn.

- Gãy đơn giản : gãy ngang, gãy chéo.

- Gãy phức tạp : gãy nhiều mảnh, nhiều tầng.

- Hay gãy ở vị trí 1/3 dưới(điểm yếu của xương).

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

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

Độ II : gãy hở mà vết thương phần mềm < lcm, vết thương gọn, sạch, thường là loại gãy trong chọc ra.

Độ II : gãy hở mà vết thường phần mềm từ lcm đến lOcm, vết thương gọn, sạch.

- Độ III: là loại gãy hở rất nặng, tỷ lệ cắt cụt chi cao khoảng 15%.

+ Đọ IIIa . vết thương rộng, phần mềm dập nát nhiều nhưng xương còn được che phủ một cách thích hơp.

+ Độ IIIb : mất rộng phần mềm, lộ cả một đoạn xương ra ngoài. Khi cắt lọc vết thương muốn che xương phải chuyển vạt cơ hoặc vạt da-cân để che.

+ Độ IIIc : vừa dập nát phần mềm vừa tổn thương mạch máu và thần kinh.

2.3. Tổn thương mạch máu, thần kinh

Tổn thương đứt mạch máu, thần kinh(đứt mạch máu, thần kinh trong gãy kín hoặc gãy hở độ IIIc).

Có thể gây ra hội chứng chèn ép khoang cẳng chân.

3. BIẾN CHÚNG

3.1. Biến chứng ngay

- Sốc chấn thương : đặc biệt gặp ở gãy xương hở.

- Tổn thương mạch, thần kinh.

- Hội chứng chèn ép khoang.

3.2. Biến chứng sớm

- Nhiễm khuẩn : hoại thư và hoại thư sinh hơi.

- Rối loạn dinh dưỡng kiểu Sudex : cẳng chân sưng nề, nổi nhiều nốt phỏng nước trên da. Từ các nốt phỏng nước này có thể dẫn đến nhiễm trùng vào sâu trong xương.

3.3. Di chứng

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

- Khớp giả : ngoài 6 tháng mà xương không liền.

Can lệch : gây nên ngắn chi, lệch trục chi, làm bệnh nhân không đi lại được.

Viêm xương : nhất là sau gãy xương hở, điều trị rất phức tạp và tốn kém.

4. LÂM SÀNG VÀ X QUANG :

Để chẩn đoán xác đinh thường dựa vào lâm sàng và X quang, thường là dễ.

4.1. Lâm sàng

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

Mất cơ năng của cẳng chân.

Gấp góc ở cẳng chân.

Sờ thấy đầu xương gãy di lệch ngay dưới da.

Cẳng bàn chân xoay đổ ra mặt giường.

4.2. X quang

- Chụp X quang để chẩn đoán được loại gãy(đơn giản hay phức, tạp), sự di lệch của các đầu xương.

Chú ý:

• Đánh giá tình trạng toàn thân và các thương tổn phối hợp(nếu có).

• Đánh giá tình trạng lớp da : có bị bong lóc không, bị bầm dập không. Có các nốt phỏng nước không và mức độ nhiễm khuẩn tại ổ gãy.

- Nếu có vết rách da phải xem có thông với ổ gãy hay không.

- Các vết bầm dập da ngang mức ổ gãy phải lo tới nguy cơ hoại tử da, lộ xương thứ phát(thành gãy hở).

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

4.3. Hội chứng chèn ép khoang cẳng chân(HC CEK)

- Không phải chỉ có gãy cẳng chân mới có hội chứng này. Hội chứng CEK chung có tới 45% là do chấn thương gãy xương, trong 45% đó thì 80% là gãy xương cẳng chân, bàn chân.

- Hội chứng CEK xuất hiện khi có tổn thương các mạch máu trong xương trong phần mềm, gây máu tụ trong các khoang chật hẹp. Các hiện tượng rối loạn vân mạch, tăng xuất tiết gây phù nề tổ chức, càng phù nề càng tăng chèn ép khoang... đó là một vòng luẩn quẩn.

• Hội chứng CEK gây ra :

- Tăng áp lực trong khoang cơ xương gây chèn ép tuần hoàn mao mạch. Gây hoại tử tổ chức như trong tắc mạch do nhiễm khuẩn.

- Quá 8 giờ mà không xử lý hội chứng CEK coi như đã có những tổn thương không hồi phục.

- Lâm sàng hội chứng CEK

Masen đưa ra 5 biểu hiện lâm sàng của hội chứng CEK cẳng chân như sau :

- Đau quá mức thông thường của một gãy xương, mặc dù đã được bất động chi gãy.

- Căng cứng toàn bộ cẳng chân vì vậy ngày trước còn được gọi là hội chứng bắp chân căng.

- Tê bì và có cảm giác kiến bò ở đầu ngón, về sau không còn nhận biết được các đầu ngón.

- Đau tăng khi vận động thụ động, căng dãn cơ bắp.

- Liệt vận động các ngón.

Ông đã đưa ra bảng chẩn đoán phân biệt với các tổn thương mạch máu hoặc dập đứt thần kinh.

• Cận lâm sàng chẩn đoán hội chứng CEK

- Chẩn đoán hội chứng CEK khó khi bệnh nhân có đa chấn thương, tụt huyết áp, lúc này có thể cho đo áp lực khoang bằng cách chọc kim có Catheter để đo, bình thường áp lực trong cơ bắp là lOmmHg và có thể lên 30mmHg trong thì tâm thu; trên 30mmHg thì phải phẫu thuật cấp cứu mở cân ngay.

Đo giao động mạch bằng Doppler : thấy mất hoặc giảm lưu lượng dòng chảy ở phía hạ lưu.

- Chụp mạch, chụp CT.

- Các xét nghiêm : công thức máu để đánh giá tình trạng mất máu, xét nghiệm chức năng gan-thận, xét nghiệm các yếu tố đông mău để loại trừ chèn ép khoang do các bệnh về máu.

5. ĐIỂU TRỊ

5.1. Điều trị gãy kín

5.1.1. Cấp cứu ban đầu

- Bất động chi gãy bằng nẹp.

- Phòng chống sốc dựa vào toàn trạng bệnh nhân và công thức máu.

- Giảm đau bằng các thuốc : Morphin, feldene...

5.1.2. Điều trị bảo tồn

- Bó bột ngay những trường hợp không di lệch.

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

- Nắn kéo bằng tay hoặc nắn trên khung Boehler rồi bó bột đùi-cẳng-bàn chân để gối gấp nhẹ 20°, thay bột thẳng sau 3 tuần, bột ôm gối(Sarmiento) sau 6 tuần, để bột trong 3 tháng. Chăm sóc chi sau bó bột và hướng dẫn tập luyện.

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

5.1.3. Điều trị phẫu thuật

• Các phẫu thuật mở ổ gãy : đường vào xương chày để kết họp xương.

- Đường trước ngoài : ở phía trước, cách mào chày lcm, đi dọc chiều dài cẳng chân, dưới cân nông là cơ chày trước, vén cơ này để vào kết hợp xương. Đường này an toàn nhất vì có cơ chày trước che phù.

- Đường trước trong : cách bờ trong xương chày lcm, đi dọc chiều dài cẳng chân. Đường này không nên dùng khi chân phù nề nhiều, nhất là khi có nhiều nốt phỏng nước vì dễ gây hoại tử da, lộ xương, lộ dụng cụ KHX...

- Bắt vis đơn thuần : áp dụng cho gãy chéo vát, xoắn. Cách này ít làm tổn thương màng xương. Thường giữ không thật chắc nên có khi phải bó bột tăng cường.

- Buộc vòng chỉ thép các ca gãy chéo vát, xoắn. Ngày nay không còn được áp dụng.

- Đóng đinh nội tủy xuôi dòng mở ổ gãy: đinh kuntcher, đinh có chốt kiểu Sig.

- Đặt nẹp vis A.o : cố định chắc, nhưng dễ tổn thương màng xương. Đật nẹp mặt trong tuy dễ làm nhưng nguy cơ hoại tử da nơi có nẹp vis. Đặt nẹp mặt ngoài có cơ che phủ nhưng khó làm.

• Phẫu thuật không mở ổ gãy :

Đinh nội tủy đơn thuần dưới màn hình tăng sáng có lợi là ít gây tổn thương nuôi dưỡng của xương nhưng không chống được xoay. Đinh có chốt ngang ưu điểm chắc hơn, chống được xoay.

5.2. Điều trị gãy hở

• Nguyên tắc

- Cố định xương chắc chắn.

- Xử trí tốt da và phần mềm.

Phòng ngừa nhiễm khuẩn bằng kháng sinh.

- Phòng ngừa uốn ván.

• Kết hợp xương bên trong ngay : bằng đinh hoặc nẹp vis nếu thể trạng bệnh nhân tốt, gãy hở độ I, II đến sớm, PTV chuyên khoa có kinh nghiệm.

Ở các nước tiên tiến, người ta kết hợp xương bên trong ngay vói cả gãy hở độ IIIa. ở Việt Nam chổng chỉ định này vì môi trường tai nạn bẩn, điều kiện trang thiết bị y tế chưa cho phép.

- Đây là một phương pháp tốt: xương được che phủ, tỷ lệ liền xương khá nhưng hết sức thận trọng vì dễ nhiễm khuẩn.

• Cố định ngoài

- Chỉ định rất tốt cho gãy xương hở nặng, đến muộn.

Cố định ngoài vừa cố định xương vững để chăm sóc tốt phần mềm, lại có tỷ lệ liền xương kỳ đầu cao.

• Kéo liên tục : dùng đinh Steimann hoặc RLrschner xuyên qua xương gót, kéo liên tục trên khung Braun. Trọng lượng kéo 1/8-1 /6 trọng lượng cơ thể.

- Ưu điểm : chăm sóc và theo dõi được vết thương. Khi kéo liên tục thì chi chỉ bị che khuất một mặt dưới nằm trên khung Braun, còn lại 3 mặt trên-trong và ngoài tiện cho theo dõi và chăm sóc. Kéo liên tục còn làm cho cợ đỡ căng, thuận lợi cho việc kết hơp xương về sau.

- Nhược điểm : nhiều trường hợp phải phẫu thuật kết hợp xương thì 2.

• Bó bột: sau khi xử lý vết thương, làm sạch xương, đặt xương về thẳng trục, phủ cơ che xương, kéo thẳng chi và bó bột rạch dọc, bất động 2 khớp lân cận.

- Ưu điểm : áp dụng được rộng rãi cho mọi tuyên, đơn giản, rẻ tiền.

- Nhược điểm : khó chăm sóc vết thương, không bất động được xương gãy. Vì vậy khó cứu được chi gãy hở nặng.

5.3. Điều trị hội chứng chèn ép khoang

Với nguyên tắc bất động xương vững, giải phóng khoang chèn ép, giải quyết các thương tổn mạch máu và thần kinh.

• Theo dõi hội chứng CEK: khi lâm sàng chưa rõ rệt, áp lực khoang không cao.

- Cho bệnh nhân vào viện, kéo liên tục trên khung Braun.

- Cho thuốc giảm đau, giảm phù nề, kháng sinh.

- Theo dõi liên tục ít nhất trong 24-48h.

• Phẫu thuật rách cân giải phóng CEK : phải mở cân cấp cứu ngay khi dấu hiệu lâm sàng rõ ràng, áp lực khoang tăng cao > 30mmHg.

- Rạch cân : rạch cân 4 khoang bằng 2 đường rạch. Đường rạch ngoài (vào khoang bên, khoang trước), đường rạch trong (vào khoang sau nông và sâu).

- Đường rạch : đi suốt chiều dài cẳng chân, rạch đứt cân nông, cân sâu(cân nội cơ của cơ dép), lấy hết máu tụ, kiểm tra bó mạch khoeo và chày sau.

- Cố định xương : bằng cố định ngoài hoặc kéo liên tục qua xương gót.

- Sau mổ : kháng sinh toàn thân liều cao, giảm đau, chống phù nề, kê cao chân.

- Theo dõi sát tình trạng loại tử phần mềm tiếp tục sau khi mở cân để kịp thời xử trí tiếp.

- Khâu da lại hoặc vá da sau 1-2 tuần.

IV. Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học ngoại khoa ( tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học

2. Ngoại khoa Tập 1.1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoa học xã hội.

GÃY HAI XƯƠNG CẮNG TAY

I. MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, cơ chế,trìệụ chứng lâm sàng cận lâm sàng của gãy 2 xương cẳng tay.

2. Biết chẩn đóan xác định và chẩn đoán biến chứng trong gãy 2 xương cẳng tay.

3. Nắm được phương pháp điều trị gãy 2 xương cẳng tay và các biến chứng.

II. NỘI DUNG

1. ĐẠICUƠNG

1.1. Định nghĩa

 Gãy thân 2 xương cẳng tay là gãy ở đoạn thân xương có màng liên cốt bám, nghĩa là vào khoảng 2cm dưới mấu nhị đầu(xương quay) và trên nếp gấp cổ tay 5cm.

1.2. Sinh lý sấp-ngửa của cẳng tay

- Sấp ngửa là động tác quạn trọng và duy nhất của 2 xương cẳng tay, sấp và ngửa 90°, sấp quá cũng không làm được gì, còn ngửa quá là động tác của người ăn xin(Bohler).

- Trục sấp ngửa cẳng tay là đường thẳng nối trung tâm chỏm quay tới mỏm trâm trụ. Xương quay cong xoay quanh xương trụ thẳng.

- Xương quay và xương trụ bắt khớp nhau : phía trên là khớp quay trụ trên, ở dưới là khớp quay trụ dưới.

- Động tác sấp : do cơ sấp tròn, cơ sấp vuông phụ trách(thần kinh giữa chi phối).

- Động tác ngửa : do cơ ngửa ngắn(thần kinh quay) và cơ nhị đầu(thần kinh cơ bì) chi phối.

1.3. Dịch tễ học

- Gãy thân 2 xương cẳng tay là loại gãy xương rất hay gặp ở trẻ em, đứng thứ hai sau gãy trên lồi cầu xương cánh tay.

- Trẻ em gặp nhiều hơn ngưòi lớn(5-10 lần).

1.4. Nguyên nhân và cơ chế: chủ yếu do chấn thương.

- Trẻ em xương mềm vì vậy khi ngã xương bị uốn cong lại và bị gãy. Đa phần làgãy cành tươi, ít di lệch.

- Ở người lớn gãy thân 2 xương cẳng tay thường gãy rời và di lệch nhiều.

Nêu do chấn thương trực tiếp như tai nạn lao động, tai nạn giao thông...dễ gây nên gãy xương hở.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

2.1. Đường gãy

Gãy ngang, gãy chéo, gãy răng cưa...

- Gãy 2 xương : 56%.

- Gãy riêng xương quay : 25%.

- Gãy riêng xương trụ: 19%

- Nơi gãy nhiều nhất 1/3 trên : 60%.

2.2. Di lệch đầu gãy

- Ở trẻ em: gãy cành tươi nên ít di lệch.

- Ở người lớn : tùy vị trí gãy mà có di lệch khác nhau.

+ Gãy cao(trên chỗ bám cơ sấp tròn) thì di lệch nhiều, di lệch hình chữ K chữ X + Gãy thấp: ít di lệch hơn.

3. SINH LÝ BỆNH

Cần giải quyết 2 vấn đề

3.1. Phục hồi giải phẫu bình thường của xương.

- Xương quay có độ cong sinh lý ở sát chỏm quay, đoạn l/3giữa và 1/3 dưới. Đinh nội tủy ảnh hướng đến độ cong này.

- Phục hồi được trục quay cẳng tay.

- Gãy 2 xương cẳng tay rất hay bị khớp giả và can lệch vì diện gãy nhỏ, tiếp xúc nhau ít và trong quá trình liền xương thì có thể xương này ảnh hưởng đến xương kia. Các biến chứng này ảnh hưởng nghiêm trọng đến cơ năng cẳng tay.

- Vì vậy điều trị gãy 2 xương cẳng tay di lệch, tốt nhất là mổ kết hợp xương bằng nẹp vis A.O(loại có ép).

3.2. Anh hưởng sấp ngửa cẳng tay

- Do dính quay trụ trên, quay trụ dưới.

- Do dính màng hên cốt.

- Can lệch, can xấu..

- Vì vậy, điều trị gãy 2 xương cẳng tay có tầm quan trọng của tập phục hồi chức năng.

4. CHẤN ĐOÁN : Dựa vào lâm sàng và X quang

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Gãy 2 xương cẳng tay di lệch nhiều.

- Cẳng tay sưng nề, biến dạng rõ.

- Cẳng tay như một ống tròn, bầm tím rộng lan tới tận khuỷu.

- Bệnh nhân rất đau và không sấp ngửa được cẳng tay.

- Có thể thấy cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương.

• Lưu ý : Kiểm tra mạch và thần kinh vùng cổ tay, bàn tay.

4.1.2. Gãy cành tươi ở trẻ em hoặc gãy ít di lệch ở người lớn.

- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

Tại vùng gãy đau chói, sưng nề, có bầm tím muộn.

4.2. X quang

- Nguyên tắc : phải lấy hết khớp khuỷu và khớp cổ tay để tránh bỏ sót thương tổn như trật khớp quay - trụ trên, quay - trụ dưới, chụp phim thẳng và phim nghiêng.

Đọc kết quả : gãy đơn giản hay phức tạp? gãy 1 hay cả 2 xương? di lệch đầu xương...

5. ĐIỂU TRỊ

5.1. Điều trị chỉnh hình :

5.1.1. Gãy không di lệch hoặc di lệch ít.

Nắn nhẹ nhàng theo trục chi, Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu để gấp 90°, bột để 6-8 tuần(trẻ em), 10-12 tuần(người lớn).

5.7.2. Gãy di lệch : (chỉ áp dụng với gãy 1/3 dưới cẳng tay).

- Vô cảm :

+ Trẻ em : gây mê tĩnh mạch.

+ Người lớn : gây tê tại chỗ hoặc gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

- Bệnh nhân nằm ngửa, vai dạng 90°, khuỷu gâp 90°.

- Người phụ : một tay nắm ngón cái kéo thẳng theo trục của cẳng tay, một tay nắm các ngón còn lại kéo về phía trụ.

- Người nắn: sửa hết di lệch, tách rộng màng liên cốt.

- Đặt 2 nẹp bột trước và sau cẳng tay, đặt đũa tách màng liên cốt trên 2 nẹp bột. Bó bột cánh-cẳng-bàn tay rạch dọc, khuỷu gấp 90°, để bột 10-12 tuần.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Chỉ định

- Gãy cao 2 xương cẳng tay di lệch (1/3 trên, 1/3 giữa).

- Gãy có biến chứng : gãy hở, chèn ép khoang...

- Điều trị bảo tồn không kết quả.

5.2.2. Các phương pháp phẫu thuật

- Đường vào xương quay là đường thẳng nối chỏm quay với mỏm trâm quay(đường Thompson) hoặc đường Henry. Đường vào xựơng trụ là đường phía sau, đi theo mào trụ.

- Kết hợp xương bằng nẹp vis là phương pháp tốt nhất. Nẹp vis thường dùng là A.o loại có ép(DCP). Nẹp vis kết hợp xương vững, tôn trọng các đoạn cong sinh lý của xương quay, bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm.

- Đóng đinh nội tủy có ưu điểm ít ảnh hưởng đến màng xương, vết mổ nhỏ, nhưng kết hơp xương thường không vững, đặc biệt khi sấp-ngửa cẳng tay, vì vậy phải bó bột tăng cường thêm 3 tuần.

- Đóng đinh kín có chốt dưới màn hình tăng sáng, ngày nay hay dùng, khắc phục được các nhược điểm của các phương pháp trên.

6. CÁC BIẾN CHÚNG

6.1. Gãy xương hở

- Mổ cắt lọc, rạch rộng, tùy độ gãy hở mà có phương pháp cố đinh xương khác

nhau

- Nếu gãy hở nhỏ(độ I-II) đến sớm, có thể kết hợp xương ngay.

- Gãy hở nặng(độ III), đến muộn thì cố định ngoài bằng khung Hoffmann hoặc bó bột cánh-cẳng-bàn tay nếu không có khung.

6.2. Hội chứng chèn ép khoang cẳng tay

Có thể gãy xương hoặc không.

6.2.1. Lâm sàng

Cả cẳng tay căng cứng, tròn như một cái ống.

- Tăng cảm giác đau ngoài da, nhất là khi vận động thụ động các ngón tay.

- Các ngón tay nề to, tím và lạnh hơn bình thưòng.

- Liệt vận động và cảm giác các ngón tay.

- Mạch quay và mạch trụ khó bắt, rồi nặng hơn là không bắt được(giai đoạn muộn).

6.2.2. Cận lâm sàng

\* Đo áp lực khoang(Pk) bằng phương pháp Yhitesides. Chọc kim to vào khoang, đo áp lực thủy tĩnh của cột nước dung dịch sinh lý bơm vào trong khoang.

- Dụng cụ đo : vòi 3 chạc, ống tiêm 20ml, 2 ống nhựa, 1 kim cỡ 18, áp kế thủy ngân, chai huyết thanh mặn đẳng trương, ở mỗi khoang cần đo ít nhất là 2 nơi.

- Bình thường áp lực khoảng 8-10mmHg.

- Khi áp lực khoang > 30mmHg : rạch cân, giải phóng khoang.

\* Đo dao động động mạch : bằng siêu âm Doppler.

- Lưu thông máu phía hạ lưu giảm hoặc gián đoạn.

- Ngày nay dùng Doppler màu quét 3 chiều để đo được áp lực dòng chảy một cách chính xác hơn.

6.2.3. Chụp phim X quang

- Chụp X quang thường để chẩn đoán xác định gãy xương.

- Chụp mạch máu có thuốc cản quang để xác định chính xác tổn thương mạch máu. Đây là phương pháp chính xác nhất nhưng không phải lúc nào cũng làm được và bệnh viện nào cũng làm được trong cấp cứu.

- Chụp CT để xác định mức độ hoại tử cơ trong khoang.

6.2.4. Các xét nghiệm

- Xét nghiệm máu để biết mức độ mất máu.

- Xét nghiệm sinh hóa máu(Ur, Creatinin, CPK) để xác định chức năng gan, thận.

- Đặc biệt xét nghiệm các yếu tố đông máu để loại trừ hội chứng chèn ép khoang do bệnh về máu.

6.2.5. Điều trị

- Theo dõi hội chứng chèn ép khoang.

+ Khi nghi ngờ hội chứng chèn ép khoang, cho bệnh nhân vào viện để theo dõi hàng giờ.

+ Bất động nẹp tạm thời.

+ Treo tay cao.

+ Dùng thuốc giảm đau, thuốc chống phù nề.

+ Nếu sau 6 giờ mà không tiến triển thêm; áp lực khoang < 30mmHg; cẳng tay mềm; các ngón tay cử động bình thường thì điều trị bảo tồn.

- Phẫu thuật rạch cân, giải phóng khoang : khi lâm sàng rõ; áp lực khoang cao trên 30mmHg.

+ Đường rạch cân phía trước(phía gan tay) là đường ríc rắc; theo trục chi, hướng về Ống cổ tay.

+ Đường rạch cân phía sau(phía mu tay) là đường hình vòng từ mỏm khuỷu hướng về mỏm trâm quay.

+ Đường rạch tránh các tĩnh mạch ở nông, bó mạch, thần kinh...

+ Giải phòng mạch; thần kinh khỏi chèn ép.

+ Sau mổ : Bất động tay ở tư thế cao; kháng sinh toàn thân, giảm đau, chống phù nề.

6.3. Rối loạn dinh dưỡng

- Nổi nốt phỏng nước ở da, có thể gây loét, nhiễm khuẩn.

- Điều trị bằng treo tay cao, dùng thuốc kháng sinh và thuốc chôhg phù nề.

6.4. Hội chứng Volkmann

- Co rút khối cơ cẳng tay trước, gây nên co rút các gân gấp bàn tay. Hội chứng này là một thể di chứng của hội chứng chèn ép khoang cẳng tay.

- Phải phát hiện sớm để bó bột duỗi ngón từng giai đoạn.

6.5. Can lệch, khớp giả, viêm xương

Các biến chứng này ảnh hướng rất nhiều đến chức năng cẳng-bàn tày và phải điều trị bằng phẫu thuật.

- Can lệch: Phá can, sửa trục và kết hợp xương.

- Chậm liền và khớp giả : Kết hơp xương và ghép xương xốp tự thân(xương chậu).

- Viêm xương : Nạo viêm lấy xương chết và dùng kháng sinh toàn thân.

7. KẾT LUẬN

- Gãy thân 2 xương cẳng tay hay gặp ở trẻ em, gãy cành tươi ít di lệch nên thiên về điều trị bảo tồn.

- Ở người lớn gặp ít hơn nhưng là gãy rời, di lệch. Gãy cao thân 2 xương cẳng tay đa phần là phẫu thuật.

Kết hợp xương vững để tập phục hồi chức năng sớm. Phương pháp tốt nhất là kết hợp xương bằng nẹp vis A.o.

Phục hồi chức năng góp phần tăng hiệu quả điều trị, tránh được các biến chứng dính khớp quay trụ, dưới

IV. Tài liệu tham khảo :

1. Bệnh học ngoại khoa (tập 3) 1999, Nhà xuất bản y học

2. Ngoại khoa Tập 1 1983, Đại học Y Hà Nội

3. Bách khoa thư bệnh học Tập 2(1994), nhà xuất bản khoa học xã hội.

CÂU HỎI THI TRIỆU CHỨNG NGOẠI - YHHĐ

(ĐỐI TƯỢNG: SINH VIÊN NĂM THỨ 2 - 90P)

Câu 1. Anh (chị) hãy trình bày cách hỏi bệnh và khám tổn thương ở đầu trong chấn thương sọ não.

Câu 2. Anh (chị) hãy trình bày thang điểm glassgow và ý nghĩa của nó.

Câu 3. Anh (chị) hãy trình bày cách khám dấu hiệu thần kinh khu trú và thần kinh thực vật trong chấn thương sọ não.

Câu 4. Anh (chị) hãy phân loại tổn thương trong chấn thương sọ não.

Câu 5: Cách khám toàn thân trong chấn thương sọ não.

Câu 6. Anh (chị) hãy phân tích giá trị của các phương pháp cận lâm sàng trong chẩn đoán chẩn thương sọ não.

Câu 7: Nêu cách khám tri giác trong chấn thương sọ não.

Câu 8: Trình bày thang điểm Glassgow và dấu hiệu thần kinh thực vật trong chấn thương sọ não.

Câu 9:Trình bày các dấu hiệu trên CTscanner có thể thấy chấn thương sọ não.

Câu 10: Trình bày cách hỏi bệnh và thang điểm Glassgow trong khám chấn thương sọ não.

Câu 11: Trình bày cách khám tổ thương ở đầu và thang điểm Glassgow trong chấn thương sọ não?

Câu 12. Anh (chị) hãy trình bày các nguyên nhân gây tắc ruột.

Câu 13. Anh (chị) hãy trình bày các triệu chứng lâm sàng của tắc ruột cơ học. Câu 14. Anh (chị) hãy trình bày các phương pháp thăm khám cận lâm sàng để chẩn đoán tắc ruột cơ học.

Câu 15. Anh (chị) hãy trình bày dự phòng tắc ruột ở cộng đồng.

Câu 16: Nêu định nghĩa tắc một và nguyên nhân gây tắc ruột cơ học.

Câu 17: Trình bày nguyên nhân gây tắc một cơ năng và triệu chứng thực thể của tắc ruột cơ học.

Câu 18: Trình bày nguyên nhân gây tắc một cơ năng và triệu chứng cơ năng của tắc ruột cơ học.

Câu 19: Trình bày nguyên nhân gây tắc ruột cơ học và triệu chứng toàn thân của tắc ruột cơ học.

Câu 117. Anh (chị) hãy trình bày cách khám lâm sàng, cận lâm sàng gan - mật.

Câu 118. Anh (chị) hãy trình bày cách khám lâm sàng và cận lâm sàng trong khám lách.

Câu 119. Anh (chị) hãy trình bày nội dung và ý nghĩa của bệnh sử trong bệnh án ngoại khoa.

Câu 120. Trình bày các phương pháp thăm dò bằng hình ảnh và ý nghĩa của từng phương pháp trong thăm khám bụng ngoại khoa

CÂU HỎI THI TRIỆU CHỨNG NGOẠI - YHHĐ

(ĐỐI TƯỢNG: SINH VIÊN NĂM THỨ 2 - 90P)

Câu 1. Anh (chị) hãy trình bày cách hỏi bệnh và khám tổn thương ở đầu trong chấn thương sọ não.

Câu 2. Anh (chị) hãy trình bày thang điểm glassgov và ý nghĩa của nó.

Câu 3. Anh (chị) hãy trình bày cách khám dấu hiệu thần kinh khu trú và thần kinh thực vật trong chấn thương sọ não.

Câu 4. Anh (chị) hãy phân loại tổn thương trong chấn thương sọ não.

Câu 5: Cách khám toàn thân trong chấn thương sọ não.

Câu 6. Anh (chị) hãy phân tích giá trị của các phương pháp cận lâm sàng trong chẩn đoán chấn thương sọ não.

Câu 7: Nêu cách khám tri giác trong chấn thương sọ não.

Câu 8: Trình bày thang điểm Glassgow và dấu hiệu thần kinh thực vật trong chấn thương sọ não.

Câu 9:Trình bày các dấu hiệu trên CTscanner có thể thấy trong chấn thương sọ não.

Câu 10: Trình bày cách hỏi bệnh và thang điểm Glassgow trong khám chấn thương sọ não.

Câu 11: Trình bày cách khám tổn thương ở đầu và thang điểm Glassgov trong chấn thương sọ não?

Câu 12. Anh (chị) hãy trình bày các nguyên nhân gây tắc ruột.

Câu 13. Anh (chị) hãy trình bày các triệu chứng lâm sàng của tắc ruột cơ học. Câu 14. Anh (chị) hãy trình bày các phương pháp thăm khám cận lâm sàng để chẩn đoán tắc ruột cơ học.

Câu 15. Anh (chị) hãy trình bày dự phòng tắc ruột ở cộng đồng.

Cậu 16: Nêu định nghĩa tắc ruột và nguyên nhân gây tắc ruột cơ học.

Câu 17: Trình bày nguyên nhân gây tắc ruột cơ năng và triệu chứng thực thể của tắc ruột cơ học.

Câu 18: Trình bày nguyên nhân gây tắc ruột cơ năng và triệu chứng cơ năng của tắc ruột cơ học.

Câu 19: Trình bày nguyên nhân gây tắc ruột cơ học và triệu chứng toàn thân của tắc ruột cơ học.

Câu 20: Phân tích cơ chế gây ra các triệu chứng cơ năng trong tắc ruột cơ học? Câu 21: Phân tích cơ chế bệnh sinh gây ra các triệu chứng thực thể trong tắc ruột cơ học?

Câu 22: Phân biệt tắc ruột cao-thấp trên lâm sàng?

Câu 23: Ranh giới giả phẫu phân biệt tắc ruột cao-thấp và phân biệt tắc ruột cao- thấp trên cận lâm sàng?