

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG**

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập–Tự do–Hạnh phúc



**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
KHOA CHẨN THƯƠNG CHỈNH HÌNH**

-2012-

MỤC LỤC

	Trang
1. Gãy cổ xương đùi	3
2. Gãy liên mấu chuyễn xương đùi	5
3. Gãy đầu dưới xương đùi	7
4. Sốc chấn thương	9
5. Gãy mâm chày	12
6. Gãy liên lồi cầu xương cánh tay	15
7. Gãy mỏm khuỷu	16
8. Chèn ép khoang cấp tính	18
9. Phác đồ xử trí máu tụ ngoài màng cứng	19
10. Phác đồ phẫu thuật máu tụ dưới màng cứng – đập não	20
11. Phác đồ điều trị vết thương sọ não	21

GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Gãy cổ xương đùi là gãy phần cổ giải phẫu xương đùi, nằm trong bao khớp háng. Loại gãy thường gặp ở người già, lâu lành, có nhiều biến chứng.

1. Chẩn đoán

Lâm sàng:

1.1.2 Triệu chứng cơ năng:

Người bệnh than đau ở háng hay ở gối, sau khi té.

1.1.3 Triệu chứng thực thể:

- Chân đau xoay ngoài và ngắn (khi gãy có di lệch).
- Không có vết bầm vùng háng.
- Ấn đau chói vùng trước háng (ngay trước cổ xương đùi).
- Đau ở háng khi gõ dồn ở gót chân.

Cận lâm sàng:

X Quang khung chậu thẳng (qua 2 khớp háng):

- Tư thế: 2 bàn chân xoay trong 15^0 .
- Hình ảnh: Mất liên tục cung cổ bịt. Khoảng cách từ gai chậu trước trên đến mấu chuyển lớn ngắn lại khi mấu chuyển di lệch lên trên.

X Quang cổ xương đùi nghiêng:

- Tư thế: Kiểu chân ếch (Khi đầu đèn không xoay được) .
- Hình ảnh: Mất liên tục các sớ xương và vỏ xương vùng cổ xương đùi.

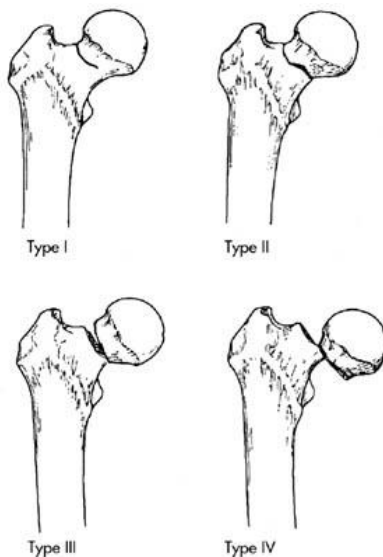
CT Scanner: Có ích trong chẩn đoán phân biệt gãy xương bệnh lý.

M.R.I: Cho biết tình trạng hoại tử chỏm xương đùi.

2. Phân loại theo GARDEN (1961):

Đây là cách phân loại thông dụng trong gãy cổ xương đùi, dựa vào độ lệch giữa 2 mặt gãy trên phim X Quang,

- Độ 1: Gãy cài nhau, trong tư thế dạng, không di lệch.
- Độ 2: Gãy hoàn toàn, không di lệch.
- Độ 3: 2 mặt gãy còn chạm nhau, di lệch vừa.
- Độ 4: 2 mặt gãy rời nhau, di lệch nhiều.



3. Điều trị

Sơ cứu: Bột chống xoay hay nẹp vải chống xoay với chân dang 15^0 , gối gấp 10^0 .

Gãy cổ xương đùi mới, người trẻ :

Kết hợp xương ngoài bao khớp, dưới màn tăng sáng (C.Arm) .

- Đặt 2- 3 vít xóp rộng.
- Hay xuyên 2- 3 đinh Knowles .

Gãy cổ xương đùi người lớn tuổi:

Thay chỏm xương đùi nhân tạo hay thay khớp háng toàn phần có xi măng.

Gãy cũ cổ xương đùi kèm hoại tử chỏm xương đùi:

- Người trẻ có xương ổ cối và vùng máu chuyển còn thấy rõ bẹ xương (không loãng xương): Thay khớp háng bán phần hay toàn phần không xi măng.
- Người bệnh có loãng xương: Thay khớp háng toàn phần có xi măng.

3.5 Kháng sinh:

- Trước mổ: cephalosporin thế hệ III 2g TM trước mổ 30 phút.
- Sau mổ: cephalosporin thế hệ III 1g x 3 lần /ngày x 7 ngày.

GÃY LIÊN MẮU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI

Vùng liên mấu chuyển (LMC) xương đùi là vùng giữa hai mấu chuyển lớn và nhỏ, hoàn toàn là xương xốp. Phần đông các tác giả đồng ý nói rộng vùng LMC xuống 2,5cm dưới mấu chuyển nhỏ và 5cm dưới mấu chuyển lớn. Tất cả đường gãy xương nằm trong vùng này được gọi là gãy LMC xương đùi

1.chẩn đoán

1.1 Lâm sàng:

- Đau và mất cơ năng là điểm đặc trưng thường gặp
- Chân ngắn và xoay ngoài hoặc xoay trong nếu gãy có di lệch.
- Vùng góc đùi sưng lớn, có vết bầm tím và đau chói.
- Có thể gây sốc do đau và mất máu.

1.2 X-quang :

- X-quang xương chậu thẳng và khớp háng nghiêng để xác định chẩn đoán.
- Những yếu tố cần xem xét là: góc cổ-thân, gãy vụn, tình trạng loãng xương.

2. Phân loại

Phân loại **Evans**:

- Loại I : gãy 2 mảnh không di lệch.
- Loại II : gãy 2 mảnh có di lệch.
- Loại III : gãy 3 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài do mảnh gãy mấu chuyển lớn di lệch.
- Loại IV : gãy 3 mảnh mất trụ chịu lực sau trong do di lệch mảnh gãy mấu chuyển bé hoặc gãy cung cổ- thân.
- Loại V : gãy 4 mảnh mất trụ chịu lực sau ngoài và sau trong (kết hợp loại III và loại IV)
- Loại R (Reversed) : Đường gãy từ mấu chuyển bé hướng xuống dưới –ra ngoài (ngược với 5 loại trên : đường gãy từ mấu chuyển bé hướng lên trên-ra ngoài)





phân loại gãy LMC xương đùi theo Evans

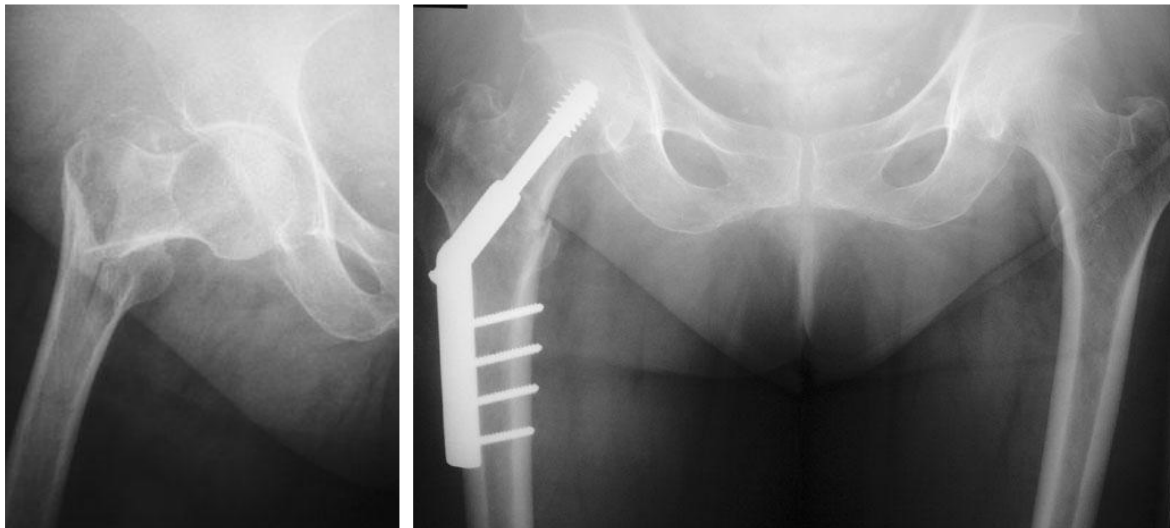
3. điều trị

3.1 Điều trị bảo tồn :

- Bó bột chống xoay hay kéo xương liên tục trên khung Braun dạng khớp háng 45° trong 3-4 tuần cho các trường hợp gãy LMC không di lệch hoặc khe gãy nhỏ hơn 04mm.
- Cần lưu ý các biến chứng của phương pháp điều trị bảo tồn này do nằm lâu như viêm phổi, loét, nhiễm trùng tiêu, các bệnh nội khoa sẵn có nặng lên...

3.2 Điều trị phẫu thuật:

- Phần lớn các trường hợp gãy LMC được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp ốc nén ép trượt DHS, DCS.
- Trong một số trường hợp gãy LMC ở người lớn tuổi, xương loãng, có thể KHX bằng bất động ngoài qua C-arm.



GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI

Đầu dưới xương đùi là vùng giữa lồi cầu và nơi tiếp giáp giữa hành xương với thân xương đùi. Tương đương 9 cm, tính từ bình diện khớp của 2 lồi cầu lên trên.
Gãy đầu dưới xương đùi là gãy trên hai lồi cầu hoặc là gãy một lồi cầu hay là gãy liên lồi cầu.

1. phân loại

Phân loại theo AO:

A- Gãy trên lồi cầu xương đùi, ngoài khớp :

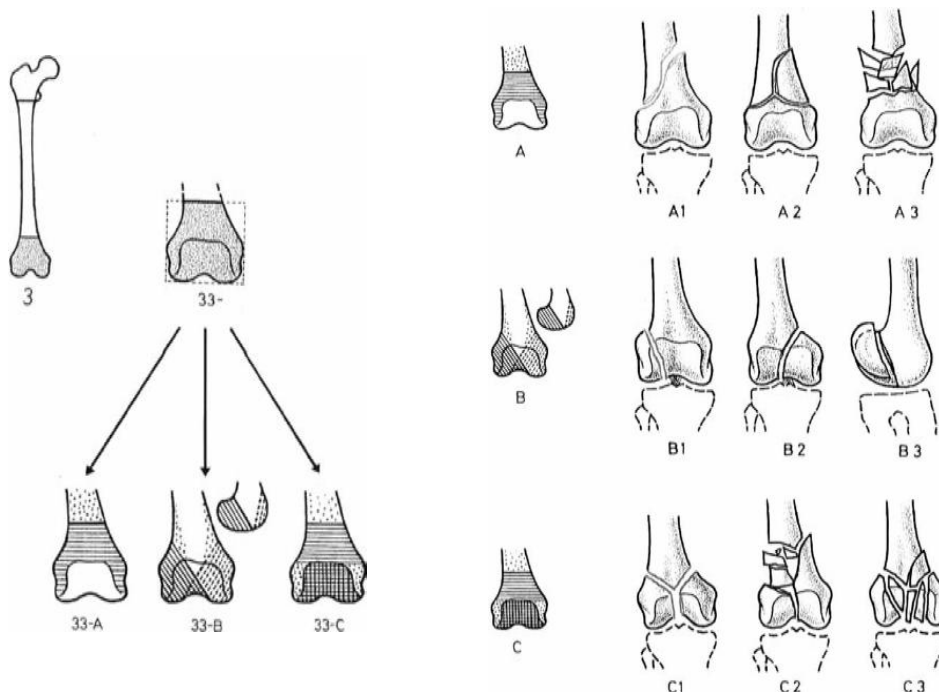
- A₁. Gãy trên lồi cầu đơn giản
- A₂. Gãy trên lồi cầu với 1 mảnh chêm
- A₃. Gãy trên lồi cầu phức tạp nhiều mảnh

B- Gãy đầu dưới xương đùi, 1 phần nội khớp :

- B₁. Gãy lồi cầu ngoài
- B₂. Gãy lồi cầu trong
- B₃. Gãy HOFFA

C- Gãy liên lồi cầu xương đùi, nội khớp :

- C₁. Gãy liên lồi cầu đơn giản
- C₂. Gãy liên lồi cầu nội khớp đơn giản, đầu dưới nhiều mảnh
- C₃. Gãy liên lồi cầu nhiều mảnh



Phân loại gãy đầu dưới xương đùi theo AO

2. Chẩn đoán

2.1 Lâm sàng:

- Sưng, bầm tím, đau vùng gối.
- Mất cơ năng chi dưới.
- Tụ máu khớp gối.
- Có thể có ngón chi, bàn chân xoay ngoài, cử động bất thường nơi gãy.
- Khám mạch mu chân, cử động các ngón chân để kiểm tra tổn thương mạch máu, thần kinh.

2.2 X-Quang:

- Đùi và gối thẳng, nghiêng.
- Tìm tổn thương phối hợp; gãy mâm chày, xương bánh chè, bong nơi bám dây chằng chéo...

3. Điều trị

Điều trị bảo tồn thường gặp kết quả xấu như gập góc, mặt khớp cấp kênh, giới hạn cử động khớp, các biến chứng do nằm lâu.

Ngày nay với sự tiên bộ của kỹ thuật và dụng cụ kết hợp xương hầu hết đều chọn kết hợp xương.

3.1 Điều trị bảo tồn

3.1.1 Chỉ định điều trị bảo tồn (tương đối):

- Gãy không hoàn toàn hay không di lệch.
- Gãy lỏng vững ở bệnh nhân già loãng xương.
- Có bệnh nội khoa nặng đi kèm (Tim mạch, phổi, thần kinh...)

3.1.2 Phương pháp:

- gãy không di lệch hay gãy lỏng: bó bột đùi bàn chân cao sát háng có chống xoay.
- Các trường hợp khác: xuyên đỉnh lồi củ trước xương chày hay lồi cầu đùi kéo tạ khi có cal lâm sàng bó bột chức năng hay mang nẹp chức năng.

3.2 Phẫu thuật

- Gãy một lồi cầu, gãy Hoffa: KHX bằng vít xóp.
- Gãy trên lồi cầu : KHX bằng DCS
- Gãy LLC: KHX bằng DCS (C1) ; bằng Nẹp Buttress (C1,C2, C3).

SỐC CHẤN THƯƠNG

1. Sốc chấn thương:

Sốc chấn thương là một trong những biến chứng nặng và cấp tính, biểu hiện sự phản vệ của cơ thể bị chấn thương mạch gây rối loạn các chức năng sống. Nếu không được xử trí hậu quả của sốc thúc đẩy cơ chế gây ra sốc tiến triển nhanh, có thể dẫn đến không hồi phục và tử vong.

Quá trình phát triển của sốc phụ thuộc vào nhiều yếu tố và phản ứng của từng người. Nguyên nhân chính là do đau đớn sau chấn thương, bông ... Ngoài ra, kỹ thuật cố định, cầm máu từ tuyến trước làm không tốt hoặc vận chuyển không đúng cách là những yếu tố làm cho sốc nặng thêm. Đối với gãy xương điều quan trọng là phải tiên lượng sớm khả năng bị sốc trước khi thấy những dấu hiệu kinh điển của choáng chấn thương. Tiên lượng khả năng bị sốc chấn thương dựa vào:

- Có gãy một xương lớn (xương đùi xương chậu)
- Gãy nhiều xương
- Có kèm thêm dập nát mô mềm nhiều
- Ở bệnh nhân đa chấn thương (gãy xương + chấn thương lồng ngực ...)
- Sơ cứu không đúng qui cách: không đặt nẹp bất động tốt, vận chuyển làm sốc bệnh nhân.

2. Trên lâm sàng sốc được chia làm 4 mức độ:

2.1. Sốc nhẹ:

Toàn thân còn tốt, mạch hơi nhanh (100 lần/ phút), nảy mạnh, huyết áp động mạch giảm ít (100/60 mmHg) các phản xạ còn đầy đủ. Nếu điều trị kịp thời sẽ nhanh chóng thoát sốc.

2.2. Sốc vừa:

Bệnh nhân nằm yên, không phản ứng với xung quanh, da xanh, mạch nhanh (100 – 120 lần/phút), huyết áp giảm (90/60 – 80/50 mmHg), thở nhanh, thân nhiệt giảm, cảm giác, phản xạ đều giảm. Các chức năng bị rối loạn nên cần sử dụng tổng hợp mọi biện pháp chống sốc.

2.3. Sốc nặng:

Bệnh nhân thờ ơ, da xanh xao, có vết bầm đỏ hoặc tím, vã mồ hôi, mạch nhanh (120 – 160 lần/ phút) khó bắt, huyết áp giảm (70/50 mmHg - 60/40 mmHg) hoặc thấp hơn nữa. Thân nhiệt giảm, thở nhanh và nông, mất các phản xạ. Nếu không tích cực điều trị, chức năng sống bị đe dọa nặng khó hồi phục.

2.4. Sốc rất nặng:

Các chức năng điều suy sụp, các triệu chứng đều nặng hơn, mạch nhẹ không bắt được, huyết áp không đo được, bệnh nhân đi vào hôn mê.

3. Chẩn đoán sốc:

Không đòi hỏi đầy đủ và chính xác; ngay từ những phút đầu bằng cách khám tất cả các vết thương. Khi chọn lọc, xem nhanh các vết thương, nhìn toàn thân, da niêm mạc, trạng thái tinh thần, nhịp thở ... và khám ngay mạch của bệnh nhân nếu mạch nhanh yếu hay khó bắt và các đầu ngón tay chân lạnh tức là bệnh nhân đang bị sốc phải lập tức xử trí chống sốc. Các khám xét khác sẽ được tiếp tục bổ sung trong khi chống sốc.

4. Biện pháp chống các yếu tố gây đau đớn và kích thích thần kinh:

- Tiêm morphine 0,01 mg/kg dưới da, chú ý không dùng khi bệnh nhân có suy hô hấp, sốc vừa, nặng và sốc rất nặng
- Phong bế thần kinh vết thương chi bằng novocaine 0,25 – 0.50 %
- Cố định tốt vết thương phần mềm rộng, vết thương gãy xương
- Vận chuyển êm tránh va chạm, sóc mạnh. Nếu cần có thể tiêm thuốc giảm đau.

5. Phục hồi khối lượng tuần hoàn:

- Cầm máu bằng mọi biện pháp: các vết thương lớn, đặc biệt trong trường hợp mất máu, sốc nặng và rất nặng có thể dẫn đến chết lâm sàng. Các dấu hiệu bên ngoài biểu hiện như ngừng tim, ngừng thở thời gian cấp cứu chỉ giới hạn trong 4 – 5 phút nên phải nhanh chóng dùng mọi biện pháp hồi sinh. Nhưng nếu không có tổn thương quá nặng vẫn có khả năng cứu sống được bệnh nhân
- Truyền máu: khi hematorit dưới 30% hoặc Hb \leq 7 g/dl phải truyền máu, chỉ nên truyền hồng cầu lắng cùng nhóm. Lượng máu truyền phụ thuộc vào mức độ mất máu, mức độ sốc và diễn biến trong quá trình điều trị. Khi huyết áp tối đa dưới 70 mmHg kéo dài mất máu không được bù lại thì tiền lượng xấu mặc dù mức độ tổn thương không quá nặng, nhưng do trạng thái thiếu oxy nặng và kéo dài tại mô của các tạng quan trọng như: não, tim, gan, thận ... sẽ dẫn đến các tổn thương thực thể, bệnh lý không hồi phục được.
- Đối với sốc nhẹ, vừa không mất nhiều máu, không truyền máu
- Đối với sốc nặng phải truyền nhanh máu hoặc dịch thể máu 500 – 1000 ml hoặc hơn, tiêm nhanh thành dòng hay tiêm thành tia trong thời gian ngắn, nếu tiến triển tốt, huyết áp tối đa lên 90 – 100 mmHg tiếp tục truyền nhỏ giọt.
- Cùng với máu truyền dung dịch Lactate Ringer's, huyết thanh Glucoza, NaCl đẳng trương ... tỷ lệ máu và dịch có thể là 1/2 hay 2/3 tùy mức độ mất máu.
- Trong sốc chấn thương các loại thuốc vận mạch không được coi là thuốc chữa sốc và chỉ sử dụng khi đã bổ sung được tương đối lượng máu lưu hành mà huyết áp động mạch còn quá thấp (dưới 80 mmHg).

6. Đường truyền:

Dùng tĩnh mạch (thuận tiện nhất) ở cẳng tay, cánh tay, cẳng chân, cánh ngoài. Khi truyền đặt kim to hoặc luôn dây Polyten, có thể dùng 2 -3 đường truyền. Nên luôn sâu dây Polyten vào tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cánh trong đồng thời có thể đo được áp lực tĩnh mạch trung tâm nhằm đánh giá kết quả truyền máu và truyền dịch. Tránh truyền quá mức (khi áp lực tĩnh mạch trung tâm lên quá 10 – 12 cm H₂O).

Chú ý: khi cần mới bóc lộ tĩnh mạch.

7. Chống suy hô hấp: cho thở oxy:

- Khi tổn thương gây rối loạn hô hấp (vết thương sọ não, cột sống, ngực) phải bảo đảm đường hô hấp thông suốt. Các biện pháp đơn giản như: đẩy hàm ra trước, đặt ống Mayo, đè lưỡi, đặt gối dưới gáy hay vai bệnh nhân để đầu ưỡn ngửa, nằm nghiêng, hút máu hay đàm dãi trong họng, mũi ...
- Khi bệnh nhân đang ngạt, tốt nhất nên đặt nội khí quản. Khi đặt nội khí quản phải theo dõi sát tránh để ống bị tắt do máu, dịch tiết, đàm dãi ... Để phòng bệnh nhân cắn ống, rút ống, ống tụt vào sâu hay ra ngoài. chống không tiêm Atropin với ý định giảm tiết dịch.
- Để chống rối loạn về chuyển hóa, truyền Natri-Bicarbonat 3 – 5% (200 – 300ml).
- Trong một số trường hợp đặc biệt như gãy nhiều xương sườn hai bên, tổn thương tuỷ sống cao cần tiến hành hô hấp viện trợ qua nội khí quản hay ống mở khí quản trước khi xuất hiện rối loạn hô hấp.

8. Chăm sóc và theo dõi:

- Ủ ấm, sưởi nếu bệnh nhân lạnh
- Tiêm kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn
- Theo dõi kết quả:
- Đo HA, mạch, nhịp thở, thân nhiệt và sắc mặt, màu da niêm, cảm giác, phản xạ, trạng thái tinh thần.
- Đo lượng nước tiểu hằng giờ qua ống thông bàng quang. Nước tiểu dưới 30 ml/ giờ thì đề phòng suy thận cấp bằng Manitol, Lasix...

9. Can thiệp phẫu thuật:

- Sau khi các triệu chứng sốc đã mất dần huyết áp tối đa lên 90 – 100 mmHg, áp lực tĩnh mạch trung tâm 10 – 12 cm H₂O, mạch 90 – 100 lần/ phút, thở tốt mới đặt vấn đề phẫu thuật. Đối với những vết thương chảy máu chưa cầm phải vừa mổ vừa chống sốc.
- Mức độ can thiệp phẫu thuật ở bệnh nhân sốc là làm tới mức hạn chế tối đa và chỉ giải quyết vết thương cần phải xử trí tối khẩn cấp, không cầu toàn kéo dài, cần phải hợp chặt chẽ giữa mổ và gây mê hồi sức.
- Phương pháp vô cảm tốt nhất là gây mê nội khí quản. Mổ bệnh nhân sốc phải hồi sức tốt trước, trong và sau mổ.
- Trọng điểm việc điều trị sốc chấn thương tập trung trong những giờ đầu để bệnh nhân thoát sốc và được mổ tốt. Giai đoạn sau tiếp tục ổn định tình trạng toàn thân, điện giải, toan kiềm ... và chống các biến chứng của sốc (suy thận ...).

LƯU Ý VIỆC SỬ DỤNG CÁC THUỐC VẬN MẠCH TRỢ TIM

- Chỉ dùng khi đã bù đủ thể tích máu lưu chuyển hữu hiệu mà huyết áp không cải thiện.
- Thuốc có hiệu năng alpha (Noradrenalin, Aramine, Levophed): không dùng.

- Thuốc kích thích beta (Isoprenalin, Isuprel): dùng hạn chế vì giãn mạch mạnh.
- Nên dùng:
- + Dopamin (kích thích vừa Alpha vừa Beta): liều 1 – 10 microgam/Kg/phút
 - Liều 1 - 5 microgam/Kg/phút: dẫn mạch thận, gây lợi tiểu
 - Liều 5 - 10 microgam/Kg/phút: tác dụng β gây tăng co bóp cơ tim tăng nhịp tim
 - Liều > 10 mcg /Kg/phút: tác dụng kích thích thụ thể α gây co mạch.
- + Dobutamin (Dobutrex) (kích thích β_1): liều 2,5 - 20 microgam/Kg/phút tác dụng β_1 chủ yếu gây tăng cung lượng tim, giảm áp lực mao mạch phổi.

GÃY MÂM CHÀY

Gãy mâm chày là 1 dạng trong các gãy xương vùng gối, chiếm tỷ lệ 5- 7 % của gãy xương cẳng chân.

4. Chẩn đoán

Lâm sàng:

- Sung nề vùng gối. Thường có tràn máu khớp gối.
- Ấn đau chói tại mâm chày.
- Cần lưu ý phát hiện sớm tổn thương động mạch vùng khoeo, qua theo dõi sát để ghi nhận các triệu chứng:

- ✗ Mạch mu chân và mạch chày sau yếu dần
- ✗ Vùng gối ngày càng sưng nề
- ✗ Da cẳng chân, bàn chân lạnh hơn và tái màu hơn so với chân lành

Cận lâm sàng:

X Quang cẳng chân (qua 2 khớp):

Chẩn đoán xác định gãy mâm chày .Lưu ý dạng đường gãy và độ di lệch. .

Khi nghi ngờ tổn thương Động mạch Khoeo , cần làm thêm:

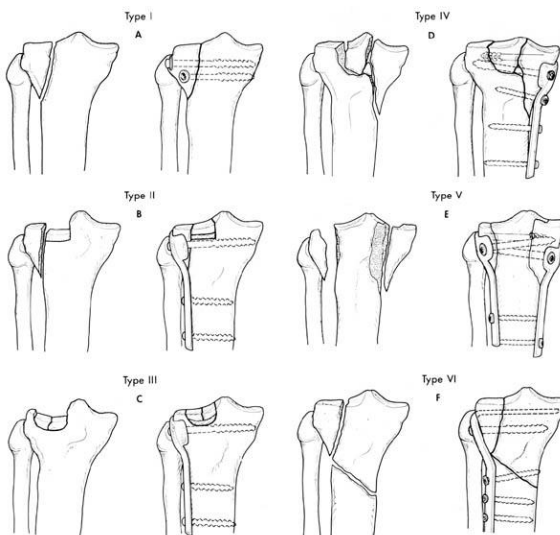
- Siêu âm Doppler mạch máu
- Chụp Động mạch xoá nền
- Động mạch đồ.

5. Phân loại theo SCHATZKER:

Đây là cách phân loại thông dụng trong gãy mâm chày.

- Loại 1: Gãy 1 phần mâm chày ngoài, không xô dịch trục đùi chày.
- Loại 2: Gãy mâm chày ngoài, lệch trục đùi chày, có thể kèm gãy chỏm xương mác
- Loại 3: Gãy lún mâm chày, không xô dịch trục đùi chày.
- Loại 4: Gãy 1 mâm chày , có xô dịch hơn 2 mm.
- Loại 5: Gãy 2 mâm chày , có hoặc không gãy chỏm xương mác.
- Loại 5: Gãy 2 mâm chày , có hoặc không gãy chỏm xương mác.
- Loại 6: Gãy 1 hoặc 2 mâm chày , có đường gãy phạm thân xương chày hoặc gãy nhiều mảnh.

Hai loại 5 và 6 thường kèm theo chèn ép khoang.



6. Điều trị

Cần lưu ý bảo đảm phục hồi mặt khớp và thám sát mạch máu vùng khoeo khi nghi ngờ tổn thương động mạch..

Schatzker I : Dùng 2 vít xóp 6.5 nén ép mâm chày ngoài . .

Schatzker II, III: Sau khi nâng mâm chày , phục hồi mặt khớp và ghép xương xóp sẽ đặt:

- Nẹp nâng đỡ.
- Hay 2 -3 vít xóp ép mâm chày gãy và tăng cường mang nẹp vải Zimmer sau mổ ,trong 3 -6 tuần.

Schatzker IV, V, VI: Có nhiều cách :

- Mổ mở, đặt 1 - 2 nẹp nâng đỡ .
- Nắn kín và cố định ô gãy bằng khung bất động ngoài dạng vòng : Duy trì mặt khớp bề nát nhiều mảnh bằng hệ thống 2 -3 kim Kirschner xuyên song song ngay phần xương dưới sụn.

GÃY LIÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy liên lõi cầu xương cánh tay, thường gặp ở người lớn, là loại gãy không vững. Cần được phẫu thuật sớm, tốt nhất trong vòng 24 – 48h sau gãy xương .

7. Chẩn đoán

Lâm sàng:

- Sung nề vùng khuỷu.
- Có cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương vùng đầu dưới xương cánh tay.

Cận lâm sàng:

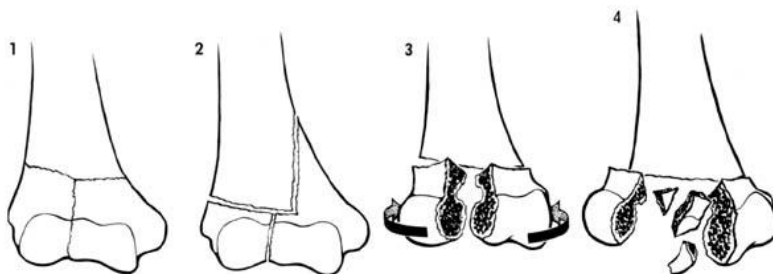
X Quang cánh tay (qua 2 khớp):

Chẩn đoán xác định gãy liên lõi cầu xương cánh tay: đường gãy tách lõi cầu trong khối lõi cầu ngoài xương cánh tay. .

8. Phân loại theo RISEBOROUGH và RADIN:

Đây là cách phân loại thông dụng trong gãy lõi cầu xương cánh tay.

- Loại 1: Gãy không di lệch giữa chỏm con và ròng rọc.
- Loại 2: Gãy có di lệch giữa chỏm con và ròng rọc mà không có di lệch xoay của các mảnh gãy trong mặt phẳng trán
- Loại 3: Gãy có di lệch giữa chỏm con và ròng rọc kèm di lệch xoay của các mảnh gãy.
- Loại 4: Gãy nát của mặt khớp với di lệch xa giữa các lõi cầu , nhiều mảnh vụn liên lõi cầu.



9. Điều trị

Loại 1 : Bó bột chữ U cải tiến.

Loại 2 và 3: Mở nắn cố định bên trong bằng nẹp vít.

3.3 Loại 4 : .

Mở phục hồi mặt khớp, KHX nẹp vít và ghép xóp liên lõi cầu.

GÃY MỠM KHỦY

Mỡm khủy ở đầu trên xương trụ to sát dưới da rất dễ bị chấn thương trực tiếp. Mỡm khủy bắt khớp với rỗng rọc xương cánh tay tạo nên hõm sigma to chỉ cho phép gấp duỗi khủy. Tất cả gãy mỡm khủy là gãy nội khớp. Ở phía sau là thần kinh trụ đi qua sau mỡm trên rỗng rọc và đi ra trước cẳng tay

1. PHÂN LOẠI: Theo Colton chia làm 2 nhóm

Nhóm I: Gãy không di lệch:

- Khe gãy < 2mm khi gấp khủy đến 90 độ mà khe gãy không rộng ra thêm
- Khi duỗi khủy chủ động chống được trọng lực

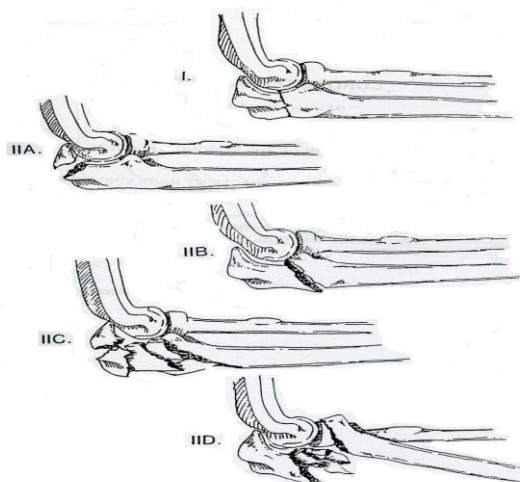
1.2 Nhóm II: Gãy di lệch:

1.2.1 Nhóm IIA: Gãy bong 1 mảnh nhỏ thường gặp ở người già

1.2.2 Nhóm IIB: Gãy ngang hoặc gãy chéo

1.2.3 Nhóm IIC: Gãy vụn nhiều mảnh thường do chấn thương trực tiếp, có thể kèm gãy đầu dưới xương cánh tay, kèm gãy chỏm xương quay, kèm gãy thân xương cẳng tay

1.2.4 Nhóm IID: Gãy kèm trật khủy ra trước cùng với xương quay thường do lực mạnh đánh vào mặt sau khủy



Phân loại gãy mỡm khuỷu theo Colton

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1 Lâm sàng:

- Đây là gãy nội khớp hay bị tràn máu khớp khủy, sưng đau ở mỡm khủy, sờ được chỗ hở của khe gãy

- Dấu hiệu quan trọng nhất là không thể duỗi khủy chống lại được trọng lực

- Khám tổn thương thần kinh trụ: Vùng cảm giác riêng biệt cho thần kinh trụ là đốt 2&3 ngón út

2.2 Cận lâm sàng:

- Chụp XQuang khớp khủy thẳng và nghiêng

- Chụp CT-Scanner

3. ĐIỀU TRỊ:

Mục đích của điều trị gãy mỏm khuỷu là lập lại diện khớp, bảo toàn và phục hồi cơ chế duỗi, giữ cho khuỷu vững chắc, tập vật lý trị liệu sớm để tránh cứng khớp và các biến chứng.

3.1 Gãy không di lệch:

-Điều trị bảo tồn cho bó bột hoặc nẹp bột khuỷu gấp 90 độ. Cần theo dõi sát, chụp XQuang kiểm tra nếu di lệch cần phải mổ.

3.2 Gãy di lệch:

-Cần mổ nắn chỉnh kết hợp xương bên trong

-Điều trị bảo tồn trong trường hợp bệnh nhân quá già, có bệnh nội khoa kết hợp chống chỉ định phẫu thuật.

3.2.1 Mõm khuỷu gãy ngang, gãy chéo ngắn, gãy di lệch:

-Phương pháp mổ tốt nhất là xuyên 2 đinh Kirschner từ nửa sau của mỏm khuỷu theo hướng dọc và nẹp ép chỉ thép số 8.

-Kê đến là phương pháp dùng vít xiết chặt chéo và nẹp ép hoặc phương pháp cố định với vít to nội tủy.

3.2.2 Mõm khuỷu gãy chéo nhiều:

-Nên dùng 1 vít xiết chặt nén ép diện gãy

-Kèm thêm phương pháp nẹp ép hoặc nẹp vít phía sau

3.2.3 Mõm khuỷu gãy vụn lan đến mỏm vẹt :

-Không thể mổ phương pháp nẹp ép được

-Nên dùng nẹp khóa.

3.2.4 Mõm khuỷu gãy vụn nhiều, bệnh nhân loãng xương, không thể dùng phương pháp cố định khác được:

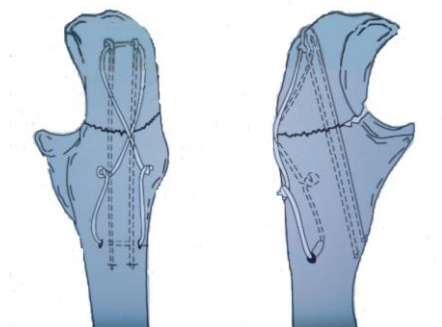
-Có thể cắt bỏ các mảnh vỡ tái tạo lại chỗ bám, cố định lại gân cơ tam đầu vào phần xương còn lại ở phía trước mỏm khuỷu.

3.2.5 Mõm khuỷu gãy kèm trật khớp khuỷu:

-Mổ nắn trật khớp khuỷu

-kết hợp xương mỏm khuỷu

-Cố định lại khớp khuỷu gấp 90 độ bằng cách xuyên đinh qua mỏm khuỷu vào xương cánh tay hoặc bó bột cánh cẳng tay 3 tuần, sau đó tháo cố định cho tập vật lý trị liệu.



CHÈN ÉP KHOANG CẤP TÍNH

Chèn ép khoang (CEK) cấp tính chỉ tình trạng tăng áp lực mô trong một khoang kín giải phẫu làm gián đoạn lưu thông máu hệ thống mao mạch dẫn đến rối loạn chức năng cơ, thần kinh. Lưu thông máu ở các trực mạch máu chính vẫn bình thường.

1. Nguyên nhân

Các nguyên nhân làm giảm bớt thể tích khoang giải phẫu

- Băng bột hoặc nẹp quá chặt các chi.
- Bồng rộng và sâu
- Khâu kín cân mạc quá căng tức.
- Hội chứng vùi lấp

Các nguyên nhân làm tăng dung tích trong khoang

- Chấn thương phần mềm đụng dập cơ nhiều.
- Gãy xương chân thương: kể cả gãy xương hở có vết thương da nhỏ.
- Mọi phương pháp điều trị gãy xương đều có thể bị CEK cấp tính.
 - + Điều trị bảo tồn.
 - + Cố định ngoài
 - + Phẫu thuật KHX bên trong.

2. Chẩn đoán

Lâm sàng

Tiêu chuẩn chẩn đoán CEK cấp tính trên lâm sàng chủ yếu dựa vào triệu chứng đau và dấu hiệu thần kinh.

- **Đau :**

- + Là triệu chứng xuất hiện sớm nhất, quan trọng nhất.
- + Đau dữ dội ngày càng tăng.
- + Đau khi sờ lên mặt da căng bóng
- + Đau tăng thêm khi kéo căng thụ động các cơ trong khoang bị chèn ép (test căng khoang).

- **Dấu hiệu thần kinh:**

- + Rối loạn cảm giác: cảm giác tê bì, kiến bò, giảm cảm giác. Phải phát hiện sớm thì điều trị mới có hy vọng phục hồi
- + Rối loạn vận động: phát hiện rối loạn vận động là quá muộn, ít hy vọng phục hồi hoàn toàn.

Đo áp lực khoang

Đối với các trường hợp nạn nhân là trẻ em, hôn mê , nạn nhân đa thương, không hợp tác... khi đó không còn có khả năng xác định chính xác các dấu hiệu lâm sàng chủ quan nữa. Đo áp lực khoang (ALK) và ΔP là bằng chứng khách quan để chẩn đoán sớm và quyết định can thiệp phẫu thuật kịp thời nhằm tránh các di chứng cho bệnh nhân.

$$\Delta P = HA_{\text{Tâm trương}} - ALK$$

$\Delta P \leq 30\text{mmHg}$ quyết định can thiệp phẫu thuật giải áp khoang

3. Điều trị

Điều trị bảo tồn: Chỉ định khi : thời gian CEK ≤ 6 giờ và chỉ có dấu hiệu đau.

- Tháo bỏ các phương tiện gây chèn ép bên ngoài : băng bột, băng thun ; cắt chỉ các trường hợp khâu kín cân mạc.
- Tư thế chi dưới bị CEK: nên để chi ngang mức tim là phù hợp nhất.
- Thuốc giảm đau.
- Tiếp tục theo dõi tiến triển mỗi giờ một lần.

Điều trị phẫu thuật

Phẫu thuật rạch mở cân mạc cấp cứu ngay tức thì khi có một trong các dấu hiệu sau:

- CEK quá 6 giờ, dù dấu hiệu lâm sàng nào kể trên.
- Xuất hiện dấu hiệu thần kinh (phải phát hiện sớm ngay khi mới chỉ có rối loạn cảm giác).
- $\Delta P \leq 30\text{mmHg}$.

MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG

I. Chẩn đoán xác định:

Hình ảnh C.T scanner sọ não.

II. Chỉ định phương pháp điều trị

2.1. Phẫu thuật cấp cứu

- Ước lượng khối lượng máu tụ > 30 ml

2.1. Nội khoa:

- Ước lượng khối lượng máu tụ < 30 ml

III. Phẫu thuật:

3.1. Trước mổ:

Kháng sinh:

- Cephalosporin thế hệ III hay Cefepim x 2g TMC

3.2. Sau phẫu thuật:

Kháng sinh:

- Cephalosporin thế hệ III hay Cefepim 1g x 3 /ngày (cách 8g) x 7 ngày.

- Thăng bằng nước điện giải theo Ion đồ

- Dinh dưỡng đường miệng hay dịch truyền đủ nhu cầu năng lượng

IV. Các bệnh kèm theo:

- Tùy tình hình các bệnh có đi kèm để sử dụng thuốc hay dịch truyền được điều chỉnh phù hợp

PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG - DẠP NÃO

1. Chẩn đoán:

Dựa trên kết quả hình ảnh CT Scanner sọ não

2. Chỉ định phẫu thuật cấp cứu:

- Trên CT scanner có cấu trúc đường giữa lệch > 0,5 cm
- Trên CT scanner có cấu trúc đường giữa lệch < 0,5 cm và có dấu hiệu chèn ép võ não hay dấu thân kinh khu trú.

3. Xử trí trước phẫu thuật:

3.1. Chống phù não cấp:

- Mannitol 20% 150 ml, TTM 100 giọt/ phút
- Trofurit 0,2 g/ ống, (Lasix 0,2g/ống) x 2 ống TM
- Methyl Prednisolone 40 mg (Solumedrol)/ lọ x 2lọ - 3lọ TM (không khuyến cáo)

3.2. Kháng sinh:

- Cephalosporin thế hệ III x 2g TM
- hoặc Cefepim 1g x 2 g TM

4. Sau phẫu thuật:

4.1. Chống phù não:

- Mannitol 20%, 150 ml x 3 TTM 60 giọt/phút, cách 8 giờ/ ngày x 4 ngày
- Methyl Prednisolone 40mg (Solumedrol), 2 lọ x 3 TM, cách 8 giờ/ x 4ngày (không khuyến cáo)

4.2. Kháng sinh:

- Cephalosporin III hoặc Cefepim , 1g x 3 lần (cách 8 giờ)/ ngày x 7 ngày.
- Thăng bằng nước điện giải theo Ion đồ
- Dinh dưỡng đường miệng hay dịch truyền đủ nhu cầu năng lượng

5. Các bệnh kèm theo:

- Tùy tình hình các bệnh có đi kèm để sử dụng thuốc hay dịch truyền được điều chỉnh phù hợp

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG SỌ NÃO

CÁC BƯỚC ĐIỀU TRỊ MỘT TRƯỜNG HỢP VTSN

I. ĐÁNH GIÁ CHUNG:

- Đánh giá tình trạng hô hấp, đặt NKQ nếu cần thiết.
- Đánh giá những chấn thương đi kèm và điều trị cho thích hợp.
- Chú ý đến chấn thương cột sống cổ.
- Bù dịch cần thiết để thay thế lượng máu mất, chú ý tránh để dư nước.

II. ĐÁNH GIÁ THẦN KINH VÀ ĐIỀU TRỊ CHUYÊN KHOA:

- * Đánh giá về tình trạng thần kinh càng nhanh càng tốt.
- * Kiểm soát chảy máu từ vết thương da đầu (băng ép).
- * Chụp XQ sọ thẳng, nghiêng: khu trú mảnh xương bể hoặc mảnh kim loại trong sọ và giúp xác định đường vào trong trường hợp vết thương do hỏa khí (có thể không chụp XQ sọ nếu thời gian không cho phép).
- * Chụp CT-Scan não không cản quang: cho thấy hình ảnh tụ máu trong sọ đi kèm, vị trí của mảnh xương hoặc mảnh hỏa khí trong nhu mô não chính xác hơn.
- * Điều trị chông phù não:
 - Nằm đầu cao 30-45 độ.
 - Manitol 1g/kg TTM bolus.
 - Tăng thông khí.
- * Kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.
- * Điều trị phẫu thuật: mọi vết thương sọ não cần phải được phẫu thuật và có nguy cơ nhiễm trùng.

@ có chỉ định mổ thật khẩn khi:

1. Xuất hiện dấu thần kinh khu trú nặng dần.
2. Tình trạng tri giác nặng thêm dù đã hồi sức tốt.

@ Trong các trường hợp khác có thể chờ vài giờ để mổ trong những điều kiện tốt nhất và khi phù não đã giảm.

@ Mục tiêu phẫu thuật:

1. Làm sạch vết thương, lấy đi những vật lạ và mô chết.
2. Lấy đi các máu tụ như: ngoài hay dưới màng cứng, trong mô não.
3. Lấy đi những mảnh xương bể hoặc mảnh kim khí có thể lấy được.
4. Cầm máu.
5. Vá lại màng não kỹ để tránh nguy cơ tràn dịch não tủy.

* Theo dõi:

- Tình trạng tri giác và các dấu thần kinh khu trú sau mổ.
- Các biến chứng như: dò dịch não tủy qua vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não, áp xe não...