TRƯỜNG TRUNG CẤP QUỐC TẾ MEKONG

GIÁO TRÌNH

BỆNH HỌC NGOẠI KHOA

Trình độ : Trung cấp

Ban hành kèm theo quyết định số : .../2021/QĐ-TCQTMK
ngày.....tháng.....năm 2021 của Trường Trung cấp Quốc tế Mekong

LƯU HÀNH NỘI BỘ

LỜI GIỚI THIỆU

Cuốn giáo trình bệnh học ngoại khoa được biên soạn dựa vào chương trình giáo dục Y sĩ trung cấp của Bộ LĐ-TB&XH trên cơ sở chương trình khung đã được Nhà trường phê duyệt. Giáo trình được các tác giả biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Cuốn giáo trình Bệnh học ngoại khoa đã được Hội đồng Nhà trường thẩm định giáo trình và tài liệu dạy – học chuyên ngành trung cấp của Nhà trường thẩm định. Nhà trường quyết định ban hành là tài liệu dạy – học đạt chuẩn chuyên môn của Nhà trường trong giai đoạn hiện nay.

Trong thời gian từ 2 đến 3 năm, giáo trình phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật. Lần đầu thực hiện, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp và các bạn học sinh để lần xuất bản sau sách được hoàn thiện hơn.

TM. Nhóm biên soạn

BSCKI. Đỗ Văn The

MỤC LỤC

STT	TÊN BÀI	TRANG
1.	Thăm khám vùng bụng	4
2.	Nhiễm khuẩn ngoại khoa	8
3.	Viêm ruột thừa	11
4.	Tắc ruột	14
5.	Lồng ruột	17
6.	Viêm phúc mạc	20
7.	Thủng dạ dày tá tràng	23
8.	Chấn thương bụng	26
9.	Vết thương bụng	28
10.	Hẹp môn vị. Ung thư dạ dày	30
11.	Sỏi mật	34
12.	Thoát vị bẹn – thoát vị bẹn nghẹt	37
13.	Trĩ. Dò hậu môn	39
14.	Ung thư đại tràng	43
15.	Chấn thương thận	45
16.	Chấn thương niệu đạo	48
17.	Sỏi đường tiết niệu	51
18.	Hẹp bao quy đầu	56
19.	Tràn dịch màng tinh hoàn	58
20.	Hoại thư sinh hơi. Viêm cơ	60
21.	Chín mé. Đinh nhọt	64
22.	Abces nóng. Abces lạnh.	69
23.	Chấn thương sọ não kín	73
24.	Vết thương sọ não	76
25.	Triệu chứng học hệ vận động	78
26.	Gãy xương	96
27.	Chấn thương cột sống	99
28.	Bong gân. Trật khớp	102
29.	Viêm xương chấn thương	107
30.	Phục hồi chức năng sau gãy xương	109
31.	Vết thương ngực	112
32.	Vết thương mạch máu	115
33.	Vết thương phần mềm	118
34.	Tổ chức cấp cứu hàng loạt	120
35.	Phân loại và chọn lọc người bị nạn	122
36.	Sơ cứu vết thương và vận chuyển người bị nạn	124
37.	Phòng chống sốc	127
38.	Sơ cứu người bị phỏng	129
39.	Cầm máu – garo	131
40.	Cấp cứu người bị ngừng hô hấp tuần hoàn	133
41.	Sơ cứu gãy xương	136

BÀI 1: THĂM KHÁM VÙNG BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả cách phân khu ổ bụng và các cơ quan tương ứng.
2. Thực hiện được 4 kỹ năng thăm khám bụng.
3. Thực hiện được thao tác khám vị trí các điểm đau vùng bụng.

NỘI DUNG

1. PHÂN KHU Ổ BỤNG

Ổ bụng thường được chia thành 4 vùng hoặc 9 vùng.

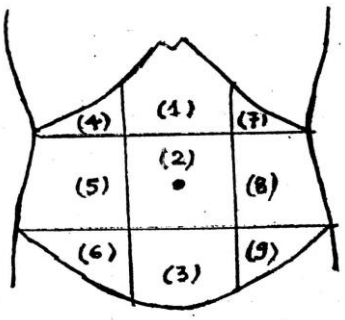
Mục đích là để mô tả vị trí các cơ quan tương ứng bên dưới, mô tả điểm đau và sự thay đổi của các cơ quan bên dưới.

1.1. Chia ổ bụng 9 vùng:

Hai đường thẳng xuất phát từ 2 đường trung đòn kéo xuống đến nếp bẹn.

Hai đường thẳng ngang còn lại là: đường nối với điểm thấp nhất của 2 mạn sườn và đường nối 2 gai chậu trước trên.

Chia ổ bụng thành 9 vùng: thượng vị, quanh rốn, hạ vị, hạ sườn (P), hạ sườn (T), hông (P), hông (T), hố chậu (P) và hố chậu (T).



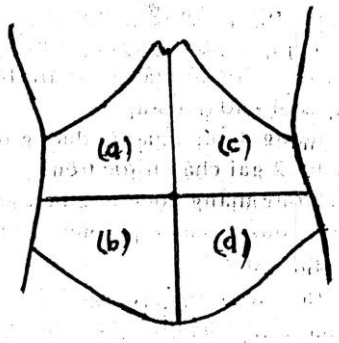
Hình 1:
Phân khu vùng bụng kiểu kinh điển

1.2. Chia ổ bụng 4 vùng:

Một đường đi qua mũi ức đến khớp mu.

Đường thứ 2 đi qua rốn và vuông góc với đường thứ 1.

Chia ổ bụng thành 4 vùng: khu trên phải, khu trên trái, khu dưới phải, khu dưới trái.



Hình 2:
Phân khu vùng bụng kiểu Anh-Mỹ

2. CÁC ĐIỂM ĐAU THƯỜNG GẶP

Điểm đau thượng vị: điểm giữa của đoạn thẳng nối mũi ức đến rốn. Đau khi viêm dạ dày.

Điểm đau túi mật: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật.

Điểm Mc Burney: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa.

Điểm niệu quản trên, giữa, dưới:

+ Điểm đau niệu quản trên: ở bờ ngoài cơ thẳng bụng, trên đường ngang rốn.

+ Điểm đau niệu quản giữa: ở 1/3 ngoài trên đường thẳng nối liền hai gai chậu trước trên.

+ Điểm niệu quản dưới: điểm này nằm trong tiểu khung, nên phải tìm bằng cách thăm trực tràng ở nam giới hay thăm âm đạo ở phụ nữ.

3. KHÁM BỤNG

Phòng khám ánh sáng tốt.

Theo thứ tự: nhìn, nghe, gõ, sờ.

BN nằm ngửa, kê gối dưới đầu, vùng bụng được bộc lộ hoàn toàn, hai chân co.

Thầy thuốc ngồi hay đứng bên phải BN, bàn tay phải ấm, móng tay cắt ngắn.

Nếu BN khai bị đau vùng bụng, chỗ đau sẽ được khám cuối cùng.

Khi khám có thể nói chuyện với BN và quan sát nét mặt của BN.

3.1. Nhìn

- Bụng cân đối, to bè, chướng căng, lõm lòng thuyền.
- Xem có tuần hoàn bàng hệ không.
- Xem có vết sẹo mổ cũ không.
- Bụng có tham gia nhịp thở không.
- Khối u vùng bụng xuất hiện thường xuyên hay khi ho, rặn: thoát vị bẹn, đùi.
- Màu sắc da bụng: bầm quanh rốn trong VTC.
- Dấu hiệu rắn bò: tắc ruột cơ học.
- Túi mật to: tắc mật do SOMC.

3.2. Nghe

- Nghe tiếng ruột: bình thường 5 - 34 l/ph.
- Tiếng thổi mạch máu: trong phình động mạch chủ bụng.
- Tiếng cọ màng bụng.
- Tiếng lắc óc ách: nghe lúc sáng, khi đói.
- Nếu nghe được tiếng óc ách của nước là gặp trong tình trạng dạ dày bị dãn.

3.3. Gõ

- Gõ vang: tắc ruột, liệt ruột.
- Gõ đục bàn cờ: lao phúc mạc.
- Gõ đục vùng thấp.
- Gõ vang vùng rốn và thượng vị: gặp trong báng bụng lớn.
- Xác định chiều cao gan: bình thường đo ở đường trung đòn khoảng 10 – 11 cm.

3.4. Sờ

- Là thao tác quan trọng nhất.
- Thường đi từ hố chậu (P) hoặc (T) đi lên.
- Ấn điểm đau thượng vị.
- Tìm điểm đau túi mật.

- Nghiệm pháp Murphy: ngón tay cái ấn nhẹ nhàng vào điểm túi mật, mỗi khi BN thở ra ấn sâu vào đến khi BN hít vào cảm thấy đau chói và ngưng thở là Murphy (+) gặp trong viêm túi mật cấp.
- Điểm Mc Burney: viêm ruột thừa cấp.
- Phản ứng dội: ấn sâu từ từ trên bụng, sau đó buông tay ra đột ngột BN sẽ thấy đau tăng lên ở vùng bị viêm trong viêm phúc mạc.
- Đề kháng thành bụng: bụng BN co cứng chống lại tay người khám đồng thời BN than đau là dấu hiệu quan trọng của viêm phúc mạc.
- Đề kháng thành bụng có thể là co cứng như gỗ.
- Sờ gan: tay trái ngón 2, 3, 4, 5 đặt dưới hố thắt lưng. Tay (P) ấn nhẹ nhàng.
- Gan to có thể sờ được bờ gan, xem mật độ mềm, chắc, cứng, u cục.
- Nghiệm pháp rung gan: bàn tay (T) đặt lên mạng sườn (P) BN, dùng bờ trụ tay (P) chặt nhẹ vào các ngón tay (T).
- Ấn kẽ sườn (P): thường đau ở liên sườn 8 đường nách giữa, gặp trong áp xe gan.
- Sờ lách: bàn tay (T) để phía sau mạng sườn ôm lấy vùng lách và đẩy lách lên trên ra trước.
- Dấu hiệu chạm thận: một tay đặt vào vùng hạ sườn, một tay đặt vào hố thắt lưng, ấn sâu tay trên phối hợp với tay dưới nhẹ nhàng, đồng thời cho bệnh nhân hít sâu chầm chậm, thầy thuốc cảm nhận sự di chuyển của thận. Nếu thận to nhiều, có thể cảm nhận được khi sờ: dấu hiệu chạm thận dương tính.
- Dấu hiệu bập bềnh thận: khi cảm nhận được dấu chứng chạm thận (+), chuyển hướng hai bàn tay lay động cùng hướng lên và xuống cùng chiều, sẽ thấy thận di động bập bềnh giữa hai lòng bàn tay, thầy thuốc cảm nhận sự di động của thận. Nếu thận còn di động ta gọi bập bềnh thận dương tính. Thường thận to hơn bình thường mới thấy dấu bập bềnh thận (+): thận trướng nước, thận đa nang, bướu thận.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ổ bụng được chia thành, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. 4 vùng
B. 9 vùng
C. 12 vùng
D. Câu a, b đúng.

2. Vị trí điểm túi mật, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. Giao điểm đường trung đòn phải với bờ sườn phải
B. Giao điểm đường trung đòn trái với bờ sườn trái
C. Giao điểm đường trung đòn phải với đường trung đòn trái
D. Câu a, b, c sai.

3. Nguyên tắc khám bụng, CHỌN CÂU SAI:

A. Phòng khám ánh sáng tốt
B. Theo thứ tự nhìn, sờ, gõ, nghe
C. BN nằm ngửa, kê gối dưới đầu, vùng bụng được bộc lộ hoàn toàn, hai chân co
D. Thầy thuốc ngồi hay đứng bên phải BN, móng tay cắt ngắn.

4. Thao tác nhìn trong khám bụng, CHỌN CÂU SAI:

A. Bụng cân đối hay to bè
B. Xem có tuần hoàn bàng hệ không
C. Xem có vết sẹo mổ cũ không
D. Xem tiếng nhu động ruột là bao nhiêu.

5. Nếu BN khai bị đau vùng bụng, chỗ đau sẽ được khám đầu tiên.

A. Đúng
B. Sai.

6. Khi khám bụng có thể nói chuyện với BN và quan sát nét mặt của BN.

A. Đúng
B. Sai.

BÀI 2. NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các nguyên tắc vô khuẩn và khử khuẩn trong ngoại khoa.
2. Kể tên được một số loại nhiễm khuẩn hay gặp trong ngoại khoa.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật là một trong những phương pháp điều trị bệnh hiệu quả. Tuy nhiên, có một trở ngại lớn là nhiễm khuẩn.

Nhiễm khuẩn ngoại khoa có thể gây chết cho BN và gây tốn kém rất lớn cho xã hội.

Phòng ngừa nhiễm khuẩn ngoại khoa là một việc làm bức thiết giúp cho cuộc mổ được thành công.

Các nhiễm khuẩn yếm khí như uốn ván, hoại thư sinh hơi…dễ gặp và gây chết cho nhiều người.

2. LỊCH SỬ PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

Louis Pasteur (1825 - 1895), người Pháp, đã tìm ra vi khuẩn là nguyên nhân của nhiều bệnh nguy hiểm.

Zoseph Lister (1827 - 1912), người Anh, là người đầu tiên dùng phương pháp khử khuẩn khi mổ và được xem là cha đẻ của khoa phẫu thuật vô khuẩn.

Flemin (Scotland, 1881 – 1955) người đầu tiên tìm ra Penicillin, kháng sinh giúp điều trị hữu hiệu nhiều bệnh nhiễm khuẩn.

3. BIẾN CHỨNG NHIỄM KHUẨN

Phụ thuộc vào một số yếu tố:

- Mức độ ô nhiễm của vết thương: bùn đất, phân súc vật dễ bị nhiễm khuẩn.
- Tình trạng vết thương: dập nát nhiều mô, vết thương ngóc ngách, mô thiếu máu dễ bị nhiễm khuẩn hơn.
- Tình trạng chung của BN: già yếu, có bệnh kèm theo dễ nhiễm khuẩn hơn so với người trẻ, không bệnh tật.
- Thời gian từ khi bị thương tới khi được mổ: càng dài nguy cơ nhiễm khuẩn càng cao.

4. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA NHIỄM KHUẨN

4.1 Giai đoạn tiềm tàng: từ 6 – 8 giờ, vết thương có vi khuẩn nhưng chưa phát triển.

4.2 Giai đoạn nhiễm khuẩn:

Giai đoạn viêm tấy: từ 10 – 48 giờ sau bị thương.

Giai đoạn nung mủ: từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 15 hay lâu hơn.

4.3 Giai đoạn lành vết thương (tái tạo và hàn gắn): các mô bị thương mọc tổ chức hạt và lấp đầy vết thương, sau đó lành sẹo.

Nếu được điều trị tốt thì các giai đoạn trên sẽ ngắn hơn.

5. MỘT SỐ LOẠI NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

<u>Các tác nhân gây nhiễm khuẩn:</u>

- Nhiễm tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus): khi nhiễm khuẩn mủ trên vết thương có màu vàng.
- Nhiễm trực khuẩn mủ xanh (Pseudomonas aeruginosa): thường gặp trên người bỏng nặng, mủ có màu xanh như mực pha loãng.

- Nhiễm liên cầu khuẩn (Streptococcus): mủ có màu trắng, loãng, hôi.
- Nhiễm trùng huyết: thường do tụ cầu vàng hay vi khuẩn Gram (-).
- Nhiễm uốn ván: do vi khuẩn Nicolaier, có nhiều trong cát bụi, thời gian nung bệnh từ 4 đến 30 ngày.
- Hoại thư sinh hơi: do một loại vi khuẩn kỵ khí.
- Nhiễm HIV: HIV là một loại virus gây suy giảm hệ miễn dịch. Việc truyền máu hay sử các kim chích, dụng cụ y tế có thể lây nhiễm HIV.

6. KHÁNG SINH PHÒNG NGỪA

6.1. Nguyên tắc sử dụng:

- Một loại kháng sinh, có phổ bao trùm chủng vi khuẩn gây nhiễm trùng.
- Tiêm mạch, lúc bắt đầu tiền mê.
- Duy trì nồng độ kháng sinh hiệu quả trong suốt cuộc mổ. Đối với cuộc mổ chương trình, việc duy trì nồng độ này không kéo dài quá 12 giờ sau mổ. Đối với cuộc mổ cấp cứu, có thể tiêm liều thứ hai sau liều đầu 12 giờ. Kháng sinh được cho vào ngày hậu phẫu thứ hai trở về sau không được xem là kháng sinh phòng ngừa.

6.2. Các loại kháng sinh thường được sử dụng trong ngoại khoa:

- Penicillin:

Thường được kết hợp với các chất ức chế beta-lactamase, acid clavulanic, sulbactam, tazobactam để tăng phổ kháng khuẩn (vi khuẩn gram âm, staphylococcus nhạy với methicillin, các vi khuẩn yếm khí, vi khuẩn hiếu khí sản xuất được beta-lactamase…).

- Cephalosporin:

Cephalosporin thế hệ thứ nhất: tác dụng mạnh với staphylococcus nhạy với methicillin, streptococci. Ít tác dụng với enterococci và các vi khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ hai: mở rộng tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm nhưng vẫn yếu đối với trực khuẩn gram âm.

Cephalosporin thế hệ thứ ba: tác dụng mạnh với trực khuẩn gram âm nhưng ít tác dụng đối với staphylococci và streptococci. Tác dụng yếu đối với vi khuẩn yếm khí.

- Monobactam:

Aztreonam là kháng sinh duy nhất thuộc nhóm này.

Có thể sử dụng an toàn đối với BN dị ứng với penicillin hay cephalosporin.

- Carbapenem:

Có phổ kháng khuẩn mạnh, đặc biệt đối với tất cả các cầu trùng gram dương (trừ staphylococcus kháng methicillin). Tác dụng trung bình đối với enterococci.

- Quinolone:

Fluoroquinolone có tác dụng mạnh với các trực khuẩn gram âm, có độ khuếch tán vào mô tốt (đường uống và tiêm).

- Aminoglycoside:

Aminoglycoside được chỉ định trong các trường hợp nhiễm trùng gram âm nặng.

Thuốc không có tác dụng đối với vi khuẩn yếm khí.

Nguy cơ đáng ngại nhất là độc tính trên thận và tổn thương dây thần kinh thính giác.

- Metronidazole:

Metronidazole có tác dụng mạnh với tất cả các vi khuẩn yếm khí nhưng không có tác dụng đối với các vi khuẩn gram âm và gram dương khác.

7. ĐỀ PHÒNG NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

- Khử khuẩn trước mổ: các dụng cụ, băng gạc, đồ vải…được hấp tiệt khuẩn.

- Khu vực nhà mổ phải có cấu trúc hợp lý, có phòng mổ riêng cho các trường hợp mổ sạch, và phòng mổ riêng cho các trường hợp mổ đã nhiễm khuẩn.

- Bệnh nhân trước khi mổ được sát khuẩn vùng mổ bằng cồn Iod, Betadine…sau đó trải khăn mổ vô khuẩn.

- Phẫu thuật viên và người phục vụ trực tiếp trong cuộc mổ phải thực hiện rửa tay đúng quy cách, mặc áo mổ, khẩu trang và đi găng đã hấp.

- Dùng kháng sinh trước, trong và sau mổ để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên không nên lạm dụng kháng sinh vì nguy cơ kháng kháng sinh của vi khuẩn có xu hướng tăng cao.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các nhiễm khuẩn thường gặp, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. Uốn ván
B. Hoại thư sinh hơi
C. Tụ cầu vàng
D. a, b đúng.

2. Người tìm ra vi khuẩn là, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. Louis Pasteur
B. Zoseph Lister
C. Flemin
D. Câu a, b, c sai.

3. Biến chứng nhiễm khuẩn phụ thuộc vào các yếu tố, CHỌN CÂU SAI:

A. Mức độ ô nhiễm của vết thương
B. Tình trạng vết thương
C. Tình trạng chung của bệnh nhân
D. Thời gian phẫu thuật.

4. Đề phòng nhiễm khuẩn ngoại khoa, CHỌN CÂU SAI:

A. Khử khuẩn trước mổ
B. Khu vực nhà mổ phải có cấu trúc hợp lý
C. Dùng kháng sinh trước, trong và sau mổ
D. Bệnh nhân được sát khuẩn toàn thân.

5. Không nên lạm dụng kháng sinh vì nguy cơ kháng kháng sinh của vi khuẩn có xu hướng tăng cao.

A. Đúng
B. Sai.

6. Sát khuẩn vùng mổ bằng cồn Iod, Betadine.

A. Đúng
B. Sai.

BÀI 3. VIÊM RUỘT THỪA CẤP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng viêm ruột thừa cấp.
2. Nêu được chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa cấp.
3. Trình bày được cách xử trí ở các tuyến.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là một cấp cứu ngoại khoa có thể gặp ở mọi lứa tuổi, đứng hàng đầu trong các cấp cứu ổ bụng.

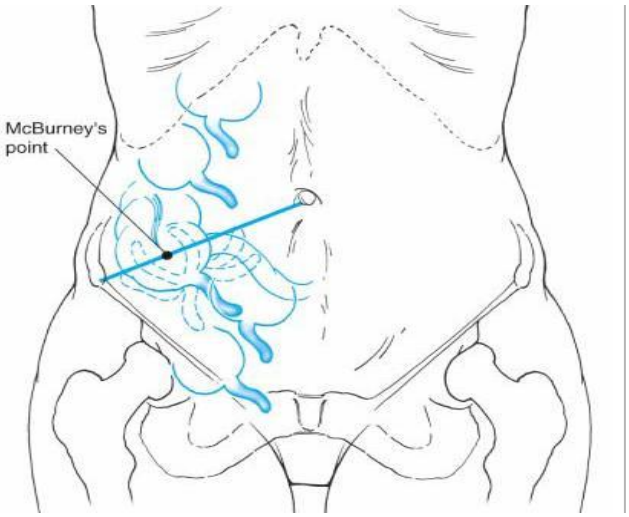
2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2.1 .Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: ban đầu vùng thượng vị hoặc vùng quanh rốn, lan dần và khu trú ở hố chậu (P). Đau không lan xuyên, không có tư thế giảm đau.
- Rối loạn tiêu hóa: có thể đại tiện bình thường.
- Có thể nôn và buồn nôn.

2.2 .Triệu chứng thực thể:

- Ấn điểm Mac Burney đau (điểm giữa đường thẳng nối từ gai chậu trước trên bên (P) tới rốn.
- Khi ruột thừa sau manh tràng có thể ấn điểm trên mào chậu sau trên đau.
- Ta còn có thể dồn hơi từ hố chậu (T) BN sẽ đau ở hố chậu (P) (dấu hiệu Rowsing).



2.3 .Triệu chứng toàn thân:

- BN có sốt nhẹ 37^0,5 - 38^0C, mệt mỏi.
- Cận lâm sàng:

  + Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng.

  + Siêu âm có thể thấy hình ảnh của ruột thừa sưng to. Siêu âm rất quan trọng cho ta chẩn đoán phân biệt với cơn đau quặn thận và các bệnh của phần phụ.

3. DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

3.1. Diễn tiến:

3.1.1. Diễn tiến thành đám quánh:

- Ruột thừa viêm được các quai ruột và mạc nối đến bám và khu trú ổ viêm gọi là đám quánh.

- Lâm sàng: bệnh nhân đau hố chậu phải trước 4 – 5 ngày, chưa đủ triệu chứng viêm ruột thừa, nhưng sau đó giảm đau dần, bệnh nhân hết sốt, tiêu hóa bình thường. Khám bụng thấy có một mảng cứng không sâu lắm, không có giới hạn rõ rệt, đặc biệt ấn không đau hoặc chỉ có thốn nhẹ.

- Diễn tiến của đám quánh:

+ Mọi triệu chứng cơ năng và toàn thân giảm đi, mất dần và mất hẳn, hố chậu phải mềm lại như trước gọi là đám quánh tự khỏi.

+ Sau khi triệu chứng cơ năng và toàn thân giảm, đến một lúc nào đó triệu chứng tái phát trở lại, bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng rõ, ấn điểm đau chói, sờ khối u có giới hạn rõ, mềm rất đau gọi là đám quánh áp - xe hóa.

3.1.2. Áp – xe ruột thừa:

- Khi hiện tượng viêm tiến triển tiếp tục, mạc nối lớn đến bao bọc.

- Lâm sàng: nhiễm trùng nặng, sốt cao. Khám thấy khối u hố chậu (P), giới hạn rõ, thay đổi theo vị trí của ruột thừa.

- Diễn tiến của áp – xe ruột thừa: có khuynh hướng vỡ ra ngoài như vỡ ra thành bụng, dò mủ ra ngoài, hoặc có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.

3.2. Biến chứng:

- Viêm phúc mạc toàn bộ.
- Đám quánh ruột thừa.
- Áp xe ruột thừa.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1 .Chẩn đoán xác định:

- Đau quanh rốn sau lan dần và khu trú hố chậu (P), ấn điểm Mac Burney đau.
- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Hội chứng rối loạn tiêu hóa.

4.2 .Chẩn đoán phân biệt:

- Thủng dạ dày, tá tràng.
- Viêm phần phụ bên (P).
- U nang buồng trứng xoắn.
- Chửa ngoài tử cung bên (P).
- Cơn đau quặn thận (P).

5. XỬ TRÍ

5.1 .Tuyến cơ sở:

- Chuyển BN về tuyến sau.
- Không cho BN dùng thuốc giảm đau.

5.2 .Tuyến phẫu thuật:

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng cơ năng của viêm ruột thừa, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. Đau bụng
B. Rối loạn tiêu hóa
C. Có thể nôn và buồn nôn
D. Câu a, b, c đúng.

2. Điểm đau đặc trưng của viêm ruột thừa, CHỌN CÂU ĐÚNG:

A. Mac Burney
B. Murphey
C. Điểm thượng vị
D. Câu a, b, c sai.

3. Biến chứng bệnh viêm ruột thừa cấp, CHỌN CÂU SAI:

A. Viêm phúc mạc toàn bộ
B. Đám quánh ruột thừa
C. Áp xe ruột thừa
D. Viêm tụy cấp.

4. Chẩn đoán phân biệt viêm ruột thừa cấp với, CHỌN CÂU SAI:

A. Thủng dạ dày, tá tràng
B. U nang buồng trứng xoắn
C. Cơn đau quặn thận (T)
D. Viêm phần phụ.

5. Ở tuyến cơ sở, không cho bệnh nhân viêm ruột thừa uống thuốc giảm đau.

A. Đúng
B. Sai.

6. Ở tuyến chuyên khoa, xử trí phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa.

A. Đúng
B. Sai.

BÀI 4. TẮC RUỘT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng của tắc ruột.
2. Mô tả được nguyên nhân và phân loại tắc ruột.
3. Nêu được nguyên tắc điều trị bệnh nhân tắc ruột.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột là trạng thái bệnh lý trong đó có sự ngừng lưu thông các chất trong lòng ruột (chất khí, lỏng, đặc).

2. NGUYÊN NHÂN

2.1 .Tắc ruột do bít:

- Trong lòng ruột: dị vật (búi giun đũa)
- Ở thành ruột: u trên thành ruột.
- Ngoài ruột: u mạc treo, u sau phúc mạc…

2.2 .Tắc ruột do thắt:

- Xoắn ruột.
- Lồng ruột.
- Thoát vị nghẹt.

3. PHÂN LOẠI:

3.1. Tắc ruột cơ năng:

Thường do liệt ruột như:

- Liệt ruột sau mổ
- Liệt ruột do thần kinh
- Liệt ruột trong viêm phúc mạc…

3.2. Tắc ruột cơ học: có 4 nguyên nhân

- Tắc hẹp lòng ruột: Ung thư đại trực tràng, thoát vị bẹn nghẹt, teo ruột bẩm sinh ở trẻ em, lồng ruột.
- Tắc ruột do vật lạ: thường do búi giun đũa hoặc bã thức ăn, sỏi mật.
- Tắc ruột do dính: ruột có thể bị dính vào vết mổ cũ, hoặc dính vào nhau.
- Xoắn ruột.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1 .Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng từng cơn: là triệu chứng sớm. Đau bụng từng cơn do sự tăng nhu động của ruột qua chỗ tắc, các cơn đau xuất hiện mỗi khi có nhu động ruột nổi lên và thường kèm tiếng sôi bụng. Cơn đau có thể xuất hiện quanh rốn, cạnh vết mổ cũ, do đó cần xác định tính chất đau của triệu chứng này: giờ bắt đầu đau, vị trí đau đầu tiên, đau tại một vị trí nhất định hay đau lan xuyên, các cơn đau liên tục hay thưa thớt.
- Nôn là triệu chứng thứ hai rất quan trọng. Tắc ruột cao thì nôn mửa sớm, và bụng ít chướng. Trái lại tắc ruột thấp thì bệnh nhân nôn muộn và bụng chướng căng, lúc đầu nôn ra thức ăn sau đó toàn nước.
- Bí trung đại tiện. Nếu tắc ruột cao thì bệnh nhân có thể còn trung đại tiện được nhưng quá 6h – 8h thì bệnh nhân hoàn toàn bí trung đại tiện.

4.2 .Triệu chứng thực thể:

- Chướng bụng tùy mức độ tắc ruột ở giai đoạn sớm hay muộn.
- Nhu động nổi gò lên thành bụng gọi là dấu hiệu rắn bò.

- Nắn bụng mềm, có thể sờ thất búi giun, khối u hay khối lồng.
- Gõ vang do bụng chướng.
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng rỗng, đôi khi qua thăm trực tràng phát hiện: u trực tràng, búi lồng ruột, dị vật…Lồng ruột: thấy máu theo găng.
- Thăm khám lỗ bẹn xem có thoát vị thắt không.

4.3 .Triệu chứng toàn thân:

- Môi khô, lưỡi dơ.
- Sốt cao.
- Hơi thở hôi.

5. CẬN LÂM SÀNG

- Máu bị cô đặc.
- Na^+, K^+, Cl^- giảm.
- Ure máu cao.
- X quang bụng không chuẩn bị: hình mức nước , mức khí trong ruột.

6. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Lâm sàng: đau bụng từng cơn, nôn sau cơn đau, bí trung đại tiện, bụng chướng, dấu hiệu rắn bò.
- Cận lâm sàng: X quang bụng không chuẩn bị tư thế đứng có hình mức nước, mức khí trong lòng ruột.

7. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị:

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải.
- Loại trừ nguyên nhân gây tắc ruột.
- Phục hồi lưu thông ruột.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tắc ruột là, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Trạng thái bệnh lý
b) Có sự ngừng lưu thông các chất trong lòng ruột
c) Ngừng lưu thông chất khí, chất lỏng, chất đặc
d) Câu a, b, c đúng.

2. Bệnh nhân tắc ruột có triệu chứng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau bụng
b) Nôn ói
c) Bí trung đại tiện
d) Câu a, b, c đúng.

3. Nguyên nhân tắc ruột do bít, CHỌN CÂU SAI:

a) Dị vật
b) U trên thành ruột
c) Thủng dạ dày
d) U mạc treo.

4. Nguyên nhân tắc ruột do thắt, CHỌN CÂU SAI:

a) Xoắn ruột
b) Viêm phúc mạc
c) Lồng ruột
d) Thoát vị nghẹt.

5. Thăm trực tràng trong lồng ruột: thấy máu theo găng.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nguyên tắc điều trị tắc ruột là giảm đau, dinh dưỡng.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 5. LỒNG RUỘT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng của lồng ruột.
2. Mô tả được chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt lồng ruột.
3. Nêu được phương pháp điều trị lồng ruột.

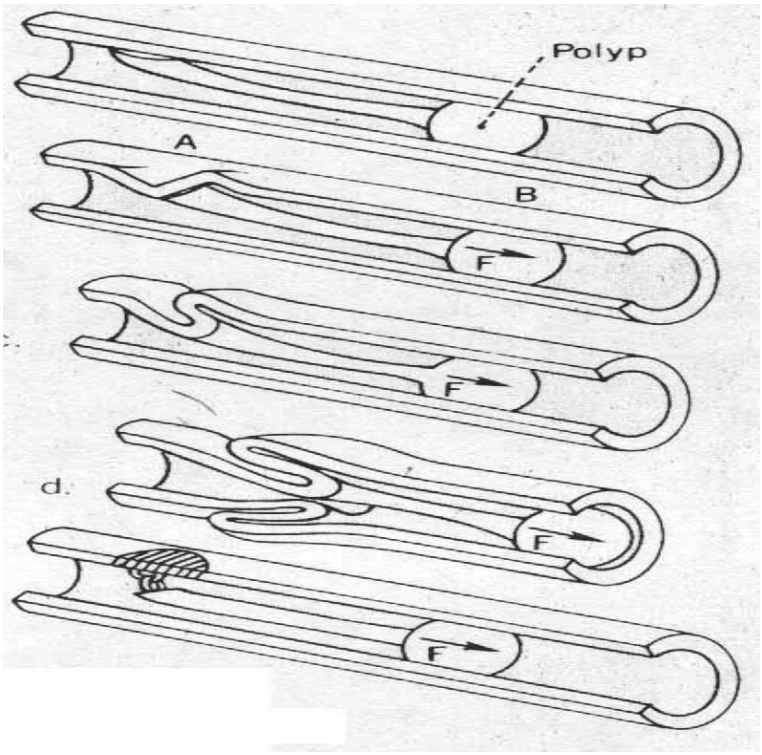
NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Lồng ruột là tình trạng bệnh lý trong đó có một đoạn ruột lộn lại và chui vào đoạn ruột lân cận.
- Bệnh thường gặp và tiến triển cấp tính ở trẻ em.
- Cũng có thể gặp ở người lớn.

2. NGUYÊN NHÂN

- Do trong lòng ruột có vật cản: polyp, hẹp do lao, túi thừa.
- Ruột co thắt mạnh do tăng nhu động.



3. YẾU TỐ NGUY CƠ:

- Tuổi: Trẻ em bị lồng ruột nhiều hơn người lớn.
- Giới: nam nhiều hơn nữ.
- Bất thường đường ruột bẩm sinh.
- Tiền sử bị lồng ruột trước đây.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1 .Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng từng cơn.
- Nôn thường rất sớm.
- Tiêu ra máu.

4.2 .Triệu chứng thực thể:

- Khi đỡ đau có thể sờ thấy búi lồng thành 1 khối dài. Thường ở vị trí dưới bờ sườn (P), trên rốn hay hố chậu (T). Ấn vào khối lồng rất đau.
- Thăm trực tràng có máu dính găng.
- Hố chậu (P) rỗng.
- Toàn thân: mất nước, nhiễm trùng, nhiễm độc.

5. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm máu:
  + Máu bị cô đặc.
  + Điện giải Na^+, K^+, Cl^- giảm.
  + Ure máu cao.
- Siêu âm: có thể thấy khối lồng.
- X quang: chụp khung đại tràng có cản quang có thể thấy hình càng cua hay đáy chén.

6. BIẾN CHỨNG & TIÊN LƯỢNG

Ruột bị thiếu máu làm cho vị trí của búi lồng bị hoại tử đưa đến thủng ruột, viêm phúc mạc.

7. CHẨN ĐOÁN

7.1 .Chẩn đoán xác định:

- Đau bụng từng cơn + khối lồng = lồng ruột.
- Đau bụng từng cơn + khám trực tràng có máu = lồng ruột.
- Đau bụng từng cơn + hình ảnh X quang đặc hiệu = lồng ruột.
- Có dấu hiệu tắc ruột + có máu và chất nhày ra hậu môn = lồng ruột.

7.2 .Chẩn đoán phân biệt:

- Kiểu lỵ.
- Túi thừa Meckel…

8. ĐIỀU TRỊ

- Thụt Barit, bơm khí.
- Tháo lồng.
- Phẫu thuật tháo lồng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Bệnh lồng ruột thường gặp và tiến triển cấp tính ở, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Trẻ em
b) Người lớn
c) Người già
d) Người bệnh mạn tính.

2. Triệu chứng lồng ruột, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau bụng từng cơn
b) Nôn
c) Tiêu ra máu
d) Câu a, b, c đúng.

3. Nguyên nhân lồng ruột, CHỌN CÂU SAI:

a) Polyp
b) Ung thư
c) Hẹp do lao
d) Túi lừa.

4. Trong lồng ruột, có thể sờ thấy búi lồng ở, CHỌN CÂU SAI:

a) Bờ sườn (P)
b) Mũi kiếm xương ức
c) Trên rốn
d) Hố chậu (T).

5. Lồng ruột là tình trạng bệnh lý trong đó có một đoạn ruột lộn lại và chui vào đoạn ruột lân cận.

a) Đúng
b) Sai.

6. Trong lồng ruột, ruột co thắt mạnh do giảm nhu động.

a) Đúng
b) Sai.

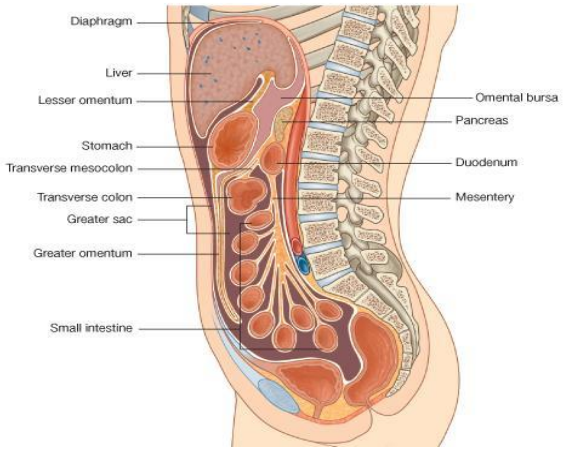
BÀI 6. VIÊM PHÚC MẠC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được triệu chứng của viêm phúc mạc.
2. Trình bày được nguyên nhân thường gặp của viêm phúc mạc.
3. Mô tả được nguyên tắc điều trị viêm phúc mạc.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG



Viêm phúc mạc là tình trạng viêm lá phúc mạc khi trong ổ bụng có mủ, dị vật, dịch tiêu hóa, dịch tụy, dịch mật, phân, nước tiểu.

Nguyên nhân: Viêm phúc mạc nguyên phát do vi khuẩn, lao phúc mạc, viêm phúc mạc thứ phát lây lan từ một ổ nhiễm trùng khác.

Bài này chỉ nói đến viêm phúc mạc thứ phát cấp tính.

2. NGUYÊN NHÂN VIÊM PHÚC MẠC THỨ PHÁT

2.1 .Từ đường tiêu hóa

- Viêm ruột thừa hoại tử, vỡ mủ hay gặp nhất.
- Thủng dạ dày, tá tràng.
- Thủng hồi tràng trong bệnh thương hàn.
- Thủng và hoại tử đại tràng.

2.2 .Từ gan và đường mật

- Áp xe gan do amip vỡ vào ổ bụng.
- Viêm phúc mạc mật.
- Viêm túi mật mủ.

2.3 .Từ tử cung và phần phụ

- Thủng tử cung do nạo phá thai.
- Áp xe tai vòi.

2.4 .Chấn thương và vết thương bụng

Gây thủng hoặc vỡ các tạng trong xoang bụng.

2.5 .Sau mổ ở ổ bụng

- Do sót dị vật, mủ, máu.
- Bục hay xì đường khâu trong ống tiêu hóa.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1 .Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng: là triệu chứng đầu tiên, bao giờ cũng có làm BN phải đi khám. Cần khai thác kỹ vị trí khởi đầu đau, vùng nào đau nhiều nhất. Đau liên tục, tăng khi ho hay cử động.
- Nôn ói.
- Bí trung đại tiện.
- Chướng bụng khi viêm phúc mạc toàn bộ.

3.2 .Triệu chứng thực thể:

- Phản ứng thành bụng (+).
- Dấu hiệu cảm ứng phúc mạc (+).
- Gõ bụng chướng, mất vùng đục trước gan trong viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng, đục vùng thấp khi có dịch trong ổ bụng.
- Nghe nhu động ruột giảm hay mất.
- Túi cùng Douglas căng phồng, đau nhói.

3.3 .Triệu chứng toàn thân:

Biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao 39^0 - 40^0C, môi khô, hơi thở hôi, có thể thiểu niệu, huyết áp thấp.

4. CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao.
- X quang: có thể thấy liềm khí.
- Siêu âm: thấy dịch trong ổ bụng.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1 .Nguyên tắc điều trị:

Viêm phúc mạc thứ phát cấp tính điều trị ngoại khoa kết hợp với điều trị nội khoa.

- Điều trị nội khoa: làm giảm tình trạng nhiễm trùng.
- Điều trị ngoại khoa:để loại trừ nguyên nhân viêm phúc mạc, lau rửa ổ bụng và dẫn lưu triệt để dịch ổ bụng.

5.2 .Điều trị trước mổ:

- Hút dạ dày.
- Hồi sức tuần hoàn, bù điện giải.
- Hồi sức thận.
- Chống nhiễm khuẩn: kháng sinh phổ rộng.
- Hạ sốt bằng thuốc kết hợp chườm mát.

5.3 .Điều trị phẫu thuật:

Phẫu thuật sớm sau khi đã hồi sức nội khoa tích cực điều chỉnh các rối loạn chức năng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng đầu tiên trong viêm phúc mạc, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau bụng
b) Nôn
c) Bí trung đại tiện
d) Chướng bụng.

2. Triệu chứng trong viêm phúc mạc, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Phản ứng thành bụng (-)
b) Dấu hiệu cảm ứng phúc mạc (+)
c) Nhu động ruột tăng
d) Túi cùng Douglas mềm.

3. Các cận lâm sàng cần làm trong viêm phúc mạc, CHỌN CÂU SAI:

a) Xét nghiệm máu
b) X quang
c) CT – Scan
d) Siêu âm.

4. Điều trị trước mổ viêm phúc mạc, CHỌN CÂU SAI:

a) Hút dạ dày
b) Hồi sức tuần hoàn
c) Hồi sức thận
d) Corticoid.

5. Phẫu thuật sớm sau khi đã hồi sức nội khoa tích cực điều chỉnh các rối loạn chức năng.

a) Đúng
b) Sai.

6. Trong viêm phúc mạc, xét nghiệm máu có bạch cầu giảm.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 7. THỦNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được triệu chứng của thủng dạ dày tá tràng.
2. Trình bày được chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt thủng dạ dày tá tràng.
3. Mô tả được nguyên tắc điều trị thủng dạ dày tá tràng.

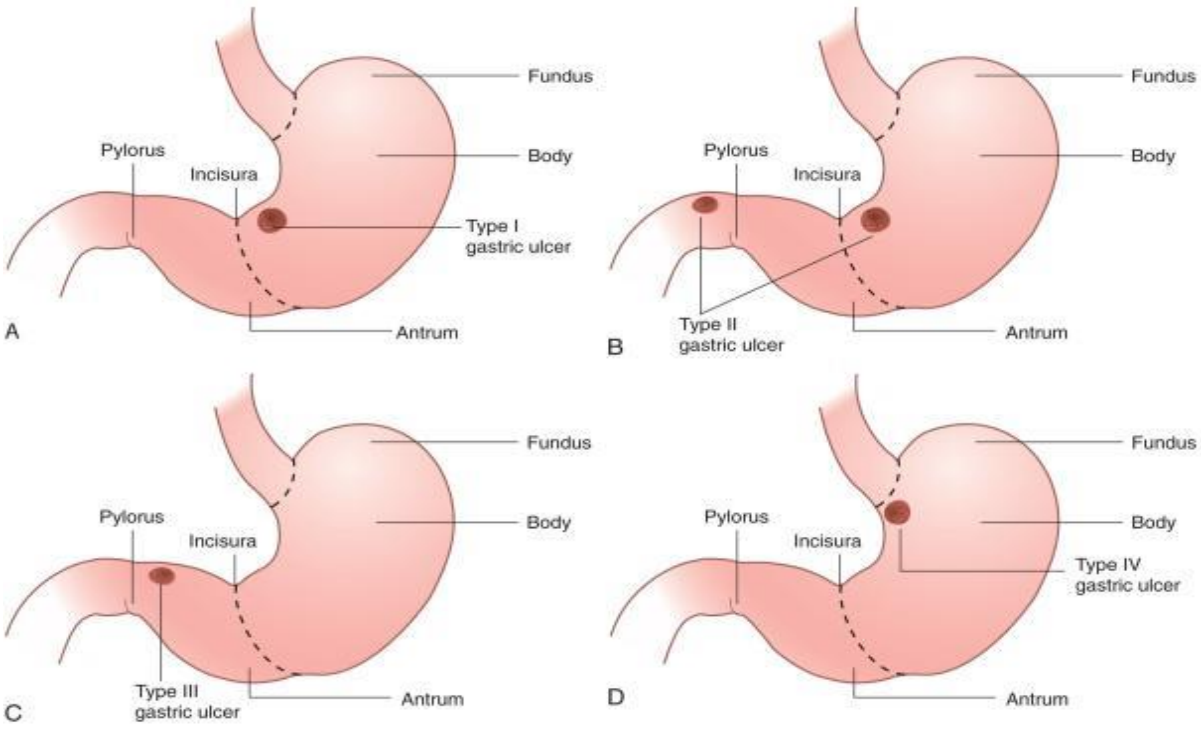
NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thủng dạ dày - tá tràng là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp.
- Nam nhiều hơn nữ.
- Tuổi: 20 - 50.

2. GIẢI PHẪU BỆNH

- Lỗ thủng: thường 1 lỗ.
- Vị trí thường ở mặt trước tá tràng, bờ cong nhỏ dạ dày.
- Kích thước thủng tá tràng thường nhỏ.



3. PHÂN LOẠI

3.1. Thủng cấp tính: là loại thủng thường gặp nhất trên lâm sàng và thường xảy ra qua 3 giai đoạn.

- Giai đoạn một: đau đột ngột dữ dội do dịch dạ dày kích thích phúc mạc. Đau liên tục, nhưng một số bệnh nhân có thể đau quặn trên nền đau âm ỉ liên tục. Bệnh nhân thường có biểu hiện co mạch ngoại biên, đổ mồ hôi, thở nhanh nông. Giai đoạn này thường kéo dài 2 – 6 giờ. Khám bụng trong giai đoạn này thấy bụng kém di động theo nhịp thở, sờ bụng có cảm giác bụng co cứng như gỗ.

- Giai đoạn hai: gọi là giai đoạn phản ứng phúc mạc. Thời gian của giai đoạn này thay đổi tùy theo kích thước và vị trí của lỗ thủng, nhưng hiếm khi kéo dài quá 6 giờ. Trong giai đoạn này, toàn trạng bệnh nhân khá hơn, đau giảm đi. Tuy nhiên khi khám vẫn

thấy tim đập nhanh, thở nhanh nông và bụng còn co cứng. Gõ có thể thấy mất vùng đục trước gan. X quang bụng đứng hoặc ngực thẳng có thể thấy khí tự do dưới hoành.

- Giai đoạn ba: thường xảy ra sau 12 giờ. Bệnh cảnh lâm sàng tương tự như các trường hợp viêm phúc mạc.

3.2. Thủng bán cấp: xảy ra khi lỗ thủng nhanh chóng được bít lại trước khi dịch dạ dày lan tràn trong ổ bụng. Bệnh nhân đau đột ngột ở thượng vị, sau đó đau nhiều ở hạ sườn phải và thỉnh thoảng nhói ra sau lưng, lan lên ngực và lên vai. Các vùng bụng khác không đau.

3.3. Thủng mạn tính: xảy ra khi ổ thủng được các cơ quan khác bao bọc lại. Loại thủng này có thể gây ra áp – xe mạn tính và được phát hiện bằng siêu âm, X quang bụng hoặc chụp cắt lớp.

3.4. Thủng kèm chảy máu: phải lưu ý đến các trường hợp thủng ở ổ loét mặt trước và chảy máu ở ổ loét mặt sau.

3.5. Thủng kèm hẹp môn vị: lưu ý khi khâu lỗ thủng phải đánh giá được tình trạng của môn vị.

3.6. Thủng ổ loét trong lồng ngực: dạ dày trong lồng ngực do thoát vị hoặc do phẫu thuật mang lên thay thế thực quản có thể bị loét và thủng.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thường rõ ràng và điển hình.

4.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau dữ dội, đột ngột vùng trên rốn. Đau làm bệnh nhân phải gập người. Đau lan ra ổ bụng, lan lên vai ra sau lưng, lan theo rãnh mạc treo đại tràng lên tới hố chậu (P) giống như trong đau ruột thừa.
- Nôn không thường xuyên có.
- Bí trung đại tiện.

4.2 .Triệu chứng thực thể

- Nhìn: cơ thẳng bụng nổi, bụng không tham gia nhịp thở.
- Sờ: bụng cứng như gỗ.
- Gõ: mất vùng đục trước gan.
- Nghe: nhu động ruột giảm.

4.3 .Toàn thân

- Lúc đầu sốc do đau.
- Tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng dần.

5. CẬN LÂM SÀNG

- X quang có liềm khí dưới hoành.
- Siêu âm có dịch ở túi cùng Douglas.
- Tiền sử dạ dày: 80 - 90% có tiên sử loét dạ dày, tá tràng. 10 - 20% thủng là triệu chứng đầu tiên của loét.

6. CHẨN ĐOÁN

6.1 .Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Lâm sàng: đau vùng thượng vị, bụng cứng như gỗ, không tham gia nhịp thở, gõ mất vùng đục trước gan.
- Tiền sử loét dạ dày, tá tràng.
- X quang có liềm khí dưới hoành.
- Siêu âm có dịch.

6.2 .Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm ruột thừa.
- Viêm tụy cấp.

- Viêm dạ dày cấp.
- Thủng tạng khác.

7. XỬ TRÍ

7.1 .Nguyên tắc chung:

Phẫu thuật khâu lỗ thủng, lau rửa sạch ổ bụng, dẫn lưu túi cùng Douglas và cạnh lỗ thủng.

Tuyến Y tế cơ sở: không được giữ bệnh nhân để theo dõi và điều trị nội khoa.

7.2 .Những việc cần làm:

- Đặt sonde dạ dày.
- Truyền dịch.
- Kháng sinh.
- Chuyển BN về tuyến có phẫu thuật.

7.3 .Việc không được làm: Cho ăn uống.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm thủng dạ dày tá tràng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp
b) Nữ nhiều hơn nam
c) Gặp ở mọi lứa tuổi
d) Câu a, b, c đúng.

2. Lỗ thủng trong thủng dạ dày tá tràng , CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Thường nhiều lỗ
b) Thường 1 lỗ
c) Thường thủng toàn bộ
d) Câu a, b, c sai.

3. Triệu chứng thủng dạ dày tá tràng, CHỌN CÂU SAI:

a) Đau dữ dội
b) Bí trung đại tiện
c) Nôn thường xuyên
d) Bụng không tham gia nhịp thở.

4. Chẩn đoán phân biệt thủng dạ dày tá tràng , CHỌN CÂU SAI:

a) Viêm ruột thừa
b) Viêm tụy cấp
c) Viêm dạ dày cấp
d) Viêm bàng quang.

5. Vị trí thủng dạ dày tá tràng thường ở mặt trước tá tràng, bờ cong nhỏ dạ dày.

a) Đúng
b) Sai.

6. Trong thủng dạ dày tá tràng, sờ bụng cứng như gỗ.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 8. CHẤN THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được triệu chứng của chấn thương bụng.
2. Trình bày được xử trí chấn thương bụng ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương bụng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong tai nạn lao động, tai nạn giao thông. Chấn thương bụng không làm thủng thành bụng. Tổn thương của chấn thương bụng có thể gồm:

- Tổn thương thành bụng đơn thuần
- Tổn thương tạng rỗng: dạ dày, ruột non, tá tràng, đại tràng, bàng quang.
- Tổn thương tạng đặc như: gan, tụy, lách, thận.
- Tổn thương mạc treo và mạch máu.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Hỏi: Nguyên nhân, tư thế, thời gian xảy ra chấn thương bụng.

+ Đau bụng. Đau ở vùng thành bụng bị chấn thương, đau có thể lan khắp bụng.

+ Nôn, buồn nôn không?

+ Có bí trung, đại tiện không?

+ Có sốc sau chấn thương không?

2.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn:
  + Thành bụng có bầm tím, tụ máu không?
  + Bụng có di động theo nhịp thở không?
- Sờ:
  + Tìm vị trí đau; có co cứng, phản ứng thành bụng hay không?
- Gõ: Vùng đục trước gan còn hay mất. Hai hố chậu có đục không?
- Thăm túi cùng Douglas: có căng và đau không?
- Thăm khám toàn diện tìm tổn thương phối hợp: Khi thăm khám cần chú ý 2 hội chứng:
  - Hội chứng chảy máu trong: biểu hiện tình trạng sốc mất máu: da nhợt, chân tay lạnh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khát nước.
    Đau tăng và lan tỏa. Bụng căng chướng. Gõ đục hai hố chậu. Túi cùng douglas căng đau, ở tuyến trên chọc dò có máu không đông. X quang thấy bóng mờ của máu trong ổ bụng.
  - Hội chứng thủng tạng rỗng:
    + Bệnh nhân đau lan khắp bụng
    + Có nôn chướng bụng, bí trung đại tiện
    + Bụng không di động theo nhịp thở
    + Sờ bụng có phản ứng hoặc co cứng
    + Gõ vùng đục trước gan mất
    + Thăm cùng đồ douglas đau. X quang thấy hình liềm hơi dưới cơ hoành
    + Toàn thân có hội chứng nhiễm khuẩn ngày càng tăng
    + Nếu đến muộn có hội chứng nhiễm độc.

3. XỬ TRÍ

- Chấn thương bụng cần được chẩn đoán và xử trí sớm.
- Khi nghi ngờ tổn thương các tạng, cần thực hiện 3 không:
  + Không tiêm thuốc giảm đau
  + Không tiêm vào chỗ đau
  + Không cho ăn, không thụt tháo.
- Truyền dịch nếu có.
- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.
- Phải có người hộ tống.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tổn thương của chấn thương bụng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Tổn thương thành bụng đơn thuần
b) Tổn thương tạng rỗng
c) Tổn thương tạng đặc
d) Câu a, b, c đúng.

2. Triệu chứng chấn thương bụng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Hội chứng chảy máu trong
b) Hội chứng thủng tạng rỗng
c) Câu a, b đúng
d) Câu a, b sai.

3. Hội chứng chảy máu trong, CHỌN CÂU SAI:

a) Đau tăng và lan tỏa
b) Bụng căng chướng
c) Gõ vang hai hố chậu
d) Túi cùng Douglas căng đau.

4. Hội chứng thủng tạng rỗng , CHỌN CÂU SAI:

a) Bệnh nhân đau lan khắp bụng
b) Bụng di động theo nhịp thở
c) Sờ bụng có phản ứng hoặc co cứng
d) Gõ vùng đục trước gan mất.

5. Chấn thương bụng cần được chẩn đoán và xử trí sớm.

a) Đúng
b) Sai.

6. Chấn thương bụng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong tai nạn lao động, tai nạn giao thông.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 9. VẾT THƯƠNG BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được triệu chứng của vết thương bụng.
2. Trình bày được xử trí vết thương bụng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương bụng là một cấp cứu ngoại khoa cần phát hiện và can thiệp sớm. Nếu phát hiện và gửi đi chậm sẽ chết vì mất máu và viêm màng bụng.

2. KHÁM VÀ THEO DÕI

- Hỏi bệnh cẩn thận và tỉ mỉ: nguyên nhân, cơ chế, tư thế lúc chấn thương.
- Đau bụng: vị trí, tính chất đau, khu trú hay lan dần ra khắp bụng.
- Khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương kết hợp.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Lâm sàng thể hiện 2 hội chứng:

3.1. Hội chứng chảy máu trong khi vỡ tạng đặc:

- Toàn thân biểu hiện sốc mất máu: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt dần, da niêm nhợt nhạt, chân tay lạnh.
- Triệu chứng thực thể:
  + Đau bụng liên tục, lan dần ra và ngày càng tăng.
  + Bụng chướng dần lên.
  + Co cứng bụng và cảm ứng phúc mạc.
  + Gõ đục vùng thấp.
  + Nghe nhu động ruột giảm.
  + Douglas căng phồng, ấn đau.
- Cận lâm sàng:
  + X quang: bụng mờ.
  + Siêu âm: phát hiện chính xác dịch ổ bụng, tổn thương tạng đặc.
  + CT scan.

3.2. Hội chứng viêm phúc mạc do tổn thương tạng rỗng:

Thường khó chẩn đoán trong bệnh cảnh đa chấn thương.

- Toàn thân giờ đầu mạch, nhiệt độ, huyết áp bình thường nếu không kèm các tổn thương khác.
- Cơ năng: đau bụng ngày càng tăng và lan khắp bụng. Nôn, bí trung đại tiện.
- Thực thể:
  + Co cứng thành bụng.
  + Cảm ứng phúc mạc: Blumberg (+).
  + Gõ mất vùng đục trước gan, gõ đục mạng sườn và hố chậu hai bên do dịch đọng.
  + Túi cùng Douglas căng phồng, đau.
- Cận lâm sàng:
  + Bạch cầu tăng.
  + X quang: liềm hơi dưới hoành.
  + Siêu âm: dịch ổ dụng.

4. CHẨN ĐOÁN

- Tổn thương thành bụng đơn thuần.
- Vết thương thấu bụng: dễ chẩn đoán.

+ Lòi ruột, mạc nối lớn.
+ Dịch ruột, thức ăn chảy ra.
+ Hội chứng chảy máu trong: tổn thương tạng đặc.
+ Hội chứng viêm phúc mạc: tổn thương tạng rỗng.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc chung:

- Phòng chống sốc tích cực: truyền dịch, giảm đau…Trợ tim.
- Đặt sonde mũi-dạ dày.
- Dùng kháng sinh sớm.

4.2. Xử trí theo tuyến.

- Tuyến cơ sở:

+ Nếu vết thương bụng ruột không lòi ra ngoài chỉ cần sát khuẩn quanh vết thương rồi băng lại.

+ Nếu ruột lòi ra ngoài không được nhét ruột vào ổ bụng. Dùng bát vô khuẩn úp lên rồi băng lại.

Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi hết sốc.

- Tuyến chuyên khoa:

+ Phẫu thuật tối khẩn cấp hội chứng chảy máu trong ổ bụng.

+ Phẫu thuật khẩn cấp hội chứng viêm phúc mạc sau khi đã hết sốc hay sốc ổn định.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khám và theo dõi vết thương bụng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Hỏi bệnh cẩn thận và tỉ mỉ
b) Xác định vị trí đau
c) Khám toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương kết hợp
d) Tất cả đều đúng.

2. Các hội chứng của vết thương bụng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Hội chứng chảy máu trong khi vỡ tạng đặc
b) Hội chứng viêm phúc mạc do tổn thương tạng rỗng
c) Câu a, b đúng
d) Câu a, b sai.

3. Hội chứng chảy máu trong khi vỡ tạng đặc , CHỌN CÂU SAI:

a) Toàn thân biểu hiện sốc mất máu
b) Nghe nhu động ruột tăng
c) Gõ đục vùng thấp
d) Co cứng bụng.

4. Hội chứng viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng , CHỌN CÂU SAI:

a) Thường khó chẩn đoán trong bệnh cảnh đa chấn thương
b) Đau bụng ngày càng tăng và lan khắp bụng
c) Bạch cầu giảm
d) Nôn, bí trung đại tiện.

5. Dùng kháng sinh sớm trong vết thương bụng.

a) Đúng
b) Sai.

6. Vết thương thấu bụng dễ chẩn đoán.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 10. HẸP MÔN VỊ. UNG THƯ DẠ DÀY

I. HẸP MÔN VỊ

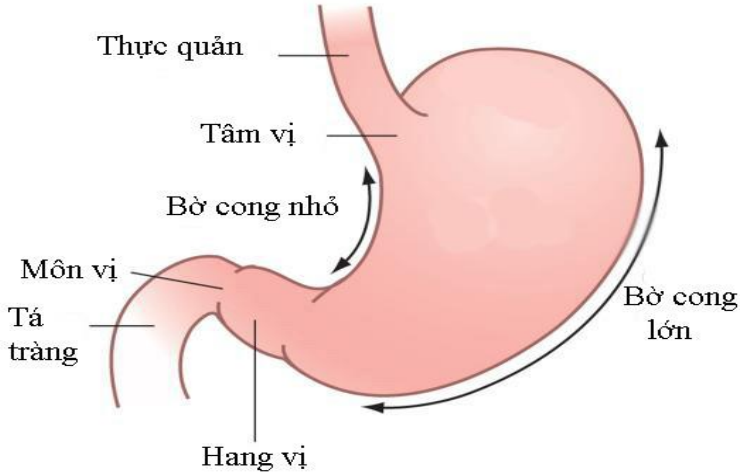
MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Các nguyên nhân gây hẹp môn vị.
2. Triệu chứng của hẹp môn vị.
3. Phương pháp xử trí ban đầu của hẹp môn vị.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị là tình trạng lỗ môn vị bị thu nhỏ lại, gây cản trở cho việc lưu thông các chất từ dạ dày xuống tá tràng.



2. NGUYÊN NHÂN

- Loét dạ dày tá tràng. Cơ chế: ổ loét môn vị - hành tá tràng – hang vị có thể gây hẹp tại chỗ tương đối, dần dần do hẹp có hiện tượng ứ đọng làm cho môn vị bị co thắt, viêm nhiễm kết hợp với co thắt sẽ gây hẹp nhiều hơn.
- K hang vị
- Phì đại môn vị
- Bệnh Hodgkin
- Mô tụy lạc chỗ
- Tá tràng dính vào túi mật bẩm sinh
- K đầu tụy.

3. TRIỆU CHỨNG

+ Cơ năng:

- Đau bụng từng cơn.
- Nôn ra thức ăn bữa trước, nôn được thì dễ chịu hơn, có khi BN tự móc họng để nôn.

+ Thực thể:

- Nhìn: bụng lõm lòng thuyền, thấy từng đợt sóng nhu động, từ (T) qua (P).
- Sờ: sóng dạ dày đập vào tay từ (T) sang (P) - dấu hiệu Bouveret (+). Sờ thấy u.
- Nghe: tiếng ùng ục thượng vị. Lắc thượng vị nghe tiếng óc ách gọi là óc ách thượng vị lúc đói.

+ Toàn thân:

- Người gầy sút.
- Da xanh có dấu hiệu mất nước, điện giải.

+ Cận lâm sàng:

- Chụp X quang thấy hình ảnh tuyết rơi. Sau 6 giờ chụp lại vẫn thấy thuốc cản quang trong dạ dày.

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Đau trên rốn, nôn nhiều, móc họng cho nôn.
- Lắc óc ách lúc đói, dấu hiệu Bouveret (+).
- X quang dạ dày dãn.
- Thuốc cản quang sau 6 giờ còn ở dạ dày.
- Nội soi thấy lỗ môn vị hẹp.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Dãn to thực quản
- K thực quản
- Liệt dạ dày.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1 Điều trị nội khoa:

- Bù nước điện giải và nuôi dưỡng.
- Rửa dạ dày và hút dung dịch có tác dụng chống viêm, chống co thắt, chống phù nề tốt.
- Các thuốc chống co thắt, giảm tiết.

6.2 Điều trị ngoại khoa: phẫu thuật.

II. UNG THƯ DẠ DÀY

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được nguyên nhân gây ung thư dạ dày.
2. Phân tích được các dấu hiệu lâm sàng có thể có trong ung thư dạ dày.
3. Trình bày các xét nghiệm trong chẩn đoán ung thư dạ dày.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hay gặp nhất trong các loại ung thư tiêu hóa.
- Hay gặp ung thư ở bờ cong nhỏ.

2. NGUYÊN NHÂN

- Chế độ dinh dưỡng: thực phẩm chứa Nitrosamin, xông khói, dầu mỡ chiên lại nhiều lần…
- Do bệnh lý nguy cơ cao như: loét dạ dày, viêm teo dạ dày…

3. YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- Giới: nam nhiều hơn nữ
- Tuổi: 50 – 60 tuổi
- Nhóm máu A
- Yếu tố di truyền: gia đình, anh em sinh đôi
- Chế độ ăn: cá sống, ăn nóng…
- Tình trạng thiểu toan dạ dày hoặc vô toan
- Viêm teo niêm mạc dạ dày nhất là vai trò của Helicobacter pylori

- Loét dạ dày ung thư hóa.

4. LÂM SÀNG

Lâm sàng rất khác nhau, khó nhận biết.

- Đau thượng vị nhẹ, BN cảm giác khó chịu vùng thượng vị, đau thất thường không có chu kỳ. Nếu bệnh nhân đến muộn: đau nhiều, dữ dội liên tục, đau lan xuyên ra sau lưng, đau làm chán ăn, đầy bụng, ậm ạch khó tiêu, giảm khả năng làm việc.
- Chảy máu rỉ rả kéo dài gây thiếu máu.
- Toàn thân suy sụp, gầy sút cân.
- Hội chứng chít hẹp đường tiêu hóa hoàn toàn hoặc không hoàn toàn, biểu hiện nôn mửa sớm sau ăn.
- Có thể sờ thấy 1 đám cứng vùng thượng vị, hạch thượng đòn.

5. CẬN LÂM SÀNG

- Chụp X quang dạ dày có thuốc cản quang thấy hình ảnh thâm nhiễm cứng, khối u trong dạ dày.
- Nội soi dạ dày tá tràng kết hợp sinh thiết chẩn đoán phát hiện ung thư các tổn thương niêm mạc dạ dày.

6. BIẾN CHỨNG:

- Thủng
- Chảy máu
- Hẹp môn vị.

7. ĐIỀU TRỊ

- Chủ yếu bằng phẫu thuật cắt dạ dày toàn phần hay bán phần.
- Các phương pháp khác như hóa trị, xạ trị còn hạn chế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân hẹp môn vị, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Loét gây xơ, co kéo
b) Phù nề
c) Loét gây kích thích
d) a, b, c đúng.

2. Tính chất đau bụng trong hẹp môn vị, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau từng cơn
b) Đau liên tục
c) Đau âm ỉ
d) Đau dữ dội.

3. Chẩn đoán xác định hẹp môn vị , CHỌN CÂU SAI:

a) Đau trên rốn, nôn nhiều
b) Lắc óc ách lúc đói
c) Dấu hiệu Bouveret (-)
d) Nội soi thấy lỗ môn vị hẹp.

4. Đặc điểm ung thư dạ dày, CHỌN CÂU SAI:

a) Hay gặp nhất trong các loại ung thư tiêu hóa
b) Thường gặp ở người 50 – 60 tuổi
c) Nữ nhiều hơn nam
d) Hay gặp ung thư ở bờ cong nhỏ.

5. Trong ung thư dạ dày, có thể sờ thấy một đám cứng vùng thượng vị, hạch thượng đòn.

a) Đúng
b) Sai.

6. Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật cắt dạ dày toàn phần hay bán phần.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 11. SỎI MẬT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh sỏi mật.
2. Nêu được cách chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt bệnh sỏi mật.
3. Trình bày được phương pháp điều trị bệnh sỏi mật.

NỘI DUNG

1. NHẮC LẠI SINH LÝ ĐƯỜNG MẬT:

1.1. Đường mật:

Đường mật bắt đầu từ những ống gan đổ vào những ống mật. Ống gan phải và trái hợp thành ống gan chung ở cửa gan. Khi ống túi mật đổ vào ống gan chung thì trở thành ống mật chủ.

Ống mật chủ dài khoảng 8 cm, đường kính trung bình từ 0,5 – 0,9 cm. Ống mật chủ đi sau đoạn một của tá tràng, xuyên qua rãnh của đầu tụy và đổ vào đoạn hai của tá tràng ở bóng Vater. Ống tụy chính thường hợp với ống mật chủ tại bóng Vater.

1.2. Túi mật:

Túi mật hình quả lê, thể tích 30 – 50 ml, nằm trong một hõm ở mặt tạng của gan trên đường phân chia gan phải và gan trái.

1.3. Sự bài tiết mật:

Dịch mật được sản xuất từ tế bào gan (500 – 1500 ml/ ngày), gồm có nước, điện giải, acid mật, cholesterol, phospholipid, bilirubin… Túi mật có chức năng chứa đựng và cô đặc mật. Khoảng 90% nước và các chất điện giải được hấp thu bởi biểu mô túi mật, pH thay đổi nhưng thường kiềm tính. Sự thay đổi thành phần dịch mật có thể dẫn đến sự hình thành sỏi mật.

1.4. Sự kiểm soát dịch mật:

Có 3 yếu tố ảnh hưởng đến sự điều hòa bài tiết dịch mật:

- Sự bài tiết từ gan
- Sự co bóp của túi mật
- Kháng lực cơ vòng ống mật.

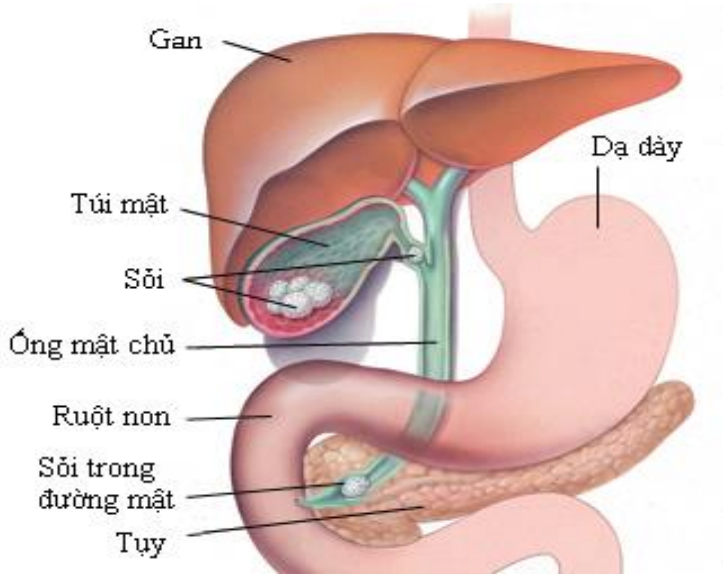
1.5. Chu trình gan ruột của acid mật:

- Sự bài tiết mật có hai cơ chế thần kinh và nội tiết, nhưng ảnh hưởng đầu tiên chính là chu trình gan ruột.

- Các bệnh nhân sỏi túi mật hầu hết có dịch mật quá bão hòa cholesterol. Sự quá bão hòa này là do chu trình gan ruột bị thay đổi. Mỗi ngày gan tiết ra 20 – 30 g acid mật. Khoảng 3 – 5 g acid mật lưu chuyển trong chu trình gan mật. Sau bữa ăn, 98% muối mật vào ruột được hấp thu trở lại theo tĩnh mạch cửa về gan (chu trình gan ruột). Sự hấp thu trở lại của muối mật theo chu trình gan ruột kiểm soát việc tổng hợp acid mật ở gan. Sự hấp thu trở lại muối mật xảy ra ở hồi tràng với tác dụng của các men sản xuất bởi vi trùng. Mỗi ngày có khoảng 500 – 700 mg acid mật mất đi theo phân. Lượng acid mật mất đi sẽ được thay thế bởi acid mật tổng hợp từ cholesterol ở gan.

2. NGUYÊN NHÂN

- Châu Âu sỏi ống mật chủ chủ yếu từ túi mật di chuyển xuống.
- Nhiễm khuẩn.
- Nhiễm ký sinh trùng đường mật.



3. TRIỆU CHỨNG

3.1 Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng.
- Sốt.
- Vàng da.

3.2 Triệu chứng thực thể:

- Gan to do ứ mật.
- Túi mật thường căng to.

3.3 Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bilirubin tăng, photphataza kiềm tăng, SGOT tăng.
- Xét nghiệm nước tiểu: có nhiều sắc tố mật và muối mật.
- Siêu âm: kích thước đường mật và hình ảnh sỏi.
- X quang.

4. BIẾN CHỨNG

- Thấm mật phúc mạc.
- Viêm mủ đường mật, áp xe đường mật.
- Viêm phúc mạc cấp tính.
- Viêm tụy cấp tính.
- Viêm thận cấp.
- Viêm tụy mạn.

* Tiên lượng: sỏi OMC sau khi lấy sỏi, dù đã lấy hết sỏi thì khả năng tái phát sỏi rất cao.

5. CHẨN ĐOÁN

5.1 Chẩn đoán xác định:

- Lâm sàng: tiền sử đau, sốt, vàng da theo thứ tự thời gian.
- Xét nghiệm máu: có tình trạng ứ mật.
- Siêu âm chẩn đoán.

5.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm gan.
- Vàng da do ung thư đường mật.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1 Nội khoa:

- Truyền dịch.

- Giảm đau.
- Kháng sinh.

6.2 Ngoại khoa:

- Phẫu thuật lấy sỏi và dẫn lưu Kehr.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân sỏi mật, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nhiễm khuẩn
b) Nhiễm virus
c) Nhiễm nấm
d) a, b, c sai.

2. Triệu chứng sỏi mật, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau bụng
b) Sốt
c) Vàng da
d) a, b, c đúng.

3. Kết quả xét nghiệm trong bệnh sỏi mật , CHỌN CÂU SAI:

a) Bilirubin tăng
b) SGOT tăng
c) Photphataza kiềm giảm
d) Nước tiểu có nhiều sắc tố mật và muối mật.

4. Biến chứng bệnh sỏi mật, CHỌN CÂU SAI:

a) Thấm mật phúc mạc
b) Viêm mủ đường mật
c) Viêm tụy cấp tính
d) Viêm dạ dày.

5. Điều trị nội khoa sỏi mật bằng truyền dịch, kháng sinh, giảm đau.

a) Đúng
b) Sai.

6. Chẩn đoán xác định sỏi mật bằng siêu âm, lâm sàng, xét nghiệm máu.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 12. THOÁT VỊ BẸN. THOÁT VỊ BẸN NGHẸT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thoát vị bẹn.
2. Nêu được chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt thoát vị bẹn.
3. Trình bày được Phương pháp điều trị.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị bẹn là thoát vị hay gặp nhất trong các loại thành bụng nói chung.

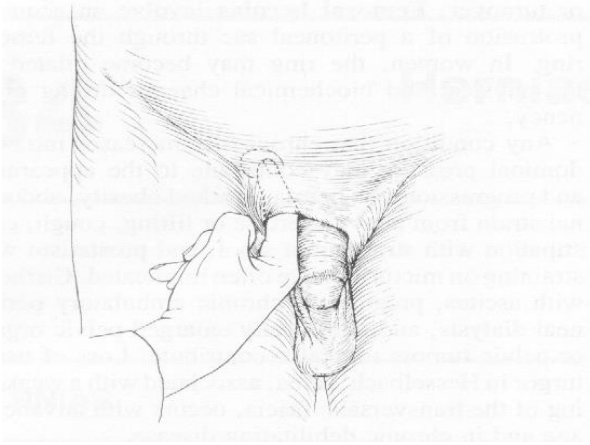
2. TRIỆU CHỨNG

2.1 Thoát vị bẹn không nghẹt:

Cơ năng: BN đến khám vì có 1 khối phồng vùng bẹn to lên khi BN đi lại nhiều, nhỏ đi ở tư thế nằm.

Thực thể:

- Nhìn: khối phồng trên mép lằn bẹn chạy dọc theo ống bẹn hoặc xuống tới bìu.
- Sờ: khối phồng mềm, ấn không đau, lỗ bẹn nông rộng và có thể đút lọt ngón tay. Đặt tay trong lỗ bẹn, nói BN ho ta thấy áp lực ổ bụng dội vào tay ta - dấu hiệu chạm tay (+). Có thể xác định được tạng trong túi thoát vị.
- Siêu âm có giá trị chẩn đoán, có thể thấy dịch trong túi thoát vị.



2.2 Thoát vị bẹn nghẹt:

Cơ năng:

- Đau đột ngột. Trước đây BN có khối phồng vùng bẹn đẩy lên được
- Nôn.
- Bí trung đại tiện.

Thực thể:

- Tại vùng bẹn thấy khối phồng căng chắc không đẩy lên được, rất đau khi sờ nắn.
- Các triệu chứng của tắc ruột cơ học, bụng chướng.
- Siêu âm có giá trị chẩn đoán khi thấy các quai ruột và dịch trong túi thoát vị.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1 Chẩn đoán xác định: thường không khó, dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng.

3.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Tràn dịch màng tinh hoàn (soi đèn pin thấy màu hồng).
- Kén nước thừng tinh.
- Dãn tĩnh mạch thừng tinh.
- Tinh hoàn lạc chỗ.
- Thoát vị đùi.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1 Nội khoa:

Băng treo thoát vị chỉ là phương pháp tạm thời.

4.2 Ngoại khoa:

Giải phóng tạng thoát vị, đưa tạng trở lại ổ bụng.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng thoát vị bẹn không nghẹt, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Khối phồng trên mép lằn bẹn chạy dọc theo ống bẹn hoặc xuống tới bìu
b) Khối phồng dưới mép lằn bẹn chạy dọc theo ống bẹn hoặc xuống tới bìu
c) Khối phồng ngang mép lằn bẹn chạy dọc theo ống bẹn hoặc xuống tới bìu
d) a, b, c đúng.

2. Cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán thoát vị bẹn không nghẹt, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) X quang
b) Siêu âm
c) MRI
d) CT – Scan.

3. Triệu chứng thoát vị bẹn nghẹt , CHỌN CÂU SAI:

a) Đau đột ngột
b) Nôn
c) Bí trung đại tiện
d) Nhức đầu.

4. Thăm khám thực thể trong thoát vị bẹn nghẹt, CHỌN CÂU SAI:

a) Sờ thấy khối phồng căng tại vùng bẹn
b) Tắc ruột cơ học
c) Đau vùng thượng vị
d) Bụng chướng.

5. Điều trị tạm thời bằng băng treo thoát vị.

a) Đúng
b) Sai.

6. Điều trị ngoại khoa bằng cách giải phóng tạng thoát vị, đưa tạng trở lại ổ bụng.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 13. TRĨ. RÒ HẬU MÔN

BỆNH TRĨ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng bệnh trĩ.
2. Mô tả được phân độ trĩ nội.
3. Trình bày được cách điều trị và dự phòng bệnh trĩ.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trĩ là bệnh dãn tĩnh mạch hậu môn trực tràng quá mức gây đi cầu ra máu hay đau tức hậu môn.

2. NGUYÊN NHÂN

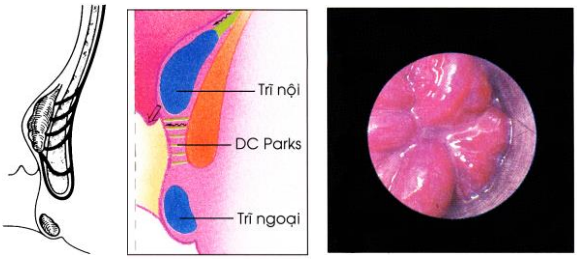
Tăng áp lực ổ bụng:

- Táo bón kinh niên – hẹp hậu môn.
- Lao động trong tư thế ngồi xổm, tư thế đứng.

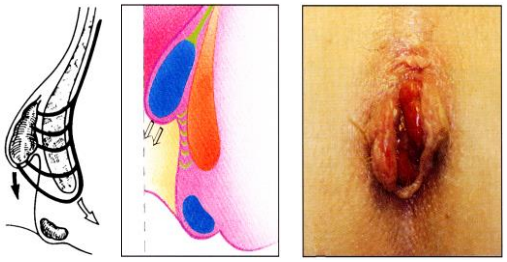
3. PHÂN LOẠI TRĨ

3.1 Trĩ nội: là trĩ có điểm xuất phát nằm trên đường răng lược. Chỉ có trĩ nội mới có phân độ:

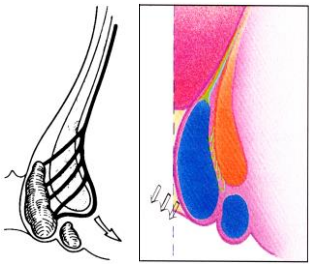
- Trĩ độ I: trĩ nằm trong ống hậu môn.
- Trĩ độ II: trĩ khi đại tiện lòi ra ngoài nhưng tự co vào được.
- Trĩ độ III: trĩ ra ngoài khong tự co vào được phải lấy tay đẩy vào.
- Trĩ độ IV: trĩ sa ra ngoài không đẩy vào được, thường kèm theo phù nề và sa niêm mạc trực tràng.



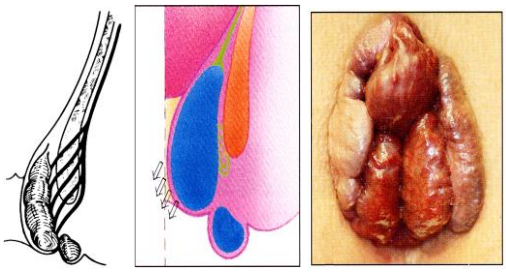
Trĩ nội độ 1



Trĩ nội độ 2



Trĩ nội độ 3



Trĩ nội độ 4

3.2 Trĩ ngoại: không phân độ.

3.3 Trĩ hỗn hợp: là trĩ có điểm xuất phát nằm cả trong và ngoài đường lược.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1 Triệu chứng cơ năng:

- Quan trọng nhất là đại tiện ra máu tươi.
- Đau tức hậu môn. Trĩ ngoại khi viêm tắc sẽ rất đau.
- Các trĩ từ độ II trở lên khi đại tiện có thể gặp búi trĩ lòi ra ngoài, đại tiện xong tự co vào hay đẩy lên.

4.2 Triệu chứng thực thể:

- Khám bệnh nhân nằm tư thế sản khoa.
- Nhìn: trĩ nội phải từ độ II, III mới thấy búi mềm, đỏ. Trĩ ngoại thì nổi cục quanh rìa hậu môn, tím đen khi có viêm tắc tĩnh mạch trĩ ngoại.
- Sờ hậu môn thấy búi trĩ mềm, trĩ ngoại tắc sẽ thấy cục cứng nắn đau.
- Soi hậu môn thấy rõ búi trĩ ở điểm 4, 7, 11 giờ.

4.3 Triệu chứng toàn thân: ít ảnh hưởng.

5. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

5.1 Chẩn đoán xác định:

- Đại tiện máu.
- Hội chứng đau.
- Phình tĩnh mạch trĩ.

5.2 Tiến triển và biến chứng:

- Nứt kẽ hậu môn.
- Rò hậu môn.

6. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

6.1. Với triệu chứng chảy máu cần phân biệt bệnh trĩ với các bệnh lý sau đây:

- Ung thư đại trực tràng
- Bệnh lý túi thừa đại tràng
- Polyp tuyến đại trực tràng
- Viêm loét đại tràng.

6.2. Với triệu chứng một khối sa ở rìa hậu môn, cần chẩn đoán phân biệt trĩ nội sa với sa trực tràng. Trong sa trực tràng, khối sa dài 5 – 7 cm hoặc hơn, niêm mạc trực tràng xếp theo vòng đồng tâm và có màu hồng. Trong khi đó, trĩ sa thành các búi như bông hồng không sa dài quá một vài cm.

7. XỬ TRÍ

7.1 Phòng bệnh:

- Tránh ngồi xổm nhiều.
- Tránh các chất kích thích như rượu, trà, tiêu ớt, cà phê…

7.2 Điều trị:

Nội khoa: thuốc tăng cường bền vững thành mạch. Thuốc nhuận tràng. Thuốc đặt hậu môn: Proctolog.

Ngoại khoa:

- Trĩ nội:
  - Thắt dây thun.
  - Phẫu thuật cắt trĩ.
  - Tiêm xơ búi trĩ.
- Trĩ ngoại:

  Chỉ định phẫu thuật khi có viêm tắc tĩnh mạch trĩ.

RÒ HẬU MÔN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Triệu chứng của rò hậu môn.
2. Phương pháp điều trị rò hậu môn.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là biến chứng của viêm nhiễm các tuyến quanh vùng trực tràng, hậu môn.

2. NGUYÊN NHÂN

Áp xe hậu môn.

3. PHÂN LOẠI

- Rò giữa cơ thắt: loại thường gặp nhất. Đường rò khu trú ở mặt phẳng giữa cơ thắt.
- Rò qua cơ thắt: đường rò nối mặt phẳng giữa cơ thắt với khoang ngồi – trực tràng bằng cách xuyên thủng qua cơ thắt ngoài.
- Rò trên cơ thắt: tương tự như rò qua cơ thắt, nhưng đường rò vòng lên trên cơ thắt ngoài và xuyên thủng cơ nâng hậu môn.
- Rò ngoài cơ thắt: đường rò đi từ trực tràng ra ngoài da tầng sinh môn, hoàn toàn ở phía ngoài các khối cơ thắt.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

4.1 Triệu chứng cơ năng:

- Chảy dịch vàng hay mủ từng đợt.

4.2 Triệu chứng thực thể:

- Có lỗ rò chảy dịch vàng.

Sờ nắn lỗ rò cảm giác cứng theo đường đi cảu lỗ rò. Đưa que thăm vào lỗ rò có thể thấy được đầu que thăm. Ta có thể bơm thuốc cản quang và chụp đường rò.

5. CHẨN ĐOÁN

- Tiền sử áp – xe hậu môn trực tràng
- Có một hoặc nhiều lỗ chảy mủ hoặc dịch đục ở tầng sinh môn
- Xác định đường rò bằng sờ nắn bằng tay, soi hậu môn, dùng que thăm dò, chụp đường rò.

6. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị của rò hậu môn là phá hủy được đường rò và bảo vệ được cơ thắt. Tức là phải giữ được chức năng của hậu môn.

Rò hậu môn phải được điều trị bằng phương pháp ngoại khoa:

- Phẫu thuật cắt bỏ đường rò: trước khi phẫu thuật phải chụp cản quang đường rò để lựa chọn phương pháp thích hợp.
- Phương pháp cắt dần biến đường rò ngoài cơ thắt thành đường dò trong cơ thắt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trĩ là bệnh lý, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Dãn tĩnh mạch hậu môn trực tràng
b) Dãn tĩnh mạch cửa
c) Dãn tĩnh mạch chậu
d) Dãn tĩnh mạch trích trùng.

2. Nguyên nhân bệnh trĩ, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Táo bón kinh niên
b) Hẹp hậu môn
c) Lao động trong tư thế ngồi xổm
d) a, b, c đúng.

3. Phân loại bệnh trĩ , CHỌN CÂU SAI:

a) Trĩ nội là trĩ có điểm xuất phát nằm trên đường răng lược
b) Trĩ ngoại không phân độ
c) Trĩ hỗn hợp là trĩ có điểm xuất phát nằm cả trong và ngoài đường lược
d) Trĩ sa ra ngoài không đẩy vào được là trĩ độ III.

4. Chẩn đoán xác định bệnh trĩ, CHỌN CÂU SAI:

a) Đại tiện máu
b) Hội chứng nhiễm trùng
c) Hội chứng đau
d) Phình tĩnh mạch trĩ.

5. Rò hậu môn là biến chứng của viêm nhiễm các tuyến quanh vùng trực tràng, hậu môn.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nguyên nhân rò hậu môn là do nứt hậu môn.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 14. UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các yếu tố thuận lợi và nguy cơ gây ung thư đại tràng.
2. Phân tích được các dấu hiệu lâm sàng có thể trong ung thư đại tràng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư đại tràng hay gặp ở người sau 45 tuổi.
- Tỷ lệ nam, nữ như nhau.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Chế độ dinh dưỡng: thực phẩm dầu mỡ, ít xơ, thịt nướng…
- Do bệnh lý có nguy cơ cao như polyp đại tràng.

3. THƯƠNG TỔN TIỀN UNG THƯ

3.1. Polyp tuyến:

Về hình thể, polyp được chia làm 2 loại: có cuống và không có cuống. Khả năng ung thư hóa cao ở loại polyp không cuống, polyp có kích thước lớn và polyp loại vi nhung mao.

3.2. Bệnh đa polyp gia đình: nếu không được điều trị, khả năng phát triển thành ung thư lên tới 100%.

3.3. Bệnh viêm ruột: sau 10 năm tiến triển có khả năng ung thư hóa cao.

4. LÂM SÀNG

Lâm sàng rất nghèo nàn, khó nhận biết.

- Có thể sờ thấy khối u ở hố chậu hoặc hạ sườn, ấn đau.
- Đôi khi táo bón hoặc tiêu chảy.
- Đau bụng mơ hồ dọc khung đại tràng, cường độ thay đổi, có thể kèm theo nôn, bụng chướng.
- Có thể chảy máu tươi hoặc đi cầu phân đen.
- Chán ăn, thiếu máu, gầy sút cân.

5. CẬN LÂM SÀNG

- Chụp X quang khung đại tràng có thuốc cản quang thấy hình ảnh khối u trong ruột.
- Nội soi đại trực tràng kết hợp sinh thiết chẩn đoán phát hiện ung thư và các tổn thương của niêm mạc ruột.
- Xét nghiệm phân tìm hồng cầu thường dương tính.
- Tìm kháng nguyên ung thư bào thai trong huyết thanh.

6. BIẾN CHỨNG

- Tắc ruột cấp.
- Viêm ruột cấp: có hội chứng nhiễm khuẩn.
- Viêm phúc mạc cấp do thủng đại tràng.

7. ĐIỀU TRỊ

- Chủ yếu bằng phẫu thuật cắt đại tràng ung thư và hạch bạch huyết liên quan.
- Các phương pháp khác như hóa trị, xạ trị được kết hợp với phẫu thuật.

8. DỰ PHÒNG

- Chế độ ăn: giàu chất xơ và ít mỡ động vật.

- Phát hiện và loại bỏ các thương tổn tiền ung thư: phát hiện sớm ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, bệnh nhân đa polyp gia đình, bệnh viêm ruột tiến triển hơn 10 năm.
- Thăm trực tràng, tìm máu ẩn trong phân cho tất cả những người trên 50 tuổi có nguy cơ cao, kế đó là soi đại tràng sigma hay toàn bộ đại tràng là phương pháp tầm soát có hiệu quả để chẩn đoán sớm ung thư đại trực tràng. Tìm máu ẩn trong phân có độ dương tính giả rất thấp (0,5%) nếu được thực hiện đúng phương pháp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Ung thư đại tràng hay gặp ở người, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Sau 45 tuổi
b) Sau 50 tuổi
c) Sau 55 tuổi
d) Sau 60 tuổi.

2. Trong ung thư đại tràng, tỉ lệ nam và nữ bị bệnh, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nam nhiều hơn nữ
b) Nữ nhiều hơn nam
c) Tỉ lệ nam, nữ như nhau
d) Tỉ lệ thay đổi tùy độ tuổi.

3. Lâm sàng bệnh ung thư đại tràng , CHỌN CÂU SAI:

a) Táo bón hay tiêu chảy
b) Tăng cân
c) Đau bụng dọc khung đại tràng
d) Thiếu máu.

4. Xét nghiệm cận lâm sàng trong ung thư đại tràng , CHỌN CÂU SAI:

a) X quang thấy hình ảnh khối u trong ruột
b) Xét nghiệm phân tìm hồng cầu (+)
c) Nội soi kết hợp sinh thiết
d) Kháng nguyên bạch cầu người HLA (+).

5. Điều trị ung thư đại tràng chủ yếu bằng phẫu thuật cắt đại tràng.

a) Đúng
b) Sai.

6. Yếu tố nguy cơ bệnh lý ung thư đại tràng là chế độ ăn uống: thực phẩm nhiều chất xơ.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 15. CHẤN THƯƠNG THẬN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương thận.
2. Nêu được xử trí ban đầu chấn thương thận ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Thận là một tạng đặc nằm sâu ở sau phúc mạc, hai bên thắt lưng, thận rất dễ vỡ vì: nhu mô thận giòn và thận ít di động. Cực trên được các xương sườn 11 và 12 che phủ, và phía trước, ở cực trên có liên quan mật thiết với gan ở bên phải và lách ở bên trái, nên chấn thương thận thường hay kết hợp với vỡ gan hay vỡ lách.

Chấn thương thận thường gặp ở nam giới, tuổi từ 20- 40, do các nguyên nhân như:

- Tai nạn thể dục, thể thao: bóng đá, xà đơn, xà kép.
- Tai nạn giao thông.
- Tai nạn lao động: ngã cây, trâu bò hút…

2. GIẢI PHẪU BỆNH:

2.1. Bao thận:

Bọc xung quanh thận,bao thận mỏng nhưng rất dai, khi chấn thương nhu mô thận dễ bị vỡ nhưng bao thận có thể vẫn nguyên vẹn hoặc cả nhu mô thận và bao thận đều vỡ. Rách bao thận sẽ có khối máu tụ vùng thắt lưng.

2.2. Nhu mô thận:

Giòn dễ vỡ. Nếu nhu mô vỡ đến các đài, bể thận sẽ đái ra máu. Đường vỡ có thể gọn, sắc hoặc dập nát thành nhiều mảnh.

2.3. Cuống thận:

Trường hợp chấn thương quá mạnh dễ gây đứt cuống thận, bệnh nhân dễ chết nếu không chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời.

Phân loại thương tổn:

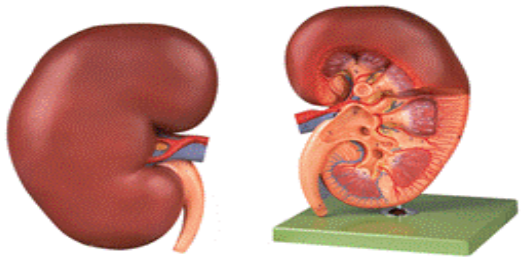
- Độ I: Chỉ vỡ chủ mô ít, vỏ bọc thận còn nguyên vẹn.
- Độ II: Vỏ bọc thận bị vỡ cùng với chủ mô thận.
- Độ III: Vỡ chủ mô thận phức tạp. Khối máu tụ lớn.
- Độ IV: Thương tổn ở cuống thận.

3.TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Triệu chứng cơ năng:

- Sốc: sau chấn thương bệnh nhân mặt xanh xám, chân tay lạnh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ. Sốc chỉ thoáng qua 10- 15 phút rồi trở lại bình thường.

  Nếu sau khi chấn thương một vài giờ mới xảy ra sốc, đó là dấu hiệu chứng tỏ đang chảy máu trong.
- Đau: đau vùng thắt lưng, nơi bị chấn thương, đau lan xuống cơ quan sinh dục ngoài, có khi đau xuyên lên vai, lên ngực cùng bên.
- Đái ra máu: là triệu chứng thường xuyên và quan trọng nhất. Đái ra máu toàn bãi máu đỏ tươi. Đái ra máu ngay sau chấn thương hoặc 2-3 giờ sau. Đái máu có thể kéo dài 2-3 ngày đến hàng tuần.



3.2. Triệu chứng thực thể:

- Khối máu tụ quanh thận: khi khám thấy có khối máu tụ quanh thận là có vỡ bao thận, khám vùng thắt lưng thấy: các cơ vùng thắt lưng co cứng, hố thắt lưng đầy, cảm giác có khối u giới hạn rõ rệt, ấn đau.
- Tình trạng thành bụng trước: có thể có phản ứng hay co cứng do kích thích của khối máu tụ sau phúc mạc.
- Tổn thương phối hợp: dập thận bên phải có thể kèm theo vỡ gan, dập thận bên trái có thể kèm theo vỡ lách…

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG:

4.1. Siêu âm bụng tổng quát (nếu có điều kiện): đây là phương tiện cận lâm sàng rất dễ làm, ít tốn kém lại rất có giá trị trong chẩn đoán tổn thương.

4.2. X Quang:

- Chụp bụng không chuẩn bị: thấy bọng thận to lên (nếu có khối máu tụ quanh thận).
- Chụp thận tĩnh mạch (UIV): biết được tổn thương và chức năng của hai thận.

4.3. Xét nghiệm:

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu giảm, hematocrit giảm.
- Xét nghiệm nước tiểu: có hồng cầu trong nước tiểu.

5. DIỄN BIẾN:

- Trường hợp nhẹ, thận bị dập sẽ tự liền sẹo rồi khỏi.
- Nếu thận bị dập nát nhiều mảnh, có thể có biến chứng: chảy máu nhiều và kéo dài đưa đến thiếu máu hoặc nhiễm khuẩn gây nên viêm mủ thận, bể thận và áp xe quanh thận.

6. XỬ TRÍ Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Giải thích với bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh.
- Cho bệnh nhân nằm yên tĩnh tuyệt đối tại giường.
- Cho uống nước trà đường nóng,ủ ấm vào mùa lạnh.
- Tiêm trợ tim,tiêm vitamin C, vitamin B1, vitamin k.
- Dùng kháng sinh.
- Chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân lên tuyến trên điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm dịch tễ học chấn thương thận, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Thường gặp ở nữ giới
b) Tuổi từ 20 – 40
c) Do tai nạn lao động
d) b, c đúng.

2. Đặc điểm thận, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Là tạng rỗng
b) Nằm trước phúc mạc
c) Dễ vỡ
d) Di động.

3. Phân loại thương tổn cuống thận , CHỌN CÂU SAI:

a) Chỉ vỡ chủ mô ít là độ I
b) Vỏ bọc thận bị vỡ là độ II
c) Vỡ bao thận là độ III
d) Thương tổn ở cuống thận là độ IV.

4. Triệu chứng chấn thương thận , CHỌN CÂU SAI:

a) Sốc
b) Nôn ói
c) Đau vùng thắt lưng
d) Đái ra máu.

5. Khi khám thấy có khối máu tụ quanh thận là có vỡ bao thận.

a) Đúng
b) Sai.

6. Dập thận bên phải có thể kèm theo vỡ lách.

a) Đúng
b) Sai.

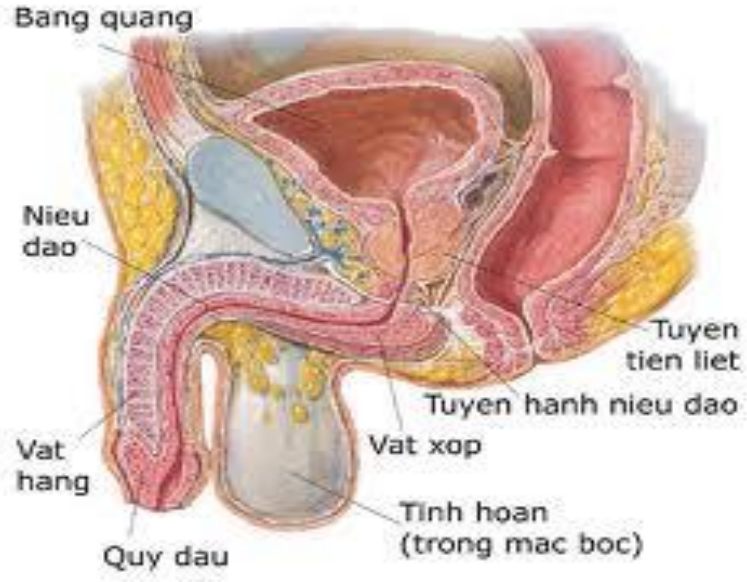
BÀI 16. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Phân biệt được chấn thương niệu đạo trước và chấn thương niệu đạo sau.
2. Kể được các nguyên nhân chấn thương niệu đạo trước và chấn thương niệu đạo sau.
3. Trình bày được xử trí bước đầu ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Chấn thương niệu đạo là một cấp cứu thường gặp, cần phải giải quyết đúng để tránh các biến chứng nguy hiểm như bí đái, viêm tấy và những di chứng về sau như hẹp niệu đạo. Niệu đạo được chia làm hai phần chấn thương: niệu đạo trước và niệu đạo sau khác nhau về nguyên nhân, lâm sàng và cách điều trị.



CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. ĐẠI CƯƠNG:

Chấn thương niệu đạo trước thường gặp nhất trong tổng số các trường hợp chấn thương niệu đạo, thường do chấn thương trực tiếp vào vùng niệu đạo như ngã xoạc hai chân, ngồi trên vật rắn (ngã mạn thuyền, ngã cành cây....).

2. GIẢI PHẪU BỆNH:

Niệu đạo trước có vật xốp bao bọc tương đối dày, gồm hai phần:

2.1. Phần di động:

Niệu đạo dương vật, ít vỡ, nếu vỡ dương vật phải cương cứng.

2.2. Phần cố định:

Gồm niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn thường hay vỡ. Tùy theo sang chấn nặng hay nhẹ, tổ chức xốp có thể bị vỡ một phần hay toàn bộ.

- Vỡ phần trong: có chảy máu niệu đạo.
- Vỡ phần ngoài: gây khối máu tụ quanh niệu đạo.
- Vỡ toàn bộ: vừa có chảy máu trong niệu đạo vừa có khối máu tụ ở ngoài.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1.Triệu chứng cơ năng:

- Đau: Sau khi bị chấn thương, bệnh nhân đau ê ẩm vùng tầng sinh môn, đau dọc xuống niệu đạo, mỗi lần muốn đi đái, lại đau buốt dữ dội.
- Chảy máu ở miệng sáo: có thể máu chảy nhiều, có khi ít chỉ vài giọt ở lỗ sáo hoặc vết máu thấm ra quần.
- Bí đái: nếu vỡ hoàn toàn bí đái xuất hiện ngay từ đầu. Nếu vỡ không hoàn toàn đái khó và lẫn máu.

3.2.Triệu chứng thực thể:

- Tụ máu hình cánh bướm: máu từ chỗ giập chảy ra ngoài, tạo thành khối máu hình cánh bướm ở vùng tầng sinh môn.
- Bàng quang căng: nếu vỡ hoàn toàn, khám thấy bàng quang căng to.

4.BIẾN CHỨNG:

- Viêm tấy do nước tiểu: nước tiểu chảy qua chỗ bị dập ra tổ chức xung quanh, gây viêm tấy vùng bìu và tầng sinh môn.Toàn bộ suy sụp, nhiễm khuẩn nặng.
- Hẹp niệu đạo: do điều trị không tốt nên niệu đạo bị chít hẹp. Niệu đạo hẹp gây ra viêm quanh niệu đạo và dò ở tầng sinh môn. Về lâu dài, bệnh nhân có thể bị suy thận.

5.XỬ TRÍ Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình.
- Phòng chống sốc: tiêm thuốc giảm đau,thuốc trợ tim,trợ sức,uống nước trà đường nóng.
- Dùng kháng sinh.
- Không dùng que thăm dò niệu đạo.
- Chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến trên điều trị.

CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU

1. ĐẠI CƯƠNG:

Chấn thương niệu đạo sau là một biến chứng nặng của vỡ xương chậu. Đoạn hay vỡ nhất là đoạn niệu đạo màng, có liên quan mật thiết với cân đáy chậu giữa, nên khi xương chậu bị vỡ làm rách cân đáy chậu giữa và niệu đạo màng cũng bị xé theo, hai đầu của niệu đạo bị lệch nhau.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1.Triệu chứng toàn thân: tình trạng toàn thân khá nặng vì đây là bệnh cảnh của chấn thương mạnh gây nên. Bệnh nhân có thể bị ngất do vỡ xương chậu.

2.2.Triệu chứng thực thể:

- Có máu rỉ ra ở miệng sáo.
- Ở tầng sinh môn không có mảng máu tụ hình cánh bướm, mà có một vùng bầm tím xung quanh hậu môn.
- Bệnh nhân bí đái khám thấy bàng quang căng to.Nếu không xử trí kịp thời, nước tiểu chảy ra, thấm vào vùng đáy chậu gây nhiễm trùng lan tỏa.Bệnh nhân có thể tử vong.
- Thăm hậu môn, có điểm đau chói ở dưới tiền liệt tuyến (nơi niệu đạo màng bị tổn thương).

2.3.Triệu chứng X quang: có hình ảnh vỡ xương chậu.

3. XỬ TRÍ Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về tình trạng của bệnh.
- Để bệnh nhân nằm bất động,tránh di chuyển mạnh.
- Chống sốc: tiêm giảm đau, thuốc trợ tim, trợ sức, uống nước trà đường nóng.

- Dùng thuốc kháng sinh.
- Thăm khám nhẹ nhàng, không được đặt sonde vào niệu đạo vì sẽ bị lạc đường gây nhiễm trùng.
- Chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân trên ván cứng lên tuyến trên điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Phần di động của niệu đạo, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Gồm niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn
b) Ít vỡ
c) Có thể vỡ một phần hay toàn bộ
d) Bao gồm: vỡ phần trong, vỡ phần ngoài, vỡ toàn bộ.

2. Triệu chứng đau trong chấn thương niệu đạo trước, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau ê ẩm vùng tầng sinh môn
b) Đau dọc xuống niệu đạo
c) Mỗi lần tiểu lại đau buốt dữ dội
d) a, b, c đúng.

3. Triệu chứng thực thể của chấn thương niệu đạo trước, CHỌN CÂU SAI:

a) Tụ máu hình cánh bướm
b) Bàng quang căng
c) Có máu rỉ ra ở miệng sáo
d) Máu từ chỗ dập chảy ra ngoài.

4. Triệu chứng chấn thương niệu đạo sau, CHỌN CÂU SAI:

a) Bệnh nhân ngất do vỡ xương chậu
b) Ở tầng sinh môn có mảng máu tụ hình cánh bướm
c) Bệnh nhân bí đái
d) Có điểm đau chói ở dưới tiền liệt tuyến.

5. Chấn thương niệu đạo sau là một biến chứng nặng của vỡ xương chậu.

a) Đúng
b) Sai.

6. Trong xử trí chấn thương niệu đạo sau, đặt nhẹ nhàng bệnh nhân trên ván cứng lên tuyến trên điều trị.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 17. SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

SỎI THẬN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các nguyên nhân của sỏi thận.
2. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của sỏi thận.
3. Kể được các cách điều trị sỏi thận.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Sỏi thận là một bệnh thường gặp. Nó chiếm khoảng 45% trong tổng số bệnh sỏi đường tiết niệu. Sỏi thận do nhiều nguyên nhân phối hợp. Nó gây ra biến chứng nguy hại cho bệnh nhân.

2. NGUYÊN NHÂN:

Sỏi thận do nhiều nguyên nhân và nhiều yếu tố tạo ra.

2.1. Nguyên nhân tại chỗ:

- Nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Tổn thương ở vùng dưới liên bào của gai thận (trong trường hợp bị nhiễm trùng hay ngộ độc) hình thành một đám vôi và sỏi sẽ hình thành từ đám vôi đó.
- Nước tiểu bị ứ đọng lâu sẽ gây ra nhiễm trùng và sinh sỏi.

2.2. Nguyên nhân toàn thân:

Do rối loạn chuyển hóa các chất oxalat, urat, đặc biệt là rối loạn chuyển hóa canxi. Canxi tăng quá mức bình thường trong nước tiểu. Tăng canxi do chế độ ăn, hoặc do rối loạn tuyến nội tiết, nhất là do cường tuyến giáp trạng - thiếu vitamin A: tạo điều kiện làm sừng hóa tổ chức liên bào đài bể thận.

3. GIẢI PHẪU BỆNH:

3.1. Số lượng sỏi: thường chỉ có một hoặc nhiều hòn sỏi.

3.2. Vị trí sỏi:

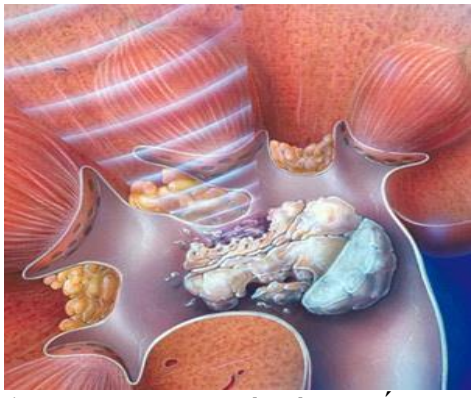
- Sỏi nằm trong nhu mô thận: thường bé, cố định và ít phát triển.
- Sỏi nằm trong đài thận: hay gặp hơn, thường khu trú vào đài dưới, cố định, chỉ gây thương tổn một vùng thận.
- Sỏi bể thận: hay gặp và nguy hiểm nhất, đặc biệt là sỏi san hô, nằm choán cả đài và bể thận, phá hoại nặng chức năng thận.

4. TRIỆU CHỨNG:

4.1.Triệu chứng cơ năng:

4.1.1. Cơn đau quặn thận điển hình:

Đau quặn ở một bên vùng thắt lưng, xuyên ra trước lan dọc theo đường đi của niệu quản rồi tận cùng ở cơ quan sinh dục ngoài. Cơn đau thường xuất hiện sau lao động nặng hoặc đi xa. Kèm với cơn đau, bệnh nhân có thể đái buốt, đái gắt hoặc đái máu. Nôn và buồn nôn. Cơn đau sẽ hết khi bệnh nhân đái ra sỏi hoặc giảm đau khi được nghỉ ngơi.



4.1.2. Đái ra máu: thường gặp, với các tính chất:

- Đái ra máu toàn bãi.
- Xuất hiện ngay sau cơn đau quặn thận và giảm dần khi bệnh nhân nằm nghỉ.
- Hay tái diễn sau hoạt động mạnh hoặc đi lại nhiều.

4.1.3. Đái ra mủ: đái ra mủ khi thận đã bị nhiễm trùng nặng. Bệnh nhân đái ra mủ nên nghĩ tới sỏi thận.

4.1.4. Đái ra sỏi: ít gặp, nếu đái ra sỏi giúp chẩn đoán chính xác hơn.

4.2.Triệu chứng thực thể:

4.2.1. Khám trong khi bệnh nhân đang có cơn đau:

- Có phản ứng cơ vùng thắt lưng.
- Ấn điểm niệu quản và điểm sườn lưng bệnh nhân đau.
- Đấm nhẹ vào vùng thắt lưng bệnh nhân rất đau.

4.2.2. Nếu thận đã dãn to khám có dấu hiệu chạm thận, bập bềnh thận:

- Thăm khám trong giai đoạn đầu thường không thấy thận to.

4.3.Triệu chứng cận lâm sàng:

4.3.1. Xét nghiệm nước tiểu: tùy theo mức độ tổn thương và nhiễm trùng của thận mà xét nghiệm nước tiểu có: hồng cầu, bạch cầu, tế bào mủ.

4.3.2.Xquang: (tuyến trên)

- Chụp thận không chuẩn bị (KUB): thấy hình ảnh của sỏi.
- Chụp thận tĩnh mạch (UIV): cho biết thận có sỏi hay không và biết được chức năng của thận.
- Chụp thận ngược dòng (UPR): bơm thuốc cản quang đi ngược từ niệu quản lên thận, rồi chụp.

5. BIẾN CHỨNG:

5.1.Viêm bể thận: bệnh nhân sốt cao, đau một bên thắt lưng, đái mủ, đái máu;khám có phản ứng cơ vùng thắt lưng. Bệnh tiến triển từng đợt và hay tái phát.

5.2.Viêm tấy quanh thận: toàn thân bệnh nhân suy sụp, sốt cao dao động, đau vùng thắt lưng; vùng thắt lưng sưng nề, tấy đỏ, ấn mềm. Phải mổ dẫn lưu mủ.

5.3.Thận ứ mủ: (viêm thận mủ) là biến chứng nặng, do thận ứ nước tiểu, nhiễm khuẩn gây ứ mủ thận. Toàn thân bệnh nhân suy sụp, đái ra mủ, thận to, đau.

5.4.Vô niệu: là biến chứng thường gặp và rất nguy hiểm. Do sỏi từ đài thận di chuyển xuống niệu quản và mắc lại làm tắc niệu quản hoàn toàn và đột ngột. Cần phải xử trí sớm để tránh tình trạng ứ đọng nước tiểu ở thận: lấy sỏi hoặc dẫn lưu bể thận cấp cứu.

6. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ:

6.1. Phòng bệnh:

- Cần tẩy giun sán thường xuyên để tránh những rối loạn về chuyển hóa các chất.
- Đảm bảo chế độ ăn đủ các chất,hợp lý,thức ăn nên thay đổi.
- Cho uống đủ nước với những bệnh nhân phải nằm lâu dài (liệt tủy, lao cột sống, gãy xương).

6.2. Điều trị nội khoa:

- Được áp dụng trong trường hợp sỏi nhỏ và có thể di động ra ngoài theo đường tự nhiên hoặc để đề phòng sỏi tái phát.
- Chú ý chế độ ăn: ăn nhiều trái cây, rau, sữa. Nên hạn chế ăn thịt hay thức ăn có nhiều canxi (tùy theo loại sỏi).
- Dùng từng đợt thuốc lợi tiểu đông và tây y.
- Dùng kết hợp với thuốc tăng co bóp mạnh như prostigmin hoặc thuốc có tác dụng giãn cơ như atropin hay nospa.
- Dùng kháng sinh trong những trường hợp có nhiễm khuẩn.

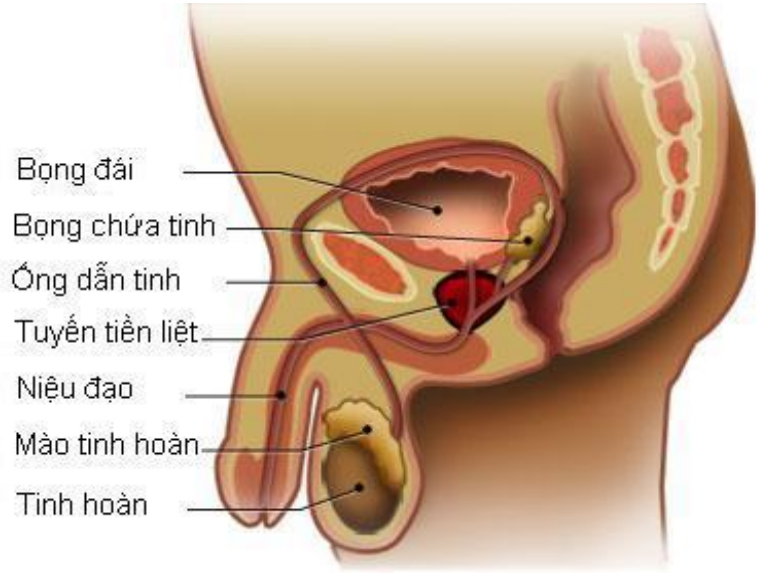
6.3. Điều trị ngoại khoa: cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị ngoại khoa.

SỎI BÀNG QUANG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của sỏi bàng quang.
2. Thực hiện cách xử trí sỏi bàng quang.

NỘI DUNG



1. NGUYÊN NHÂN:

1.1.Sỏi nguyên phát:

Thường gặp ở trẻ em và phụ nữ, nguyên nhân sinh sỏi nguyên phát giống như nguyên nhân sinh sỏi ở hệ tiết niệu nói chung.

1.2.Sỏi thứ phát:

- Sỏi ở thận,niệu quản rơi xuống.
- Do hiện tượng ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.

- Do nhiễm khuẩn.
- Do biến dạng ở cổ bàng quang (xơ cứng cổ bàng quang ở người trẻ hay u xơ tuyến tiền liệt ở người già).

2. GIẢI PHẪU BỆNH:

2.1.Hòn sỏi:

- Hình dáng hòn sỏi tròn,sù sì hoặc góc cạnh, kích thước bằng hạt đậu, có loại bằng quả trứng gà hay to hơn nửa.
- Số lượng: thường là 1 viên, có khi nhiều hơn.
- Vị trí: nằm ở đáy của bàng quang, khi rơi xuống cổ bàng quang gây hiện tượng bí đái.

2.2.Bàng quang:

Sỏi nằm ở bàng quang gây viêm. Lâu ngày có thể gây xơ teo bàng quang dẫn đến dãn thận, niệu quản.

3. TRIỆU CHỨNG:

3.1.Triệu chứng cơ năng:

Ba triệu chứng hay gặp:

- Đái buốt: sau mỗi lần đi đái bệnh nhân có cảm giác buốt và khó chịu tăng lên.
- Đái gắt: đái nhiều lần trong ngày mỗi lần chỉ đái được một ít và sau mỗi lần bệnh nhân có cảm giác buốt phải lấy tay nắm chặt lấy dương vật mới đở buốt.
- Đái ra máu: đái máu ở cuối bãi nhưng ít gặp.

Hai triệu chứng ít gặp nhưng nếu có thì chắc chắn:

- Đái tắc: khi đang đái hòn sỏi di chuyển làm cho tắc đột ngột, bệnh nhân có cảm giác rùng mình khó chịu.
- Đái rỉ không thành tia: mỗi lần đi đái chỉ són ra một ít làm cho bệnh nhân đau tức ở hạ vị, trẻ nhỏ thường nắm lấy dương vật la khóc, nước tiểu rỉ ra tay nên gọi là “dấu hiệu bàn tay khai”, ở giai đoạn viêm bàng quang lâu ngày gây đái mủ và đái buốt thường xuyên.

3.2.Triệu chứng thực thể:

Rất nghèo nàn, ít có giá trị.

- Thăm trực tràng có thể sờ thấy sỏi (khi sỏi to).
- Khi thông tiểu với dụng cụ bằng sắt,có thể phát hiện ra tiếng kêu kim khí (chỉ làm ở tuyến tỉnh).

3.3.Triệu chứng cận lâm sàng:

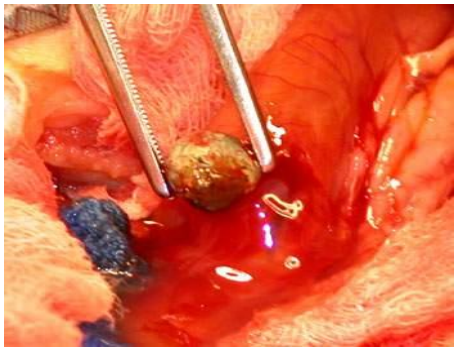
- Xét nghiệm nước tiểu: có tinh thể oxalat, photphat, có hồng cầu, bạch cầu.
- Chụp X quang không chuẩn bị thấy có sỏi.

4.BIẾN CHỨNG:

- Viêm bàng quang có mủ.
- Bàng quang bị xơ teo do viêm.

5.XỬ TRÍ:

- Khi chưa có biến chứng cần giải thích cho bệnh nhân và gia đình chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị(tán sỏi hoặc mổ lấy sỏi).
- Khi có biến chứng như bí tiểu,nếu có điều kiện cho đặt sonde tiểu (sonde nelaton).Nếu khó: không nên cố đặt sonde tiểu,không được chọc hút nước tiểu ở trên xương mu.cần tiêm thuốc an thần,thuốc trợ lực,thuốc trợ tim rồi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sớm.



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm sỏi thận, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Là bệnh thường gặp
b) Chiếm 45% trong tổng số bệnh sỏi đường tiết niệu
c) Gây ra biến chứng nguy hại cho bệnh nhân
d) a, b, c đúng.

2. Nguyên nhân sỏi thận, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nhiễm trùng đường niệu
b) Rối loạn chuyển hóa phospho
c) Giảm canxi do chế độ ăn
d) Nhược giáp.

3. Vị trí sỏi, CHỌN CÂU SAI:

a) Sỏi nằm trong nhu mô thận thường lớn, di động
b) Sỏi nằm trong đài thận thường khu trú vào đài dưới
c) Sỏi bể thận hay gặp và nguy hiểm nhất
d) Sỏi san hô phá hoại nặng chức năng thận.

4. Triệu chứng sỏi thận, CHỌN CÂU SAI:

a) Đau quặn ở một bên vùng thắt lưng
b) Tiểu buốt
c) Tiểu gắt
d) Tiểu đạm.

5. Sỏi bàng quang thường gặp ở người già và nam giới.

a) Đúng
b) Sai.

6. Triệu chứng thực thể trong sỏi bàng quang rất nghèo nàn, ít có giá trị.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 18. HẸP BAO QUY ĐẦU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được các triệu chứng lâm sàng của hẹp bao quy đầu.
2. Mô tả được các triệu chứng của hẹp bao quy đầu và cách xử trí.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hẹp bao quy đầu là lỗ bao quy đầu bị hẹp, nguyên nhân do tật bẩm sinh hoặc do quá trình viêm nhiễm bao quy đầu làm cho quy đầu không tuột ra được. Phẫu thuật điều trị hẹp bao quy đầu thường đơn giản, thực hiện được ở tuyến y tế cơ sở, do đó nên có thái độ xử trí sớm, đề phòng các biến chứng.

2. TRIỆU CHỨNG:

Triệu chứng hẹp bao quy đầu rất nghèo nàn, thường là hiện tượng bệnh nhân đái khó hoặc đái rỉ: chủ yếu là thăm khám tại chỗ:

- Nếu tuột bao quy đầu mà quy đầu lộ ra được một phần là hẹp bao quy đầu không hoàn toàn.
- Nếu lỗ bao quy đầu nhỏ bằng đầu tăm,là hẹp bao quy đầu hoàn toàn.

3. BIẾN CHỨNG:

- Hẹp bao quy đầu nghẹt: là biến chứng thường gặp khi bao quy đầu hẹp không hoàn toàn, bệnh nhân tuột lên hoặc khi giao hợp, bao quy đầu lộn lên nhưng không lộn trở lại được, gây chít thắt quy đầu. Dương vật bị sưng tấy, viêm nhiễm và có thể gây hoại tử quy đầu.
- Đái khó, tạo sỏi: do lỗ bao quy đầu hẹp, nên nước tiểu chảy ra ngoài khó, làm căng bao quy đầu, nước tiểu đọng lại lâu ngày có thể tạo thành sỏi.
- Nhiễm khuẩn: do ứ đọng nước tiểu, gây nhiễm khuẩn và loét, dính bao quy đầu vào quy đầu.
- Ung thư dương vật: là biến chứng nguy hiểm nhất.

4. XỬ TRÍ:

- Hẹp bao quy đầu: phẫu thuật cắt bỏ bao quy đầu hẹp.
- Hẹp bao quy đầu nghẹt: cần xử trí ngay,cắt bỏ bao quy đầu thắt nghẹt,rồi lộn lại bao quy đầu. Dùng gạc tẩm huyết thanh ấm và novocain 1% đắp vào vòng thắt và quy đầu cho bớt phù nề và đỡ đau,rồi lộn lại bao quy đầu.

  Nếu vòng thắt quá phù nề không lộn trở lại được thì dùng dao mổ rạch vòng thắt một đường ở vị trí 12 giờ,nặn nhẹ bớt huyết tương,giảm phù nề,rồi lộn bao quy đầu trở lại.Cho bệnh nhân uống kháng sinh,không nên cắt bao quy đầu ngay,khi nào hết phù nề thì cắt bao quy đầu.

Chú ý: Không được cắt vào nếp hãm (dây thắng) của dương vật ở vị trí 6 giờ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm hẹp bao quy đầu, CHỌN CÂU ĐÚNG:
a) Lỗ bao quy đầu bị hẹp
b) Do bẩm sinh hoặc do viêm nhiễm
c) Phẫu thuật điều trị hẹp bao quy đầu thường đơn giản
d) a, b, c đúng.

2. Triệu chứng hẹp bao quy đầu, CHỌN CÂU ĐÚNG:
a) Tiểu khó
b) Tiểu máu
c) Tiểu ít
d) Tiểu đêm.

3. Biến chứng hẹp bao quy đầu, CHỌN CÂU SAI:
a) Nhiễm khuẩn
b) Ung thư dương vật
c) Ung thư bàng quang
d) Hẹp bao quy đầu nghẹt.

4. Xử trí hẹp bao quy đầu, CHỌN CÂU SAI:
a) Hẹp bao quy đầu: phẫu thuật cắt bỏ bao quy đầu hẹp
b) Hẹp bao quy đầu nghẹt: cắt bỏ bao quy đầu nghẹt, rồi lộn lại bao quy đầu
c) Cắt bao quy đầu khi hết phù nề
d) Cắt vào nếp hãm của dương vật ở vị trí 6 giờ.

5. Nếu tuột bao quy đầu mà quy đầu lộ ra một phần là hẹp hoàn toàn.
a) Đúng
b) Sai.

6. Nếu lỗ bao quy đầu nhỏ bằng đầu tăm, là hẹp bao quy đầu không hoàn toàn.
a) Đúng
b) Sai.

BÀI 19. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của tràn dịch màng tinh hoàn.
2. Kể được cách xử trí tràn dịch màng tinh hoàn.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Tràn dịch màng tinh hoàn là hiện tượng có nước giữa 2 lá của màng tinh hoàn. Chia làm 2 loại:

- Tràn dịch màng tinh hoàn đơn thuần: nước chỉ có trong túi màng tinh hoàn.
- Tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh: do còn ống phúc tinh mạc, nước theo thừng tinh lên ổ bụng. Nhìn thấy rõ khi bệnh nhân đứng.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Bệnh nhân đến khám vì thấy bìu ngày một to dần,xuất hiện một hoặc cả hai bên bìu. Tiến triển từ từ không đau, chỉ có cảm giác khó chịu vì khối u làm vướng víu.

2.1. Nhìn:

Da bìu nhẵn, mỏng, có khi căng bóng, màu hồng. Khối u hình bầu dục có khi chiếm cả bìu, nhiều khi che lấp cả dương vật.

2.2. Nắn:

Có cảm giác căng.

Gõ đục

- Không sờ thấy màng tinh hoàn: dấu hiệu sébileau âm tính.
- Không sờ thấy đầu của mào tinh hoàn: dấu hiệu chevassu âm tính.

2.3. Soi: dùng đèn pin soi từ phía sau thấy khối u màu hồng trong suốt, thấy bóng tinh hoàn, ở cực dưới và phía sau của khối u.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chẩn đoán nguyên nhân:

Tràn dịch màng tinh hoàn là phản ứng của một bệnh trong bìu như:

- Viêm mào tinh hoàn do lao
- Ung thư tinh hoàn
- Giang mai
- Một số trường hợp không tìm thấy nguyên nhân.

3.2. Chẩn đoán phân biệt:

- U nang thừng tinh: tinh hoàn cách biệt với u nang.
- U mào tinh hoàn: sờ được tinh hoàn nằm phía dưới.
- Xoắn tinh hoàn: là một bệnh cấp tính, bệnh nhân đau dữ dội, bìu màu tím.
- Thoát vị bẹn.

4. XỬ TRÍ:

Cần phát hiện gửi đi tuyến trên để phẫu thuật.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tràn dịch màng tinh hoàn được chia làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 2 loại
b) 3 loại
c) 4 loại
d) 5 loại.

2. Triệu chứng cơ năng bệnh tràn dịch màng tinh hoàn, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Bìu to dần
b) Một hoặc hai bên
c) Tiến triển từ từ không đau
d) a, b, c đúng.

3. Nguyên nhân bệnh tràn dịch màng tinh hoàn, CHỌN CÂU SAI:

a) Viêm mào tinh hoàn do lao
b) Ung thư tinh hoàn
c) Lậu
d) Giang mai.

4. Chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng tinh hoàn, CHỌN CÂU SAI:

a) U nang thừng tinh
b) U mào tinh hoàn
c) Xoắn tin hoàn
d) Ung thư dương vật.

5. Bệnh tràn dịch màng tinh hoàn là hiện tượng có nước giữa 2 lá của màng tinh hoàn.

a) Đúng
b) Sai.

6. Trong bệnh tràn dịch màng tinh hoàn, có triệu chứng gõ trong.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 20. HOẠI THƯ SINH HƠI. VIÊM CƠ.

HOẠI THƯ SINH HƠI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được các nguyên nhân và điều kiện thuận lợi dẫn đến hoại thư để biết cách phòng tránh.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và nguy cơ trầm trọng của hoại thư sinh hơi để xử trí kịp thời ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA:

Hoại thư sinh hơi là trạng thái nhiễm khuẩn thối và yếm khí của vết thương do trực khuẩn gây ra, làm cho vết thương hoại thư lan rộng, sinh hơi gây nhiễm độc máu. Đây là một cấp cứu ngoại khoa có bệnh cảnh lâm sàng nặng nề dẫn đến tử vong.

2.NGUYÊN NHÂN:

2.1. Nguyên nhân chính:

- Các loại vi khuẩn là những vi khuẩn yếm khí có nha bào như:
  + Trực khuẩn perprigens chiếm 75%
  + Trực khuẩn oedema tiens chiếm 15%
  + Trực khuẩn vibrionseptique chiếm 10%.

Chúng sống rất lâu trong phân trâu bò và ở đất, trong điều kiện khắc nghiệt. Gặp điều kiện thuận lợi chúng phát triển rất nhanh.

- Đường xâm nhập: qua vết thương, qua da, qua các lỗ tự nhiên.
- Hoạt động của vi khuẩn: chúng kết hợp với nhau để phá vỡ tế bào của cơ thể và tiết ra chất độc để phá hủy tế bào (máu, mỡ, cơ và thần kinh). Chúng kết hợp với vi khuẩn ái khí như liên cầu, tụ cầu thì mức độ phá hủy tổ chức của chúng tăng lên gấp bội lần.

2.2. Điều kiện thuận lợi:

- Cơ thể bị suy yếu.
- Các vết thương bị dập nát nhiều.
- Các vết thương có máu tụ chèn ép gây thiếu máu tại chỗ.
- Vết thương có nhiều ngõ ngách và nhiều dị vật.
- Những vết thương có đặt garo nhưng không làm đúng nguyên tắc.
- Những vết thương đã có sẵn vi khuẩn ái khí.

3.GIẢI PHẪU BỆNH

- Viêm hoại thư tế bào: tổn thương chủ yếu là các tổ chức ở giữa các bắp cơ.
- Viêm hoại thư cơ: các cơ bị hủy hoại. Tính chất của tổn thương là sưng nề hoại thư và sinh hơi. Các tạng như gan, thận, lách, phổi sưng nề và ứ máu.

4.TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

4.1. Loại tổn thương viêm hoại thư tế bào:

- Triệu chứng toàn thân: không sốc, tình trạng nhiễm độc không rõ, sốt cao, mạch nhanh.
- Triệu chứng cơ năng: Đau, cảm giác đau ít, chỉ căng tức tại chỗ.
- Triệu chứng thực thể: nhìn lại vết thương thấy có dịch đục, có bọt, mùi thối. Chi sưng nề, da căng bong. Trên mặt da có nhiều chấm màu nâu.
- Sờ: có cảm giác lép nhép như sờ vào bao trấu. Nếu phẫu thuật sớm có thể cứu được.

4.2. Loại tổn thương viêm hoại thư các cơ:

- Triệu chứng toàn thân: có hội chứng nhiễm độc: hốt hoảng, nôn, da xanh xám, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, đái ít, khó thở. Bệnh nhân sẽ chết vì sốc và thiếu dưỡng khí sau 2 - 3 ngày.
- Triệu chứng cơ năng: đau dữ dội và lan tỏa xa vùng bị tổn thương.
- Triệu chứng thực thể: tại vết thương và vùng xung quanh sưng to nhanh. Trên mặt da có màu nâu, màu lá úa hay màu đen. Có nhiều nốt phỏng chứa dịch lờ lờ, chúng kết lại với nhau thành mảng mục. Đầu các ngón chi thối và rụng dần. Từ vết thương nước chảy ra có mùi thối khắm như mùi cốc chết, ấn tay vào vùng sưng nề có cảm giác căng, mềm nhưng không lõm.
- Xét nghiệm:
  + Xét nghiệm máu: u rê máu tăng
  + xét nghiệm nước tiểu: có protein và hồng cầu

  Thể bệnh này tỷ lệ tử vong cao tới 70%.

5.XỬ TRÍ:

- Rửa tay đi găng vô khuẩn khi tiếp xúc với bệnh nhân.
- Nếu vết thương mạch máu phải đặt garo hay băng ép đúng chỉ định và đúng nguyên tắc.
- Nếu vết thương không tổn thương mạch máu: rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý hoặc nước oxy già. Cắt lọc tổ chức dập nát, lấy dị vật, rạch rộng vết thương và để hở da.
- Rắc bột sulfamid lên vết thương
- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim
- Tiêm thuốc kháng sinh liều cao và kết hợp.
- Giải thích cho gia đình và người bệnh để chuyển lên tuyến trên sớm.

6.PHÒNG BỆNH:

Hoại thư sinh hơi là bệnh rất nguy hiểm vì vậy muốn phòng bệnh phải thực hiện những nguyên tắc vô khuẩn sau:

- Bông băng bẩn phải đốt.
- Dụng cụ kim loại phải đốt bằng cồn và phải luộc dụng cụ bằng nước xà phòng rửa sạch lau khô,hấp lại rồi mới dùng cho bệnh nhân khác.

VIÊM CƠ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được triệu chứng lâm sàng của viêm cơ.
2. Trình bày được cách xử trí viêm cơ ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1.Định nghĩa: Viêm cơ là tình trạng nhiễm khuẩn ở một hay nhiều bắp cơ.

1.2.Nguyên nhân:

- Các loại vi khuẩn gây bệnh thường gặp:
  + 90% là do tụ cầu vàng.
  + Do liên cầu, phế cầu.
- Đường xâm nhập:
  + Qua vết thương hoặc qua da bị xây sát.
  + Theo đường máu.
- Điều kiện thuận lợi:
  + Cơ thể bị suy nhược.
  + Cơ thể bị mắc một số bệnh kèm theo như đái tháo đường.
  + Cơ dập nát nhiều sau chấn thương.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

2.1.Viêm một bắp cơ:

- Triệu chứng toàn thân: bệnh nhân sốt, đôi khi có rét run,mệt mỏi và chán ăn.
- Triệu chứng tại chỗ: sau vài ngày trên bắp cơ xuất hiện một khối u biểu hiện:

+ Sưng to dần bờ không rõ.
+ Nóng ít.
+ Không đỏ.
+ Đau.

Sờ vào khối u có cảm giác rắn, ranh giới không rõ ngoài da mềm mại nhưng ấn đau. Dần dần khối u đó mềm ra có bờ rõ rệt. Nếu khối u đó to có thể có dấu hiệu 3 động. Chọc dò có mủ-có thể có viêm hạch ở gốc chi.

2.2.Viêm nhiều bắp cơ:

- Thường gặp ở bệnh nhân bị đái tháo đường hoặc cơ thể suy nhược.
- Các khối cơ bị có thể xuất hiện cùng một thời gian hoặc lần lượt từ khối này đến khối cơ khác.
- Hội chứng nhiễm trùng và nhiễm độc nặng hơn đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

3. DIỄN BIẾN:

- Nếu phát hiện sớm điều trị bằng kháng sinh liều cao và phối hợp kháng sinh, bệnh sẽ qua khỏi.
- Nếu phát hiện muộn có hai khả năng xảy ra sau điều trị bằng kháng sinh:

+ Khối viêm hóa mủ phải chích rạch tháo mủ.

+ Khối viêm do liên cầu có khả năng gây nhiễm trùng máu đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

4. XỬ TRÍ Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Chống viêm: tùy từng loại viêm cơ mà dùng kháng sinh cho thích hợp.
- Tiêm hoặc uống các loại vitamin.
- Cho uống thuốc an thần.
- Cho chườm nóng.
- Nếu hóa mủ: chọc dò, có mủ chọc tháo mủ.
- Nếu tình trạng khối viêm lớn hoặc viêm đa cơ phải giải thích cho gia đình và người bệnh và chuyển lên tuyến trên điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tác nhân gây ra hoại thư sinh hơi, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Trực khuẩn
b) Cầu khuẩn
c) Xoắn khuẩn
d) Virus.

2. Đường xâm nhập của hoại thư sinh hơi, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Qua vết thương
b) Qua da
c) Qua các lỗ tự nhiên
d) a, b, c đúng.

3. Điều kiện thuận lợi của hoại thư sinh hơi, CHỌN CÂU SAI:

a) Cơ thể bị suy yếu
b) Tăng huyết áp
c) Vết thương dập nát nhiều
d) Vết thương có đặt garo.

4. Nguyên nhân viêm cơ, CHỌN CÂU SAI:

a) Liên cầu
b) Phế cầu
d) Tụ cầu vàng
d) Trực khuẩn mủ xanh.

5. Trong viêm cơ, sờ vào khối u có cảm giác mềm, ranh giới rõ, ấn không đau.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nếu tình trạng khối viêm lớn hoặc viêm đa cơ phải giải thích cho gia đình và người bệnh và chuyển lên tuyến trên điều trị.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 21. CHÍN MÉ. ĐINH NHỌT

CHÍN MÉ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được các nguyên nhân của chín mé.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của chín mé.
3. Trình bày được cách xử trí được chín mé ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Chín mé là một tình trạng nhiễm khuẩn ở các ngón tay. Chín mé được chia ra làm 5 hình thái như sau:

- Chín mé nông: chỉ tổn thương ở da và móng
- Chín mé dưới da
- Chín mé xương
- Chín mé bao hoạt dịch: tổn thương lan tỏa vào các bao hoạt dịch
- Chín mé nhiễm khuẩn nặng. Việc phân loại này có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị bệnh. Nếu không điều trị đúng sẽ để lại nhiều di chứng ảnh hưởng tới chức năng hoạt động của bàn tay và các ngón tay.

2.NGUYÊN NHÂN:

2.1. Các loại vi khuẩn: do liên cầu tụ cầu.

2.2. Đường xâm nhập:

- Do tay bị trầy xước hay gặp trong lao động và trong sinh hoạt hàng ngày.
- Do chấn thương làm dập ngón tay.
- Do một vật sắc nhọn chọc vào các ngón tay như gai, kim, đinh.

3.TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1.Chín mé nông:

Là hiện tượng viêm ở các lớp dưới của da và rìa móng, loại này được chia làm hai hình thái:

- Chín mé đỏ ửng: Cả đốt hay cả ngón tay bị đỏ, loại này chỉ cần ngâm tay vào nước ấm, đắp cồn và bất động ngón tay chỉ vài ba ngày là khỏi.
- Chín mé có nốt phỏng: ở quanh ngón tay hoặc ở dưới móng có nốt phỏng nước màu đục lờ lờ. Ngón tay bị đau và móng tay có thể bị bong.

3.2.Chín mé dưới da:

Da ở ngón tay dày, nên mủ khó thoát ra ngoài, có xu hướng tiến sâu vào trong nên dễ bị viêm xương.

- Chín mé ở đốt 3 hay gặp ở ngón cái, ngón trỏ và phần búp ngón.

Lâm sàng: đầu ngón tay căng cứng và đau nhức nhiều. Ngón tay luôn luôn đưa lên cao mới dễ chịu.

- Chín mé đốt 2 và đốt 1:

+ Chín mé đốt 2 ít gặp và nếu gặp mủ dễ thoát ra ngoài, ngón tay sưng to đau và luôn ở tư thế co lại.

+ Chín mé đốt 1: mủ thường đọng lại ở nếp gắp bàn ngón, mủ lan ra hai bên kẽ ngón.

Lâm sàng: bệnh nhân sốt cao, sưng to, nóng và đỏ.

3.3.Chín mé có viêm xương kèm theo:

- Chín mé dưới da điều trị không tốt dẫn đến viêm xương ngón tay.
- Lâm sàng: ngón tay có biểu hiện sưng, nóng đỏ, đau nhức ở mức độ nhẹ. Nhưng có một lỗ dò nhỏ, mủ, nước vàng luôn luôn chảy ra, thậm trí chảy ra cả mẩu xương chết bằng hạt tấm. Khớp xương bàn ngón dễ bị tiêu hủy vì sụn đầu xương mềm. Dây chằng quanh khớp dễ bị đứt.
- X quang có thể nhìn thấy màng xương nham nhở hoặc thấy mảnh xương chết.

3.4.Viêm bao hoạt dịch do chín mé:

- Là một biến chứng nặng, bệnh nhân dễ mất ngón tay hoặc bàn tay. Triệu chứng toàn thân nặng: sốt cao và rét run, đau lan tỏa làm cho bệnh nhân kém ăn, kém ngủ. Tại chỗ: ngón tay sưng to, nóng, đỏ.Mu bàn tay bị phù nề, ngón tay bị co lại, ấn vào lòng bàn tay bệnh nhân đau nhiều.

3.5.Chín mé nhiễm khuẩn nặng:

- Do vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn quá mạnh lan tràn vào máu gây nhiễm độc, nhiễm trùng máu. Người bệnh trong tình trạng nhiễm trùng và nhiễm độc nặng, có thể tử vong sau 2- 5 ngày nếu như điều trị không triệt để.

4.XỬ TRÍ:

4.1. Nguyên tắc:

- Dùng kháng sinh ngay từ đầu, đúng liều lượng và cả thời gian sau khi rạch tháo mủ.
- Chỉ chích rạch đúng lúc khi có ổ mủ nhỏ (không để kéo dài, vì tổ chức bị hủy hoại nhiều).

+ Khi đã có mủ phải chích vào giữa ổ mủ, không được rạch vào tổ chức lành.

+ Đường rạch phải đủ rộng để mủ thoát ra dễ dàng.

+ Rạch dọc bên cạnh về phía mu tay (không được rạch vào giữa ngón hoặc rạch ngang).

+ Phải làm trong điều kiện vô trùng và không được làm thô bạo. Đặt một lam hoặc nhét một mét nhỏ để mủ thoát ra rồi băng bất động.

4.2. Xử trí từng trường hợp:

Những trường hợp được làm:

- Chín mé có một nốt phỏng: dùng kéo nhọn cắt da ở trên mặt nốt phỏng tháo dịch rồi băng vô khuẩn.
- Chín mé móng tay: khi chưa có mủ: chườm nóng, đắp cồn, dùng kháng sinh. Nếu có mủ, dùng mũi dao rạch vào rìa móng, nặn nhẹ cho mủ thoát ra. Cần thiết có thể rạch theo hình chữ nhật hoặc vòng cung quanh gốc móng.
- Chín mé ở đầu ngón: rạch ở phía bên nơi tiếp giáp giữa da của phía trước và da ở phía sau ngón. Không được rạch vào nếp gấp của ngón.
- Chín mé ở đốt 1 và đốt 2, đường rạch như trên rồi tháo mủ đặt dẫn lưu và cố định.

Những trường hợp không được làm thủ thuật mà phải chuyển lên tuyến trên, đó là:

- Chín mé sâu có nguy cơ viêm xương.

- Chín mé bao hoạt dịch.
- Chín mé nhiễm khuẩn nặng: Trước khi chuyển phải tiêm kháng sinh, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, thuốc an thần.

5.PHÒNG BỆNH:

- Phải giữ gìn bàn tay sạch sẽ. Khi thấy xây sát có vết thương phải rửa sạch, sát khuẩn rồi băng lại.
- Khi bị viêm: ngay từ đầu phải ngâm tay vào nước ấm có pha ít muối và dùng kháng sinh.

ĐINH NHỌT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của đinh nhọt.
2. Xử lý được đinh nhọt ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN NHÂN:

- Vi khuẩn: tụ cầu vàng.
- Đường xâm nhập của vi khuẩn: qua lỗ chân lông, qua da bị xây sát.
- Điều kiện thuận lợi:
  + Bệnh ngoài da
  + Cơ thể suy nhược, người bị đái tháo đường, ngộ độc...
- Sự hoạt động của vi khuẩn: khi vi khuẩn vào lỗ chân lông và tổ chức trong da nó làm tiêu hủy tổ chức liên kết quanh lỗ chân lông, tạo thành ngòi màu trắng đục.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

2.1. Giai đoạn đầu: tại lỗ chân lông nổi lên một u bằng hạt đậu, có biểu hiện sưng, nóng, đỏ. Sau này to dần lên, quầng đỏ lan rộng hơn, đau lan tỏa. Giữa u có một cái lông và một chấm trắng.

2.2. Giai đoạn sau: U to dần, chấm trắng rộng hơn và mềm ra, khi nặn lấy ra một các ngòi màu trắng đục, dài, để lại một lỗ sâu gọn, có nước vàng rỉ ra, u xẹp dần và chuyển sang màu nâu rồi khỏi hẳn.

3. TIẾN TRIỂN:

Đinh nhọt là bệnh điều trị dễ dàng. Khi vỡ mủ thường liền sẹo trong vòng 10 ngày. Nhưng cũng có một số biến chứng sau:

- Viêm lan tỏa
- Viêm bạch mạch và viêm hạch khu vực lân cận
- Vi khuẩn vào máu gây ra các bệnh: viêm thận, viêm tủy xương,...
- Đinh nhọt ở vùng mặt đặc biệt ở vùng môi trên dễ gây viêm tĩnh mạch mắt, tĩnh mạch xoang, có thể đưa đến tử vong.

4. XỬ TRÍ:

4.1. Giai đoạn xung huyết:

Không được nặn, chỉ được bôi thuốc sát khuẩn, chườm nóng, vệ sinh da. Nếu nhọt mọc ở môi và phát triển to nhanh chuyển lên tuyến trên cho uống thuốc hoặc tiêm thuốc kháng sinh, thuốc an thần.

4.2. Giai đoạn có mủ:

Nặn lấy cho được ngòi. Sát khuẩn xung quanh nhọt và băng lại. Chỉ cần uống thêm vài ngày kháng sinh là được.

NHỌT TỔ ONG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của mụn nhọt tổ ong.
2. Xử trí được nhọt tổ ong ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Nhọt tổ ong là một cụm gồm nhiều nhọt tập trung ở một chỗ, trên bất kỳ nơi nào của cơ thể. Nếu ở lưng gọi là hậu bối, khi vỡ ra có rất nhiều nhọt lỗ chỗ làm cho cụm nhọt có hình ảnh giống như tổ ong.

Nguyên nhân do tụ cầu vàng, qua lỗ chân lông làm tiêu hủy tổ chức quanh chân lông. Nhọt tổ ong hay xuất hiện ở người bị bệnh đái tháo đường.

1. TRIỆU CHỨNG:

1.1.Triệu chứng toàn thân:

Sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, kém ngủ, vẻ mặt hốc hác.

1.2.Triệu chứng tại chỗ:

Nhọt tổ ong hay gặp ở mông, lưng và gáy. Hình ảnh ban đầu là một mảng da bị sưng nề, cứng, màu tím đỏ, viêm lan rộng ra xung quanh. Nắn vào vùng này có cảm giác cứng. Sau 2- 3 ngày xuất hiện sưng nề và có nhiều nốt phỏng nước màu nâu. Nhìn rõ lớp biểu bì bị loét, màu xám. Nền vết loét có nhiều ngòi trắng đục.

1.3.Triệu chứng cận lâm sàng:

Xét nghiệm: công thức máu, urê máu, đường máu.

2.DIỄN TIẾN:

- Nếu nhọt tổ ong nhỏ và được điều trị sớm bệnh qua khỏi.
- Nếu nhọt tổ ong lớn có đường kính trên 15 cm thì tình trạng toàn thân nặng, vì có nhiều biến chứng vào các bộ phận như: tim, phổi, thận, máu. Bệnh nhân sẽ chết vì nhiễm trùng máu.

3.XỬ TRÍ:

3.1. Điều trị toàn thân:

- Nâng cao thể trạng: cho ăn, uống đủ chất.
- Thuốc: tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, an thần, thuốc kháng sinh liều cao và kết hợp.
- Nếu bệnh nhân bị đái tháo đường phải kếp hợp điều trị cả bệnh đái tháo đường.

3.2. Điều trị tại chỗ:

- Không được nặn hay chích rạch khi chưa có mủ.
- Khi có mủ: cắt lọc lấy hết tổ chức hoại tử và ngòi, rửa sạch vết thương bằng nước oxy già hay nước muối rồi băng lại, tiếp tục điều trị toàn thân và tại chỗ cho đến khi nhọt liền sẹo.
- Nếu nhọt tổ ong có đường kính trên 15 cm thì phải chuyển lên tuyến trên.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chín mé được chia ra làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 3 hình thái
b) 4 hình thái
c) 5 hình thái
d) 6 hình thái.

2. Nguyên nhân chín mé, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Liên cầu
b) Tụ cầu
c) a, b đúng
d) a, b sai.

3. Đặc điểm chín mé dưới da , CHỌN CÂU SAI:

a) Khó bị viêm xương
b) Chín mé ở đốt 3 hay gặp ở ngón cái, ngón trỏ
c) Chín mé đốt 2 ít gặp
d) Chín mé đốt 1 thường đọng mủ.

4. Nguyên nhân đinh nhọt, CHỌN CÂU SAI:

a) Tụ cầu vàng
b) Xâm nhập qua lỗ chân lông
c) Điều kiện thuận lợi là bệnh viêm khớp
d) Vi khuẩn vào da tạo ngòi màu trắng đục.

5. Trong giai đoạn xung huyết của đinh nhọt, không được nặn, chỉ được bôi thuốc sát khuẩn.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nếu nhọt tổ ong có đường kính trên 15 cm thì phải chuyển lên tuyến trên.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 22. ÁP – XE NÓNG. ÁP – XE LẠNH.

ÁP – XE NÓNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng của áp xe nóng
2. Trình bày cách xử trí áp xe nóng ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

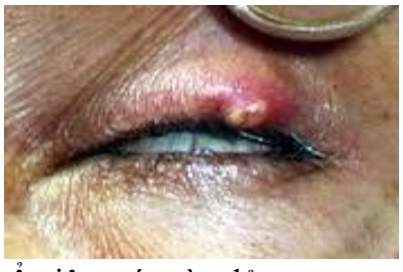
1. NGUYÊN NHÂN:

- Do các loại vi khuẩn gây mủ như: tụ cầu, liên cầu.
- Vi khuẩn xâm nhập qua da, niêm mạc hoặc theo đường máu tới một nơi nào đó trong cơ thể, rồi gây ra áp xe nóng. Vi khuẩn tiết ra độc tố làm hủy hoại tổ chức, cộng với xác vi khuẩn và xác bạch cầu tạo thành ổ mủ. Tổ chức liên kết phát triển quanh ổ mủ hình thành ranh giới ổ áp xe.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. Giai đoạn đầu: (Viêm tấy)

- Triệu chứng toàn thân: sốt cao, rét run, môi khô lưỡi bẩn, mạch nhanh. Mất ngủ, kém ăn.
- Triệu chứng tại chỗ:
  + Nơi viêm sưng to
  + Sờ tay vào ổ viêm nóng hơn chỗ lành



  + Nhìn: ổ viêm có màu đỏ
  + Đau nhức vùng viêm có thể nổi hạch ở gốc chi.

2.2. Giai đoạn sau: (mưng mủ)

- Triệu chứng toàn thân:
  + Sốt cao, sốt dao động
  + Mệt mỏi, kém ăn, mất ngủ.
- Triệu chứng tại chỗ:
  Nhìn: sưng to ở nơi viêm.
  + Đỡ đỏ hơn: ở đỉnh ổ áp xe có màu nhạt hơn.
  + Ấn vào ổ áp xe mềm và đỡ đau. Có thể nhìn thấy dấu hiệu ba động.
  Chọc dò qua da hút được mủ.

3. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào 4 triệu chứng: sưng, nóng, đỏ, đau. Cần phải phân biệt với:

- Kén nhầy nhiễm khuẩn: có một u từ trước
- U máu: màu tím đỏ, có nhiều mạch máu nhỏ ngoằn nghèo, ít đau, không sốt, tiến triển dài ngày.
- Khối phồng động mạch: u nằm trên đường đi của động mạch, sờ thấy mạch đập, nghe có tiếng thổi tâm thu.

4. XỬ TRÍ:

4.1. Ở giai đoạn đầu: Không được chích rạch, nặn mủ, vì gây nên viêm tấy lan tỏa.

- Dùng kháng sinh liều cao.
- Chườm nóng.
- Dùng thuốc hạ nhiệt,giảm đau.
- Kết hợp cao tiêu độc đông y.
- Dùng vitamin các loại.

4.2. Giai đoạn có mủ:

Chọc hút thử nếu có mủ thì rạch rộng theo trục chi. Nếu ổ áp xe vú thì rạch theo hình nan hoa. Rạch chính giữa ổ mủ, sau đó đặt pengo hoặc mét dẫn lưu. Băng vô khuẩn vết rạch.

- Dùng kháng sinh
- Chế độ ăn uống tốt, có đủ vitamin.

ÁP – XE LẠNH

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được nguyên nhân, triệu chứng của áp xe lạnh.
2. Trình bày cách xử trí áp xe lạnh ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN NHÂN:

Áp xe lạnh thường gặp nhất là do trực khuẩn lao gây ra, nguyên nhân ít gặp hơn là do nấm.

2. GIẢI PHẪU BỆNH:

2.1. Vỏ: ổ áp xe lạnh rất rắn, tổ chức rắn xâm nhập vào tổ chức lành xung quanh, mặt trong của vỏ lồi, lõm, có màu thâm xám. Trong vỏ có nhiều củ lao.

2.2. Mủ: là một chất đặc lổn nhổn như bã đậu. Trong mủ bao gồm:

- Xác bạch cầu
- Xác trực khuẩn lao
- Chất albumin

* Sự hình thành mủ trong ổ áp xe lạnh: lúc đầu xuất hiện củ lao, củ lao to dần, ở trung tâm củ lao bị hoại tử thành mủ tạo nên ổ áp xe, còn phần ngoài của củ lao vẫn tiếp tục phát triển. Khi áp xe vỡ, mủ thoát ra ngoài kéo dài và để lại xơ, sẹo dính, dúm dó.

3. TRIỆU CHỨNG:

3.1.Toàn thân: Nếu chỉ có một ổ áp xe đơn thuần thì triệu chứng toàn thân không có gì đặc biệt. Nếu có tổn thương lao ở phổi, ở cột sống, triệu chứng toàn thân nổi bật là gầy sút, sốt về chiều, ra mồ hôi, thiếu máu, da xanh.

3.2.Tại chỗ:

Ổ áp xe lạnh diễn biến qua hai giai đoạn:

- Lúc đầu ổ áp xe là một u rắn, tròn, nhẵn, không đau, di động được.
- Giai đoạn sau: u to ra, ở giữa u mềm dần, khám có dấu hiệu ba động khi có mủ loãng. U không nóng, không tấy đỏ và không đau, hoặc có đau ít khi u to gây chèn ép.

4. TIẾN TRIỂN:

Áp xe lạnh vỡ, mủ thoát ra để lại một lỗ rò lâu dài, bờ lỗ rò nham nhở, màu xám, nhiều hốc.

5. XỬ TRÍ :

Cần được giải quyết đúng. Không rạch hãy để ổ áp xe tự vỡ vì sẽ gây rò kéo dài.

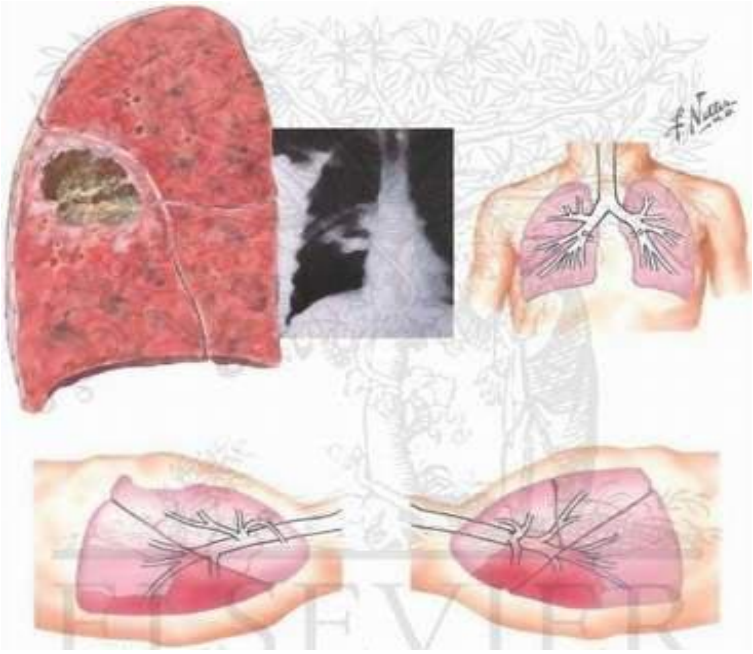
5.1. Ổ áp xe trung bình:

Dùng kim chọc dò từ tổ chức lành vào ổ áp xe, sau đó bơm dung dịch Natriclorua huyết thanh mặn 0.9% hoặc nước cất để làm loãng mủ rồi hút ra. Sau đó bơm Streptomycin vào ổ áp xe. Sau đó băng kín lỗ chọc hút lại cho kín.

5.2. Ổ áp xe nhỏ: Mổ lấy cả bao của ổ áp xe lạnh.

5.3. Ổ áp xe to quá hoặc đã tự vỡ: mở rộng ổ áp xe, dùng muỗng nạo sạch sau đó rắc bột Streptomycin vào.

Nếu có tổn thương lao ở nơi khác phải điều trị bằng thuốc kháng lao đặc hiệu theo phác đồ. Chế độ ăn uống cần bồi dưỡng đầy đủ cho bệnh nhân.



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng áp xe nóng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nơi viêm sưng to

b) Sờ tay vào chỗ viêm nóng hơn chỗ lành

c) Ổ viêm có màu đỏ

d) a, b, c đúng.

2. Xử trí áp xe nóng ở giai đoạn đầu, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Kháng sinh liều thấp

b) Chườm lạnh

c) Dùng thuốc hạ nhiệt, giảm đau

d) Dùng thuốc hoạt huyết kết hợp.

3. Chẩn đoán phân biệt áp xe nóng, CHỌN CÂU SAI:

a) Kén nhầy nhiễm khuẩn

b) Viêm

c) U máu

d) Khối phồng động mạch.

4. Trong mủ áp xe lạnh bao gồm, CHỌN CÂU SAI:

a) Xác bạch cầu

b) Xác trực khuẩn lao

c) Chất albumin

d) Chất lipid.

5. Ổ áp xe lạnh diễn biến qua 4 giai đoạn.

a) Đúng

b) Sai.

6. Đối với ổ áp xe lạnh, ổ nhỏ: mổ lấy cả bao của ổ áp xe.

a) Đúng

b) Sai.

BÀI 23. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của chấn thương sọ não kín. Đặc biệt là triệu chứng của khối máu tụ ngoài màng cứng.
2. Nêu được các nguyên tắc vận chuyển nạn nhân bị chấn thương sọ não kín.

NỘI DUNG

Chấn thương sọ não kín là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tổn thương thường phức tạp. Điều trị khó khăn nên cần khám kỹ để phát hiện sớm.

1. TRIỆU CHỨNG VÀ CÁC THỂ LÂM SÀNG:

Tùy theo mức độ tổn thương mà có một số thể lâm sàng:

1.1. Chấn động não: là thể hay gặp nhất

Sau một chấn thương vào đầu, bệnh nhân bị mê khoảng vài phút đến vài giờ, sau đó tỉnh lại, kêu nhức đầu, chóng mặt, có nôn ói. Sau 7 đến 10 ngày các triệu chứng trên hết không còn di chứng.

1.2. Dập não:

- Nhẹ: Bệnh nhân mê sau chấn thương, rồi tỉnh lại dần.
- Nặng: Bệnh nhân hôn mê sâu, có rối loạn nhịp thở, nhiệt độ tăng, giãy giụa, la hét, nói lung tung. Nôn nhiều, có dấu hiệu cổ cứng. Có khi liệt nửa người.

1.3. Khối máu tụ trong sọ: có 3 trường hợp

- Máu tụ ngoài màng cứng.
- Máu tụ dưới màng cứng.
- Máu tụ trong não.

- Máu tụ ngoài màng cứng hay gặp nhất. có các dấu hiệu sau:

- Khoảng tỉnh, là triệu chứng quan trọng. Sau chấn thương bệnh nhân mê ngay độ 5 đến 10 phút rồi tỉnh lại dần, nói chuyện bình thường. Nhưng sau một vài giờ bệnh nhân kêu nhức đầu, nôn ói rồi mê dần đi. Cũng có khi, sau một chấn thương bệnh nhân bị choáng váng nhưng vẫn tỉnh, sau đó mới đi vào hôn mê dần dần.
- Dấu hiệu não bị chèn ép:
  + Nhức đầu
  + Nôn ói
  + Tri giác giảm dần, bệnh nhân đi vào trạng thái hôn mê.
  + Rối loạn thần kinh thực vật như: mạch chậm, rối loạn nhịp thở, khò khè. Huyết áp cao dần, sốt cao.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú:
  + Liệt nửa người đối diện với bên tổn thương.
  + Đồng tử dãn cùng bên với tổn thương.
  + Rối loạn tri giác.

1.4. Vỡ xương sọ:

- Lún xương sọ: cần mổ để nâng xương.
- Vỡ nền sọ: có máu và dịch não tủy chảy ra mủi và tai.
- Hai hố mắt bị bầm tím.

2. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

- X quang sọ qui ước: chụp sọ thẳng, nghiêng để tìm đường nứt sọ. Đường nứt sọ trên phim X quang làm tăng nguy cơ máu tụ trong sọ lên 400 lần.

- X quang cột sống cổ, ngực: nếu bệnh nhân bị chấn thương sọ não nặng.

- Chụp cắt lớp điện toán (CT Scanner): là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại có giá trị nhất hiện nay để chẩn đoán chấn thương sọ não cấp, cho thấy hình ảnh tổn thương trực tiếp của xương sọ và mô não.

- Cộng hưởng từ (MRI): hạn chế trong giai đoạn cấp vì bệnh nhân mang các dụng cụ hồi sức có ảnh hưởng từ, tuy nhiên trong giai đoạn bán cấp hay mạn tính, MRI có giá trị cao hơn CT Scanner vì có thể khảo sát trong không gian 3 chiều, nhất là để đánh giá tổn thương sợi trục hay chất trắng.

- Các xét nghiệm thường qui: công thức máu, xét nghiệm đông máu (TS, TC, tiểu cầu, TCK), đường huyết, nồng độ rượu, test nhanh HIV.

3. TIÊN LƯỢNG: Dựa vào bảng Glasgow để tiên lượng

- Giá trị tiên lượng: nặng <= 8 điểm.
- Theo dõi tiến triển của tri giác từ khi bị nạn cho tới khi tới bệnh viện.

Mắt (M)	Mở tự nhiên Gọi mở mắt Kích thích đau mở mắt Không mở mắt	4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm
Vận động (V)	Làm theo yêu cầu Kích thích gạt đúng chỗ Kích thích gạt không đúng Co cứng mất vỡ(co 2 tay) Co cứng mất não(duỗi tứ chi) Không cử động được	6 điểm 5 điểm 4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm
Nói (N)	Trả lời đúng, nhanh Trả lời đúng, chậm Trả lời lẫn lộn Chỉ ú ớ, rên, hú Không trả lời	5 điểm 4 điểm 3 điểm 2 điểm 1 điểm

- Tổng số điểm : từ 3 đến 15 điểm
- Điểm trung bình > 8 điểm, tiên lượng khá
- Nếu điểm < 8 điểm tiên lượng nặng, không nên chuyển
- Số điểm có thể thay đổi tùy theo thời gian.

4. XỬ TRÍ:

- Khi bệnh nhân đang bị mê phải đặt nằm đầu nghiêng 1 bên, đề phòng lưỡi bị tụt, hoặc dịch trong dạ dày nôn ra trào ngược vào đường thở.
- Dùng bơm tiêm to hút sạch đàm dãi.
- Cho thở oxy (nếu có).
- Nếu đường hô hấp trên bị tắc do máu và do đàm dãi phải hút, nếu khi có kết quả thì mở khí quản.
- Theo dõi tri giác và vận động.
- Theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp và nhiệt độ.
- Tiêm kháng sinh phòng bội nhiễm.
- Khi di chuyển đặt bệnh nhân nằm ngửa, có cố định vào cáng để khi giãy khỏi bị ngã.

- Những trường hợp cần phải mổ: (Tuyến trên)

- Tụ máu trong sọ.

- Vỡ sọ có lún xương.
- Vỡ nền sọ, khâu màng cứng bị rách.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Đặc điểm chấn thương sọ não kín, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Là cấp cứu ngoại khoa thường gặp
b) Tổn thương thường phức tạp
c) Điều trị khó khăn nên cần khám kĩ để phát hiện sớm
d) a, b, c đúng.

2. Thể lâm sàng hay gặp nhất, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Chấn động não
b) Dập não
c) Khối máu tụ trong sọ
d) Vỡ xương sọ.

3. Dấu hiệu não bị chèn ép trong máu tụ ngoài màng cứng, CHỌN CÂU SAI:

a) Nhức đầu
b) Nôn ói
c) Tri giác tăng dần
d) Rối loạn thần kinh thực vật.

4. Bảng điểm Glasgow, CHỌN CÂU SAI:

a) Mắt mở tự nhiên được 3 điểm
b) Vận động làm theo yêu cầu được 6 điểm
c) Trả lời đúng, nhanh được 5 điểm
d) Điểm tối đa là 15 điểm.

5. Khi bệnh nhân đang mê phải đặt đầu nằm nghiêng sang một bên.

a) Đúng
b) Sai.

6. Khi di chuyển đặt bệnh nhân nằm ngửa, có cố định vào cáng để khi giãy khỏi bị ngã.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 24. VẾT THƯƠNG SỌ NÃO HỞ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của vết thương sọ não hở.
2. Trình bày được nguyên tắc sơ cứu vết thương sọ não ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Vết thương sọ não hở là loại vết thương nặng. Tỷ lệ chết cao, để lại di chứng nặng nề. Vì vậy cần được sơ cứu đúng và chuyển đi sớm.

1. TRIỆU CHỨNG:

1.1. Người bệnh đến sớm:

- Sau khi bị thương, có thể li bì. Mất tri giác vài phút đến hàng giờ, sau đó tỉnh.
- Giãy giụa, nói lung tung, la hét.
- Có liệt: tùy theo vùng não bị tổn thương.
- Đôi khi huyết áp tụt, mạch nhanh.
- Có thể lên cơn động kinh.
- Tại vết thương:
    - Da đầu rách; vỡ xương sọ, có thể tổ chức não phòi ra ngoài, chảy máu và chảy dịch não tủy.
    - Đôi khi chỉ có một lỗ nhỏ ở đầu hoặc lỗ vào ở mặt.

1.2. Người bệnh đến muộn:

Nổi bật là hội chứng nhiễm trùng như sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, vẻ mặt hốc hác, mất nước, mạch nhanh.

- Có nôn.
- Cứng gáy, có dấu hiệu Kernig.
- Vạch màng não dương tính.

Tại vết thương có mủ hoặc có lớp màng giả trắng lẫn mủ bao phủ lên tổ chức não. Vết thương có mùi tanh, hôi.

2. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG:

- Viêm màng não mủ: đây là biến chứng nặng, dễ chết.
- Áp xe não: thường xuất hiện chậm.
- Động kinh: do sẹo hoặc do còn sót dị vật trong tổ chức não.

3. XỬ TRÍ: Sơ cứu ở tuyến cơ sở.

3.1. Không làm các việc:

- Không bôi bất cứ loại thuốc gì vào vết thương.
- Không thăm dò vết thương.
- Không lấy đi tổ chức não trên mặt vết thương.
- Không băng chặt gây chèn ép não.

3.2. Cần làm các việc:

- Để nạn nhân nằm đầu nghiêng
- Lau sạch đờm dãi.
- Nới lỏng quần áo.
- Ủ ấm cho nạn nhân.
- Tiêm trợ tim, trợ sức.
- Tiêm kháng sinh.
- Nếu bệnh nhân giẫy giụa nhiều tiêm thuốc an thần.

Tại vết thương:

- Cắt sạch tóc xung quanh vết thương.
- Lấy bỏ dị vật trên mặt và xung quanh vết thương một cách nhẹ nhàng.
- Nếu tổ chức não phòi ra ngoài thì dùng chén sạch hoặc gạc đậy lên và băng lại.
- Đặt đầu nạn nhân vào vòng đệm.
- Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Triệu chứng vết thương sọ não hở đối với bệnh nhân đến sớm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Mất tri giác vài phút sau đó tỉnh
b) Huyết áp tụt, mạch nhanh
c) Động kinh
d) a, b, c đúng.

2. Triệu chứng vết thương sọ não hở đối với bệnh nhân đến muộn, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nôn
b) Kernig (-)
c) Vạch màng não (-)
d) Vết thương không tanh hôi.

3. Biến chứng vết thương sọ não hở, CHỌN CÂU SAI:

a) Viêm màng não mủ
b) Áp xe não
c) Động kinh
d) Liệt mặt.

4. Sơ cứu ở tuyến cơ sở, CHỌN CÂU SAI:

a) Không bôi thuốc lên vết thương
b) Thăm dò vết thương
c) Tiêm trợ tim, trợ sức
d) Tiêm kháng sinh.

5. Vết thương sọ não hở là vết thương nặng, tỷ lệ chết cao.

a) Đúng
b) Sai.

6. Xử trí vết thương sọ não hở, để nạn nhân nằm đầu nghiêng, lau sạch đờm dãi, ủ ấm cho nạn nhân.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 25. TRIỆU CHỨNG HỌC HỆ VẬN ĐỘNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được triệu chứng vùng khớp vai và cánh tay.
2. Nêu được triệu chứng vùng khuỷu và cẳng tay.
3. Trình bày được triệu chứng vùng khớp cổ tay và bàn tay.
4. Trình bày được triệu chứng vùng chậu, háng và đùi.
5. Mô tả được triệu chứng vùng khớp gối và cẳng chân.
6. Mô tả được triệu chứng vùng cổ chân và bàn chân.
7. Nêu được triệu chứng vùng cột sống.

NỘI DUNG

1. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG KHỚP VAI VÀ CÁNH TAY

1.1. CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG:

*** Hỏi:**

- Bệnh nhân khó chịu những gì ở vùng vai, cánh tay?
- Đau nhức tự nhiên:
  + Đau toàn vùng vai (hay cánh tay, hay toàn thể vùng) hay đau khu trú cụ thể ở điểm nào.
  + Đau có lan tỏa ra hướng nào
  + Đau khi hoạt động vai, hết đau về đêm, khi nằm yên.
  + Hay đau nhức cả ban đêm
- Hoạt động vòng vai có hạn chế.
- Các than phiền khác.

1.2. THĂM KHÁM LÂM SÀNG:

1.2.1. Quan sát: (luôn so sánh với bên lành mạnh đối diện)

+ Hình dạng vòng vai và sự đối xứng hai bên còn hay mất.
+ Sưng hay teo cơ (toàn bộ, khu trú nếu có).
+ Các biến dạng khác thường ở xương hay mấu xương.
+ Tư thế cánh tay.

Một số các dấu hiệu bệnh lý thường gặp:

+ Biến đổi hình dạng mỏm vai:
+ Mỏm vai hạ thấp hơn so với bên lành: Gãy cổ xương bả vai
+ Mỏm vai vuông: trật khớp vai (sau một chấn thương), liệt cơ denta.
+ Mỏm vai sưng to: do tràn dịch, máu sau chấn thương
+ Sưng, gồ vùng khớp cùng – đòn hay khớp ức - đòn.
+ Dấu hiệu nhát rìu: trật khớp vai
+ Cánh tay dạng xa thân mình: trật khớp vai
+ Biến dạng ở cánh tay.

1.2.2. Sờ nắn:

Nhằm xác định các dấu hiệu cơ năng hoặc các dấu hiệu thấy khi quan sát và tìm các dấu hiệu mới.

- Kiểm tra mật độ các vùng sưng,gồ,xem là do phù nề (máu tụ viêm tấy) tràn dịch khớp hay là dấu hiệu biến dạng của xương. Tìm xem các biến dạng đó có đau, có cử động bất thường khi ấn.

  Sau đây là một số triệu chứng điển hình:

  + Dấu hiệu phím đàn dương cầm: Trật khớp cùng – đòn

Vùng khớp cùng – đòn sau chấn thương thấy nổi u gồ. Ấn ngón tay vào, u gồ biến mất. Rút ngón tay ra u gồ bật lại như ấn phím đàn.

+ Ổ khớp rỗng: Trật khớp vai

Ấn vào khớp vai thấy đầu ngón tay lút sâu hơn, không chạm xương.

+ Cử động lò xo: Trật khớp vai

Cánh tay đang ở tư thế dạng xa thân mình, ép cho cánh tay khép sát vào thân, bỏ sức ép, cánh tay bật dạng trở lại.

Mặt trước: Ở mặt trước vòng vai.

+ Ở khớp ức – đòn: gãy - trật khớp (hoặc viêm khớp)
+ Ở khớp cùng đòn: gãy - trật khớp
+ Ở mấu động lớn hay khe dưới đòn: gãy mấu động lớn.

Mặt sau:

+ Vùng cơ thang: viêm mô dưới da vùng cơ thang.
+ Vùng góc trên - ngoài xương bả vai: viêm gân cơ nâng vai.
+ Vùng hốc trên gai: viêm cơ trên gai.
+ Vùng hốc dưới gai: viêm cơ dưới gai.

1.3. MỘT SỐ CHẤN THƯƠNG VÀ BỆNH HỌC THƯỜNG GẶP Ở VÙNG VAI, CÁNH TAY:

1.3.1. Một số gãy xương thường gặp:

+ Gãy xương đòn
+ Gãy cổ phẫu thuật
+ Gãy mấu động lớn
+ Gãy xương bả vai
+ Gãy thân xương cánh tay.

1.3.2. Trật khớp chấn thương:

+ Trật khớp cùng đòn
+ Trật khớp ức đòn
+ Trật khớp vai.

1.3.3. Các biến chứng của chấn thương:

+ Hội chứng chèn ép khoang ở vùng cơ denta
+ Hội chứng rối loạn dinh dưỡng vai - bàn tay
+ Hội chứng chèn ép thần kinh trên vai
+ Chèn ép thần kinh quay
+ Chèn ép thần kinh trụ.

2. TRIỆU CHỨNG HỌC KHỚP KHUỶU VÀ CẲNG TAY

Khi hỏi bệnh sử, dấu hiệu cơ năng chủ yếu ở khớp khuỷu thường hay than là đau nhức. Nếu sau một chấn thương:

- Bệnh nhân chỉ đau nhức khi vận động, không vận động thì không đau thường phải nghĩ gãy xương hay trật khớp.
- Nếu đau theo ba thì: đau chói lúc bị tai nạn - tê bì không đau, tiếp sau đó - cuối cùng đau trở lại, nhức nhối, kể cả khi khớp khuỷu nằm yên, thì nghĩ là bong gân.
- Đau liên miên ở khớp khi không có bệnh sử chấn thương, thì nghĩ đến các viêm tấy, nhiễm trùng; chỉ đau gián cách, khi vận động đau tăng, bớt đau khi để yên thường là các bệnh của mô mềm.

***** Các triệu chứng thực thể:

- Khớp khuỷu sưng to toàn bộ:

- Có thể là tràn máu trong khớp nếu xuất hiện sau một chấn thương. Sờ các hõm hai bên mỏm khuỷu nếu thấy căng phồng và lùng nhùng thì càng chắc chắn hơn.
- Có thể là tràn dịch của một viêm khớp, sờ thấy dấu hiệu lùng nhùng cả ở vùng nếp khuỷu, không nóng, phải nghĩ đến lao khớp khuỷu.
- Nếu sờ thấy mật độ cứng chắc thì có thể là biến dạng gãy xương.

- Nếu chỉ thấy sưng ở phía sau khớp khuỷu, nhìn thấy chồi rõ ra sau.
  - Có thể là viêm túi hoạt dịch.
  - Có thể là biến dạng của trật khớp khuỷu ra sau hay gãy xương nếu sờ thấy cứng chắc.
- Sưng khu trú ở một vùng nào đó của khớp khuỷu thường là dấu hiệu biến dạng của một gãy xương.
- Vết bầm tím muộn ngang nếp khuỷu thường là dấu hiệu gãy trên lồi cầu xương cánh tay.
- Khớp khuỷu ở tư thế gấp nhẹ, sau một chấn thương không thể duỗi thẳng cũng như không gấp vào hoàn toàn được, có khả năng trật khớp khuỷu.
- Dấu hiệu đau chói khi ấn: sau chấn thương có điểm đau chói ở khớp khuỷu thì vị trí đó xương bị gãy.

* Nếu không có bệnh sử chấn thương các vị trí điểm đau ở khớp khuỷu gợi ý các bệnh sau đây:

Mặt trước:
- Mỏm trên lồi cầu: viêm mỏm trên lồi cầu (hình 10-5)
- Mỏm trên ròng rọc: viêm mỏm trên ròng rọc (hình 1a)

Mặt sau:
- Mỏm khuỷu: viêm túi hoạt dịch sau (hình 2)
- Hõm khớp khuỷu sau- ngoài mỏm khuỷu: vị trí ứ mủ dễ phát hiện nhất của viêm khớp khuỷu có mủ (hình 3)
- Mỏm khớp khuỷu sau- trong: chèn ép thần kinh trụ (hình 4)
- Bờ ngoài xương cánh tay phía trên mỏm trên lồi cầu: chèn ép thần kinh quay (hình 5)
- Chỏm quay: chèn ép thần kinh quay,bệnh lý dây chằng hay viêm sụn.
- Dấu hiệu lò xo ở khớp khuỷu: trật khớp khuỷu.
- Các rối loạn của vận động khớp khuỷu:

+ Không tự duỗi chủ động được khớp khuỷu, có thể do: liệt cơ tam đầu cánh tay hoặc gãy mỏm khuỷu.

+ Nếu xoay cẳng tay hạn chế và đau sau chấn thương nghỉ đến trật chỏm quay.

+ Vận động khớp khuỷu có tiếng lạo xạo, đau chói, khả năng bệnh viêm sụn khớp.

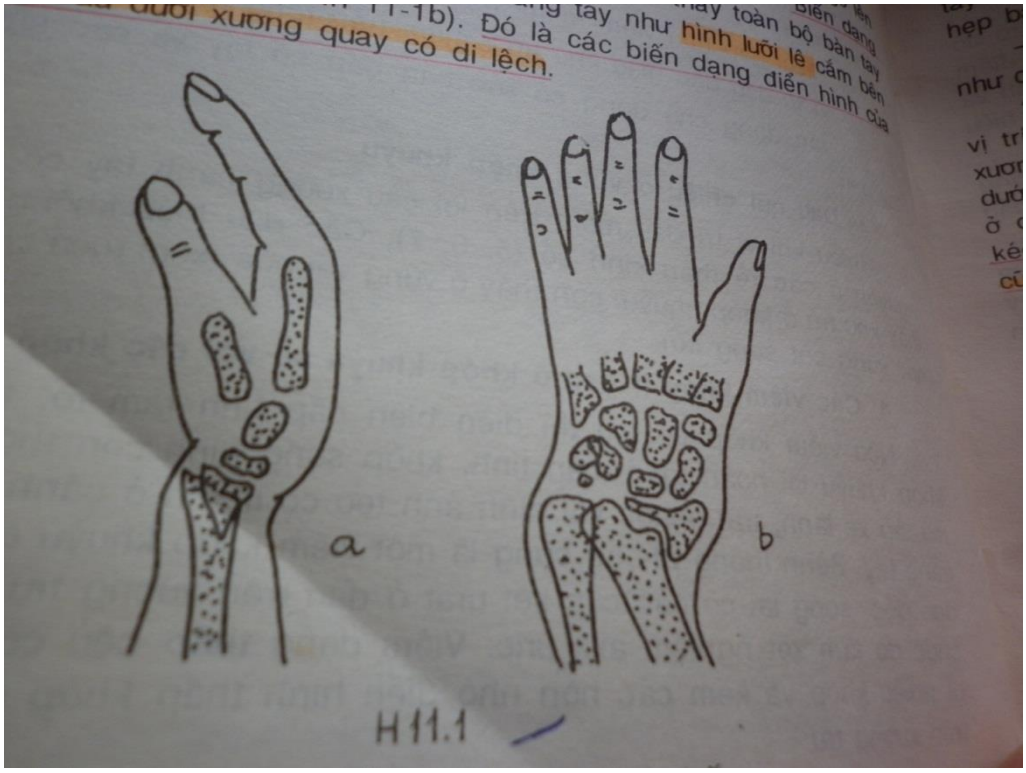
3. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG KHỚP CỔ TAY VÀ BÀN TAY

3.1. Các triệu chứng thực thể:

3.1.1. Biến dạng và sưng ở vùng cổ tay:

Sau một chấn thương, sưng cổ tay có thể là biểu hiện của một biến dạng:
- Biến dạng hình mu thìa: ở mặt lưng cổ tay thấy nổi gồ lên như cái mu thìa (hình 11-1a)
- Biến dạng hình lưỡi lê của cả bàn tay: nhìn phía trước thấy toàn bộ bàn tay di lệch ra ngoài so với trục dọc cẳng tay như hình lưỡi lê cắm bên

cạnh nòng súng (hình 11-1b). Đó là các biến dạng điển hình của gãy đầu dưới xương quay có di lệch.



3.1.2. Điểm đau chói khi ấn: Sau một chấn thương, xác định được vị trí chính xác điểm đau chói khi ấn có thể khẳng định có gãy xương hoặc trật khớp nào: đầu dưới xương quay, mỏm trâm trụ, đầu dưới xương trụ,…

3.1.3. Điểm đau khi vận động:

o Điểm đau khi vận động là phát ra tiếng kêu là dấu hiệu của tổn thương dây chằng.

Tổn thương dây chằng vùng khớp cổ tay phải xác định rõ đó là bong gân ở khớp nào. Một trong các dấu hiệu bong gân là điểm đau khu trú ở một khớp cụ thể khi làm một vận động nhất định và vận động đó phát ra tiếng kêu "cục". Cụ thể có một số dấu hiệu đau khi vận động sau đây:

o Điểm đau ở khớp quay - trụ dưới khi làm vận động thụ động trước sau và gây tiếng kêu. Đó có thể là dấu hiệu tổn thương các dây chằng khớp quay.

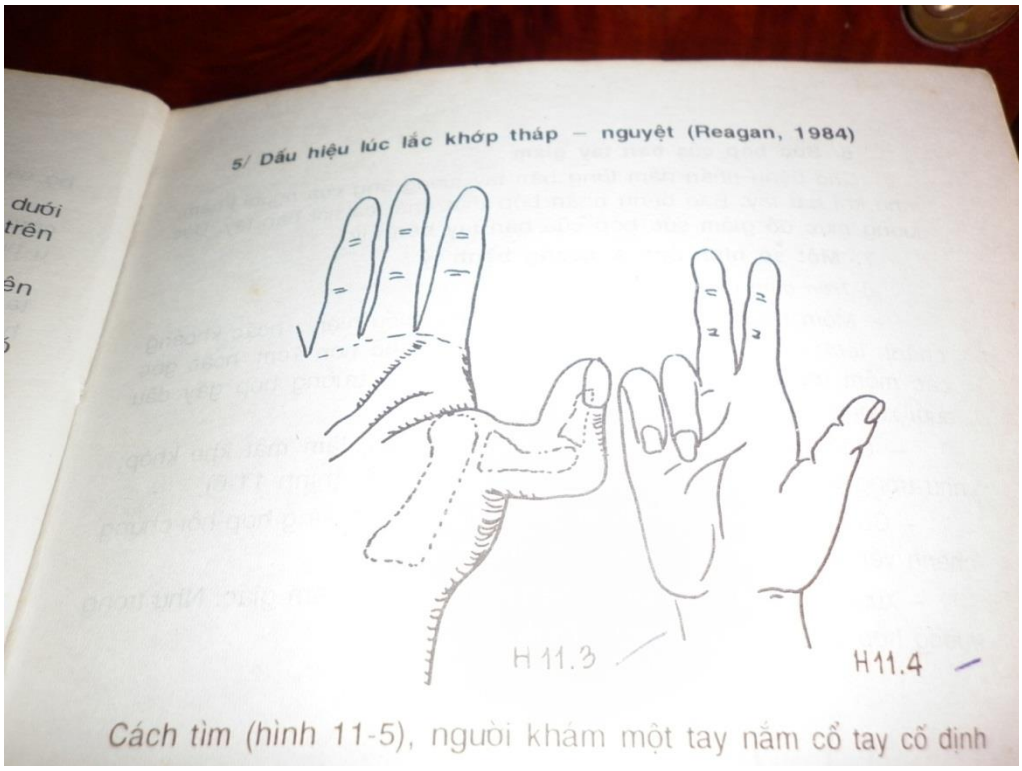
o Điểm đau ở vùng các xương cổ tay khi làm vận động ngửa cổ tay và gây tiếng kêu. Có thể là dấu hiệu của tổn thương dây chằng khớp thuyền - nguyệt.

3.1.4. Các biến dạng của ngón tay: có thể biểu hiện dưới các hình thức sau đây:

o Thay đổi về trục ngón tay: thường là biểu hiện của gãy xương hay trật khớp, nếu có chấn thương.

o Ngón tay ngắn lại: thường là dấu hiệu của gãy xương hay trật khớp.

o Tư thế đặt biệt: ngón tay hình chữ chi (hình 11-3) là dấu hiệu trật khớp bàn - ngón tay. Ngón tay cái không đối chiếu được là dấu hiệu liệt dây thần kinh giữa . Dấu hiệu vuốt trụ (hình 11- 4): các khớp liên đốt I và II ngón tay 4, 5 gấp, khớp bàn ngón duỗi.



3.1.5. Sức bóp của bàn tay giảm: cho bệnh nhân nắm từng bàn tay tương ứng của người khám, như khi bắt tay. Bảo bệnh nhân bóp thật chặt cả hai bàn tay. Ước lượng mức độ giảm sức bóp của bàn tay bệnh lý.

3.2. Đo chiều dài chi trên:

Thường không đo chiều dài toàn bộ chi trên, mà chỉ đo chiều dài cánh tay hoặc chiều dài cánh tay + cẳng tay. Có hai loại chiều dài:

- Chiều dài tương đối
- Chiều dài tuyệt đối.

Chiều dài	**Tương đối**	**Tuyệt đối**
Cánh + cẳng tay	Mỏm cùng - Mỏm trâm quay	
Cánh tay	Mỏm cùng - Mỏm trên lồi cầu	Mấu động lớn - Mỏm trên lồi cầu
Cẳng tay	Mỏm trên lồi cầu - Mỏm trâm quay	Mỏm khuỷu – Mỏm trâm trụ

4. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG CHẬU, HÁNG VÀ ĐÙI

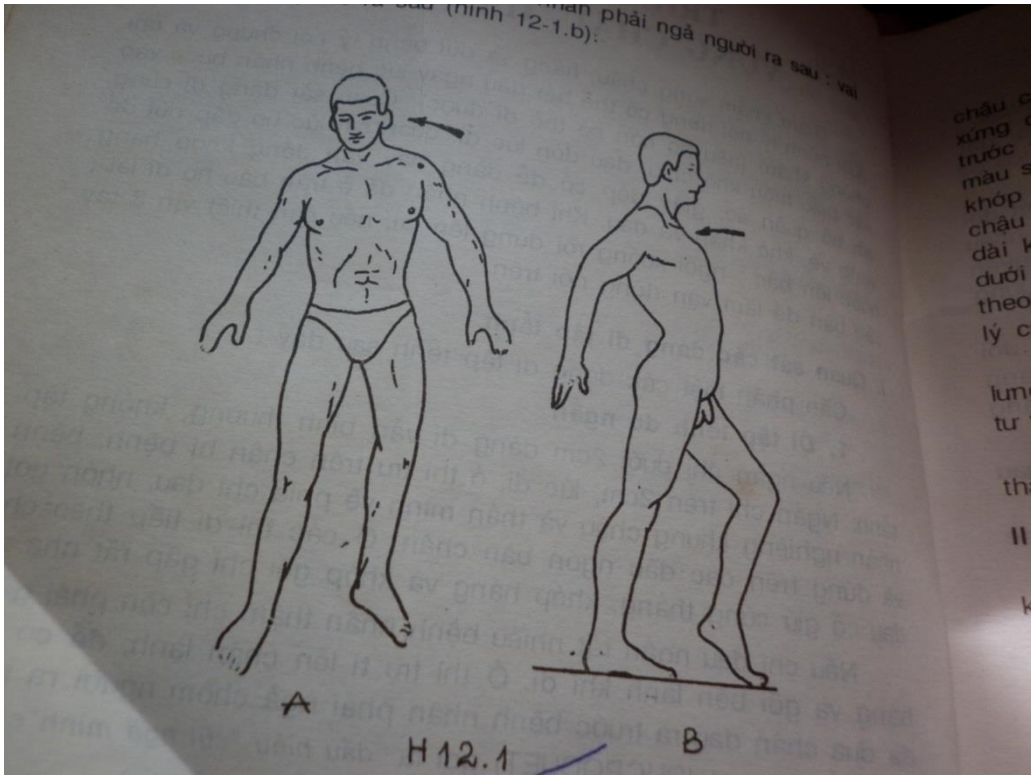
Thăm khám vùng chậu, háng và đùi bệnh lý nói chung và chi dưới nói riêng có thể bắt đầu ngay khi bệnh nhân bước vào phòng khám. Quan sát dáng đi cùng các biểu hiện khó chịu, đau đớn lúc đi, quan sát lúc họ gấp đùi để cởi bỏ quần áo, giày dép có dễ dàng hay vận động khớp háng vụng về, khó khăn và đau. Khi bệnh nhân đã ở trần bảo họ

đi lại, bước lên bậc, ngồi xuống rồi đứng lên lại, nếu cần thiết vịn hai tay vào bàn để làm vận động nói trên.

4.1. Quan sát các dáng đi tập tễnh:

Cần phân biệt với các dáng đi tập tễnh sau đây:

+ Đi tập tễnh do ngắn: nếu ngắn chi dưới 2 cm dáng đi vẫn bình thường, không tập tễnh.
+ Đi tập tễnh do liệt cơ mông nhỡ: mào chậu bên đối diện hạ thấp xuống, bệnh nhân phải ngả thân nghiêng sang bên có cơ liệt để giữ thăng bằng. (Hình 12. 1a)



H 12.1

+ Đi tập tễnh do liệt cơ mông lớn: ở thì trụ trên chân liệt, bệnh nhân phải ngả người ra sau: vai và cánh tay bị kéo ra sau (hình 12- 1b).
+ Đi tập tễnh do đau: khi bệnh nhân đi, ngả người tức thì sang bên đau tạo nên tư thế lệch vẹo cột sống sang bên để chống đau và giữ thăng bằng. Hai tay đánh lên đánh xuống đột ngột trên mỗi bước đi dường như bệnh nhân muốn cất cánh bay đi.

4.2. Sờ nắn:

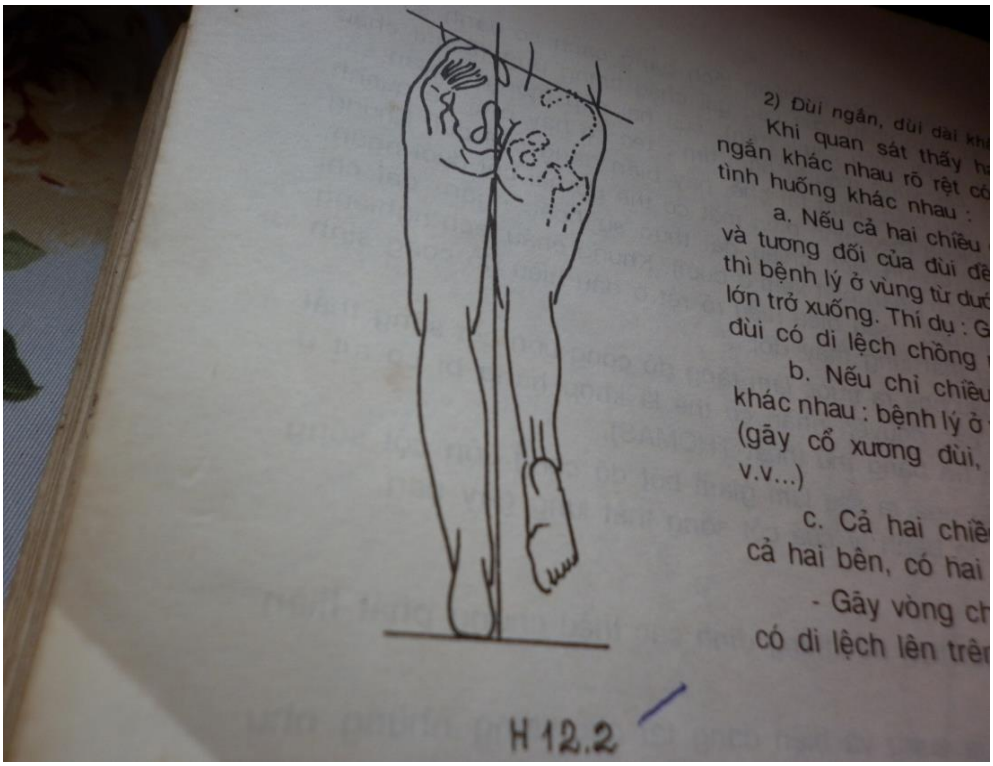
Sờ nắn có mục đích để khẳng định các triệu chứng phát hiện khi quan sát như:

+ Thuộc tính của sưng và biến dạng tại chỗ (lùng nhùng như dịch, gân cơ co cứng, cứng chắc như xương).
+ Nhiệt độ tại chỗ.
+ Các vị trí điểm đau.
+ Các vị trí gân co cứng, đau, hạn chế vận động hoặc gây biến dạng.

4.3. Một số dấu hiệu, thủ thuật của vùng:

4.3.1. Dấu hiệu TRENDELENBURG: (hình 12 - 2)

Người lành mạnh khi trụ đứng trên một chân, chân kia co cao khỏi mặt đất, quan sát từ đằng sau thấy nếp mông bên chân co cao hơn nếp mông bên chân trụ. Trường hợp bệnh lý thì ngược lại: nếp mông bên chân co ngang bằng thậm chí thấp hơn bên chân trụ và không trụ được lâu. Đó là do liệt cơ mông.

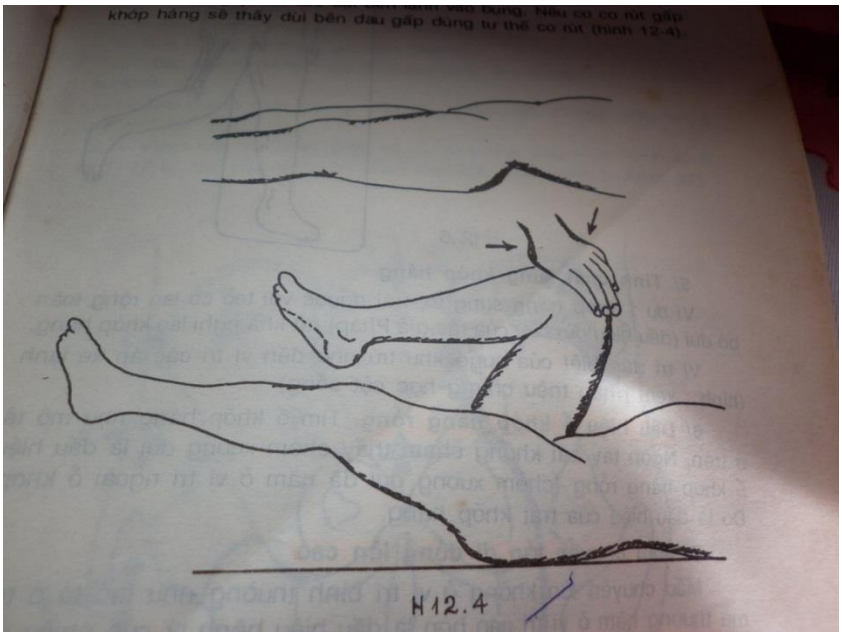


4.3.2. Thủ thuật THOMAS: (hình 12.4)

Cho co gấp hết sức đùi bên lành vào bụng. Nếu cơ co rút gấp khớp háng sẽ thấy đùi bên đau gấp đúng tư thế co rút.

4.3.3. Tính chất sưng khớp háng: khớp háng sưng to, trái ngược với teo cơ lan rộng toàn bộ đùi, rất có khả năng lao khớp háng.

4.3.4. Dấu hiệu ổ khớp háng rỗng: tìm ổ khớp háng, ngón tay cái không chạm thấy chỏm xương đùi là dấu hiệu của trật khớp háng.



4.4. Các điểm đau chói khi ấn:

4.4.1. Xác định rõ vị trí giải phẫu điểm (hay vùng) đau chói khi ấn thường gợi ý chấn thương hay bệnh lý cụ thể. Về nguyên tắc chung:

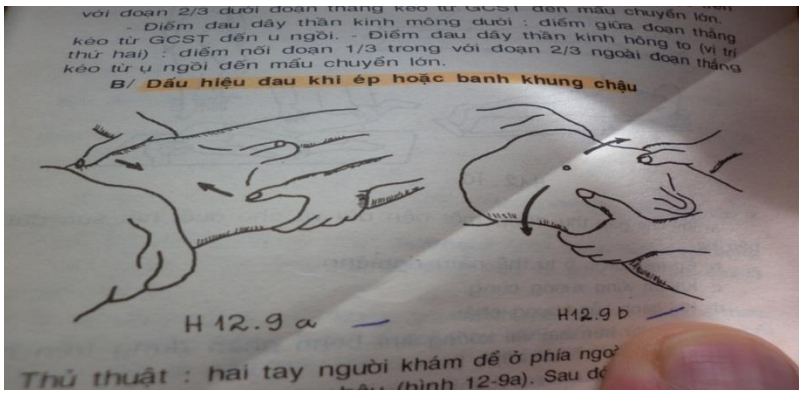
- Điểm đau chói khi ấn xuất hiện sau một chấn thương mạnh phải nghi có gãy xương nếu ở bên dưới là xương hay các mỏm xương chồi.

- Đau tương ứng ở ổ khớp nghĩ đến trật khớp háng.
- Đau ở vùng mềm nghi đến tổn thương cơ.

Nếu không có bệnh sử chấn thương:

- Đau ở vùng khớp nghi đến các bệnh lý của khớp như: viêm khớp, hư khớp.
- Đau ở các chồi xương, nguyên ủy của các cơ nghĩ đến bệnh của gân cơ.

4.4.2. Dấu hiệu đau khi ép hoặc banh khung chậu: (hình 12- 9a và 12- 9b)



Thủ thuật: hai tay người khám để ở phía ngoài mào chậu gần gai chậu trước trên và bóp ép khung chậu. Sau đó banh bửa khung chậu. Hỏi bệnh nhân vị trí vùng đau: nếu sau chấn thương, nơi đau là vị trí gãy xương. Nếu không chấn thương, nơi đau thường là viêm khớp.

4.4.3. Dấu hiệu đau khi dồn gõ từ xa:

Để chi dưới thẳng, người khám dùng một bàn tay đấm nhẹ vào gót dồn ngược lên. Bảo bệnh nhân chỉ vùng đau chói, đó là dấu hiệu của viêm khớp hoặc viêm xương.

5. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG KHỚP GỐI VÀ CẲNG CHÂN:

5.1. Thăm khám lâm sàng:

Gồm các dấu hiệu bệnh lý chung của khớp gối và các dấu hiệu bệnh lý riêng của mỗi thành phần của khớp.

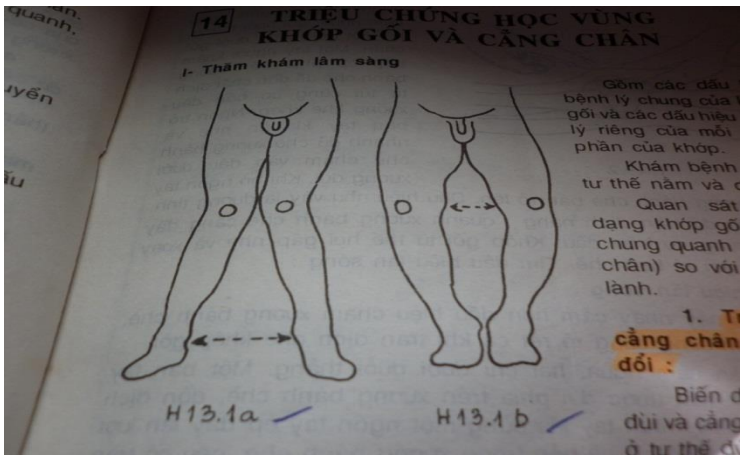
Khám bệnh nhân ở tư thế nằm và đứng.

Quan sát: hình dạng khớp gối và vùng chung quanh (đùi, cẳng chân) so với khớp bên lành.

5.1.1. Trục đùi và cẳng chân có gì thay đổi:

Biến dạng của trục đùi và cẳng chân: khám ở tư thế đứng.

- Cẳng chân dạng quá mức: chân vòng kiềng hình chữ X, do khoảng cách của hai mắt cá trong (hình 13 - 1a).
- Cẳng chân khép quá mức: chân vòng kiềng hình chữ O, do khoảng cách của hai khe khớp trong gối (hình 13 - 1b).



5.1.2. Khớp gối sưng:

Chú ý xem sưng toàn bộ khớp gối (tràn dịch khớp gối do viêm hay chấn thương) hay sưng cục bộ ở một vị trí nào (thường là thương tổn khu trú, như đứt dây chằng bên hoặc bệnh lý, có khi ở ngoài khớp, như viêm túi hoạt dịch trước xương bánh chè).

5.1.3. Vị trí xương bánh chè có khác bình thường không.

Chấn thương xương bánh chè được xác định bằng:

- Thay đổi vị trí xương bánh chè trong trật xương bánh chè.
- Biến dạng, thường là di lệch xa, sờ thấy một đường rãnh phân chia các mảnh gãy.
- Đau chói khi ấn vào vùng gãy.

5.1.4. Các cơ ở cẳng chân và nhất là ở đùi sưng hoặc teo:

Cần phân biệt teo toàn bộ cơ đùi hay chỉ teo cơ tứ đầu đùi.

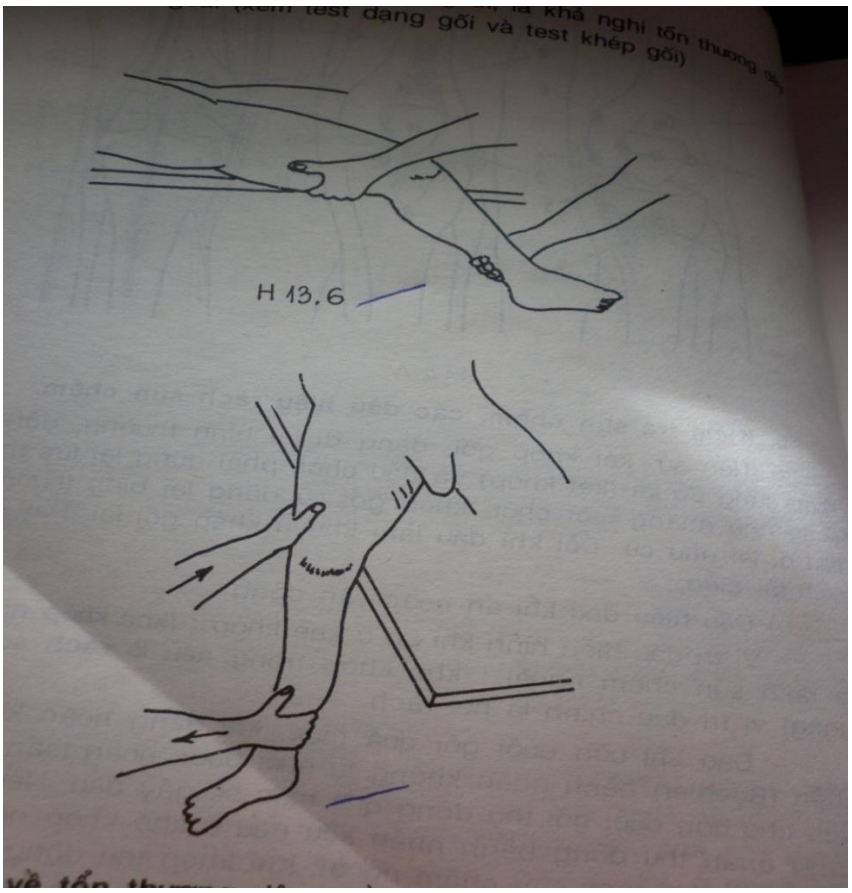
5.2. Các test về tổn thương dây chằng - bao khớp:

5.2.1.Test dạng gối: (test valgus)

Bệnh nhân nằm ngửa. Nên bắt đầu khám bên gối lành trước để bệnh nhân được yên tâm không thấy đau và lấy làm cơ sở mức độ căng của dây chằng lành mạnh. Để chân bệnh nhân ra ngoài bàn khám về phía người thầy thuốc. Để khớp háng dạng ra khỏi bàn khám và gấp khớp gối khoảng 30 độ (hình 13 - 6).

Một tay người khám giữ mặt ngoài đùi và tay kia đỡ cổ chân bệnh nhân ở mặt trong. Làm vận động dang cẳng chân (valgus khớp gối) trong khi bàn tay giữ cổ chân xoay nhẹ cẳng chân ra ngoài. Ghi nhận mức độ vững chắc của khớp gối lành mạnh ở tư thế gấp gối 30 độ.

Ở bên chân bị chấn thương cũng làm test valgus nhẹ nhàng nhiều lần cho tới khi gây đau nhẹ. Dấu hiệu coi là bệnh lý nếu mức độ valgus nhiều hơn so với bên lành.



5.2.2. Test khép gối: (test varus)

Cách tiến hành tương tự như làm test valgus và bắt đầu khám từ bên chân lành. Chỉ khác bàn tay đặt ở mặt trong đùi và đẩy khép căng chân.

Thử test ở cả tư thế gấp 30 độ và duỗi gối hoàn toàn. Thêm vào đó, đặt gót chân bên khớp gối bị thương lên khớp gối bên lành ở tư thế đùi dạng và xoay ngoài và gấp gối. Dùng tay sờ nắn mặt ngoài khớp gối tìm một dải hẹp căng thẳng. Đó là dây chằng bên ngoài. Nếu dây chằng này bị đứt không thấy cảm giác căng như bên gối lành mạnh.

Ý nghĩa:

- Nếu test dương tính ở tư thế gấp gối: chỉ có tổn thương ở mặt phẳng dây chằng bên.
- Test dạng gối dương tính: tổn thương dây chằng bên trong và các dây chằng bên khác ở khoang trong.
- Test khép gối dương tính: tổn thương dây chằng bên ngoài và các dây chằng bên khác ở khoang ngoài.
- Nếu test dương tính ở tư thế gối duỗi thẳng: tổn thương ngoại biên + tổn thương trụ trung tâm.

5.3. Một số chấn thương và bệnh học thường gặp ở khớp gối, cẳng chân:

+ Gãy xương bánh chè
+ Gãy thân hai xương cẳng chân
+ Gãy các mắt cá
+ Trật khớp gối
+ Các tổn thương dây chằng (bong gân) ở khớp gối.

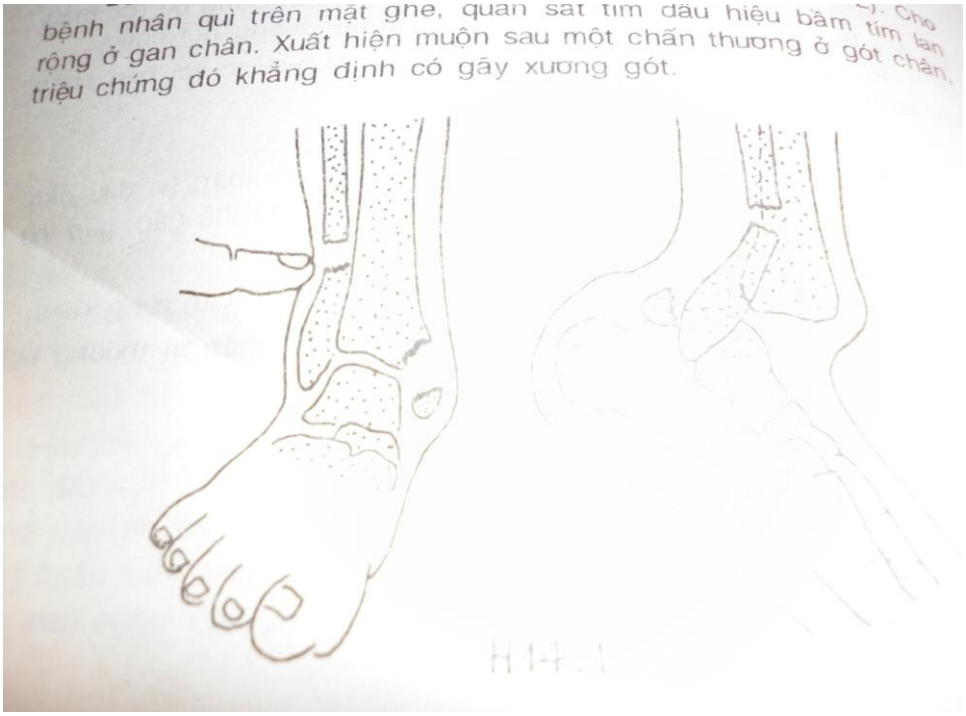
6. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG CỔ CHÂN VÀ BÀN CHÂN:

Khám ở tư thế nằm, ngồi buông thỏng bàn chân, gối gấp 90 độ và đứng. Bệnh nhân bộc lộ hoàn toàn hai chi dưới.

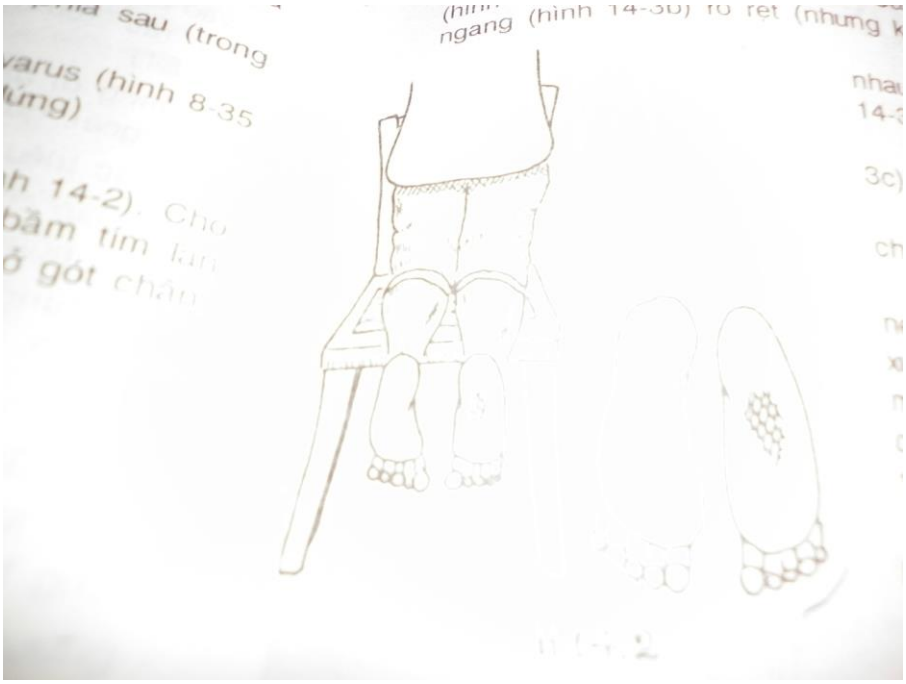
6.1. Quan sát: Hình dạng cổ chân (cả cẳng chân và bàn chân). Đặc biệt chú ý:

6.1.1. Biến dạng như:

+ Dấu hiệu nhát rìu ở cổ chân (Hình 14-1) của gãy mắt cá.



+ Bàn chân di lệch ra sau hoặc bàn chân ngắn (hình 14 - 2) của trật bàn chân ra sau.



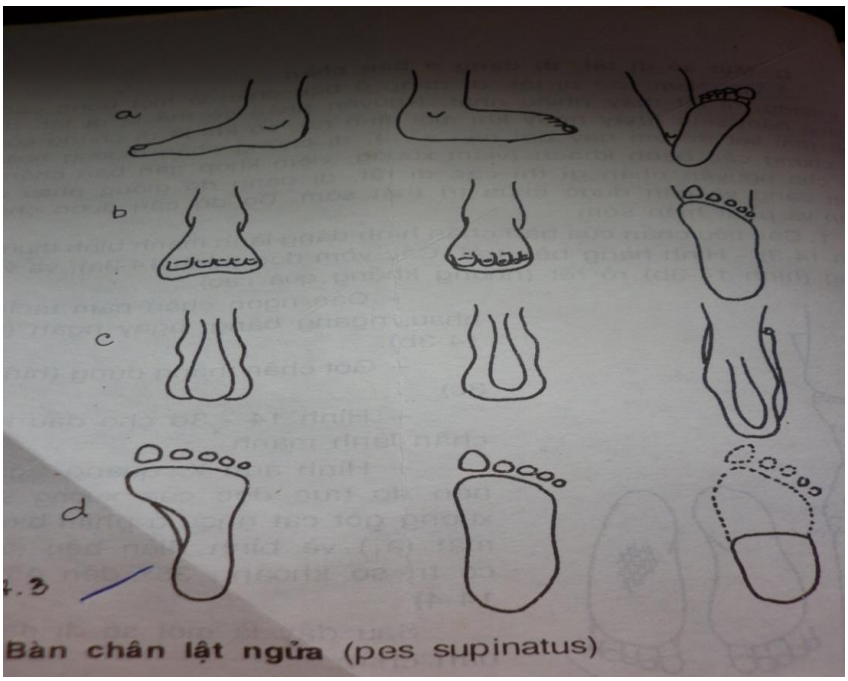
+ Gót bàn chân ngắn và bè rộng khi nhìn từ phía sau (trong gãy xương gót).
+ Biến dạng lệch trục gót chân kiểu valgus hay varus, gót chân lật sấp hay lật ngửa (khám tư thế đứng).

6.1.2. Dấu hiệu bầm tím muộn ở gan chân:

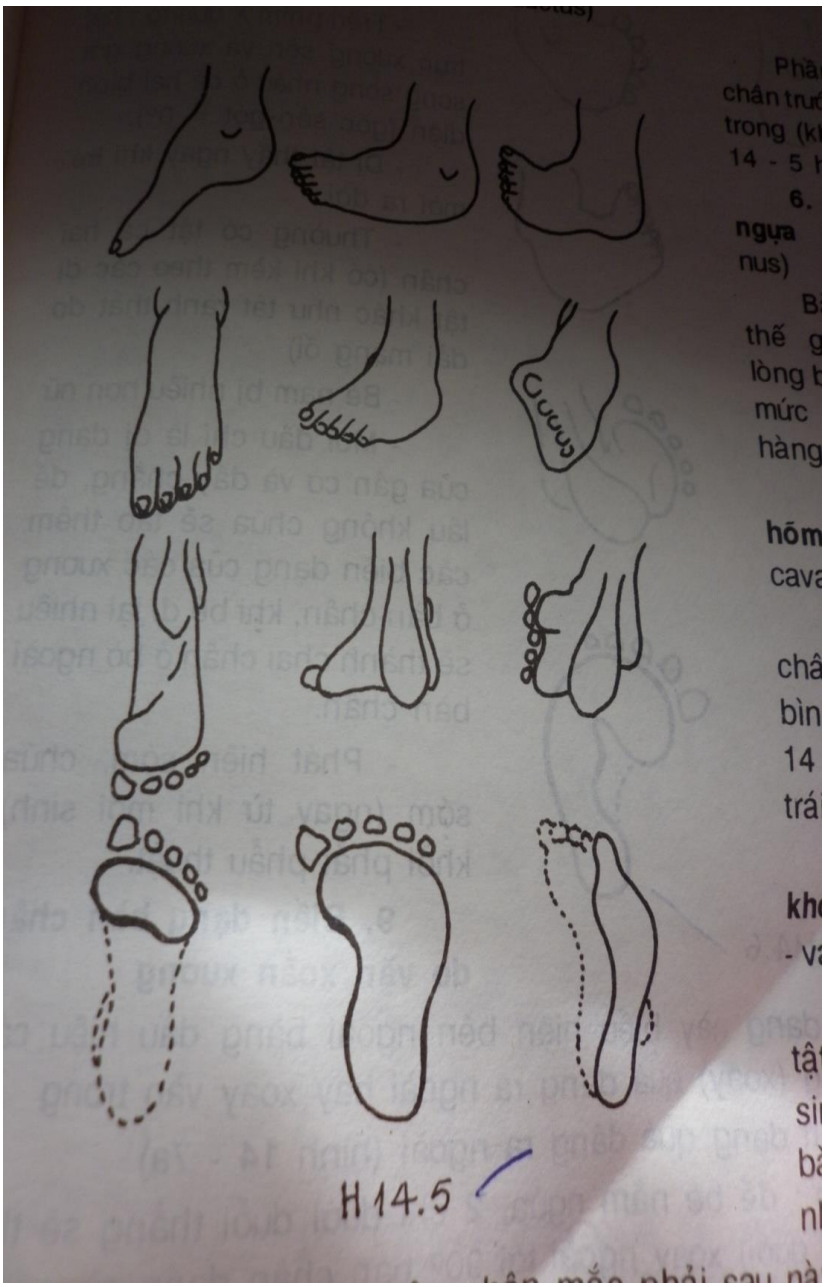
Dấu hiệu bầm tím muộn lan rộng ở gan chân (hình 14 - 2). Cho bệnh nhân quì trên mặt ghế, quan sát tìm dấu hiệu bầm tím lan rộng ở gan chân. Xuất hiện muộn sau một chấn thương ở gót chân, triệu chứng đó khẳng định có gãy xương gót.

6.1.3. Một số dị tật, dị dạng ở bàn chân:

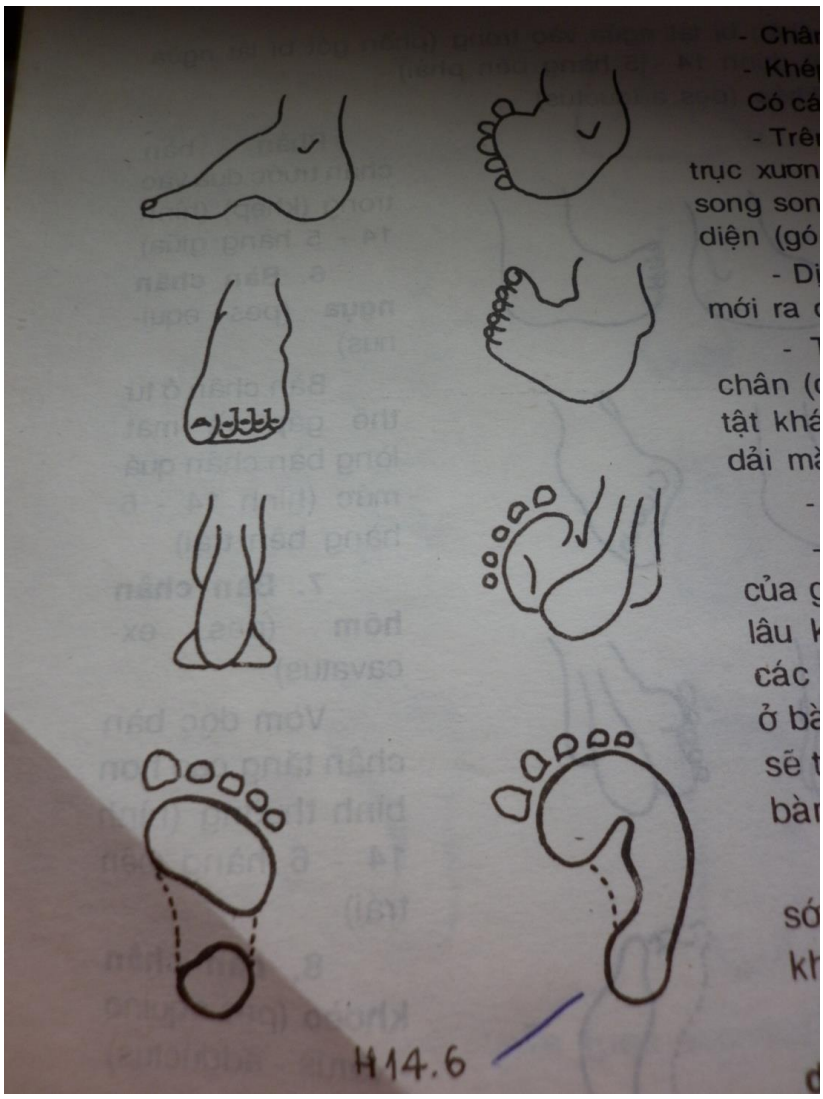
- Các tiêu chuẩn của bàn chân hình dáng lành mạnh bình thường (hình 14-3) - hình hàng bên trái. Các vòm dọc (Hình 14-3a), và vòm ngang (Hình 14-3b) rõ rệt (nhưng không quá cao).



  - Các ngón chân nằm tách rời nhau, ngang bằng, ngay ngắn (hình 14-3b)
  - Gót chân thẳng đứng (hình 14-3c)
  - Hình 14-3d cho dấu in bàn chân lành mạnh.
- Sau đây là một số dị dạng của bàn chân:
  - Bàn chân bẹt: là bàn chân cả vòm dọc lẫn vòm ngang đều phẳng bẹt (hình a,b). Thường ở người Việt Nam bàn chân bẹt không gây phiền hà gì, mà chỉ coi như một biến thể của bàn chân bình thường lành mạnh. Chỉ khi nào bàn chân bẹt gây đau mới là bệnh lý.
  - Bàn chân gót: Bàn chân ở tư thế gấp về mặt lưng bàn chân quá mức, khi đứng bàn chân tì bằng phần gót thôi và dấu in bàn chân cũng chỉ còn phần gót (Hình 14-3).
  - Bàn chân lật ngửa: toàn bộ bàn chân bị lật ngửa vào trong (phần gót bị lật ngửa có tên gọi là varus) (Hình 14-5 hàng bên phải).



- Bàn chân khép: phần bàn chân trước đưa vào trong (khép) (Hình 14-5 hàng giữa).
- Bàn chân ngựa: bàn chân ở tư thế gấp về mặt lòng bàn chân quá mức (Hình 14-6 hàng bên trái).
- Bàn chân hõm: vòm dọc bàn chân tăng cao hơn bình thường (Hình 14-6 hàng bên trái).



- Bàn chân khoèo: trong các dị tật, dị dạng bẩm sinh ở Việt Nam tật bàn chân khoèo là nhiều nhất. Bàn chân khoèo do các nguyên nhân mắc phải sau này cũng không ít (hình 14-6 hàng bên phải):

+ Lật ngửa

+ Chân ngựa

+ Khép

Có các đặc điểm sau đây:

+ Trên phim x Quang: hai trục xương sên và xương gót song song nhau ở cả hai bình diện.

+ Dị tật thấy ngay khi trẻ mới ra đời.

+ Thường có tật cả hai chân.

+ Bé nam bị nhiều hơn nữ.

+ Mới đầu chỉ là dị dạng của gân cơ và dây chằng, để lâu không điều trị sẽ tạo thêm các biến dạng của các xương ở bàn chân,khi bé đi lại nhiều sẽ thành chai chân ở bờ ngoài bàn chân.

+ Phát hiện sớm, điều trị sớm (ngay từ khi mới sinh) khỏi phải phẫu thuật.

6.2. Sờ nắn:

6.2.1. Mất liên quan bình thường giữa hai mắt cá. Sau một chấn thương nếu mắt cá ngoài ở vị trí cao hơn mắt cá trong ở tư thế cẳng chân để thõng xuôi, là dấu hiệu gãy các mắt cá có di lệch.

6.2.2. Xác định vị trí các điểm đau

+ Sau một chấn thương mạnh, vị trí cụ thể của điểm đau chói ở các xương cổ chân và bàn chân giúp rất nhiều để nghĩ xương nào gãy. Ví dụ: đau chói ở mắt cá: gãy mắt cá. Đau chói khi bóp xương gót: gãy xương gót…
+ Không có nguyên nhân chấn thương, một số vị trí đau khi ấn làm nghĩ đến các bệnh lý thường gặp. Ví dụ:
    - Ấn đau quanh gân gót hoặc nơi bám tận gân gót nghĩ đến viêm mô quanh gân gót.
    - Đau tự nhiên và ấn đau vùng sau mắt cá trong, lan tỏa xuống gan chân, nghĩ đến hội chứng chèn ép thần kinh chày sau ở ống cổ chân.

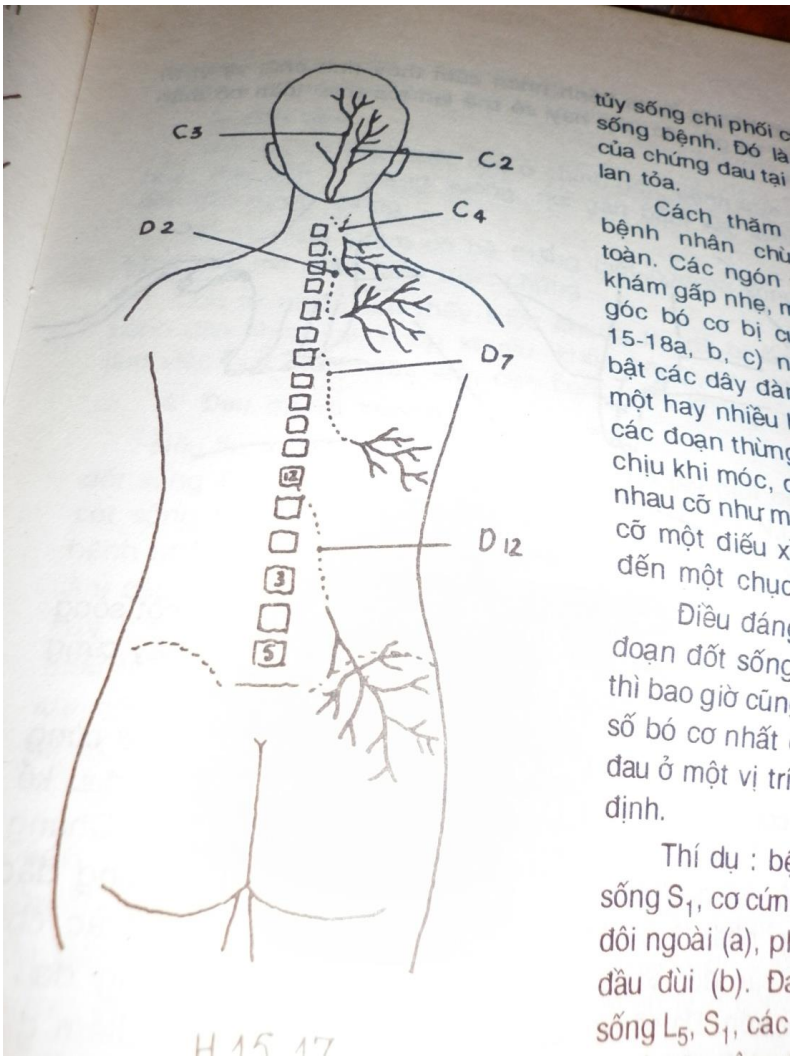
6.3. Đo chiều dài chi dưới: sai số có thể khoảng 0,5 - 1cm.

6.3.1. Đo trực tiếp: bệnh nhân nằm ngửa trên giường cứng phẳng, thân và khung chậu ngay ngắn, hai chi dưới song song, đối xứng so với trục dọc thân. Đo hai chiều dài:

- Chiều dài tương đối: đo khoảng cách gai chậu trước trên - mắt cá ngoài.
- Chiều dài tuyệt đối: đo khoảng cách mấu chuyển lớn - mắt cá ngoài.
- Bình thường: chiều dài tương ứng của hai chi dưới bằng nhau.

6.3.2. Đo gián tiếp: không áp dụng trên lâm sàng.

7. TRIỆU CHỨNG HỌC VÙNG CỘT SỐNG



7.1. Các dấu hiệu gợi ý:

7.1.1. Khi vòng vai không ngang bằng, hai mỏm bả vai cao thấp, hai tam giác cạnh than khác nhau.

7.1.2. Cong vẹo cột sống sang bên, đường các gai sống không thẳng đứng mà bị uốn cong sang bên.

Chú ý ghi nhận chi tiết:

- Hình dánh cong vẹo (chữ C hay chữ S).
- Vùng cột sống nào lệch vẹo.
- Độ cong gồ về phía bên nào (phải hay trái).

Kiểm tra thêm bằng:

- Nghiêng sang bên (phía bên độ cong gồ) mà lệch vẹo không mất.
- Cúi ra trước, có độ chênh lệch của hai bên nửa lưng.
- Khi nằm sấp cong vẹo không mất đi.

Thì đó là lệch vẹo sang bên do cấu trúc của xương.

Nếu ở ba tư thế nói trên, hình dạng cột sống bình thường trở lại là lệch vẹo do nguyên nhân bên ngoài cột sống.

7.1.3. Điểm đau ở cột sống:

Yêu cầu bệnh nhân lấy một ngón tay chỉ vị trí điểm đau ở cột sống. Thầy thuốc dùng viết đánh dấu lên da. Yêu cầu bệnh nhân chỉ lại lần nữa, có thể có một trong hai kết quả sau đây:

- Lần chỉ sau cũng đúng vào các điểm đã đánh dấu lần đầu. Thường là các điểm đau của kích thích thần kinh cảm giác.
- Lần chỉ sau không đúng các điểm cũ có thể là tính chất đau mơ hồ của rối loạn thần kinh thực vật.

7.2. Thăm khám:

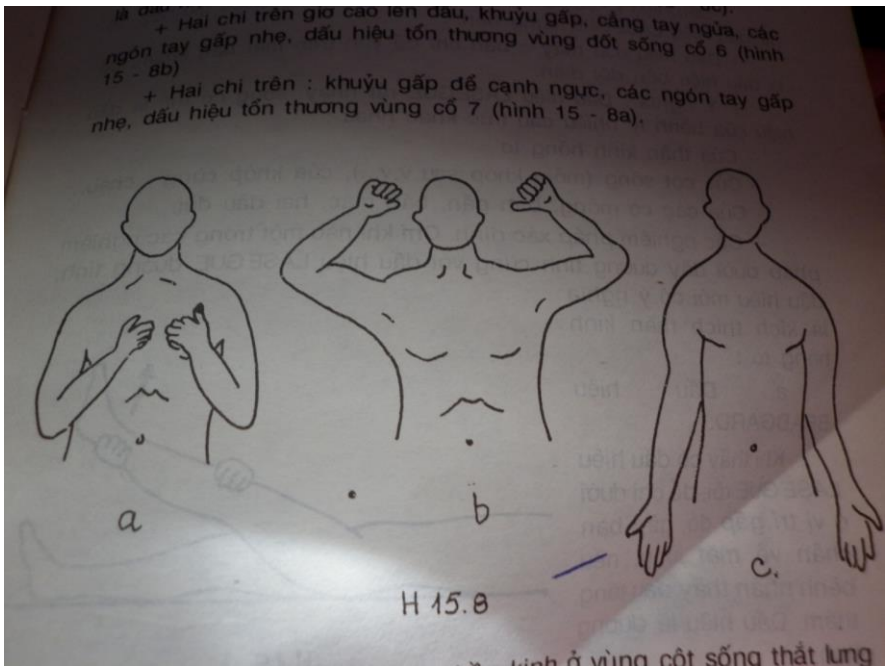
7.2.1. Khám bệnh nhân ở tư thế ngồi: cho bệnh nhân ngồi trên một ghế đẩu, tư thế thoải mái.

+ Quan sát tư thế cột sống xem gù toàn bộ cột sống, khi ngồi nghiêng có hết không.
+ Kiểm tra vận động đoạn cột sống cổ.
+ Đau do dồn gõ từ xa.
+ Quan sát các tư thế ngồi khác thường như: bệnh nhân ngồi, phải chống hai tay hai bên tì trên mặt ghế hoặc tì hai khuỷu lên mặt bàn để hai bàn tay đỡ hai bên cằm, thường là dấu hiệu cột sống đau, phải dùng tay tì đỡ.

7.2.2. Khám bệnh nhân ở tư thế nằm:

Bệnh nhân nằm sấp ngay ngắn, song song với hai thành bên giường khám, hai tay để xuôi dọc thân mình, nằm thoải mái như nằm nghỉ, các cơ chùng.

+ Kiểm tra các cơ dọc cột sống. Khi nằm nghỉ các cơ bình thường lành mạnh sẽ chùng, mềm và ấn không đau.
+ Khám vận động của cột sống ở tư thế nằm: một tay luồn qua cổ bệnh nhân, đỡ cho ngửa cột sống ra sau: cột sống lành mạnh bình thường khi đó sẽ ưỡn cong đều đặn ra trước, rõ nhất ở vùng thắt lưng, ngược lại không ưỡn cong được là vận động hạn chế.
+ Các khối u dọc cột sống: áp xe lạnh của lao cột sống.
+ Kiểm tra tình trạng của tủy sống: tùy vùng cột sống nào bị bệnh mà kiểm tra các dấu hiệu thần kinh (vận động, cảm giác, các phản xạ…) liên quan đến đoạn tủy sống tương ứng, ngoài ra cần chú ý đến góc tư thế liệt:
  - Bệnh nhân nằm, hai chi trên nằm ỳ như chết dọc thân mình là dấu hiệu tổn thương tủy vùng đốt sống cổ 5 (Hình 15-8c).



- Hai chi trên giơ cao lên đầu, khuỷu gấp, cẳng chân ngửa, các ngón tay gấp nhẹ, dấu hiệu tổn thương vùng đốt sống cổ 6 (Hình 15-8b)
- Hai chi trên: khuỷu gấp để cạnh ngực, các ngón tay gấp nhẹ, dấu hiệu tổn thương vùng cổ 7 (Hình 15-8a).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Các biến dạng của ngón tay, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Ngón tay ngắn lại

b) Ngón tay hình chữ chi

c) Dấu hiệu vuốt trụ

d) a, b, c đúng.

2. Chiều dài tương đối cánh tay, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Mỏm cùng – mỏm trên lồi cầu

b) Mỏm cùng – mỏm trâm quay

c) Mỏm trên lồi cầu – mỏm trâm quay

d) Mỏm khuỷu – mỏm trâm trụ.

3. Dấu hiệu Trendelenburg, CHỌN CÂU SAI:

a) Do liệt cơ tứ đầu đùi

b) Tư thế: bệnh nhân đứng một chân, chân kia co cao khỏi mặt đất

c) Bình thường: nếp mông bên chân co cao hơn nếp mông bên chân trụ

d) Bệnh lý: nếp mông bên chân co ngang bằng hoặc thấp hơn bên chân trụ.

4. Test dạng gối, CHỌN CÂU SAI:

a) Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, khớp háng dạng ra khỏi bàn khám và gấp gối khoảng 30 độ

b) Làm vận động dang cẳng chân trong khi bàn tay giữ cổ chân xoay nhẹ cẳng chân ra ngoài (valgus khớp gối)

c) Ở bên chân bị chấn thương làm tương tự như bên chân lành

d) Dấu hiệu coi là bệnh lý nếu mức độ valgus ít hơn so với bên lành.

5. Đo chiều dài chi dưới, sai số có thể khoảng 3 – 5 cm.

a) Đúng

b) Sai.

6. Cong vẹo cột sống sang bên: đường gai cột sống không thẳng đứng mà bị uốn cong sang bên.

a) Đúng

b) Sai.

BÀI 26. GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được ba nguyên nhân của gãy xương
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy xương
3. Kể được ba biến chứng của gãy xương
4. Trình bày được xử trí gãy xương ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Gãy xương là một loại thương tổn ảnh hưởng tới sự toàn vẹn của xương.

1.2. Nguyên nhân:

- Nguyên nhân trực tiếp: do một tác nhân đập trực tiếp vào nơi gãy, hay gặp trong các trường hợp: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong sinh hoạt và các vết thương do bom đạn.
- Nguyên nhân gián tiếp: do hiện tượng đè ép của cơ thể và sức chống đỡ của chi nơi gãy xa nơi chịu tác động của chấn thương. VD: bệnh nhân ngã chống bàn tay xuống đất, đầu dưới xương quay bị ép giữa mặt đất và sức nặng của cơ thể nên dễ bị gãy.
- Nguyên nhân bệnh lý: gặp trong các trường hợp viêm xương mạn tính, u xương, lao xương.

2. PHÂN LOẠI TỔN THƯƠNG

- Tổn thương xương:
  + Gãy kín: ổ gãy không thông với bên ngoài.
  + Gãy hở: ổ gãy thông với bên ngoài.
  + Gãy hoàn toàn: hai đầu xương gãy rời nhau và có thể di lệch theo các chiều: ngang, dọc, gập góc.
  + Gãy không hoàn toàn: có thể chỉ tổn thương một phần của thân xương 2 đầu xương còn dính vào nhau, còn gọi là gãy rạn cành tươi.
  + Gãy phức tạp: xương bị gãy làm nhiều đoạn hoặc xương bị dập nát. Có trường hợp gãy xương kèm theo đứt mạch máu thần kinh hoặc tổn thương xương và khớp.
- Tổn thương phần mềm:
  + Da: có thể bị thủng hay dập nát.
  + Cơ: các bắp cơ bị dập nát, bị đứt do hai đầu xương cắt.
  + Mạch máu và thần kinh: có thể bị đứt hay bị kẹp vào chỗ gãy.

3. CÁC THỂ DI LỆCH ĐIỂN HÌNH CỦA GÃY XƯƠNG

- Di lệch sang bên: đoạn gãy di lệch thẳng góc với trục dọc của xương.
- Di lệch chồng ngắn: các đoạn gãy di lệch dọc theo trục xương tiến sát lại nhau.
- Di lệch xa nhau: các đoạn gãy di lệch dọc trục rồi xa nhau.
- Di lệch gập góc: trục hai đoạn gãy tạo nên một góc (tính bằng góc nhọn).
- Di lệch xoay: đoạn gãy xa di lệch xoay quanh trục dọc của xương.

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

4.1. Triệu chứng toàn thân:

- Nếu gãy xương lớn và gãy xương phức tạp thường có sốc kèm theo.
- Nếu gãy xương nhỏ triệu chứng toàn thân vẫn bình thường.

4.2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau: đau ngay khi bị chấn thương và nhất là thầy thuốc ấn vào chỗ gãy.
- Mất hoặc giảm cơ năng:
  + Nếu xương bị gãy hoàn toàn thì mất cơ năng vận động của chi.
  + Nếu xương bị gãy không hoàn toàn thì giảm cơ năng vận động của chi.

4.3. Triệu chứng thực thể:

Khi thăm khám phải tỉ mỉ nhẹ nhàng và phải so sánh với bên chi lành.

- Nhìn: Tư thế, nếu gãy chi trên: tay lành luôn luôn đỡ lấy tay đau, thân và đầu nghiêng về phía chi bị gãy. Nếu gãy chi dưới: bệnh nhân phải nằm, đùi duỗi, bàn chân xoay ra ngoài.
  + Biến dạng của chi bị gãy: Chi ngắn, chi bị gập góc, chi bị lệch trục, chi bị sưng nề bầm tím.
- Sờ nắn: Tìm điểm đau chói. Đối với loại gãy hoàn toàn dễ tìm, với loại gãy không hoàn toàn phải khám tỉ mỉ. Dùng ngón tay trỏ nắn hoặc vuốt từ chỗ không đau tới chỗ nào bệnh nhân đau nhất đó là điểm xương bị tổn thương.
  + Dấu hiệu lạo xạo xương.
  + Cử động bất thường (dấu hiệu lạo xạo xương và cử động bất thường ở tuyến y tế cơ sở không được làm vì nếu làm bệnh nhân có thể chết do bị sốc hoặc gây tổn thương phức tạp thêm).
  + Cần phát hiện tổn thương về mạch máu và thần kinh..Phải bắt mạch ở gần ngọn chi (cổ tay, cổ chân) khám vận động, cảm giác ở ngọn chi.

4.4. Triệu chứng cận lâm sàng:

- X quang: chụp hai phim thẳng và nghiêng để phát hiện vị trí và sự di lệch của hai đầu xương.

5. BIẾN CHỨNG:

5.1. Biến chứng ngay:

- Sốc
- Từ gãy kín chuyển thành gãy hở
- Tổn thương các cơ quan lân cận
- Đứt mạch máu và thần kinh trong gãy xương tứ chi. Tổn thương niệu đạo hoặc bàng quang trong vỡ xương chậu, liệt tủy trong gãy cột sống…

5.2. Biến chứng sau:

- Nhiễm khuẩn hay gặp trong gãy xương hở (gây viêm xương - tủy xương).
- Di lệch thứ phát: do cố định không tốt.
- Rối loạn dinh dưỡng của chi: phù nề, đau buốt chi. Có nốt phỏng.

5.3. Biến chứng muộn:

- Teo cơ và cứng khớp: hay gặp trong các trường hợp bất động kéo dài và bệnh nhân không tập luyện.
- Can lệch khi kéo nắn hai đầu xương bị gãy không thẳng trục với nhau. Can của hai đầu xương phát triển chệch hướng tạo nên một điểm gồ lên.
- Khớp giả: do kéo nắn không tốt hai đầu xương cách xa nhau, giữa hai đầu xương, cơ và tổ chức liên kết đến phủ kín. Hai đầu xương phát triển nhưng không bám được vào nhau, tại đó tạo nên một khớp mới gọi là: khớp giả, trường hợp này phải giải quyết bằng phẫu thuật.
- Chậm liền xương gặp trong trường hợp bệnh nhân có bệnh nội tiết hoặc ăn uống thiếu chất.

6. XỬ TRÍ GÃY XƯƠNG Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Phòng và chống sốc: tiêm Morphin hay phong bế Novocain tại ổ gãy.
- Cho uống nước trà đường ấm.

- Phải ủ ấm vào mùa đông và đặt bệnh nhân ở nơi thoáng mát vào mùa hè.
- Phải xử lý vết thương mạch máu và vết thương phần mềm đúng nguyên tắc nếu có.
- Bất động tạm thời đúng nguyên tắc.
- Tiêm thuốc trợ lực, trợ tim và chuyển nhẹ nhàng bệnh nhân lên tuyến trên khi hết sốc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân gãy xương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nguyên nhân trực tiếp
b) Nguyên nhân gián tiếp
c) Nguyên nhân bệnh lý
d) a, b, c đúng.

2. Phân loại tổn thương xương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Gãy kín, gãy hở
b) Gãy hoàn toàn, gãy không hoàn toàn
c) Gãy phức tạp
d) a, b, c đúng.

3. Biến chứng ngay của gãy xương, CHỌN CÂU SAI:

a) Sốc
b) Tổn thương cơ quan lân cận
c) Tăng áp lực nội sọ
d) Đứt mạch máu và thần kinh.

4. Biến chứng muộn của gãy xương, CHỌN CÂU SAI:

a) Teo cơ
b) Can lệch
c) Khớp giả
d) Trật khớp.

5. Phòng và chống sốc: tiêm Morphin hay phong bế Novocain tại ổ gãy.

a) Đúng
b) Sai.

6. Xử trí gãy xương ở tuyến cơ sở: bất động tạm thời đúng nguyên tắc.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 27. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được nguyên nhân gãy cột sống
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng gãy cột sống
3. Mô tả được xơ cứu ban đầu tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

Gãy cột sống là một cấp cứu ngoại khoa, chiếm tỉ lệ 3- 4% trong tổng số các loại gãy xương. Sơ cứu ban đầu sớm, đúng là một việc quan trọng giúp cho điều trị tốt, làm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng cho người bệnh.

1. NGUYÊN NHÂN:

- Nguyên nhân trực tiếp: do tác nhân đập trực tiếp vào cột sống: gỗ đè, cây đổ, sập nhà, tường đổ….
- Nguyên nhân gián tiếp: ngã ngồi gây nên lún và gãy cột sống.
- Nguyên nhân bệnh lý: lao cột sống, sau cơn co cứng của uốn ván (ít gặp).

2. SINH LÝ BỆNH VÀ GIẢI PHẪU

2.1. Sinh lý bệnh:

Cột sống đã tạo nên trục của bộ xương che chở cho tủy sống. Đầu, thân cử động được là nhờ có các đĩa sống. Cột sống có hai đoạn đóng vai trò bản lề:

- Bản lề giữa cột sống và lưng
- Bản lề giữa cột sống lưng và thắt lưng: Hai vùng này di động nhiều. Đây là điểm chủ yếu của cột sống lưng. Khi bị chấn thương phần lớn sức mạnh dồn vào đó nên dễ bị gãy hơn các điểm khác.

Tủy sống có hai đoạn phình to, đoạn ở cột sống cổ và lưng. Hai nơi này phát nguyên ra các dây thần kinh đi tứ chi. Khi gãy cột sống có ảnh hưởng đến tủy sống sẽ gây hiện tượng liệt chi. Tùy theo từng vị trí của tổn thương mà có thể bị liệt cả 2 chi dưới hoặc tứ chi.

2.2. Giải phẫu bệnh:

Đa số gãy ở thân đốt, đường gãy chạy từ trên xuống dưới và từ sau ra trước của đốt sống, cho nên đoạn trên chệch ra trước, đoạn dưới chệch ra sau làm cho cột sống bị cong và tủy sống bị đè ép hoặc bị đứt.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Tùy theo gãy cột sống có kèm theo tổn thương xương và tủy hay không mà chia ra 2 thể lâm sàng sau đây:

3.1. Gãy cột sống không liệt tủy:

- Đau: đau khu trú rõ rệt ở 1 hoặc 2 đốt sống. Khi gõ nắn hoặc vuốt nhẹ từ dưới lên bệnh nhân đau nhiều nơi bị tổn thương.
- Giảm cơ năng: các động tác cúi, nghiêng, ngửa giảm không rõ. Nếu tổn thương nặng bệnh nhân không cử động được.
- Biến dạng: nhìn khoảng cách giữa hai mấu gai dãn rộng. Mấu gai gồ ra sau làm gù lưng.
  Sờ nắn: vuốt nhẹ từ dưới lên theo cột sống bệnh nhân đau ở nơi tổn thương.
- X Quang: chụp hai phim thẳng nghiêng để phát hiện vị trí của tổn thương và sự di lệch.

3.2. Gãy cột sống có liệt tủy:

3.2.1. Triệu chứng về thần kinh (liệt tủy): tùy theo tổn thương làm liệt hoàn toàn hoặc không hoàn toàn mà có dấu hiệu liệt nhiều hay ít.

* Liệt cơ:
  - Nếu gãy trên đốt sống cổ V thì liệt tứ chi
  - Nếu gãy cột sống lưng hay thắt lưng thì liệt hai chi dưới
  - Tính chất liệt: liệt mềm làm các phản xạ và cử động mất.

* Liệt cơ thắt: gây tình trạng bí tiểu, bí tiêu (ở nam giới, khi bị đứt tủy thì dương vật luôn luôn bị cứng) kèm theo có rối loạn về dinh dưỡng như loét, nó xuất hiện vào ngày thứ 3 ngay sau khi bị liệt.

* Mất cảm giác:
  - Nếu tổn thương dưới đốt thắt lưng I: mất cảm giác vùng tầng sinh môn
  - Nếu tổn thương đốt thắt lưng I: mất cảm giác mặt ngoài và sau của chi dưới
  - Nếu tổn thương đốt thắt lưng X đến XIII: mất cảm giác vùng bụng
  - Nếu tổn thương càng cao thì mất cảm giác càng cao tương ứng với nơi xuất phát của dây thần kinh tủy sống.

3.2.2. Triệu chứng gãy xương:
  - Đau: đau chói khi ấn vào gai sống
  - Giảm cơ năng
  - Sưng: sưng ở vùng bị gãy và có máu tụ
  - Biến dạng: cột sống gồ rõ rệt ở nơi bị tổn thương.

3.2.3. Triệu chứng toàn thân: sốc biểu hiện ngay sau khi bị chấn thương hoặc di chuyển không đúng phương pháp, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, chân tay lạnh, vã mồ hôi, thở nhanh.

3.2.4. Triệu chứng cận lâm sàng: cho bệnh nhân đi chụp khi hết sốc.

4. XỬ TRÍ:

Việc sơ cứu bệnh nhân gãy cột sống rất quan trọng, nếu không làm đúng và làm sớm có thể gây chết hoặc làm tổn thương nặng thêm.

- Chống sốc: ủ ấm, giảm đau, tiêm thuốc trợ lực, trợ tim.
- Khám nhẹ nhàng và toàn diện để phát hiện các thương tổn kèm theo và thương tổn tại cột sống. Khi khám không cho bệnh nhân cúi hoặc ngồi, phải để bệnh nhân nằm.
- Phương tiện chuyên chở:
  + Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên cáng cứng hoặc nằm sấp trên cáng mềm.
  + Cáng cứng: loại có khung riêng, cáng kim loại, cáng thô sơ như ván, cánh cửa hoặc chõng tre.
  + Cáng mềm: như cáng bạt, võng. Bệnh nhân phải được cố định cẩn thận đầu, ngực, chậu hông xuống cáng để tránh di lệch thêm gây tổn thương tủy sống.
- Chuyên chở: quá trình chở phải nhẹ nhàng và có cán bộ y tế đi theo để đề phòng sốc.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Gãy cột sống chiếm tỷ lệ trong các loại gãy xương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 3 – 4 %
b) 9 – 10 %
c) 15 – 16%
d) 20 – 21%.

2. Triệu chứng gãy cột sống không liệt tủy, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau
b) Giảm cơ năng
c) Biến dạng
d) a, b, c đúng.

3. Triệu chứng gãy cột sống có liệt tủy, CHỌN CÂU SAI:

a) Liệt cơ thắt
b) Mất cảm giác
c) Nôn ói
d) Sốc.

4. Vận chuyển bệnh nhân gãy cột sống, CHỌN CÂU SAI:

a) Đặt bệnh nhân nằm sấp trên cáng cứng
b) Chuyên chở nhẹ nhàng
c) Có cán bộ y tế đi theo
d) Có các loại cáng cứng và cáng mềm.

5. Triệu chứng sưng: sưng ở vùng bị gãy và có máu tụ.

a) Đúng
b) Sai.

6. Triệu chứng biến dạng: cột sống gồ rõ rệt ở nơi bị tổn thương.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 28. BONG GÂN – TRẬT KHỚP

BONG GÂN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được các triệu chứng lâm sàng của bong gân nhẹ và nặng.
2. Nêu được cách xử trí được bong gân ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

- Bong gân là một tổn thương ở khớp nhưng không trật khớp, không gãy xương. Chỉ tổn thương ở bao hoạt dịch, bao khớp và các dây chằng.
- Dây chằng có nhiều nhánh thần kinh chi phối nên khi tổn thương dễ gây rối loạn vận mạch.
- Nơi hay bị bong gân là: cổ chân, cổ tay, đầu gối, bàn chân và các ngón tay.
- Người hay gặp là thanh thiếu niên và các vận động viên thể dục thể thao.

1. GIẢI PHẪU BỆNH: chia làm hai loại:

1.1. Bong gân nhẹ:

Dây chằng bị dãn hoặc bị đứt một phần.

1.2. Bong gân nặng:

Dây chằng bị bong khỏi vị trí bám hoặc bị đứt. Bao khớp bị tổn thương, ổ khớp có thể bị tràn máu hoặc tràn dịch.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Chủ yếu là dựa vào đặc điểm đau tại nơi bám và đường đi của dây chằng. Thường đau nhói khi ấn, khi kéo căng đau tăng lên.

2.1. Bong gân nhẹ:

Đau ít, cử động hạn chế, sưng nề nhẹ quanh khớp.

2.2. Bong gân nặng:

- Đau: đau nhiều nhất là khi vận động.
- Cử động hạn chế.
- Biến dạng rõ: xung quanh khớp sưng to, nhanh, có tràn máu ổ khớp, xung quanh khớp có vết tím bầm lan rộng. Nếu bị đứt gân khớp vận động chệch theo hướng bình thường.

3. TIẾN TRIỂN:

- Bong gân nhẹ: được điều trị đúng, bệnh nhân sẽ khỏi sau 1-2 tuần.
- Bong gân nặng: xử lý không tốt gây biến chứng như teo gân, teo cơ, xương mất chất vôi. Bong gân mãn tính.

4. XỬ TRÍ:

Khám cẩn thận để phân loại xem bong gân ở mức độ nhẹ hay nặng.

4.1. Bong gân nhẹ: có thể điều trị bằng cách phong bế Novocain 1% hoặc 0.25% quanh vị trí tổn thương.

- Cho bệnh nhân ngâm khớp bị tổn thương trong nước ấm 2 - 3 lần/ ngày.
- Cho bất động bằng băng cuộn.
- Cho tập vận động nhẹ nhàng.
- Cho tập vật lí trị liệu nếu có.

4.2. Bong gân nặng:

Phong bế quanh nơi tổn thương và bất động bằng băng cuộn. Giải thích cho bệnh nhân chuyển lên tuyến trên để bó bột.

TRẬT KHỚP (SAI KHỚP)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng của sai khớp vai, khuỷu, háng.
2. Nêu được cách thực hiện cách xử trí sai khớp chung ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa: Sai khớp là sự di chuyển của các đầu xương ra khỏi vị trí bình thường của ổ khớp.

1.2. Nguyên nhân sai khớp:

- Chủ yếu là do chấn thương.
- Do bệnh lý.
- Do bẩm sinh.
- Sai khớp hay gặp ở độ tuổi từ 20 - 40 tuổi.

1.3. Cấu tạo của khớp gồm:

- Mặt khớp: gồm các đầu xương tiếp giáp với nhau có lớp sụn lồi hay lõm tùy theo từng khớp.
- Bao khớp: là một tổ chức xơ đàn hồi. Xung quanh bao khớp được các dây chằng tăng cường. Trong bao khớp chứa chất hoạt dịch giúp cho khớp cử động trơn. Quanh khớp có nhiều mạch máu, thần kinh, cân, cơ, da bao bọc.

1.4. Mức độ sai khớp:

- Sai khớp không hoàn toàn (một phần mặt khớp ra khỏi ổ khớp).
- Sai khớp hoàn toàn.
- Sai khớp tái diễn.

2. SAI KHỚP VAI: Là loại sai khớp hay gặp nhất.

2.1. Nguyên nhân:

- Do ngã chống tay ở tư thế dạng, đưa ra sau và xoay ngoài.
- Do lực chấn thương ở phía sau mỏm vai.
- Sai khớp vai thường xảy ra ở thanh niên (trẻ em, người già thường bị gãy xương).

2.2. Triệu chứng:

2.2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau sau khi bị chấn thương.
- Tay lành đỡ khuỷu tay đau.
- Vai như hạ thấp.
- Giảm hoặc mất cử động khớp vai.

2.2.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn vai có biến dạng:
  + Dấu hiệu gù vai hoặc cơ delta sụp xuống (do chỏm xương cánh tay trật ra ngoài ổ khớp nên không nâng cao cơ delta lên được nữa).
  + Dấu hiệu nhát rìu ở mặt ngoài vai, chỗ bám tận của cơ delta ngực.
  + Cánh tay dạng và xoay ngoài.
  + Chỏm xương cánh tay lồi ra trước làm đầy rãnh cơ delta.
- Sờ nắn: hõm khớp rỗng.
  + Lay cánh tay sẽ thấy chỏm xương cánh tay cũng lay động ở dưới mỏm quạ.
  + Tìm dấu hiệu vận động bất thường: dấu hiệu lò xo (khi ép tay vào thân lúc bỏ tay ra cánh tay trật theo).
  + Dạng tay và đưa tay ra sau dễ hơn bình thường.

+ Cần khám: mạch máu, thần kinh xem có tổn thương kèm theo không.

2.2.3. Triệu chứng cận lâm sàng: Chụp X quang để tìm dấu hiệu trật khớp hoặc gãy xương.

3. SAI KHỚP KHUỶU

3.1. Nguyên nhân:

Do chấn thương gián tiếp như ngã chống tay ở tư thế khuỷu đang duỗi ra và cẳng tay ngửa, ít gặp do lực chấn thương trực tiếp.

3.2. Triệu chứng

3.2.1. Triệu chứng cơ năng:

- Khuỷu tay sưng to nhanh
- Đau nhất là khi sờ vào khuỷu
- Khuỷu chỉ gấp được 90 độ
- Duỗi bình thường có thể di chuyển sang hai bên được.

3.2.2. Triệu chứng thực thể:

- Nhìn:
  + Khuỷu ở tư thế duỗi 120 độ đến 130 độ
  + Khuỷu như ngắn lại
  + Đầu dưới xương cánh tay nhô ra trước trên nếp khuỷu. Mỏm khuỷu nhô ra sau.
- Sờ nắn:
  + Thấy mỏm khuỷu ra phía sau
  + Để tay duỗi thì mỏm khuỷu + mỏm trên ròng rọc + mỏm trên lồi cầu không cùng nằm trên một đường thẳng. (Bình thường 3 điểm này cùng nằm trên một đường thẳng).
  + Để khuỷu gấp 90 độ: nối 3 điểm: mỏm trên ròng rọc + mỏm trên lồi cầu + mỏm khuỷu sẽ không còn là tam giác cân nữa.

3.2.3. Triệu chứng cận lâm sàng: cần chụp X quang để tìm dấu hiệu sai khớp và có gãy xương kèm theo không.

4. SAI KHỚP HÁNG:

4.1. Phân loại: Sai khớp háng chỉ xảy ra khi có một lực chấn thương mạnh vì vậy dễ gây nên sốc. Có 4 kiểu sai khớp háng:

- Kiểu chậu: chỏm trật ra sau, lên trên
- Kiểu ngồi: chỏm trật ra sau, xuống dưới
- Kiểu mu: chỏm trật ra trước, lên trên
- Kiểu bịt: chỏm trật ra trước, xuống dưới.

4.2. Triệu chứng:

4.2.1. Triệu chứng toàn thân: hầu hết bệnh nhân có sốc: da tái nhợt, thờ ơ, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

4.2.2. Triệu chứng cơ năng:

- Đau sau khi bị chấn thương
- Vận động đau tăng
- Chi mất cử động hoàn toàn.

4.2.3. Triệu chứng thực thể:

* Sai khớp kiểu chậu:
  - Chi ngắn khoảng 7- 8 cm trong tư thế duỗi
  - Đùi khép
  - Bàn chân xoay vào trong
  - Không dạng chân và xoay bàn chân ra ngoài được

- Ba điểm: gai chậu trước trên, mấu chuyển lớn, ụ ngồi, không cùng nằm trên một đường thẳng nữa vì mấu chuyển lớn lên cao.

* Sai khớp kiểu ngồi:
  - Chân gấp
  - Đùi khép và xoay trong
  - Chỏm xương đùi nằm ở dưới mông ngay trên và sau ụ ngồi.Nếu lay đầu gối thấy chỏm xương đùi lay động theo.
  - Chi ngắn 1- 2 cm.

* Sai khớp kiểu bịt:
  - Chân gấp
  - Đùi dạng và xoay ngoài
  - Chỏm xương đùi nằm gần gờ mu
  - Nhìn chân như dài ra.

* Sai khớp kiểu mu:
  - Chân dạng rộng có khi hợp với chân lành một góc 90 độ
  - Bàn chân xoay ra ngoài
  - Nếu để chi hơi khép và thẳng thì chi bị ngắn tới 5 đến 7 cm.

5. XỬ TRÍ SAI KHỚP CHUNG:

Sơ cứu ở tuyến y tế cơ sở:

5.1. Giảm đau:
- Với chi trên: phong bế bằng Novocain 0.5 – 1% tại chỗ.
- Với chi dưới: tiêm giảm đau bằng Mocphin hoặc Dolargan.

5.2. Bất động: tạm thời bằng nẹp ở tư thế khớp sai. Không được kéo nắn.

5.3. Chuyển đi: chuyển bệnh nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt để kéo nắn, sau đó bất động.

5.4. Không được xoa bóp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Bong gân được chia làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 2 loại
b) 3 loại
c) 4 loại
d) 5 loại.

2. Triệu chứng bong gân nhẹ, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau ít
b) Cử động hạn chế
c) Sưng nề nhẹ quanh khớp
d) a, b, c đúng.

3. Biến chứng của bong gân, CHỌN CÂU SAI:

a) Teo gân
b) Teo cơ
c) Gãy xương
d) Xương mất chất vôi.

4. Xử trí bong gân nhẹ, CHỌN CÂU SAI:

a) Bất động bằng băng cuộn
b) Tập vận động nhẹ nhàng
c) Phẫu thuật
d) Tập vật lý trị liêu.

5. Xử trí bong gân nặng: phong bế quanh nơi tổn thương và bất động bằng băng cuộn.

a) Đúng
b) Sai.

6. Sai khớp hay gặp ở độ tuổi 30 – 50 tuổi.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 29. VIÊM XƯƠNG CHẤN THƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm xương chấn thương.
2. Trình bày được các nguyên tắc xử trí ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa: Viêm xương chấn thương chỉ các nhiễm trùng xương do các vi trùng thường không đặc hiệu, ngoại sinh xâm nhập vào các gãy xương hở, sau phẫu thuật về xương trong gãy kín.

2. Bệnh sinh:

Viêm xương chấn thương thường gặp trong gãy xương hở do tai nạn giao thông, sinh hoạt và do hỏa khí. Mô mềm bị tổn thương và múa tụ nhiễm trùng lan vào xương nên có tính chất khu trú. Cắt lọc vết thương ban đầu không triệt để, theo dõi không tốt hoặc do hoại tử da, mô mềm thứ phát hay quá lạm dụng trong kết hợp xương. Các mảnh xương vụn trong gãy xương hở dễ bị hoại tử và thành xương chết.

3. Giải phẫu bệnh lý:

Giải phẫu bệnh lý của viêm xương chấn thương có hai giai đoạn rõ rệt:

3.1. Giai đoạn cấp tính:

- Tổn thương mô mềm: các mô mềm bị giập nát trong gãy xương hở trong mổ kết hợp xương cùng với máu tụ không được dẫn lưu tốt.
- Tổn thương xương: các mảnh xương nhỏ rời thiếu máu nuôi dưỡng có thể trở thành xương chết.

3.2. Giai đoạn mãn tính:

- Tổn thương mô mềm bao gồm các lỗ dò ở ngoài da và các đường dò thông vào xương, các đường dò có nhiều ngóc ngách chứa nhiều mủ, chung quanh các đường dò là các tổ chức xơ bao bọc các phần mềm hoại tử nhiễm trùng.
- Các tổn thương xương: ống tủy có nhiều mạch máu nên tạo xương mới mạnh mẽ, các đầu xương xơ chai vô mạch sẽ là nguồn cung cấp xương chết thứ phát. Nhiễm trùng kích thích mạnh mẽ bao bọc các xương chết tạo thành ổ mũ.

4. Phân loại: Theo thời gian diễn tiến có hai loại:

4.1. Viêm xương chấn thương cấp tính hay nhiễm trùng ổ gãy xương: giai đoạn này xảy ra trong 2 tháng đầu.

4.2. Viêm xương chấn thương mãn tính: diễn ra sau tháng thứ 2, giai đoạn này viêm xương rất điển hình, tùy theo sự diễn biến đa dạng chia ra 4 hình thái viêm xương:

- Viêm màng xương do sẹo da xơ chay loét xấu
- Viêm xương có ống dò: hình thức viêm phức tạp, lan rộng và có nhiều ngõ ngách, có khi đi kèm viêm túi hoạt dịch
- Viêm xương có xương chết, xương viêm xơ chay, xương tù
- Viêm xương kéo dài bị ung thư hóa.

4. Chẩn đoán:

4.1. Viêm xương chấn thương cấp tính:

- Sau một gãy xương hở hoặc sau một phẫu thuật về xương, nếu thấy có hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi dơ, mạch nhanh, đau vết mổ, vết thương rỉ dịch, mủ, sưng tấy, chân chỉ đỏ, mô mềm có hoại tử) phải nghĩ đến viêm xương cấp tính.

- Có thể ở bệnh cảnh sưng, nóng, đỏ, đau không rõ, chỉ đau nhức dai dẳng, kém ăn, mất ngủ. Đó là triệu chứng đang nung mủ.

4.2. Viêm xương mãn tính:

- Ở giai đoạn này đầy đủ các dấu hiệu lâm sàng kinh điển: xương to ra, xù xì, dò mủ tái lại và X quang có dấu hiệu tiêu xương, xương chết.

5. Điều trị:

5.1. Viêm xương chấn thương cấp tính: cắt bỏ chỉ khâu, banh rộng vết thương và dẫn lưu dịch, cho kháng sinh và bất động.

5.2. Viêm xương mãn tính: cắt lọc mô hoại tử, nạo xương chết, có thể lấy dụng cụ kết hợp xương trước đó ra (nếu có) và thay bằng phương tiện cố định ngoài.

5.3. Xử trí ở tuyến y tế cơ sở:

- Cắt bỏ chỉ khâu, rửa vết mổ đảm bảo vô trùng.
- Cố định xương gãy.
- Tiêm kháng sinh.
- Giải thích với bệnh nhân và gia đình về tình trạng bệnh.
- Chuyển lên tuyến trên điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chẩn đoán viêm xương chấn thương cấp tính, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Hội chứng nhiễm trùng
b) Kém ăn
c) Mất ngủ
d) a, b, c đúng.

2. Chẩn đoán viêm xương mãn tính, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Xương to ra
b) Xương nhỏ lại
c) Xương đổi màu
d) Xương mọc gai.

3. Nguyên nhân viêm xương chấn thương, CHỌN CÂU SAI:

a) Vi trùng
b) Trật khớp
c) Gãy xương hở
d) Phẫu thuật.

4. Điều trị viêm xương chấn thương, CHỌN CÂU SAI:

a) Cắt bỏ chỉ khâu
b) Cắt lọc mô hoại tử
c) Nẹp vis
d) Chuyển lên tuyến trên điều trị.

5. Viêm xương chấn thương mãn tính diễn ra sau tháng thứ 5.

a) Đúng
b) Sai.

6. Giải phẫu bệnh lý của viêm xương chấn thương có hai giai đoạn rõ rệt.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 30. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được cách tiến hành được cách chăm sóc phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau điều trị gãy xương.
2. Trình bày được cách giáo dục trong nhân dân biết cách tập luyện sau khi điều trị.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG: Gãy xương là loại tổn thương ảnh hưởng tới sự toàn vẹn của xương, nguyên nhân do chấn thương và bệnh lý.

Các loại gãy xương :

- Gãy ngang
- Gãy vát
- Gãy chồng ngắn
- Gãy xoắn vặn
- Gãy làm nhiều mảnh...

Khi bị gãy xương sẽ tiến triển qua 4 giai đoạn:

- Giai đoạn máu tụ: ngay sau khi xảy ra xương bị gãy
- Giai đoạn can xương liên kết: sau 2 tuần
- Giai đoạn can nguyên phát: sau 3 đến 4 tuần
- Giai đoạn can vĩnh viễn: sau 8 tháng trở đi.

Biến chứng sau điều trị gãy xương:

- Can lệch
- Chậm liền xương (trên 3 tháng)
- Khớp giả
- Cứng khớp, teo cơ, co rút.

2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG:

2.1. Giai đoạn bất động

2.1.1. Mục tiêu:

- Phòng ngừa các biến chứng: viêm phổi ứ đọng, huyết khối, loét do đè ép...
- Giảm sưng nề
- Giảm đau
- Hạn chế teo cơ
- Duy trì tầm hoạt động khớp tự do.

2.1.2. Phương pháp:

- Cần đề phòng: viêm phổi do ứ đọng nhất là ở người già, loét do đè ép, huyết khối.
- Để cao chi chống phù nề
- Tập gồng cơ trong bột
- Các khớp không có bất động thì vận động hết tầm
- Phải được luyện tập sớm
- Tùy theo tổn thương mà có bài tập cho phù hợp.

2.2. Giai đoạn sau bất động:

2.2.1. Mục tiêu:

- Giảm sưng nề, giảm đau
- Gia tăng tuần hoàn, phá tan kết dính
- Lấy lại tầm hoạt động của khớp
- Gia tăng sức mạnh của cơ

- Phục hồi chức năng tối đa cho người bệnh, để người bệnh nhanh chóng trở về cuộc sống bình thường.

2.2.2. Phương pháp:

- Ngâm nước ấm
- Xoa bóp
- Vận động chủ động, vận động có đề kháng, luyện tập dáng đi.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG MỘT SỐ LOẠI GÃY XƯƠNG:

3.1. Gãy đầu dưới xương quay:

- Treo tay trong tuần lễ đầu và tuần thứ hai
- Tập các khớp vai và khuỷu
- Tập gồng cơ trong bột.

Sau thời kỳ bất động:

- Sau tháo bột ngâm tay trong nước ấm
- Tập: nắm, xòe bàn tay, gấp, duỗi cổ tay, sấp ngửa và đối chiếu các ngón.

3.2. Gãy hai xương cẳng tay:

- Treo tay ở tư thế cơ năng
- Tập vận đông các ngón tay
- Gồng cơ trong bột.

Sau thời gian bất động:

- Chườm nóng vùng cơ bị co thắt
- Xoa bóp vùng cẳng tay, bàn tay
- Kéo dãn thụ động đối với khớp bị giới hạn
- Tập cài cúc áo, chải đầu, khóa cửa, ném bóng...

3.3. Gãy thân xương cánh tay:

- Cử động chủ động cổ tay, ngón tay

Sau thời gian bất động:

- Chườm nóng vùng: vai, cánh tay, khuỷu
- Xoa bóp cơ vùng đai vai - cánh tay, cơ nhị đầu
- Trợ giúp tập khớp vai, khớp khuỷu
- Kéo dây, ròng rọc để gia tăng hoạt động khớp vai
- Tập ném bóng, bắt bóng, bơi, bò trườn.

3.4. Gãy thân xương đùi

- Cử động bàn chân và cổ chân
- Gồng cơ trong bột
- Tập chi trên và các chi còn lại bằng tạ, lò xo, co bụng, co lưng.
- Ngồi dậy tại giường (sau 1 tuần).

Sau tháo bột:

- -Chườm nước ấm
- -Xoa bóp từ ngọn chi đến khớp hông, nhất là vùng cơ bị co thắt.
- -Giữ nghỉ để gia tăng tầm hoạt động của khớp gối.
- -Tập đi nạng trong 4 tuần đầu không để chân gãy xuống đất. Từ tháng thứ 4 mới tập đi chống chân đau xuống đất.

3.5. Gãy xương cẳng chân

- Kê chân cao
- Tập cử động các ngón
- Tập dạng, khép khớp háng
- Tập đi nạng.

Sau tháo bột:

- Chườm nóng

- Xoa bóp
- Tập khớp gối
- Tập nhặt các vật bằng ngón chân
- Tập đi trên đường thẳng
- Tập đi bằng đầu ngón.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Khi bị gãy xương sẽ tiến triển qua, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 4 giai đoạn
b) 5 giai đoạn
c) 6 giai đoạn
d) 7 giai đoạn.

2. Sau khi tháo bột gãy xương cẳng chân cần, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Chườm lạnh
b) Chườm nóng
c) Chườm đá
d) Không nên chườm lạnh và chườm nóng.

3. Biến chứng sau điều trị gãy xương, CHỌN CÂU SAI:

a) Can lệch
b) Khớp giả
c) Chậm liền xương
d) Tiêu xương.

4. Giai đoạn sau bất động cần, CHỌN CÂU SAI:

a) Ngâm nước ấm
b) Xoa bóp
c) Uống thuốc corticoid
d) Luyện tập dáng đi.

5. Gãy hai xương cẳng tay: treo tay ở tư thế cơ năng.

a) Đúng
b) Sai.

6. Gãy thân xương cánh tay: cử động chủ động cổ tay, ngón tay.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 31. VẾT THƯƠNG NGỰC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các phân loại vết thương lồng ngực.
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của vết thương ngực kín, ngực hở và ngực có van.
3. Trình bày được cách xử trí bước đầu các loại vết thương ngực ở tuyến y tế cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

Vết thương lồng ngực ảnh hưởng nhiều tới hai chức năng quan trọng của cơ thể là hô hấp và tuần hoàn. Nhiều khi tổn thương giải phẫu không nặng nhưng lại gây rối loạn sinh lý trầm trọng, dễ làm người bệnh tử vong.

Vết thương ngực cần chẩn đoán, xử trí cấp cứu kịp thời.

Vết thương lồng ngực bao gồm:

- Vết thương thành ngực: chỉ tổn thương phần mềm của thành ngực.
- Vết thương thấu ngực (thủng màng phổi) gồm 3 loại:
    + Vết thương ngực kín: có tràn khí hoặc không có tràn khí màng phổi.
    + Vết thương ngực hở.
    + Vết thương ngực có van.

2. TRIỆU CHỨNG:

2.1. Vết thương ngực đơn thuần:

Cũng giống như các vết thương phần mềm khác. Vết thương có thể dập nát nhiều hoặc gọn. Có khi kèm theo gãy xương sườn.

2.2. Vết thương thấu ngực: gồm 3 loại

2.2.1. Vết thương ngực kín:

Toàn thân:

- Nếu chỉ chảy máu ít thì tình trạng toàn thân tốt.
- Nếu chảy máu nhiều: có sốc, đau ngực nhiều.

Tại vết thương: miệng vết thương được cơ hoặc máu đông bịt kín, không cho khí trời vào khoang màng phổi.

- Nếu có tràn khí màng phổi: khám thấy rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ vang.
  + X quang thấy phổi bị xẹp một phần hay toàn bộ.
- Nếu tràn máu màng phổi: khám có hội chứng 3 giảm. Chọc màng phổi hút máu ra không đông.
  + X quang có hình ảnh tràn dịch.
- - Nếu tràn khí dưới da thấy: da căng phồng, và cổ bạnh ấn có tiếng lép bép.

2.2.2. Vết thương ngực hở:

- Là vết thương mở thông giữa khoang màng phổi với bên ngoài. Làm cho hô hấp của bệnh nhân bị đảo ngược, và làm trung thất di động.
- Tại miệng vết thương có khí phì phò mỗi lần bệnh nhân thở và ho mạnh.
- Toàn thân: tình trạng bệnh nhân nặng. Có sốc (do mất máu và suy hô hấp cấp).
- Đau ngực, khó thở, có thể ho ra máu.

2.2.3. Vết thương ngực có van:

- Toàn thân: nặng, khó thở, thở nhanh nông. Thở ra dài và khó. Có sốc.
- Tại chỗ: lồng ngực một bên căng. Vết thương thành ngực như một van. Khi thở ra thì bịt lại, khi hít vào thì mở ra làm cho khí vào tăng dần trong khoang màng phổi. Gõ vang, nghe mất tiếng thở. Có tràn khí dưới da.

3. BIẾN CHỨNG:

- Viêm mủ màng phổi: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng. Có hội chứng tràn dịch màng phổi. Hút ra mủ.
- Dị vật lồng ngực: Gây nên ho ra máu và nhiễm khuẩn.
- Máu màng phổi đông: làm dầy dính và xẹp phổi.

4. XỬ TRÍ Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ:

- Băng vết thương: băng vô khuẩn vết thương ngực để cầm máu. Nhất là vết thương ngực mở phải dùng bông gạc băng kín vết thương ngực mở.
- Phòng sốc cho bệnh nhân:
  + Phong bế Novocain 0,5 – 1% tại chỗ.
  + Tiêm trợ tim, trợ sức.
  + Ủ ấm, cho uống nước đường nóng.
- Tiêm kháng sinh liều cao và sớm.
- Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm – nửa ngồi.
- Cần giải thích và động viên cho bệnh nhân và gia đình.
- Chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Vết thương thấu ngực gồm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 3 loại
b) 4 loại
c) 5 loại
d) 6 loại.

2. Triệu chứng của vết thương ngực hở, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đau ngực
b) Khó thở
c) Ho ra máu
d) a, b, c đúng.

3. Biến chứng vết thương ngực, CHỌN CÂU SAI:

a) Viêm mủ màng phổi
b) Dị vật lồng ngực
c) Tràn khí màng phổi
d) Máu màng phổi đông.

4. Phòng sốc cho bệnh nhân vết thương ngực, CHỌN CÂU SAI:

a) Phong bế Novocain 0,5 – 1 % tại chỗ
b) Tiêm trợ tim, trợ sức
c) Sốc điện
d) Ủ ấm.

5. Xử trí vết thương ngực ở tuyến cơ sở: chuyển bệnh nhân đi càng sớm càng tốt, cần có người hộ tống.

a) Đúng
b) Sai.

6. Để bệnh nhân vết thương ngực ở tư thế nằm sấp trong xử trí ở tuyến cơ sở.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 32. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các hình thái lâm sàng của vết thương mạch máu.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của vết thương mạch máu.
3. Mô tả được các phương pháp sơ cứu, nguyên tắc điều trị vết thương mạch máu.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương mạch máu là loại vết thương thường gặp, nguyên nhân do các vật nhôm sắc (dao, kéo, mảnh thuỷ tinh..), đầu xương gãy chọc vào, đụng dập mạch máu trong các tai nạn giao thông hay tai nạn lao động, ngoài ra phải kể đến nguyên nhân do tiêm chích khá phổ biến hiện nay. Có thể gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới, không mang tính địa dư.

Khi mạch máu bị tổn thương, máu trong lòng mạch có thể chảy ra ngoài da hoặc dưới da, có khi gây một khối máu cục làm tắc lưu thông dòng máu (do chấn thương kín gây đụng dập mạch máu).

2. CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG

2.1. Vết thương đang chảy máu: Máu có thể chảy thành ra hoặc máu rỉ qua vết thương.

2.2. Vết thương kèm khối máu tụ: khối máu tụ dưới da có thể lan tỏa hoặc máu tụ khu trú.

2.3. Vết thương khô: Sau khi bị thương, có thể lúc đầu chảy máu sau đó tự cầm hoặc được sơ cứu mà máu ngừng chảy.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng:

Trường hợp điển hình khám thấy:

3.1.1. Toàn thân

Bệnh nhân có thể trong tình trạng sốc (nếu tổn thương những mạch máu lớn, mất máu nhiều). Dấu hiệu của mất máu: hốt hoảng, vã mồ hôi, da và niêm mạc tái nhợt, khó thở, mạch nhanh, huyết áp giảm.

3.1.2. Tại chỗ

* Chảy máu ra ngoài

+ Vết thương trên đường đi của mạch máu:

- Chảy máu động mạch: Màu đỏ tươi, phun mạnh theo nhịp tim. Nếu ta ấn phía trên vết thương nơi đường đi của động mạch thì máu chảy chậm lại hoặc ngừng.

- Chảy máu tĩnh mạch: Màu đỏ sẫm tràn đều ra miệng vết thương, ấn phía dưới vết thương trên đường đi của tĩnh mạch thì máu ngừng chảy.

* Máu tụ ở sâu:

+ Máu tụ lại ở các phần mềm không chảy ra ngoài.

+ Máu tụ lan rộng: thường gặp ở vị trí tế bào ít, lỏng lẻo như ở cẳng tay, cổ chân.

3.1.3. Tại ngọn chi

Đau ở sâu, đau dữ dội như người bị chuột rút, không bắt mạch được. Các ngón tê dại, tím, lạnh, giảm hoặc mất vận động, cảm giác.

3.2. Cận lâm sàng:

3.2.1. Công thức máu: đánh giá mức độ mất máu.

3.2.3. Các phương pháp thăm dò mạch:

- Chụp động mạch, tĩnh mạch có thuốc cản quang: đánh giá vị trí tổn thương và tuần hoàn ngoại vi.

- Siêu âm Doppler: đánh giá sự lưu thông của lòng mạch.

4. XỬ TRÍ

4.1. Sơ cứu tại cộng đồng: Là một cấp cứu nhằm hạn chế sự mất máu.

Gặp vết thương chảy máu nhiều thì việc đầu tiên là phải cầm máu ngay.

Phục hồi tuần hoàn để đảm bảo chức năng của chi.

4.1.1. Băng ép vết thương

- Cầm máu tốt khi chảy máu ở những tổn thương động mạch trung bình hoặc nhỏ, chảy máu tĩnh mạch.

- Sau khi đặt gạc lên vết thương, dùng băng quấn chặt lên vết thương đến khi không thấy máu thấm qua. Tốt nhất là dùng băng chun giãn.

4.1.2. Đè ép từ xa: Dùng ngón tay ấn phía trên của vết thương trên đường đi của động mạch để chờ phương pháp khác hỗ trợ.

4.2. Điều trị:

4.2.1. Toàn thân:

- Chống nhiễm trùng (kháng sinh).
- Chống uốn ván (SAT)
- Hồi sức truyền máu trong trường hợp mất máu nhiều, có khi phải vừa hồi sức vừa mổ.

4.2.2. Tại chỗ: Phẫu thuật.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân vết thương mạch máu, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Vật sắc
b) Đầu xương gãy
c) Đụng dập mạch máu
d) a, b, c đúng.

2. Các hình thái lâm sàng của vết thương mạch máu, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Vết thương đang chảy máu
b) Vết thương kèm khối máu tụ
c) Vết thương khô
d) a, b, c đúng.

3. Triệu chứng máu tụ ở sâu, CHỌN CÂU SAI:

a) Máu tụ lại ở các phần mềm
b) Máu tụ lan rộng
c) Máu chảy ồ ạt
d) Vị trí thường gặp: cẳng tay, cổ chân.

4. Các phương pháp thăm dò mạch, CHỌN CÂU SAI:

a) Chụp động mạch có thuốc cản quang
b) Chụp tĩnh mạch có thuốc cản quang
c) Siêu âm Doppler
d) Nội soi.

5. Gặp vết thương chảy máu nhiều thì việc đầu tiên là phải cầm máu ngay.

a) Đúng
b) Sai.

6. Điều trị vết thương mạch máu bằng phẫu thuật.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 33. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các triệu chứng của vết thương phần mềm.
2. Kể được thứ tự các bước và nội dung xử trí vết thương phần mềm chưa nhiễm khuẩn, đã nhiễm khuẩn ở tuyến phẫu thuật.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Vết thương phần mềm (VTPM) là vết thương làm tổn thương da, cân, cơ (chủ yếu là cơ).
- VTPM do hỏa khí thường sâu rộng, giập nát, hoại tử nhiều.

2. TRIỆU CHỨNG

2.1. Toàn thân:

- Sốc chấn thương: đau đớn, mất máu nhiều.
- Sốt nhiễm khuẩn, nhiễm độc sau 6 – 12 giờ.

2.2. Tại vết thương:

- Da vết thương nham nhở.
- Cân bầm dập, máu tụ.
- Cơ dập nát, máu tụ trong cơ.
- Chảy máu ra miệng vết thương hay tụ máu trong sâu.

3. DIỄN BIẾN

3.1. Không nhiễm khuẩn:

- VTPM sạch, đến sớm, dập nát ít.

3.2. Nhiễm khuẩn:

- Thời kỳ nhiễm trong 6 – 8 giờ đầu.
- Thời kỳ nhiễm khuẩn:
  + Giai đoạn viêm tấy.
  + Giai đoạn tạo mủ.
- Thời kỳ tái tạo và hàn gắn.

4. XỬ TRÍ

4.1. VTPM chưa nhiễm khuẩn:

- Chống sốc nếu có.
- Kháng sinh sớm, toàn thân, SAT.
- Phẫu thuật cắt lọc:
  - Mục đích: làm sạch vết thương, bỏ tối đa mô dập nát, hoại tử, dị vật, máu cục…
  - Chỉ định tất cả mọi trường hợp.
  - Vô cảm: chọc kim từ vùng lành hướng về vết thương.

<u>Nội dung kỹ thuật mổ:</u>

- Rửa sạch vết thương bằng nước.
- Rạch rộng da theo trục chi.
- Cắt lọc triệt để:
  + Da: cắt bỏ mép da 0,3 – 0,5cm.
  + Cơ: cắt bỏ những phần cơ đen thẫm
  + Cân: rạch cân tới mép rạch da.
- Khai thông các ngõ ngách.

- Lấy dị vật.
- Bơm rửa sau mổ.
- Dẫn lưu.
- Để hở da.
- Sau mổ: bất động, kê cao chân.

4.2. VTPM đã nhiễm khuẩn:

- Vết thương chỉ mới viêm tấy, chưa có mủ: vẫn mổ như trên.
- Vết thương đã có mủ:
  + Ổ mủ thông tốt, không có dị vật thì không mổ.
  + Ổ mủ khó thoát: rạch tháo mủ, cắt lọc bớt hoại tử, lấy dị vật, dẫn lưu cho tốt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tổn thương chủ yếu của vết thương phần mềm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Da
b) Cân
c) Cơ
d) Xương.

2. Thời gian xảy ra sốt nhiễm khuẩn, nhiễm độc tính từ lúc bị thương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Sau 6 – 12 giờ
b) Sau 12 – 24 giờ
c) Sau 1 – 2 ngày
d) Sau 1 tuần.

3. Nội dung kỹ thuật mổ , CHỌN CÂU SAI:

a) Rửa sạch vết thương bằng cồn
b) Rạch rộng da theo trục chi
c) Cắt lọc triệt để
d) Lấy dị vật.

4. Triệu chứng vết thương phần mềm, CHỌN CÂU SAI:

a) Da vết thương nham nhở
b) Cân bầm dập, máu tụ
c) Xuất huyết tống
d) Cơ dập nát, máu tụ trong cơ.

5. Vết thương phần mềm không nhiễm khuẩn là vết thương sạch, đến sớm, dập nát ít.

a) Đúng
b) Sai.

6. Mục đích phẫu thuật cắt lọc là làm sạch vết thương.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 34. TỔ CHỨC CẤP CỨU HÀNG LOẠT

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả các nguyên tắc chung trong xử trí cấp cứu hàng loạt.
2. Trình bày được cách phân loại và chọn lọc bệnh nhân theo tuyến.

NỘI DUNG

1. NGUYÊN TẮC CHUNG

- Cơ bản triển khai các nguyên tắc xử trí vết thương, áp dụng khi bệnh nhân đông, hàng loạt và đa chấn thương, vết thương + tổn thương hỗn hợp.
- Cấp cứu kỳ đầu sớm, làm tốt 5 kỹ thuật cấp cứu.
- Khám xét: nhanh chóng, toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương. Phải đánh giá được mức độ trầm trọng của mỗi vết thương khi thăm khám.
- Phân loại theo từng nhóm để quyết định thứ tự ưu tiên cấp cứu.
- Xử trí ngay tổn thương đe dọa tính mạng bệnh nhân (tối khẩn cấp): ngạt thở, chảy máu.
- Phòng chống sốc chấn thương, nhất là sốc nặng.
- Phòng và chống nhiễm khuẩn.
- Cách ly xử trí bước đầu các vết thương bị nhiễm chất độc, phóng xạ và bệnh lây truyền.
- Xử trí bước đầu và cơ bản các vết thương khác đúng nguyên tắc, kỹ thuật.
- Ghi chép hồ sơ đầy đủ.
- Vận chuyển bệnh nhân về tuyến sau đúng chỉ định, nhanh chóng, an toàn.

2. PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ TUYẾN TRƯỚC

2.1. Cấp cứu ngay các tổn thương đe dọa ngạt thở.

- Lưu thông hô hấp: móc hút đờm rãi, đất cát, máu trong mũi miệng.
- Nếu hôn mê sâu: cho đầu nghiên 1 bên, chèn hàm, kéo lưỡi và cố định lưỡi.
- Hô hấp nhân tạo nếu có suy thở hoặc ngưng thở.
- Băng kín, chặc ở thì thở vào vết thương ngực hở, ngực van.

2.2. Cấp cứu chảy máu

- Các biện pháp cầm máu tạm thời.
- Garo đúng chỉ định, đúng qui định.

2.3. Dự phòng sốc

- Giảm đau đúng qui định.
- Dịch truyền.
- Băng bó kín các vết thương sọ não, bụng và vết thương khác.
- Cố định gãy xương.

2.4. Chống nhiễm khuẩn: kháng sinh, SAT.

2.5. Vận chuyển: ưu tiên những bệnh nhân tối khẩn cấp và khẩn cấp trước. Dọc đường tiếp tục hồi sức, chống suy thở, truyền dịch.

3. PHÂN LOẠI VÀ XỬ TRÍ THEO TUYẾN SAU

- Khám xét toàn diện và làm bệnh án.
- Cấp cứu: hô hấp nhân tạo, ép tim ngoài lồng ngực, …
- Chống ngạt thở: đầu nghiêng, lưu thông hô hấp, chống tuột lưỡi. Khâu kín vết thương ngực hở, chọc hút dịch - khí màng phổi, cố định mảng sườn di động, thở máy, oxy nếu có, mở khí quản nếu cần.
- Cầm máu.
- Phòng và chống sốc.

- Cố định gãy xương, thuốc chống phù não, thông tiểu, dẫn lưu bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu và chảy máu hệ niệu.
- Cắt lọc vết thương phần mềm.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Chuyển về tuyến sau.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên tắc chung của tổ chức cấp cứu hàng loạt, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Phân loại theo từng nhóm để quyết định ưu tiên cấp cứu
b) Phòng chống sốc chấn thương
c) Ghi chép hồ sơ đầy đủ
d) a, b, c đúng.

2. Dự phòng sốc, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Giảm đau
b) Dịch truyền
c) Cố định gãy xương
d) a, b, c đúng.

3. Các biện pháp chống ngạt thở, CHỌN CÂU SAI:

a) Đầu gập
b) Lưu thông hô hấp
c) Chống tuột lưỡi
d) Khâu kín vết thương ngực hở.

4. Cách khám xét vết thương, CHỌN CÂU SAI:

a) Chậm
b) Toàn diện
c) Tránh bỏ sót
d) Đánh giá được mức độ trầm trọng.

5. Cấp cứu chảy máu: garo đúng qui định.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nguyên tắc tổ chức cấp cứu hàng loạt là vận chuyển bệnh nhân về tuyến sau đúng chỉ định, nhanh chóng, an toàn.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 35. PHÂN LOẠI VÀ CHỌN LỌC NGƯỜI BỊ NẠN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được phương pháp phân loại và chọn lọc nạn nhân, phân loại được nạn nhân trong cấp cứu ban đầu.
2. Trình bày được mục đích của việc phân loại và chọn lọc nạn nhân.
3. Áp dụng được trong công tác chăm sóc sức khoẻ ban đầu.

NỘI DUNG

Phân loại và chọn lọc người bị nạn là một vấn đề quan trọng của y học thảm họa, trước tình trạng có nhiều nạn nhân đang cần phải cấp cứu, đòi hỏi đội ngũ cán bộ y tế phải có trình độ chuyên môn, kinh nghiệm lâm sàng, xử trí linh hoạt và tinh thần trách nhiệm cao .

1. PHÂN LOẠI NẠN NHÂN:

Thông thường người ta phân nạn nhân ra làm 4 loại chính:

+ Loại 1: Các nạn nhân bị vết thương và chấn thương nhẹ.

+ Loại 2: Các tổn thương mà cần phải có sự sơ cứu mới tránh được nguy cơ đe doạ đến tính mạng và tổn thương nặng thêm cho nạn nhân.

+ Loại 3: Các tổn thương cần phải có sự can thiệp của tuyến trên sau khi sơ cứu mới cứu sống được nạn nhân.

+ Loại 4: Các nạn nhân có diễn biến quá nặng, đã hoặc sắp tử vong trong thời gian ngắn, có sự can thiệp, hỗ trợ cũng không thể cứu sống.

2. PHƯƠNG PHÁP PHÂN LOẠI VÀ CHỌN LỌC NẠN NHÂN:

Phân loại và chọn lọc người bị nạn chủ yếu dựa vào nguyên nhân và triệu chứng thực thể trên nạn nhân. Trên cơ sở đó có phương pháp xử trí khác nhau đối với mỗi nạn nhân. Tuy nhiên trong 4 loại thương tổn chính, các nạn nhân đều có bệnh cảnh khác nhau, tuỳ thuộc vào tác nhân gây tổn thương, vị trí tổn thương, thể trạng nạn nhân, sự đáp ứng của cơ thể đối với các thương tổn...

2.1. Các nạn nhân bị vết thương và chấn thương nhẹ: Nguyên nhân chủ yếu do va chạm, cọ sát nhẹ, tổn thương nông do vật sắc nhọn.

Vết thương phần mềm, không có tổ chức dập nát, máu chảy ít, toàn thân ít ảnh hưởng hoặc chấn thương xương khớp nhưng chưa có tổn thương thực thể, các chấn động nhẹ ở não...

2.2. Các tổn thương mà cần phải có sự sơ cứu mới khắc phục được tình trạng xấu của nạn nhân, hồi phục được nạn nhân: Nguyên nhân chủ yếu do các tai nạn, va chạm có lực tác dụng mạnh, do các vật sắc nhọn gây tổn thương, những nạn nhân bỏng nhẹ (từ độ 2a trở xuống, diện tích bỏng dưới 40%), sốc thể nhẹ và trung bình...

Bao gồm những nạn nhân bị vết thương có tổ chức dập nát, rách cơ, đứt mạch máu, máu chảy nhiều, gãy xương chân, tay, những nạn nhân khó thở, truỵ mạch, vết thương có tổn thương thành ngực, thành bụng không có dập vỡ tạng.

2.3. Các tổn thương cần phải có sự can thiệp của tuyến trên sau khi sơ cứu mới cứu sống được nạn nhân: Nguyên nhân chủ yếu do các chấn thương lồng ngực, ổ bụng có tổn thương dập vỡ tạng, chảy máu trong, vết thương sọ não hở, các chấn thương sọ não, tuỷ sống, bỏng nặng (độ 2b, có diện tích tổn thương trên cơ thể từ 40% trở lên), gãy xương đùi, đứt động mạch lớn, nạn nhân ngạt thở do chết đuối, thắt cổ, sốc, ngộ độc hoá chất, thức ăn, đa chấn thương do bị va đập, chèn ép...

Một số triệu chứng chính: nạn nhân có rối loạn ý thức, vật vã hoảng hốt hay li bì, mê sảng, mạch nhanh (có thể không bắt được ở những động mạch nhỏ), huyết áp tụt (có

thể kẹt hoặc không đo được), suy hô hấp, sắc mặt tím tái, vã mồ hôi, chân tay lạnh, nhịp thở nhanh hoặc nạn nhân thở khó khăn.

2.4. Các nạn nhân có diễn biến quá nặng, đã hoặc sắp tử vong trong thời gian ngắn, có sự can thiệp, hỗ trợ cũng không thể cứu sống được: Bao gồm các nạn nhân đa chấn thương, tổn thương tim, động mạch lớn không có khả năng cầm máu, nạn nhân có tổn thương phổi, màng phổi tràn dịch, khí hoàn toàn chỉ còn thở thoi thóp hoặc đã ngừng thở, các nạn nhân chấn thương sọ não hở có chất não trắng lòi ra - nạn nhân đã bất tỉnh lâu, sốc nặng, nạn nhân đi vào hôn mê ngừng tuần hoàn, hô hấp.

3. MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC PHÂN LOẠI, CHỌN LỌC NẠN NHÂN

Phân loại và chọn lọc nạn nhân theo mức độ nặng, nhẹ nhằm giúp cho công tác xử trí cấp cứu, vận chuyển được tiến hành nhanh chóng, chính xác, trên từng loại nạn nhân, giúp định hướng cho tuyến trên. Trên mỗi loại nạn nhân có 1 kế hoạch cấp cứu khác nhau từ đó có sự phân công nhân lực, dụng cụ, phương tiện đảm bảo cứu sống được nhiều nạn nhân nhất, tránh tổn thương nặng thêm cho nạn nhân hiện tại và về sau. Tránh được sự tập trung thời gian vào những công việc vô ích.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Phân loại nạn nhân làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 3 loại
b) 4 loại
c) 5 loại
d) 6 loại.

2. Các nạn nhân được phân loại vết thương và chấn thương nhẹ khi, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Vết thương phần mềm, không có tổ chức dập nát
b) Máu chảy ít
c) Toàn thân ít ảnh hưởng
d) a, b, c đúng.

3. Mục đích của việc phân loại, chọn lọc nạn nhân:

a) Giúp cho công tác xử trí cấp cứu
b) Giúp cho vận chuyển được tiến hành nhanh chóng
c) Đảm bảo cứu sống được một nạn nhân
d) Tránh mất thời gian vô ích.

4. Phân loại nạn nhân, CHỌN CÂU SAI:

a) Loại 1 là các nạn nhân bị vết thương và chấn thương nhẹ
b) Loại 2 là các tổn thương cần có sự cấp cứu
c) Loại 3 là các tổn thương cần có sự can thiệp của tuyến trên
d) Loại 4 là các nạn nhân có diễn biến quá nặng.

5. Phân loại và chọn lọc người bị nạn là một vấn đề quan trọng của y học thảm họa:

a) Đúng
b) Sai.

6. Phân loại và chọn lọc người bị nạn chủ yếu dựa vào nguyên nhân và triệu chứng thực thể trên nạn nhân.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 36. SƠ CỨU VẾT THƯƠNG VÀ VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỊ NẠN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cách khám xét vết thương.
2. Nêu được nguyên tắc chung xử trí vết thương.
3. Trình bày được cách sơ cứu và chăm sóc vết thương phần mềm, vết thương bụng, vết thương ngực, vết thương đầu.
4. Nêu được cách tổ chức vận chuyển người bị nạn.

NỘI DUNG

1. KHÁM XÉT VẾT THƯƠNG

- Hỏi bệnh cần chú ý: ngày giờ bị thương, vật gây tổn thương, tình trạng chảy máu.
- Thăm khám: vị trí, hướng đi của vết thương, tổ chức dập nát, còn chảy máu không. Tình trạng nhiễm trùng nếu BN đến muộn.

2. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ:

2.1 Nguyên tắc chung:

- Làm tốt kỹ thuật cấp cứu, nhanh chóng phân loại, xử trí theo thứ tự ưu tiên.
- Phòng và chống sốc chấn thương.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt, đây là nguyên tắc cơ bản.
- Lựa chọn phương pháp vô cảm, phẫu thuật phù hợp mỗi tuyến.
- Phẫu thuật ngay các trường hợp tối khẩn cấp, trước 6 giờ và chậm nhất là 12 giờ.
- Không được khâu kín da kỳ đầu sớm.
- Chống nhiễm trùng ngoại khoa: kháng sinh liều cao.
- Vận chuyển BN đúng tuyến nhanh chóng, an toàn.

2.2 Xử trí vết thương theo tuyến:

- Tuyến trước: băng bó, cầm máu tốt, cố định gãy xương, băng kín vết thương ngực hở, thuốc giảm đau và nhanh chóng chuyển BN về tuyến sau.
- Tuyến sau:
  + Phân loại BN để có hướng xử trí kịp thời.
  + Phòng chống sốc chấn thương, ra sốc mới chuyển về tuyến sau.
  + Phẫu thuật tối khẩn cấp như mở khí quản, khâu kín vết thương ngực hở, chọc hút dịch khí màng phổi, dịch màng ngoài tim khi tim bị chèn ép.
  + Chống nhiễm trùng: kháng sinh, chống uốn ván, cắt lọc mô dập nát nhiều.
  + Vận chuyển về tuyến sau.

3. SƠ CỨU VÀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG:

3.1. Vết thương phần mềm:

Tất cả vết thương chảy máu đều phải tiến hành cầm máu.

4.1.1. Vết thương nhỏ:

- Rửa sạch vết thương bằng NaCl 0,9%.
- Thấm khô.
- Sát khuẩn xung quanh vết thương bằng dung dịch betadin hoặc cồn 70^o.
- Đặt gạc vô khuẩn kín vết thương rồi băng lại.

4.1.2. Vết thương lớn:

- Đối với vết thương bề mặt rộng và sâu: để vết thương liền nhanh ta có thể khâu vết thương khi:
  + Vết thương chưa xảy ra quá 12 giờ
  + Vết thương không có đất cát và dị vật bên trong

+ Trước và sau khi khâu ta phải rửa và sát khuẩn xung quanh vết thương rồi đặt gạc vô khuẩn băng lại.

- Không rút hoặc gắp dị vật nằm sâu và chắc bên trong (đề phòng chảy máu).
- Chuyển ngay nạn nhân đến cơ sở y tế ngoại khoa.
- Khi chuyển cần cố định vết thương vào phần không bị tổn thương (treo tay bị thương vào ngực…).

3.2. Vết thương bụng:

- Sát khuẩn xung quanh vết thương, đặt gạc vô khuẩn băng ép cầm máu.
- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, chống 2 chân để tránh hở vết thương.
- Không cho nạn nhân ăn uống bất cứ một thứ gì.
- Chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

3.3. Vết thương ngực:

3.3.1. Vết thương đâm xuyên:

- Dùng bàn tay bịt kín miệng vết thương
- Đặt nạn nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi nghiêng về phía phổi bị thương để nạn nhân dễ thở.
- Đặt một miếng gạc vô khuẩn lên miệng vết thương.
- Phủ lên miếng gạc một miếng giấy bóng hoặc nilon.
- Dùng băng dính dán kín mép của miếng giấy bóng vào da.
- Dùng băng cuộn băng ép lại.
- Nếu vết thương có lỗ vào và lỗ ra thì phải kiểm tra băng kín cả 2 lỗ.
- Phòng chống và xử trí sốc.
- Cấp cứu ưu tiên và chuyển ngay nạn nhân tới bệnh viện.

3.3.2. Vết thương có mảng sườn di động:

- Vết thương ngực có gãy xương sườn làm nạn nhân khó thở và đau, có thể gây tràn khí màng phổi.
- Khi gặp vết thương ngực có mảng sườn di động ta phải nhanh chóng cố định thành ngực nạn nhân lại.
- Áp một vật chắc như tấm vải gấp lại lên trên phần bị tổn thương của thành ngực rồi dùng băng cuộn băng chặt.

3.4. Vết thương đầu:

- Cắt tóc xung quanh vết thương.
- Sát khuẩn vết thương đặt gạc vô khuẩn kín băng lại.

4. TỔ CHỨC VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỊ NẠN

- Chuẩn bị nạn nhân:
  + Thực hiện các biện pháp sơ cứu thích hợp với sự tổn thương.
  + Xác định được tình trạng nạn nhân trước khi vận chuyển
  + Nếu nạn nhân trong tình trạng sốc thì phải cấp cứu qua giai đoạn sốc mới chuyển
  + Chuẩn bị phiếu chuyển nạn nhân.
- Chuẩn bị phương tiện vận chuyển:
  + Phương tiện vận chuyển tùy theo khả năng nhưng phải đảm bảo an toàn cho nạn nhân.
  + Thuốc và dụng cụ cấp cứu mang theo đầy đủ trong quá trình di chuyển.
  + Chuẩn bị nhân lực cho công tác vận chuyển.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên tắc chung sơ cứu vết thương và vận chuyển người bị nạn, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Làm tốt kỹ thuật cấp cứu
b) Phòng chống sốc chấn thương
c) Không được khâu kín da kỳ đầu sớm
d) a, b, c đúng.

2. Xử trí vết thương ở tuyến sau, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Phân loại bệnh nhân để có hướng xử trí kịp thời
b) Chống nhiễm trùng
c) Phẫu thuật tối khẩn cấp
d) a, b, c đúng.

3. Chăm sóc vết thương phần mềm nhỏ, CHỌN CÂU SAI:

a) Rửa sạch vết thương bằng nước muối sinh lý
b) Thấm khô
c) Sát khuẩn quanh vết thương
d) Không băng vết thương.

4. Chăm sóc vết thương phần mềm lớn, CHỌN CÂU SAI:

a) Không rút dị vật sâu đề phòng chảy máu
b) Khâu vết thương khi vết thương xảy ra quá 12 giờ
c) Chuyển ngay nạn nhân đến cơ sở y tế ngoại khoa
d) Khi chuyển cần cố định vết thương vào phần không bị tổn thương.

5. Chuẩn bị nạn nhân: chuẩn bị các biện pháp sơ cứu thích hợp với sự tổn thương.

a) Đúng
b) Sai.

6. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển: chuẩn bị thuốc và đồ dùng cấp cứu cho công tác vận chuyển.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 37. PHÒNG CHỐNG SỐC

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được 5 nguyên nhân gây sốc.
2. Liệt kê được đủ 5 triệu chứng của sốc.
3. Trình bày được các phương pháp phòng chống sốc cho nạn nhân ở tuyến cơ sở.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sốc là tình trạng suy giảm ở mức độ nặng dòng máu tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, gây nên rối loạn nghiêm trọng các quá trình chuyển hóa trong cơ thể.
- Sốc còn được gọi là suy tuần hoàn cấp tính, có tỉ lệ tử vong cao.

2. NGUYÊN NHÂN

Sốc có thể xuất hiện trong nhiều trường hợp:

2.1. Sốc phản vệ: do phản ứng quá mẫn với các yếu tố lạ.

2.2. Sốc giảm thể tích:

- Mất máu cấp:
  - Các vết thương mạch máu: đứt động mạch, tĩnh mạch.
  - Vỡ các tạng trong ổ bụng: gan, lách, thận, bàng quang…
  - Vết thương phần mềm, nhưng nhiều và dập nát, hoặc nhiều chấn thương phối hợp như: gãy xương, vết thương ngực…
- Bỏng nặng:
  - Người lớn nếu bỏng chung trên 20% hoặc bỏng sâu 10% diện tích cơ thể trở lên.
  - Trẻ em, người già nếu diện tích bỏng chung trên 10%.
  - Bỏng càng sâu sốc càng dễ xuất hiện, tình trạng nạn nhân càng nguy hiểm.
- Mất nước nặng: tiêu chảy, nôn nhiều…

2.3. Nhiều chấn thương phối hợp: gãy xương cộng với vết thương ở ngực, ở bụng hoặc nạn nhân bị vùi lấp do đổ nhà, sập hầm…

2.4. Sốc nhiễm khuẩn: do các nhiễm trùng như nhiễm trùng tiết niệu, sản khoa…

2.5. Sốc tim.

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Giai đoạn kích thích xảy ra nhanh sau chấn thương:

Tinh thần lo âu, hoảng hốt, sợ hãi, mạch nhanh, huyết áp có thể bình thường hoặc hơi tăng.

3.2. Giai đoạn sốc thực sự:

- Toàn thân: mệt mỏi bơ phờ, thờ ơ lãnh đạm với môi trường xung quanh, thân nhiệt hạ 35^o – 36^oC, sắc mặt tái nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, da nổi vân tím.
- Tuần hoàn: mạch nhanh, nhỏ, yếu 120 – 140 lần/ phút, huyết áp hạ (tối đa < 90 mmHg), có thể huyết áp kẹp hoặc huyết áp dao động, có khi không có mạch và không có huyết áp.
- Hô hấp: thở nhanh, nông, có khi 40 lần/ phút, khi hấp hối thở chậm lại.
- Tiết niệu: tiểu ít (< 30 ml/ giờ), có khi vô niệu (< 10 ml/ giờ).
- Thần kinh: cảm giác chậm dần, tri giác giảm dần, lơ mơ, nếu nặng có thể hôn mê, đồng tử dãn.

4. PHÒNG VÀ XỬ TRÍ SỐC Ở TUYẾN CƠ SỞ:

- Xử trí ngay các loại vết thương để cầm máu, giảm đau:
  - Vết thương phần mềm: rửa sạch, sát khuẩn xung quanh vết thương, băng ép đúng kỹ thuật.
  - Đứt động mạch: garo cầm máu.
  - Nạn nhân gãy xương: cố định xương gãy tạm thời.
- Ủ ấm cho nạn nhân.
- Làm thông đường hô hấp, nếu có điều kiện bóp bóng, thở oxy.
- Bù dịch khẩn trương: cho uống nước oresol hoặc nước trà đường khi nạn nhân mất nước trong bỏng… (không uống nước khi có vết thương trong đường tiêu hóa hoặc mất máu nhiều) nếu có điều kiện thì truyền dịch.
- Giảm đau cho nạn nhân (nếu có điều kiện).
- Theo dõi nước tiểu để đánh giá chức năng thận đặc biệt là sốc do bỏng.
- Kê cao chân người bệnh tạo điều kiện thuận lợi cho máu trở về tim dồn nuôi dưỡng não.
- Theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/ lần.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân sốc, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Sốc phản vệ
b) Sốc giảm thể tích
c) Sốc nhiễm khuẩn
d) a, b, c đúng.

2. Triệu chứng sốc, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Mạch nhanh
b) Thở nhanh
c) Tiểu ít
d) a, b, c đúng.

3. Phòng và xử trí sốc ở tuyến cơ sở, CHỌN CÂU SAI:

a) Kê cao chân người bệnh
b) Theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/ lần
c) Giảm đau
d) Không cần ủ ấm cho bệnh nhân.

4. Triệu chứng giai đoạn sốc thật sự, CHỌN CÂU SAI:

a) Thân nhiệt hạ
b) Huyết áp tăng
c) Rối loạn hô hấp
d) Rối loạn tiết niệu.

5. Mất nước nặng có triệu chứng tiêu chảy, nôn nhiều.

a) Đúng
b) Sai.

6. Bỏng nặng ở người lớn khi bỏng chung trên 20% hoặc bỏng sâu 10% trở lên.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 38. SƠ CỨU NGƯỜI BỊ PHỎNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các tác nhân gây bỏng.
2. Nêu được cách phân độ bỏng.
3. Trình bày được cách chẩn đoán diện tích bỏng.
4. Mô tả được phương pháp điều trị bỏng.

NỘI DUNG

1. TÁC NHÂN GÂY BỎNG

- Nhiệt nóng: lửa, tia lửa điện,…
- Nhiệt lạnh: băng tuyết, khí gas làm lạnh,…
- Hóa chất: acid (sunfuric, chlohydric,…), kiềm (NaOH, KOH,…).
- Bỏng vôi.
- Tác nhân điện.
- Tác nhân vật lý: tia alpha, beta, …

2. PHÂN ĐỘ BỎNG

- Độ 1: da đỏ, rát, tự khỏi sau 4 - 5 ngày.
- Độ 2: nền da đỏ sưng nề có nốt phỏng vòm mỏng nước, tự lành sau 8 - 12 ngày.
- Độ 3: nông (nốt phỏng vòm dầy, dịch màu hồng, đáy có đốm xuất huyết đỏ, tự khỏi sau 15 – 20 ngày), sâu (lớp da hoại tử còn mỏng tự bong rụng sau 15 – 29 ngày, lành vết thương sau 4 – 5 tuần điều trị).
- Độ 4: toàn bộ lớp da bị hoại tử khô, khô ráp, mất cảm giác, hay hoại tử có màu trắng ngà.
- Độ 5: tổn thương da, gân, cơ, xương.

3. TÍNH DIỆN TÍCH BỎNG

Phương pháp số 9 của Wallace: (%)

- Đầu mặt cổ: 9
- Chi trên: 9
- Thân trước: 9 x 2
- Thân sau: 9 x 2
- Chi dưới: 9 x 2
- Vùng sinh môn: 1.

4. CÁC THỜI KỲ

4.1. Thời kỳ 1: trong 72 giờ, sốc bỏng do đau, giảm thể tích tuần hoàn.

- Triệu chứng sốc bỏng: vật vả, thờ ơ, đáp ứng chậm, mê sảng, hôn mê. Huyết áp giảm, mạch nhanh nhỏ. Thở nhanh nông. Thân nhiệt thường giảm.
- Hematocrit tăng cao.

4.2. Thời kỳ 2: nhiễm khuẩn, nhiễm độc. Chia làm 2 giai đoạn.

- Giai đoạn nhiễm độc bỏng cấp: 4 – 7 ngày.
- Giai đoạn nhiễm khuẩn nhiễm độc: từ 8 đến 45 ngày sau bỏng.

4.3. Thời kỳ 3: suy mòn bỏng.

4.4. Thời kỳ 4: hồi phục.

5. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ BỎNG

5.1. Phòng và chống sốc:

- Giảm đau, truyền dịch.
- Khi đủ dịch, nước tiểu bình thường mà HA thấp cho trợ tim, thuốc nâng HA.

- Corticoid.
- Thở oxy, điều hòa hô hấp.
- Điều chỉnh các rối loạn nội môi.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Phòng uốn ván.

5.2. Công thức tính thể tích dịch truyền:

- Dịch điện giải = 1 ml x S% x P kg.
- Dịch keo = 1 ml x S% x P kg.
- Huyết thanh ngọt đẳng trương = 2000 ml.

8 giờ đầu truyền ½ lượng dịch, 16 giờ sau truyền ½ còn lại.

S%: diện tích bỏng, S > 50 chỉ tính = 50.

P kg: cân nặng BN.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tác nhân gây bỏng, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Nhiệt
b) Hóa chất
c) Bỏng vôi
d) a, b, c đúng.

2. Bỏng được phân chia làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) 3 độ
b) 4 độ
c) 5 độ
d) 6 độ.

3. Bỏng độ 1, CHỌN CÂU SAI:

a) Da đỏ
b) Rát
c) Bỏng tự khỏi sau 1 ngày
d) Bỏng tự khỏi sau 4 – 5 ngày.

4. Bỏng độ 2, CHỌN CÂU SAI:

a) Nền da đỏ sưng nề
b) Có nốt phỏng vòm mỏng nước
c) Tự lành sau 8 – 12 ngày
d) Tự lành sau 1 – 2 ngày.

5. Bỏng được chia làm 7 thời kỳ.

a) Đúng
b) Sai.

6. Tính diện bỏng theo phương pháp số 9: vùng sinh môn được tính 1%.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 39. CẦM MÁU – GARO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được các phương pháp sơ cứu thương tổn mạch máu ngoại biên.
2. Liệt kê được các trường hợp garo cầm máu.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Máu lưu thông trong cơ thể cung cấp cho các tổ chức tế bào oxy và các chất dinh dưỡng, do đó để đảm bảo cho sự cung cấp này thì phải duy trì sự lưu thông tuần hoàn của máu trong cơ thể. Huyết áp là áp lực để duy trì sự lưu thông tuần hoàn của máu.

Mất máu nhiều làm giảm huyết áp. Nếu mất máu ở mức độ ít thì cơ thể sẽ bù lại bằng cách tăng nhịp tim và hạn chế máu tới tổ chức dưới da để tăng cường lượng máu tới các cơ quan sống còn của cơ thể như não. Nếu mất máu nhiều, chỉ với thời gian ngắn các cơ quan quan trọng như: não, tim, thận sẽ bị tổn thương nghiêm trọng.

Do đó cầm máu garo là một kỹ thuật khẩn cấp giúp cho cơ thể người bệnh không bị mất máu ồ ạt.

2. CẦM MÁU TẠM THỜI

Tùy từng trường hợp và các điều kiện cụ thể có thể áp dụng các biện pháp sau:

- Gập gối tối đa: trường hợp có vết thương mạch máu gần khuỷu tay hay khoeo chân.
- Dùng tay chèn lên đường đi của mạch máu tổn thương.
  Hai biện pháp trên khi chưa có các phương tiện như: băng, gạc…
- Băng ép: dùng băng cuộn băng chặt vết thương để cầm máu.
- Băng ép có trọng điểm: là loại băng ép có độn thêm một cục gạc hay cuộn băng để có được hiệu quả cầm máu hơn.
- Băng nút gạc: nhét bấc gạc thật chặt vào vết thương sau đó băng ép.
- Băng chèn: dùng con chèn được chuẩn bị trước đặt trên đường đi của động mạch phía trung tâm, sau đó dùng băng cuộn băng chặt con chèn.
- Ga-ro: dùng một băng cuộn hoặc 1 dây cao su quấn phía trên và sát vết thương, sau đó siết thật chặt (có thể dùng 1 que chắc luồn vào để xoắn cho thêm chắc).
  Đây là phương pháp cầm máu tạm thời tốt nhưng có thể xảy ra hoại tử chi nếu để muộn. Vì vậy chỉ nên ga-ro trong các trường hợp vết thương mạch máu đặc biệt.

3. CÁC TRƯỜNG HỢP GA-RO:

- Chi đã cắt cụt tự nhiên sau bị thương.
- Chi đã bị dập nát quá nhiều không thể bảo tồn.
- Ga-ro chuẩn bị cho cuộc mổ, giảm bớt chảy máu khi mổ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mất máu nhiều làm, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Giảm huyết áp
b) Tăng huyết áp
c) Huyết áp không thay đổi
d) a, b, c sai.

2. Biện pháp cầm máu tạm thời, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Băng ép có trọng điểm
b) Băng nút gạc
c) Băng chèn
d) a, b, c đúng.

3. Các trường hợp garo, CHỌN CÂU SAI:

a) Chi đã cắt cụt tự nhiên sau bị thương
b) Chi đã dập nát quá nhiều không thể bảo tồn
c) Garo chuẩn bị cho cuộc mổ
d) Vết thương ở vùng vai, cổ, gáy.

4. Garo, CHỌN CÂU SAI:

a) Dùng một băng cuộn hoặc một dây cao su
b) Quấn phía dưới và sát vết thương
c) Cầm máu tạm thời tốt
d) Chỉ nên garo trong các vết thương mạch máu đặc biệt.

5. Cầm máu garo là một kỹ thuật khẩn cấp giúp cho người bệnh không bị mất máu ồ ạt.

a) Đúng
b) Sai.

6. Nếu mất máu nhiều, trong thời gian ngắn các cơ quan thận, não, tim sẽ bị tổn thương nghiêm trọng.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 40. CẤP CỨU NGƯỜI BỊ NGƯNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cách chẩn đoán bệnh nhân ngừng tuần hoàn hô hấp.
2. Thực hiện được cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp.

NỘI DUNG

1. MỤC ĐÍCH

- Cấp cứu người bị ngừng hô hấp là nhằm cung cấp dưỡng khí bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua miệng hoặc qua mũi người bị nạn.
- Cấp cứu người bị ngừng tuần hoàn là một cấp cứu nhằm kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập, giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não, thận và các tổ chức khác của cơ thể.

2. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu oxy
- Điện giật
- Giảm hoặc tăng calci máu
- Ngộ độc
- Tắc động mạch vành.

3. TRIỆU CHỨNG

- Mất ý thức đột ngột: gọi to không trả lời, lay mạnh không đáp ứng
- Ngừng thở
- Lồng ngực không di động
- Da và sắc mặt tím tái nhợt nhạt
- Đồng tử dãn.

* Kỹ thuật kiểm tra hơi thở, mạch đập:

<u>Kiểm tra hơi thở:</u>

- Áp tai gần vùng miệng không nghe thấy hơi thở nạn nhân
- Quan sát các cử động vùng ngực không thấy di động
- Kết hợp kiểm tra mạch đập.

Xem, nghe và cảm nhận trong 5 giây trước khi quyết định là nạn nhân còn thở hay không.

<u>Kiểm tra mạch đập:</u>

- Để đầu nạn nhân ngửa ra sau, dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra động mạch cảnh hoặc động mạch bẹn không thấy đập hoặc áp tai trực tiếp lên vùng tim không thấy tim đập.
- Bắt mạch trong 5 giây trước khi quyết định là mạch còn đập hay không.

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

4.1. Khai thông đường thở:

- Đặt nạn nhân: nằm ngửa ưỡn cổ, ở nơi thoáng khí, trên nền phẳng cứng.
- Lấy dị vật đường thở.
- Nới rộng quần áo nạn nhân.

4.2. Hỗ trợ hô hấp:

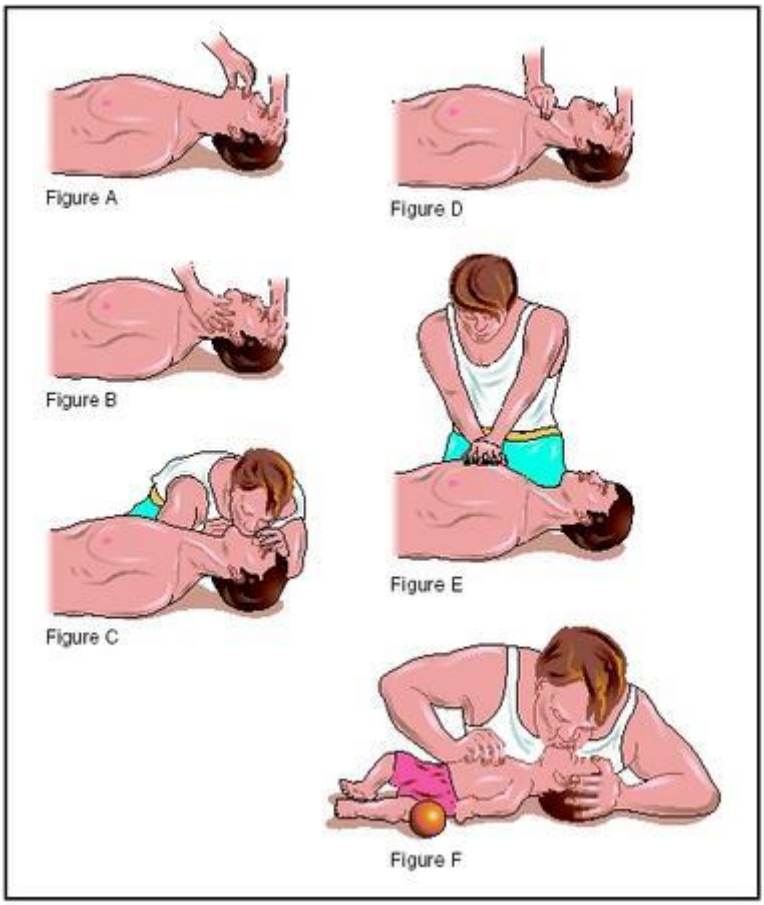
- Sau khi thông đường thở có hiệu quả, tiến hành hô hấp nhân tạo. Có 3 phương pháp:
  - Phương pháp thổi miệng qua miệng
  - Phương pháp thổi miệng qua mũi

- Phương pháp thổi miệng qua mũi, miệng.
  Trong lúc cấp cứu hô hấp, cấp cứu viên phải theo dõi lồng ngực nạn nhân có phồng lên theo nhịp thổi, nếu không cần kiểm tra lại:
  + Đối với nạn nhân: dị vật còn không, tư thế đúng không…
  + Đối với cấp cứu viên: lấy hơi có đủ không, thao tác có đúng không…

4.3. Hỗ trợ tuần hoàn:

Xoa bóp tim ngoài lồng ngực giúp tim hoạt động trở lại.

- Nguyên lý: xoa bóp tim là ép khối cơ tim giữa xương ức và cột sống lưng. Máu được tống từ tim theo động mạch chủ đến các cơ quan chủ yếu tim, não, thận… khi giảm nhanh sức ấn nhờ có sự đàn hồi của khung xương lồng ngực, ngực phồng trở lại, tim dãn nở nhận máu từ ngoại biên về.
- Kỹ thuật:
  + Xác định vị trí tay đặt trên xương ức: dùng hai ngón tay kéo từ bờ sườn bên trái đến mũi ức, xong đặt tay sát hai ngón tay để ép.
  + Hai tay để thẳng, đặt một gốc bàn tay lên nửa dưới xương ức, gốc bàn tay thứ 2 đặt chồng lên trên bàn tay kia (không đè vào mũi xương ức).
  + Dùng lực toàn thân ấn thẳng góc xuống xương ức đảm bảo cho xương ức lún sâu về phía xương sống 4 – 5 cm, nhịp nhàng liên tục với tần số 80 – 100 lần/ phút.
  + Chú ý: không đè các ngón tay lên xương sườn vì có thể làm gãy xương sườn và không đè vào mũi ức để tránh làm dập gan và chảy máu trong.



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nguyên nhân ngưng hô hấp tuần hoàn, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Thiếu oxy
b) Điện giật
c) Ngộ độc
d) a, b, c đúng.

2. Khai thông đường thở, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Đặt nạn nhân nằm ngửa ưỡn cổ
b) Lấy dị vật đường thở
c) Nới rộng quần áo nạn nhân
d) a, b, c đúng.

3. Kiểm tra hơi thở, CHỌN CÂU SAI:

a) Áp tai gần vùng miệng để nghe
b) Quan sát cử động vùng ngực
c) Xem, nghe, cảm nhận trong 1 giây
d) Kết hợp kiểm tra mạch đập.

4. Kiểm tra mạch đập, CHỌN CÂU SAI:

a) Để đầu nạn nhân cúi ra trước
b) Dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra mạch cảnh
c) Áp tai trực tiếp lên vùng tim
d) Bắt mạch trong 5 giây.

5. Hỗ trợ tuần hoàn bằng cách xoa bóp tim ngoài lồng ngực

a) Đúng
b) Sai.

6. Không đè các ngón tay lên xương sườn khi xoa bóp tim vì có thể làm gãy xương sườn.

a) Đúng
b) Sai.

BÀI 41. SƠ CỨU GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được nguyên tắc sơ cứu gãy xương.
2. Trình bày được kỹ thuật xử trí gãy xương đòn, gãy xương cánh tay, gãy xương cẳng tay, gãy xương đùi, gãy xương cẳng chân.

NỘI DUNG

1. MỤC ĐÍCH:

- Làm giảm đau cho nạn nhân khi vận chuyển
- Tránh các tổn thương thứ phát
- Phòng và chống sốc cho nạn nhân.

2. NGUYÊN TẮC:

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân mà phải có bông gạc đệm lót ở đầu nẹp, chỗ sát xương.
- Bất động theo tư thế cơ năng: cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn chân vuông góc với cẳng chân, cẳng chân với đùi thẳng 180^o.
- Bất động chắc chắn trên, dưới ổ gãy, khớp trên, khớp dưới ổ gãy, với xương đùi bất động 3 khớp: khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân.
- Nhanh chóng nhẹ nhàng trong suốt thời gian bất động và vận chuyển nạn nhân tới cơ sở y tế.

3. KỸ THUẬT:

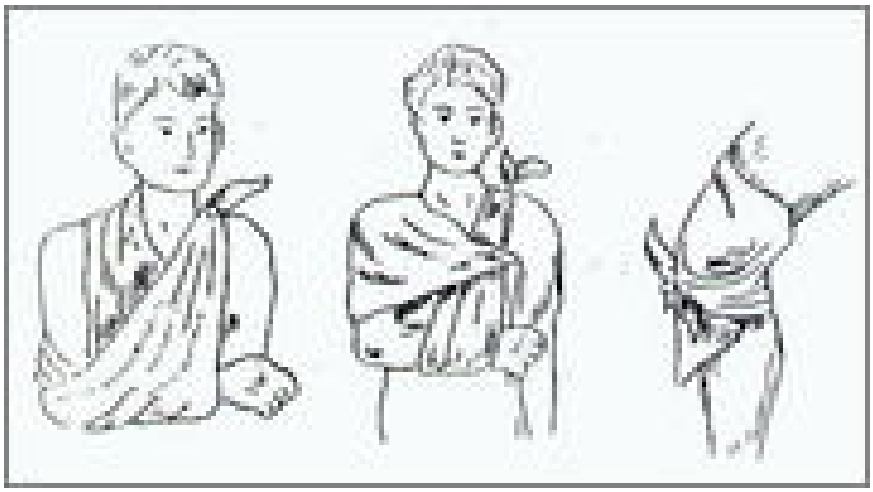
3.1. Xử trí gãy xương đòn:

+ Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn
+ Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thuận lợi
+ Dùng băng to bản: chèn bông vào 2 hố nách và 2 bả vai, băng kiểu số 8 ở sau lưng.
+ Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

H1: Băng cố định xương đòn.

3.2. Xử trí gãy xương cánh tay:

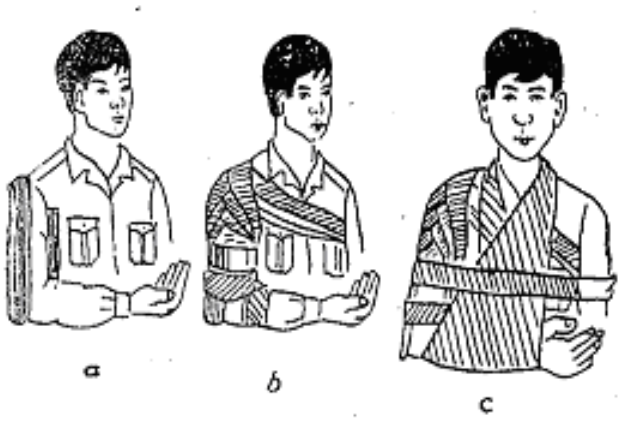
+ Gấp cẳng tay vuông góc với cánh tay
+ Treo tay nạn nhân vào cổ bằng khăn tam giác hoặc dây to bản.
+ Buộc tay vào ngực bằng một khăn hoặc băng to bản.
+ Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.



H2: Băng tam giác.

3.3. Xử trí gãy xương cẳng tay:

+ Nếu nạn nhân ngồi được, có thể dùng khăn tam giác treo cẳng tay trước ngực
+ Nếu nạn nhân nằm: đặt tay nạn nhân duỗi thẳng dọc theo thân. Buộc chi bị tổn thương vào cơ thể bằng băng to bản hoặc dây to bản ở 3 vị trí: cổ tay cố định vào đùi, cẳng tay cố định vào bụng, cánh tay cố định vào ngực.
+ Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.



H3: Xử trí gãy xương cẳng tay.

3.4. Xử trí gãy xương đùi:

+ Bộc lộ vùng bị thương
+ Quan sát, đánh giá, xác định vị trí tổn thương
+ Dùng 5 cuộn băng to bản:
  Cố định 2 chân vào nhau, các vị trí cố định như sau: 1 dây trên ổ gãy, 1 dây dưới ổ gãy, 1 dây buộc trên 2 đầu gối, 1 dây buộc 2 cẳng chân, 2 bàn chân băng số 8.
+ Nhanh chóng, nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân bằng cáng cứng tới bệnh viện.

H4: Cố định xương đùi.

3.5. Xử trí gãy xương cẳng chân:

- Trường hợp gãy hở:
  + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu
  + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chòi ra
  + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt lên trên vết thương
  + Băng cố định vành khăn bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.
- Trường hợp gãy kín:
  + Cố định 2 chi vào nhau bằng 4 dây buộc to bản: 1 dây trên ổ gãy, 1 dây dưới ổ gãy, 1 dây cố định đùi, 1 dây cố định 2 chân theo kiểu băng số 8.
  + Nhanh chóng, nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân bằng cáng cứng tới bệnh viện.

Cố định tạm thời gãy xương cẳng chân

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích sơ cứu gãy xương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Giảm đau cho nạn nhân
b) Tránh tổn thương thứ phát
c) Phòng chống sốc cho nạn nhân
d) a, b, c đúng.

2. Nguyên tắc sơ cứu gãy xương, CHỌN CÂU ĐÚNG:

a) Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân
b) Bất động theo tư thế cơ năng
c) Bất động chắc chắn trên, dưới ổ gãy
d) a, b, c đúng.

3. Xử trí gãy xương đòn:

a) Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn
b) Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thuận lợi
c) Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện
d) Treo tay nạn nhân vào cổ băng khăn tam giác.

4. Xử trí gãy xương cẳng tay:

a) Dùng khăn tam giác treo tay cẳng nhân trước ngực
b) Nhanh chóng chuyển bệnh nhân tới bệnh viện
c) Đặt tay nạn nhân vuông góc với trục thân
d) Buộc dây to bản ở 3 vị trí: cổ tay, cẳng tay, cánh tay.

5. Xử trí gãy xương đòn bằng kiểu băng số 8.

a) Đúng
b) Sai.

6. Xử trí gãy xương cẳng chân chia ra hai trường hợp gãy hở và gãy kín.

a) Đúng
b) Sai.

ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

BÀI 1	BÀI 7	BÀI 13	BÀI 19	BÀI 25	BÀI 31
1. D	1. A	1. A	1. A	1. D	1. A
2. A	2. B	2. D	2. D	2. A	2. D
3. B	3. C	3. D	3. C	3. A	3. C
4. D	4. D	4. B	4. D	4. D	4. C
5. B	5. A	5. A	5. A	5. B	5. A
6. A	6. A	6. B	6. B	6. A	6. B
BÀI 2	BÀI 8	BÀI 14	BÀI 20	BÀI 26	BÀI 32
1. D	1. D	1. A	1. A	1. D	1. D
2. A	2. C	2. C	2. D	2. D	2. D
3. D	3. C	3.B	3. B	3. C	3. C
4. D	4. B	4. D	4. D	4. D	4. D
5. A	5. A	5. A	5. B	5. A	5. A
6. A	6. A	6. B	6. A	6. A	6. A
BÀI 3	BÀI 9	BÀI 15	BÀI 21	BÀI 27	BÀI 33
1. D	1. D	1. D	1. C	1. A	1. C
2. A	2. C	2. C	2. C	2. D	2. A
3. D	3. B	3. C	3. A	3. C	3. A
4. C	4. C	4. B	4. C	4. A	4. C
5. A	5. B	5. A	5. A	5. A	5. A
6. A	6. B	6. B	6. A	6. A	6. A
BÀI 4	BÀI 10	BÀI 16	BÀI 22	BÀI 28	BÀI 34
1. D	1. D	1. B	1. D	1. A	1. D
2. D	2. A	2. D	2. C	2. D	2. D
3. C	3. C	3. C	3. B	3. C	3. A
4. B	4. C	4. B	4. D	4. C	4. A
5. A	5. A	5. A	5. B	5. A	5. A
6. B	6. A	6. A	6. A	6. B	6. A
BÀI 5	BÀI 11	BÀI 17	BÀI 23	BÀI 29	BÀI 35
1. A	1. A	1. D	1. D	1. D	1. B
2. D	2. D	2. A	2. A	2. A	2. D
3. B	3. C	3. A	3. C	3. B	3. C
4. B	4. D	4. D	4. A	4. C	4. B
5. A	5. A	5. B	5. A	5. B	5. A
6. B	6. A	6. A	6. A	6. A	6. A
BÀI 6	BÀI 12	BÀI 18	BÀI 24	BÀI 30	BÀI 36
1. A	1. A	1. D	1. D	1. A	1. D
2. B	2. B	2. A	2. A	2. B	2. D
3. C	3. D	3. C	3. D	3. D	3. D
4. D	4. C	4. D	4. B	4. C	4. B
5. A	5. A	5. B	5. A	5. A	5. A
6. B	6. A	6. B	6. A	6. A	6. A

BÀI 37	BÀI 38	BÀI 39	BÀI 40	BÀI 41
1. D	1. D	1. A	1. D	1. D
2. D	2. C	2. D	2. D	2. D
3. D	3. C	3. D	3. C	3. D
4. B	4. D	4. B	4. A	4. C
5. A	5. B	5. A	5. A	5. A
6. B	6. A	6. A	6. A	6. A

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học
2. Bệnh học và chăm sóc ngoại khoa, Nhà xuất bản Y học
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh Viện – Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học
4. Giáo trình môn học Ngoại khoa của nhà trường.
5. Lâm sàng Ngoại khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Bệnh học tiết niệu, NXB Y học, 2003.
7. Kỹ năng y khoa cơ bản, NXB Y học, 2009.