BỆNH VIỆN ĐA KHOA MINH HÓA

KHOA NGOẠI

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA NGOẠI**

**1. BỎNG**
**I. Nguyên nhân:**
- Nhiệt: Nóng lạnh
- Điện: Điện thế cao ( > 1000 volt ) dễ gây suy thận cấp và có thể gây ngưng tim ngưng thở.
- Hoá chất: các Acid, Base, bom lân tinh, Napalm…à Đặc điểm là tiến triển sau khi tiếp xúc thường gây những thương tổn sâu và hay để lại di chứng.
**II. Chẩn đoán:**
***1. Chẩn đoán độ sâu của bỏng:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ĐỘ SÂU** | **MÀU** | **BỀ MẶT** | **CẢM GIÁC** | **LÀNH SẸO** |
| **I** | Đỏ rám nắng | Khô | Đau nhẹ | 3- 5 ngày |
| II | Hồng | Có bóng nước, ướt | Đau nhiều | 10 – 15 ngày |
| IIIA | **Đỏ** | Nốt bỏng có vòm dầy, dịch nốt bỏng có hồng cầu. Bóng nước vở để lộ tổ chức màu hồng. | **Giảm** | 20 – 25 ngày để lại da kém mềm giảm sắc tố |
| IIIB | Trắngxám như đá hoa | Đông tắc các mạch máu, hoại tử khô hay ướt. | **Mất** | **Cần ghép da** |
| IV | Đen đỏ sậm | Lõm sâu do hoại tử | Mất | Cần ghép da |

***2. Chẩn đoán diện tích bỏng:***
- Có nhiều cách tính nhưng thông dụng nhất, đơn giản dễ nhớ là:
**HEO BẢNG TÍNH CỦA WALLACE
*( Qui tắc con số 9 )***
- Đầu mặt cổ................................. : 9%
- Thân trước: - Ngực...................... : 9%
                      - Bụng...................... : 9%
- Thân sau:    - Lưng......................... : 9%
                      - Mông........................ : 9%
- Một chi trên................................ : 9%
- Một chi dưới: - Mặt trước........... : 9%
                         - Mặt sau.............. : 9%
- Vùng sinh dục ngoài................... : 1%
- **Chú ý:** - Lòng bàn tay................ : 1%
    - Đầu trẻ em:
                        + Mới sinh.. : 20%
                        + 1 tuổi...... : 16%
                         + 5 tuổi...... : 14%

***3. Đánh giá mức độ bỏng:***
- Những yếu tố đánh giá mức độ bỏng là: Diện tích, độ sâu, vị trí, thương tổn đi kèm.
- Ngoài ra nếu bỏng ở vị trí: Đầu mặt cổ, đường hô hấp, cơ quan sinh dục, bàn tay, vùng khuỷu, hoặc kèm gãy xương, tổn thương phần mềm rộng, bỏng điện thế cao \_ Coi như là bỏng nặng.
Đánh giá tiên lượng bỏng bằng công thức:
**B** = tuổi bệnh nhân + **S%**............ Tỉ lệ tử vong
 **B** > 100.......................... 95%
 75 < **B** < 100......................... 50%
**III. Điều trị:**
***1. Công tác sơ cấp cứu:***
**1.1.Nguyên tắc chung:**
- Đưa bệnh nhân ra khỏi nguyên nhân và tác nhân gây bỏng
- Đưa bệnh nhân đến nơi thoáng mát và bọc lộ vùng bỏng (Chú ý: Không nên làm vỡ các nốt bỏng )
- Cho dòng nước sạch qua vùng bỏng ( Tác dụng giảm nhiệt, giảm đau, giảm tính thấm thành mạch, giảm độ sâu bỏng )
- Phòng và chống sốc bỏng: Giữ ấm, giảm đau, bù nước ( uống trà rừng hoặc quế, truyền dịch…)
  - Chuyển đến cơ sở gần nhất.
***à Chú ý:***Xử trí tùy tác nhân gây bỏng
**1.2. Cấp cứu bỏng:**
***a. Bỏng nhẹ:*** Chủ yếu là chăm sóc vết bỏng. Rửa bằng Nacl 0,9% , bôi thuốc sát trùng, đắp gạc Vaselin.
**b*. Bỏng nặng:*** Cần hồi sức hô hấp, chống shock bỏng trước khi săn sóc vết bỏng.
- Chống shock bỏng:
+ Vấn đề chính là bồi hoàn nước, điện giải và giảm đau.
+ Bồi hoàn nước và điện giải dựa vào diện tích bỏng (S%) và cân nặng.
( Pkg) có thể sử dụng:

**CÔNG THỨC BROOKE:**
24 giờ đầu............... dd điện giải..................... 1,5ml x Pkgx S %
............................... dd collid......................... 0,5ml x Pkgx S %
............................... dd glucose...................... 2000ml
               ( 8 giờ đầu ½, 8 giờ kế ¼, 8 giờ cuối ¼ )
24 giờ sau............... dd colloid + dd điện giải = ½ nhu cầu bổ sung trong 24 giờ đầu.
............................... dd glucose 5% ............... 2000ml
***àChú ý***: Công thức này tính trên người lớn nếu S > 50 tính như 50.

 **CÔNG THỨC PARKLAND:**

24 giờ đầu............... dd LactacRinger ............ 4 ml x Pkgx S %
24 giờ sau............... dd Colloid...................... 0,5 ml x Pkgx S %
............................... dd Glucose 5%............... 2000ml

- Thuốc giảm đau:
+ DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1- 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần.
+ PARACETAMOL 500mg 10 – 15 mg/kg uống ngày 02 – 03 lần.
+ Độ II : Nên chia từng liều nhỏ để theo dõi tri giác.
+ Độ III sâu: Không cần sử dụng thuốc giảm đau.
- SAT 1500 UI: 01 liều tiêm dưới da.
- Kháng sinh:
+ CEFOTAXIM 1g/lọ: liều dùng 2 – 6 g chia thành 02 – 03 lần/ngày. Đối với trẻ em: liều dùng 100 – 150 mg/kg chia thành 02 – 03 lần/ngày.
+ CEFUROXIM 1,5g/lọ, liều dùng 1,5g chia thành 02 – 03 lần/ngày. Truờng hợp nhiễm khuẩn nặng liều dùng 3g chia thành 02 – 03 lần/ngày.
+ GENTAMYCIN 80mg, liều dùng 2 – 5 mg/kg/ngày, 01 liều dùng duy nhất trong ngày.
**àChú ý:** Sử dụng men đường ruột chống loạn khuẩn đường ruột.
**IV. Chăm sóc:**
- Thay băng, tháo mủ, cắt lọc, làm rụng hoại tử.
- Bỏng nông độ II: Rửa sạch, phá các nốt phồng nước ( Vì đây là môi trường giàu dinh dưỡng cho vi khuẩn phát triển). Sau đó đắp rạc Vaselin hoặc gạc có tẩm thuốc mở có kháng sinh + Phương pháp để trần ( Phải là môi trường sạch ) và đắp các màng sinh học ( Màng ối đông khô, da heo đã xử lý…).
- Bỏng sâu độ III: Khi lành để lại sẹo \_ Cần chuyển sớm đến chuyên khoa sâu bỏng để có những can thiệp thích hợp tránh di chứng về sau.
 **V- Dinh dưỡng, chữa suy mòn:**
- Chế độ ăn: 4200 Calo/ngày: +Đạm.............. 160- 175gr
                                             +Bột đường........ 500- 550gr
                                             +Vitamin C, B1B6B12, PP, A, D + muối khoáng.
- Dịch truyền: Moriamin, huyết tương, huyết thanh, protein đẳng trương, Lipofuldin, Aminoplasma, Glucoplasma…

**2.  CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN**
I.  **ĐẠI CƯƠNG**.
     Lá chấn thương gây tổn thương thành bụng và các tạng trong ổ bụng nhưng không thủng phúc mạc
     Trong 40% - 60% trường hợp phối hợp nhiều thương tổn ngoài ổ bụng như chấn thương sọ não,chấn thương cột sống,chấn thương ngực ,gãy nhiều xương ..v..v.

II**. CHẨN ĐOÁN**.
1. **Nguyên nhân** : Tai nạn giao thông ,xung đột, tai nạn lao động ,tai nạn sinh hoạt như khi té ngã đập bụng vào vật cứng …hoặc bơm nổ áp lực lớn …
Triệu chứng cơ năng : Bệnh nhân than đau bụng, chương bụng hoặc thở mạnh thấy đau tức bụng .
 Triệu chứng thực thể
-  Toàn thân : Hội chứng mất mau Mạch nhanh,da niêm nhợt…) hội chứng nhiễm trùng (sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn…).
-  Nhìn : có dấu hiệu chấn thương vùng bụng như bầm máu,trầy xướt, tùy vị trí chấn thương mà thầy thuốc dự đoán tạng tổn thương.
-  Sờ:  ấn bụng có dấu hiệu đau, đề kháng thành bụng , cả ứng phúc mạc .
-  Gõ: phát hiện dấu hiệu đục vùng thấp, hoặc mất vùng đục trước gan …
 Xét nghiệm
-  Thường quy: công thức máu (có thể làm nhiều lần), đông máu toàn bộ, xét nghiệm sinh hóa máu (chức năng gan, thận,Amylase, lipase..) Xquang ngực, bụng, khung chậu… siêu âm bụng có thể làm nhiều lần.
-  Đặc hiệu : chọc dò hay chộc rửa ổ bụng, lấy dịch làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào,.Chụp dạ dày, tá tràng có cảng quang (tan trong nước). Chụp bàng quang ngược dong2co1 cảng quang.CT scan bụng có cảng quang,mở cửa sổ hơi. Chụp DSA…
2. **Chẩn đoán xác định** : Vỡ tạng đặc (gan, lách, tụy….) hoặc vỡ tạng rỗng (vỡ dạ dày tá tràng, vỡ ruột non, đại tràng, bàng quang), Chủ yếu dựa trên CT – scan.
3. **Chẩn đoán phân biệt**: Tụ máu sau phúc mạc do gãy khung chậu,do chấn thương cột sống thắt lưng, chấn thương thận .
III. **ĐIỀU TRỊ**
1.**Nguyên tắc điều trị**
1.1 **Đối với vỡ tạng rỗng**
- Khi chưa có dấu hiệu rõ hoặc nghi ngờ có thương tổn phải theo dõi sát, khám đi khám lại nhiều lần để phát hiện kiệp thời và xử trí tránh bỏ sót thương tổn.
- Có dầu hiệu vở tạng rỗng như: dạ dày, ruột , bàng quang phải mở bụng sửa chữa tổn thương hay phẩu thuật nội sôi điều trị .
1.2 **Đối với vỡ tạng đặc**
   Mục tiêu: cầm máu, bảo tồn chức năng của tạng, ngăn ngừa biến chứng muộn.
2. **Điều trị đặc hiệu**
a. **Huyết động không ổn định**: mở bụng ngay để xử trí thương tổn
-Tổn thương gan : khâu gan, cắt gan không điễn hình, chèn gạc cầm máu…
- Tổn thương lách: cố găng khâu bảo tồn lách,không được mới cắt bỏ lách .
- tổn thương tụy: bảo tồn hay cắt bỏ một phần tụy
b. **Huyết động ổn định** :
- Vỡ lách : có thể điều trị bảo tồn hoặc phới hợp làm tắc mạch (TAE), nhưng đa số đều phải phẩu thuật
- Vỡ gan : 50% có thể điều trị bảo tồn kèm làm TAE qua DSA 20% có thể điều trị bằng khâu cằm máu trực tiếp hoặc sử dụng các tác nhân cầm máu , 30%  phải xử trí triệt để hơn như cắt gan.
- Vỡ tụy : tùy tổn thương nhu mô dơ thuần , hoặc kết hợp tổn thương ống tụy,ống mật chủ, tá tràng .v.v..mà phương pháp xử trí có thể chỉ là khâu đơn thuần,khâu và dẩn lưu ống tụy, cắt tụy,hoặc cắt khối tá tụy.
IV. **BIẾN CHỨNG**
-  Sốt,chảy máu tái phát,rò mật, áp xe.
-  Điều kiện ; phối hợp hời sức ,phẩu thuật chẩn đoán hình ảnh, phồng mổ và phẩu thuật viên Theo dõi sinh hiệu tình trạng bụng, HCT, siêu âm .
V. **THEO DÕI**
- Đối với chấn thương tạn rỗng: theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc, nhiễm trùng của bệnh nhân chấn thương bụng kín đơn thuần hoặc trên bệnh nhân điều trị bảo tồn chân thương tạn đặc đả xác định ( có CT- scan bụng). Sau mổ theo dõi các dấu hiệu viêm phúc mạc ,tắt ruột sớm.
- Đối với chấn thương  tạn đặc : theo dõi các biến chứng chảy máu tái phát sau mổ hoặc các biến chứng rò mật, rò tuỵ mà có hướng xử trí thích hợp như mở bụng hay dẩn lưu dịch máu ổ bụng.
**Tái khám**
 Sau xuất viện 2- 4 tuần để đánh giá tình trạng dinh dưỡng sau mổ, sự lành vết thương, ống dẫn lưu để có hướng xử trí thích hợp ( rút ống dẫn lưu …)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**
1.     Amoroso –TA,et al : Evalution of the patient with blunt abdominal trauma : an evi dence based approach
2.     Croce M.A et al., non – operative mana- gement of blunt hepatic trauma in the treatment of choice for hemodynamically stable patients
3.     Heng-Fu,jiann – Ming Wu, Chao – chiang Tu, Hsin – an Chen and Hsin – Chin Shih ([http://resources](http://resources/) metapres.com/pdf.preveiew

**3. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG – THẮT LƯNG**
**I.   ĐẠI CƯƠNG:**
Chấn thương có thể gây tổn thương phần xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân, cơ. Đoạn cột sống tiếp nối lưng thắt lưng là đoạn gãy hay gặp với các tổn thương bệnh lý giải phẫu đa dạng; từ loại gẫy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững gây tổn thương thần kinh nặng nề.
**II.  CHẨN ĐOÁN:**
**1./Lâm sàng:**
-  Khám cột sống: Tìm vị trí tổn thương theo điểm đau, điểm gù.
-  Khám thần kinh: Đánh giá tầng thương tổn và mức độ tổn thương thần kinh.

*Tầng thương tổn:* Xác định tầng thương tổn chủ yếu bắng khám khoanh cảm giác, dưa theo những móc cơ thể như sau: L4: ngang núm vú; L6: ngang mủi kiếm xương ức; L8: hạ sườn; L10: ngang rốn; L12: giữa nếp bẹn.

*Mức độ tổn thương tủy:* Đánh giá mức độ tổn thương thần cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION, 1992):

Bảng 1. Bảng phân loại của ASIA

|  |  |
| --- | --- |
| Loại | ASIA |
| A. Tổn thương tủy hoàn toàn | Liệt hoàn toàn: mất hoàn toàn vận động và cảm giác. |
| B. Tổn thương tủy không hoàn toàn | Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương (Bao gồm đoạn cùng S4-5). |
| C. Tổn thương tủy không hoàn toàn | Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn ½ các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ <3). |
| D. Tổn thương tủy không hoàn toàn | Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn ½ các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ ≥3). |
| E. Bình thường | Chức năng vận động và cảm giác bình thường. |

**2./ Chẩn đoán hình ảnh:**
Xquang: dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.
CT – Scan: Đánh giá rất tốt thương tổn xương, đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. Theo phân loại của Denis.
MRI: Đánh giá tốt thương tổn dây chằng, đĩa đệm, đặc biệt là tổn thương tủy.
**3./ Phân loại gãy cột sống (Theo Danis):** Có 04 loại gãy: Gãy lún (Compression), gãy lún nhiều mãnh (Burst fracture), gãy dây đai(Seat – Belt); gãy trật (Fracture – dislocation)
**III.  ĐIỀU TRỊ:**

**1.Nguyên tắc điều trị:**

-  Nắn lại cột sống.
-  Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh của các mô chưa bị tổn thương.
-  Tạo điều kiện cho sự phục hồi của mô thần kinh.
-  Tái tạo và giữ sự ổn định của cột sống.
-  Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

**2.Điều trị nội khoa:**

**2.1. Sơ cứu:**
- Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương tủy sống khi: có chấn thương đầu, cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn, có đau lưng, đau cổ, có các biểu hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.
- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng. Giữ huyết áp tâm thu > 90 mmHg, cho thở Oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng hay liệt ruột. Đặt sonde tiểu nếu có bí tiểu.
- Chống phù tủy: Methylprednisolon: Khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, tiêm tĩnh mạch liều đầu (bolus) 30mg/kg giờ đầu. Sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg trong 23 giờ tiếp theo.
**2.2. Điều trị bảo tồn:**
- DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1 - 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần.
- PARACETAMOL 500mg 10 – 15 mg/kg uống ngày 02 – 03 lần.
- MEPHENESIN 250mg, liều 1 – 2 g/ ngày, chia thành 2 – 4 lần/ ngày.
- ALPHACHYMOTRYPSIN 42.000 UI 4-6 viên/ngày trong 7 ngày.
**2.3. Chăm sóc bệnh nhân:**
- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm tỳ đè như xương cùng, lưng, mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.
- Tập vật lý trị liệu sớm để tránh teo cơ, cứng khớp.
- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi chăm sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bằng cách mở thông vào một giờ cố định.
- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận trường. Nếu cần phải thụt tháo ứ động hằng ngày.

**3.Điều trị phẫu thuật: ( Chuyển tuyến trên )**

- Việc lựa chọn phẫu thuật lối trước, lối sau hay phối hợp dựa vào dạng tổn thương, tình trạng thần kinh và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Mục tiêu điều trị phẫu thuật: giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.
- Phẫu thuật lối sau: cắt bản sống giái ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.
- Phẫu thuật lối trước: Cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vis lối trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.
- Phẫu thuật phối hợp: đối với những trường hợp vỡ thân đốt sống nặng có kèm gãy trật.

**4.  CHẤN THƯƠNG NGỰC**
**I/. ĐẠI CƯƠNG :**
Chấn thương ngực (CTN) là nguyên nhân gây tử vong cao, chiếm 25% trong các trường hợp chấn thương. Có hơn 70% các trường hợp là chấn thương ngực kín, đa số là do tai nạn giao thông, ¼ các trường hợp này cần nhập viện theo dõi.
**II/. PHÂN LOẠI :**
CTN chia thành chấn thương ngực kín và vết thương thấu ngực kín và vết thương thấu ngực.
  -Chấn thương ngực kín (CTNK) : Một dạng thương tổn ở thành ngực hoặc các tạng trong lồng ngực do vật tù đập mạnh vào ngực hoặc do chấn động.
 -Vết thương thấu ngực (VTTN) : khoang màng phổi thông thương với bên ngoài. VTTN chia thành 2 loại : vết thường ngực kín và vết thương ngực hở.
**III/. CHẨN ĐOÁN :**

Xác định nguyên nhân chấn thương là vấn đề rất quan trọng.
Thời điểm chấn thương.
**1/. Lâm sàng :**Có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, thường gặp là:
-Đau ngực, khó thở, ho máu…
 -Hội chứng suy hô hấp
 -Hội chứng shock mất máu
 -Hội chứng chèn áp tim cấp
 -TKDD, KQ lệch, LN cử động bất thường
 -Hội chứng 3 giảm, hội chứng 2 giảm
 -Tiếng phì phò nơi vết thương
 -Vị trí, hướng vết thương ngực
 **2/. Cận lâm sàng :**
 -X. quang ngực : Có giá trị rất thiết thực, giúp xác định tràn khí, tràn dịch màng phổi, gãy xương, dập phổi, trung thất rộng ….
 -Siêu âm cấp cứu : Tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim….
 -CT scan ngực cản quang : đóng vai trò quan trọng trong những trường hợp khó : Tổn thương mạch máu lớn, thoát vị hoành…
 -XN khác : Nội soi khí phế quản, chụp thực quản cản quang, siêu âm tim, chụp mạch máu….
 **IV/. ĐIỀU TRỊ :**
**1/. Sơ cứu ban đầu :**
**2/. Các chỉ định mở ngực cấp cứu :**
 -DLMP ra máu >1500ml hoặc >200-300ml/giờ/ 3 giờ liên tiếp.
 -DLMP ra máu >1500ml trong 24 giờ
 -VTTN kèm shock mất máu (không kể trường hợp đa thương).
 -VTTN có chèn ép tim
 -Tổn thương khí phế quản, thực quản.
 -Vết thương ngực hở rộng
 -Vỡ hoành

 **3/. Chỉ định dẫn lưu màng phổi :**
  -Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi lượng trung bình – nhiều, do vết thương thấu ngực.
  -Tràn khí màng phổi áp lực
  -Tràn khí màng phổi cần thở máy
  **4/. Chỉ định mở ngực trì hoãn (>24 giờ):**
   -TT khí phế quản bị bỏ sót
   -Vỡ động mạch chủ do chấn thương
   -TT trong tim
   -Máu đông màng phổi
   -Mủ màng phổi sau chấn thương

**V/. CÁC THƯƠNG TỔN THƯỜNG GẶP TRONG CHẤN THƯƠNG NGỰC :**
**1/. TKMP – TMMP:**
**2/. Gãy xương sườn :**Điều trị nội (giảm đau, an thần)
 **3/. Mảng sườn di động :**
 Điều trị :
 -Cung cấp oxy, đảm bảo thông khí thích hợp
 -Giảm đau : tê thần kinh liên sườn, tê ngoài màng cứng
 -Chỉ định đặt nội khí quản khi : Nhịp thở > 40l/p, PO2 <60mmHg dù thở oxy 60% qua mask. Chỉ định tương đối : thở nông, rối loạn tri giác, tiền căn bệnh phổi hay có tổn thương phối hợp.

**4/. Dập phổi :**
-Lâm sàng :
+Khó thở, thở nhanh, ho ra máu, tím tái, tụt huyết áp.

+Ran nổ, giảm phế âm bên phổi tổn thương.
 -Chủ yếu điều trị nội khoa (cần theo dõi tại bệnh viện, cho thở oxy).
 -X. quang ngực thẳng theo dõi diễn tiến của dập phổi mỗi 24-48 giờ.
  -Chỉ định đặt nội khí quản : PaO2 <65mmHg và SaO2<90%
**5/. Chấn thương tim :**

-Lâm sàng : dấu bất thường xương ức, đau ngực.
-CLS : ECG (RLN nhanh, ST chênh lện, bloc nhánh…), SA tim
 -Xử trí : 2 biến chứng thường gặp : suy bơm và rối loạn nhịp => điều trị nội.
+Rối loạn nhịp không đáng kể : theo dõi ít nhất 12 giờ.
+Rối loạn nhịp đáng kể : theo dõi liên tục 24-48 giờ, làm thêm SA tim.
+Vỡ tim với biểu hiện của chèn ép tim => phẫu thuật cấp cứu.
**6/. Vết thương tim :** Vị trí xuyên vùng trước tim, ngực trái, ngực phải, vết thương bụng hoặc vết thương ngực bụng.
-Lâm sàng : Triệu chứng chèn ép tim, hội chứng choán mất máu.
-Siêu âm tim : Có dịch màng ngoài tim.
-Điều trị : Khi có chỉ định vết thương tim. Chỉ định mổ cấp cứu.
**7/. Vết thương cơ hoành :** Vị trí tổn thương nghi ngờ : dưới liên sườn 4 phía trước, liên sườn 6 phía bên, liên sườn 8 phía sau.
 -X. quang ngực – bụng : có thể có thoát vị hoành
 -Kiểm tra vị trí sonde mũi dạ dày tron lồng ngực
 -Điều trị : mở bụng thám sát, xử trí tổn thương.
 **8/. Chấn thương vỡ hoành :**
-Chia 3 giai đoạn : cấp, tiềm ẩn, tắc nghẽn.
+Cấp : Tron vòng 24-48 giờ
+GĐ tiềm ẩn (trung gian) : triệu chứng không đặc hiệu
+GĐ tắc nghẽn : 20 ngày – 28 năm (trung bình 3 năm)
-X. Quang ngực : Mờ góc sườn hoành, vòm hoành dâng cao hay không rõ nét, dấu mức nước hơi trong lồng ngực, dấu hiệu mờ màng phổi bất thường.
-Chụp cản quang đường tiêu hóa : Hình ảnh thoát vị các tạng trong ổ bụng bên lồng ngực.
-Điều trị : Chống shock. Đặt sonde mũi dạ dày, giảm căng dạ dày. Phẫu thuật : TT cấp : mở bụng. TT muộn : mở ngực.
**9/. TT mạch máu lớn :** xem phác đồ chấn thương, vết thương các mạch máu lớn.
**10/. TT khí phế quản :** Phác đồ chấn thương khí phế quản

**5. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO**
**I.   ĐẠI CƯƠNG**
Chấn thương và vết thương niệu đạo là một cáp cứu ngoại khoa. Ở nam giới, về mặt thực hành lâm sang, niệu đạo chia thành hai đoạn: niệu đạo sau và niệu đạo trước. Niệu đạo nữ tương đương với niệu đạo sau của nam về mặt giải phẫu. Ở nữ niệu đạo có liên quan với âm đạo nhưng chấn thương đức niệu đạo nữ ít gặp.
**II.  CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO TRƯỚC:**
**1.  Chẩn đoán:**

**Triệu chứng lâm sàng:**
Sau chấn thương té dập vùng sàn chậu vào vật cứng; có đặt sonde tiểu đặc biệt là các loại sonde cứng.
**Khám lâm sàng:**
-  Chảy máu ở miệng niệu đạo (dù không bí tiểu).
-  Máu tụ thành hình cánh bướm vùng đáy chậu lan sang hai bên đùi. Bìu sưng to do tụ máu.
-  Ấn vào vùng niệu đạo ở đáy chậu bệnh nhân bị đau chói, đồng thời có máu ra ở miệng niệu đạo.
-   Bí tiểu (do phản xạ), cầu bang quang (+). Bệnh nhân đến muộn có thể gặp tình trạng nước tiểu trong khối máu tụ (tình trạng bệnh nhân đái vào bìu) gây viêm nhiễm nặng.
-   Vết thương niệu đạo trước: khám thấy niệu đạo bị cắt một phần hoặc đứt rời hai đầu niệu đạo trong trường hợp vết thương do bạch khí hoặc do hỏa khí, niệu đạo bị thương tổn cùng với các tổn thương khác.
**Cận lâm sang:**
-   Xquang không cần thiết, không chụp niệu đạo ngược chiều trong cấp cứu vì sẽ làm nhiễm trùng khối máu tụ và gây thêm hoại tử mô tế bào vì tính ưu trương của thuốc cản quang (chụp muộn, nếu cần sau 5-7 ngày).
**2. Điều trị:**
-  Kháng sinh:
\*CEFOTAXIM 1g/lọ: liều dùng 2 – 6 g chia thành 02 – 03 lần/ngày. Đối với trẻ em: liều dùng 100 – 150 mg/kg chia thành 02 – 03 lần/ngày.
\*CEFUROXIM 1,5g/lọ, liều dùng 1,5g chia thành 02 – 03 lần/ngày. Truờng hợp nhiễm khuẩn nặng liều dùng 3g chia thành 02 – 03 lần/ngày.
\*GENTAMYCIN 80mg, liều dùng 2 – 5 mg/kg/ngày, 01 liều dùng duy nhất trong ngày.
-  Giảm đau:
+DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1 - 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần.
+PARACETAMOL 500mg 10 – 15 mg/kg uống ngày 02 – 03 lần.
+ALPHACHYMOTRYPSIN 21mckatal 4-6 viên/ngày trong 7 ngày.
+PARACETAMOL 1g truyền tĩnh mạch LXXX giọt/phút, ngày 02 – 03 lần.
-  Chấn thương kín: Mở bàng quang ra da, không dẫn lưu khối máu tụ-nước tiểu: rạch mở khối máu tụ nhiễm trùng đến tận chỗ vỡ niệu đạo (kèm theo mở bàng quang ra da).
- Vết thương niệu đạo: Khâu niệu đạo bằng chỉ tan (4/O), mở bàng quang ra da.
-  Trường hợp chấn thương kín khâu miệng niệu đạo sớm sau 5-7 ngày hoặc muộn hơn sau 3 tháng.
**III.  CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO SAU:**
**1.  Chẩn đoán:**
**Triệu chứng lâm sang:**
-  Gãy xương chậu vùng gần khớp mu (>90% các trừng hợp vỡ niệu đạo sau). Có 5%-10% các trường hợp gãy xương chậu có gãy niệu đạo sau..
- Vết thương niệu đạo sau: do bạch khí hoặc do hỏa khí, vật nhọn thường là các vết thương xuyên thấu qua đáy chậu, có thể tổn thương các tạng ở vùng tiểu khung cùng lúc như vật nhọn xuyên thủng niệu đạo, trực tràng, cơ đáy chậu, kèm theo nhiều tổn thương các tạng trong tiểu khung, ổ bụng. Thường là các vết thương bẩn, nhiễn trùng kỵ khí.
**Khám lâm sàng:**
- Choáng chấn thương, triệu chứng có thể gây tử vong: mạch nhanh, huyết áp tụt. Do mất máu và do đau vì gãy xương chậu.
-  Các triệu chứng của vỡ niệu đạo: chảy máu niệu đạo, ít hơn chấn thương niệu đạo trước dù chảy máu nhiều (vì trên cơ thắt).
-  Thăm trực tràng bệnh nhân thấy đau nhói ở mỏm tuyến tiền liệt (tuyến tiền liệt nằm trong khối máu tụ và bị đẩy lên trên).
-  Vỡ niệu đạo có thể kèm theo vỡ rách trực tràng. Có máu theo gant chứng tỏ có tổn thương trực tràng và tổn thương vùng đáy chậu.
**Cận lâm sàng:**
-  Công thức máu: lưu ý tình trạng nhiễm trùng.
-  Chụp x quang khung chậu: xếp loại gãy khung chậu, đánh giá di lệch (liên quan đến di lệch niệu đạo). Không chụp niệu đạo ngược dòng trong cấp cứu.
-  Siêu âm bụng: phát hiện khối máu tụ quanh tiền liệt tuyến hoặc là quanh bàng quang. Hình ảnh bàng quang căng đầy giúp chẩn đoán phân biệt với trường hợp vỡ bàng quang.
-  CT – Scan: có giá trị cao trong chẩn đoán, giúp đánh giá các tổn thương phối hợp.
**2. Điều trị:**
-  Chấn thương niệu đạo sau loại thường (không vỡ trực tràng kèm theo):
-  Hồi sức chống choáng: Thuốc giảm đau ***(không dùng NSAID)***, bất động khung chậu tốt, cố định khung chậu, dịch truyền, bù mất máu, kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm khuẩn. ( Bổ sung tên thuốc thuốc, liều lượng, đường dùng theo Danh mục thuốc BViện hiện có… )

\* **Mở bàng quang ra da bằng trocar hoặc mổ mở để chuyển lưu nước tiểu**. Không dẫn lưu khối máu tụ nếu đến sớm.
\* Cố định và chỉnh sửa di lệch của khung chậu.
-  Chấn thương niệu đạo sau phức tạp (có vỡ trực tràng kèm theo):
+ Xử trí ban đầu như trên.
+Kèm theo mở bụng: thám sát, hậu môn tạm đại tràng Sigma ở hốc chậu trái.
+Dẫn lưu khối máu tụ qua ngã xuyên đáy chậu.
- Vết thương niệu đạo sau: thường kèm theo thủ thuật trực tràng. Xử trí: mở bàng quang ra da, hậu môn tạm đại tràng Sigma ở hốc chậu trái.
- Các trường hợp chấn thương niệu đạo ở phụ nữ thường kèm vỡ rách âm đạo: can thiệp cấp cứu và khâu ngay thì đầu, mở bàng quang ra da chuyển lưu nước tiểu.

**6. GẪY CỔ XƯƠNG ĐÙI, TRẬT KHỚP HÁNG**
**I. ĐẠI CƯƠNG:**
-  Gãy cổ xương đùi và trật khớp háng là những chấn thương thường gặp, đa số do tai nạn giao thông.
-  Cổ xưng đùi nối chỏm với hai mấu chuyển. Trục cổ hợp với trục thân xương đùi một góc khoảng 1300 (nam lớn hơn nữ) gọi là góc nghiêng hay góc cổ thân.
**II. NGUYÊN NHÂN:**
-  Ở người trẻ: phần lớn do tai nạn giao thông hoặc tai nạn lao động (té trên cao xuống đất) với lực chấn động mạnh.
-  Ở người lớn tuổi: thường do tai nạn sinh hoạt với lực chấn động nhẹ như trượt chân té.

**III. CHẨN ĐOÁN:**
**1. Lâm sàng:**
**Bệnh sử:**
-  Ở người trẻ: Bệnh nhân đau, mất chức năng khớp háng sau tai nạn giao thông hoặc tai nạn lao động. Bệnh nhân trong bệnh cảnh nặng kèm theo nhiều tổn thương phối hợp như sóc chấn thương, . . .
- Ở người lớn tuổi: Bệnh nhân đau, mất chức năng khớp háng sau tai nạn sinh hoạt như là té. Trường hợp gãy cổ xương đùi không di lệch bệnh nhân có thể tự đi lại được.
**Khám lâm sàng:**
-  Dấu hiệu của sốc chấn thương: da niêm nhợt, vât vã, mạch nhanh, huyết áp tụt. Thường gặp tình trạng đa chấn thương có tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, ngực, bụng . . .
- Đau vùng khớp háng gặp ở tất cả bệnh nhân gã vùng đầu trên xương đùi hoặc trật khớp háng, đau tăng lên khi ấn hoặc gõ dồn từ gót chân.
- Biến dạng:

+Gãy cổ xương đùi: Đùi dạng nhẹ, ngắn chi, bàn chân xoay ngoài.
+Trật khớp háng:
\*Trật khớp háng ra sau, lên trên (kiểu chậu) : đùi khép, xoay trong, khớp háng và khớp gối gập nhẹ.
\*Trật khớp háng ra sau, xuống dưới (kiểu ngồi): đùi khép, xoay trong, khớp háng và khớp gối gập nhiều.

\*Trật khớp háng ra trước, lên trên (kiểu mu): đùi dạng, xoay ngoài, khớp háng và khớp gối duỗi nhẹ.
\*Trật khớp háng ra trước, xuống dưới (kiểu bịt): đùi dạng, xoay ngoài, khớp háng và khớp gối gập.
\*Trậ khớp háng trung tâm: ngắn chi, sờ mất mấu chuyển, thăm trực tràng có thể chạm phần xương gãy.
- Dấu hiệu lò xo chỉ gặp trong trật khớp háng.
 **Xét nghiệm:**
-  Xét nghiệm thường quy: công thức máu, xquang, . . .
-  Xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán:
+X quang khớp háng thẳng nghiêng.
+CT – Scanner: giúp xác định mảnh xương kẹt trong khớp háng.
**Phân loại (Theo Garden):**
-  Loại I: Gãy không hoàn, cài. Bè xương ép nguyên phát thẳng.
-  Loại II: Gãy hoàn toàn, không lệch. Bè xương ép nguyên phát thẳng.
-  Loại III: Gãy di lệch, bờ sau cổ nát. Bè xương ép nguyên phát không thẳng.
-  Loại IV: Gãy di lệch hoàn toàn, bờ sau cổ nát. Bè xương ép nguyên phát không thẳng.
**2. Chẩn đoán xác định:** dựa vào phim Xquang hay phim CT – Scanner. Dấu hiệu lò xo chỉ có trong trật khớp háng đơn thần, trong gãy cỗ xương đùi không có dấu hiệu này,
**IV.  ĐIỀU TRỊ:**
**1. Mục tiêu điều trị:** Đưa bệnh nhân trở lại tình trạng sinh hoạt bình thường càng sớm càng tố. Nếu bệnh nhân quá yếu, khả năng đi lại kém hoặc chỉ ngồi xe lăn thì mục đích điều trị là làm cho bệnh nhân đỡ đau.
-  **Cấp cứu**: Hồi sức, điều trị choáng chấn thương tích cực như bồi hoàn đủ dịch và lượng máu mất, giảm đau hiệu quả như DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1 - 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần. Khám bệnh nhân để phát hiện các tổn thương phối hợp khác. Bất động tạm thời giúp giảm đau cho bệnh nhân.
**2. Điều trị đặc hiệu: ( Chuyển tuyến trên )**
**3.1. Trật khớp háng:**Vô cảm bằng cách tê tủy sống hay gây mê toàn thân có dãn cơ. Khi nắn phải nắn từ từ lực kéo tăng dần tránh thô bạo làm gãy thêm xương, lực kéo liên tục tăng dần, xoay trong hay xoay ngoài tùy theo kiểu trật.
**3.2. Gãy cổ xương đùi:**
- Bảo tồn: nằm nghĩ tại giường, bó bột chống xoay hoặc nẹp chống xoay hay xuyên đinh kéo tạ.
- Phẫu thuật: nắn di lệch, phục hồi góc cổ thân xương đùi. Các phưng pháp như kết hợp xương bằng vis xốp, thay khớp háng toàn phần hay bán phần. . .

**7. GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI**
**I.   ĐẠI CƯƠNG:**
-  Xương đùi là xương lớn nhất và dài nhất trong cơ thể nên gãy than xương đùi là một chấn thương nặng nguy hiểm đến tính mạng, lương máu mất từ 0.5 đến 1 lít. Có nhiều cơ lớn bám xung quanh xương đùi nên gãy thường di lệch nhiều và hầu hết phải điều trị bằng phẫu thuật.
**II.  CHẨN ĐOÁN:**
**1.  Lâm sàng:**
- Triệu chứng gãy xương: biến dạng, cử động bất thường, lạo xạo xương.
- Triệu chứng tổn thương mạch máu: chi lạnh, mất mạch mu bàn chân, chày sau.
- Triệu chứng tổn thương thần kinh: mất cảm giác, vận động.
-         Triệu chứng chèn ép khoang: đau tự nhiên, lien tục, đau tăng khi căng cơ thụ động.
**2. X quang:** Chụp 02 bình diện thẳng – nghiêng, chụp qua 02 khớp.
-  Xác định chẩn đoán: Loại gãy : đường gãy, di lệch, cấu trúc xương.
-  Xác định các tổn thương phối hợp: gãy cổ xương đùi, gãy lồi cầu.
**III.  ĐIỀU TRỊ:**
**1. Sơ cứu ban đầu:**
-  **Bất động: nẹp đùi cẳng bàn chân.**
-  **Giảm đau:**DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1 - 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần.
**2. Điều trị bảo tồn:**
-  Bó bột chậu lưng chân: Dùng trong gãy xương đùi trẻ nhỏ.
-  Kéo tạ xương đùi liên tục: dung trong gãy xương đùi người lớn tuổi có bệnh nội khoa không thể can thiệp phẫu thuật và trẻ em.
**3. Điều trị phẫu thuật:**
- Đóng đinh nội tủy xương đùi bằng đinh Kuntcher: dung trong gãy ngang 1/3 giữa xương đùi.
- Đóng đinh nội tủy có chốt kèm theo khoan long tủy là xu hướng điều trị cho gãy than xương đùi.
- Kết hợp xương bằng nẹp ốc nén ép (DCP): dùng trong trường hợp gãy 1/3 trên hoặc 1/3 dưới mà lòng tủy xương quá nhỏ, gãy than và đầu xương. Tối thiểu 4 ốc ở mỗi đầu đoạn gãy.
**IV. THEO DÕI:**
**1. Bó bột:**
-  Theo dõi tình trạng chèn ép bột, tập gong cơ.
-  Theo dõi liền xương 04 tuần cho đến khi xương lành.
**2. Kéo liên tục:**
- Theo dõi tư thế kéo, chỉnh tạ kéo để đạt kết quả năn chỉnh xương, theo dõi nhiễm trùng chân đinh.
- Theo dõi trên lâm sang và X quang mỗi tháng, khi ổ gãy có cal thì có thể chuyển qua bó bột đùi bàn chân hoặc kéo liên tục đến khi lành xương.
**3. Phẫu thật:**
- Theo dõi nhiễm trùng sau mổ, chụp x quang đánh giá kết quả nắn và sự vững của ổ gãy.
- Tập gồng cơ, tập vận động các khớp.
- Tập đi nạn tì đè 1 phần sau 2 – 4 tuần với đinh nội tủy, sau 4 – 8 tuần với nẹp ốc.
- Tì đè chân hoàn toàn khi ổ gãy có cal xương.
- Tái khám 1 – 3 tháng sau khi lành xương.

**8. GÃY XƯƠNG ĐÒN**
**I- Đại cương:**
- Gãy xương đòn gặp nhiều nhất ở vùng vai và chi trên (chiếm 10 % các loại gãy xương ). Gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân thường gặp là do té ngã, tai nạn giao thong. Đây là loại gãy xương lành tính( bénigne ) vì rất dễ liền xương.
- Cơ chế chấn thương 80% là gián tiếp như ngã đập vai, chống tay trong tư thế dạng vai; 20% là trực tiếp, thường là gãy hở.
**II- Phân loại và các thể lâm sàng:**
**1. Theo vị trí gãy:**
1.1. Gãy đầu trong gần xương ức: Hiếm gặp, ít di lệch
1.2. Gãy đầu ngoài gần mỏm cùng vai: Ít di lệch nếu không đứt dây chằng quạ- đòn. Di lệch giống như trật khớp cùng đòn nếu đứt dây chằng nầy
1.3. Gãy 1/3 giữa: Thường gặp nhất đây là thể điển hình, di lệch nhiều, dễ chẩn đoán. Đường gãy ngang, chéo, hoặc có mảnh thứ 3. Các di lệch thường gặp gồm có:
- Di lệch chồng ngắn
- Di lệch sang bên: Đầu gần bị kéo lên trên bởi cơ ức-đòn-chũm; đầu dưới bị kéo xuống dưới do cơ dưới đòn, cơ ngực lớn, cơ delta và trọng lượng cánh tay. Trong trường hợp gãy chéo, đầu trong sắc nhọn dễ chọc thủng da.
**2. Theo tuổi:**
2.1. Gãy xương đòn ở người lớn.
2.2. Gãy xương đòn ở trẻ em, thường gặp dạng gãy cành tươi.
2.3. Gãy xương đòn ở trẻ sơ sinh: Do kéo quá mạnh khi sinh. Xương liền sau vài ngày, một số trường hợp liệt đám rối cánh tay.
**3. Gãy xương kèm tổn thương phối hợp:**các tổn thương phối hợp (biến chứng) có thể gặp gồm có:
3.1. Tổn thương động mạch và tĩnh mạch dưới đòn.
3.2. Tổn thương đám rối cánh tay: do kéo căng hoặc do mảnh gãy chèn ép.
3.3. Tổn thương đỉnh phổi: Gây tràn máu tràn khí màng phổi.
3.4. Gãy xương sườn, nhất là xương sườn số 1.
3.5. Chọc thủng da gây nên gãy hở.
**III- Chẩn đoán:**
 Thường chẩn đoán dễ,dựa vào:
1. Cơ chế chấn thương.
2. Triệu chứng lâm sàng:
2.1 Triệu chứng cơ năng:
- Sưng, đau, mất cơ năng khớp vai ( không giơ tay lên đầu được).
2.2. Triệu chứng thực thể:
- Vai xệ, tay lành đỡ tay đau.
- Sờ thấy xương gãy gồ lên dưới da (biến dạng kiểu bậc thang)
- Ấn đau chói và có tiếng lạo xạo.
- Đo chiều dài mỏm cùng -xương ức ngắn hơn bên lành.
3.3. Cận lâm sàng:
- CTM: 18 chỉ số, TS, TC, GS
- X- Quang: Xác định loại gãy và đường gãy, nhất là gãy đầu ngoài và đầu trong xương đòn. Để thấy rõ đường gãy trong nhiều trường hợp khó cần chụp ở tư thế chiếu chéo(en projection de filée), hình ảnh xương đòn không chồng lên các xương sườn.
**IV- Điều trị:**
- Đây là loại gãy xương dễ liền. Nắn di lệch thì dễ ( kéo vai lên trên và ra sau ), nhưng cố định để không bị di lệch lại thì khó. Mặt khác, cal lệch xương đòn gây xấu về mặt thẩm mỹ nhưng không ảnh hưởng nhiều đến chức năng khớp vai. Có rất nhiều phương pháp bất động xương đòn, nhưng không có phương pháp nào thật hoàn hảo. Do nhu cầu điều trị ưu tiên là phục hồi chức năng khớp vai mà không đau.
- Có 2 phương pháp điều trị chính:
-  Bảo tồn.
-  Phẩu thuật.
-  Chỉ dùng phẩu thuật trong một số trường hợp thật cần thiết như gãy hở, gãy kèm theo biến chứng chèn ép thần kinh, mạch máu, đe doạ chọc thủng da…
**A- Các phương pháp điều trị bảo tồn:**
**1. Cố định:**
**1.1. Băng số 8:**
- Dùng băng thun bản rộng 10 – 12cm băng cố định 2 xương đòn bắt chéo nhau sau lưng như hình số 8. Mục đích để xương đòn không di động khi bệnh nhân tập vận động khớp vai. Băng số 8 với băng thun tốt hơn dùng băng bột vì nó luôn luôn ôm sát xương đòn trong mọi tư thế. Tuy nhiên băng dễ sút nếu băng lỏng và dễ gây chèn ép nếu băng chật.
**1.2. Nẹp vải xương đòn (anncau de claviclule):** Thường dùng nhất
- Cơ chế bất động giống như băng số 8, nẹp được may bằng vải dầy và chắc, có mousse độn lót và có móc gài để đặt vừa khít tuỳ người bệnh.
**1.3. Phương pháp Rieunau:** Bệnh nhân nằm ngửa kê gối dưới vai trong 2 tuần (Hiện nay rất ít dùng),
**1.4.Phương pháp dán băng keo thun (băng thun dính):** hiện tại cũng ít dùng vì dễ gây dị ứng da, ngứa, lở.
**2. Bất động:**
- Băng số 8 và nẹp vải giữ 3 – 4 tuần.
**3. Tập vận động:**
- Cho bệnh nhân tập vận động từ nhẹ nhàng và tăng dần khớp vai sau khi bỏ cố định.
**B- Điều trị bằng phẩu thuật:**
- Phẩu thuật trong gãy xương đòn rất ít dùng. Trong gãy xương hở mục đích chính là cắt lọc vết thương, còn trong gãy kín thường chỉ áp dụng trong các gãy có biến chứng chèn ép thần kinh mạch máu (mục đích chính là giải ép) hoặc đe dọa chọc thủng da. Để cố định xương người ta dùng kim Kirschner hoặc nẹp vít (Nẹp mỏng AO).
- Vì xương đòn nằm sát da nên dễ bị lộ xương nếu vết mổ bị nhiễm trùng. Khi mổ thường phải cắt bỏ màng xương vì vậy có nhiều nguy cơ chậm liền hoặc khớp giả nếu 2 đầu xương không được ép khít nhau.
**C. Điều trị thuốc :**
- Giảm đau: DICLOFENAC 75 mg tiêm bắp ngày 02 lần. Trẻ em từ 1 - 12 tuổi: 1 - 3 mg/kg/ngày, chia làm 2 - 3 lần. PARACETAMOL 500mg 10 – 15 mg/kg uống ngày 02 – 03 lần.
- Tan máu bầm: Alphachymotrypsin 21mckatal 4-6 viên/ngày trong 7 ngày.
- Kháng sinh: Nếu có tổn thương phối hợp tuỳ tổn thương phối hợp mà sử dụng kháng sinh tiêm: GENTAMYCIN 80mg, liều dùng 2 – 5 mg/kg/ngày, 01 liều dùng duy nhất trong ngày hoặc dạng uống: CEFUROXIM 500mg, liều dùng 1g/ngày, chia thành 02 lần/ngày.
**V- Dinh dưỡng và chăm sóc:**
- Ăn uống bình thường không kiêng cử.
- Dặn bệnh nhân gồng cơ trong những ngày mang cố định và tập vận động các khớp không bị bất động tránh cứng khớp.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập vận động từ nhẹ nhàng và tăng dần khớp vai sau khi bỏ cố định ./.

**9. PHẪU THUẬT VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM**
 **I/. ĐẠI CƯƠNG:**
  -Vết thương phần mềm là những tổn thương gây rách da – niêm mạc
  -Vết thương phần mềm có thể là đơn thuần hoặc là các vết thương đặc hiệu : vết thương trong gãy xương hở, vết thương thấu khớp, vết thương có tổn thương mạch máu thần kinh.

**II/. PHÂN LOẠI :**
**1/. Vết thương đâm chọc :**
-Do kim đâm, đạp đinh, súc vật cắn
-Tổn thương GP không đáng kể
-Nguy cơ nhiễm trùng, sót dị vật
**2/. Vết thương cắt gọn :**
-Do vật sắc như dao, mảnh kiếng cắt

-Tổn thương GP đáng kể, có khi rất rộng
-Đôi khi chảy máu nhiều gây choáng
-Cần khám kỹ xem xó tổn thương mạch máu, thần kinh, gân…

**3/. Vết thương lóc da :**
-Da lóc khỏi tổ chức bên dưới
-Da có thể lóc rời hẳn hoặc còn lại cuống nuôi dưỡng
-Lóc da rộng, nguy cơ hoại tử vạt cao
-Lóc da hoặc mất da rộng có thể làm lộ các cơ quan quý
 **4/. Vết thương dập nát :**
 -Thường lực chấn thương mạnh : máy cuốn, tai nạn giao thông tốc độ cao, hỏa khí…
 -Vết thương hỏa khí có thể gây ra tổn thương lớn hơn mắt thường thấy được.
 -Vết thương dập nát thường tổn thương nhiều loại mô chứ không riêng vết thương phần mềm.
 -Nguy cơ mất máu, choáng, nhiễm trùng.
**III/. ĐIỀU TRỊ :**
**1/. Điều trị cấp cứu:**
-Khám đánh giá phân loại vết thương
-Băng ép cầm máu, chống choáng (nếu có)
-Băng vô trùng
-Bất động chi tổn thương
**2/. Điều trị chuyên khoa :**
***2.1/. Chống nhiễm trùng:***
*a/. Cắt lọc :*
 -Nguyên tắc chung :

+Cắt bỏ hết mô dập nát
+Lấy bỏ máu tụ

+Lấy bỏ hết dị vật
+Che phủ các mô quý
+Dẫn lưu tốt vết thương

-Kỹ thuật cắt lọc :
+Vệ sinh và sát trùng da
+Rửa loại bỏ dị vật
+Cắt lọc từ ngoài vào trong
+Rửa lại

+Xén mép vết thương
+Mở rộng vết thương để cắt lọc kỹ hơn
+Rửa sạch với nhiều nư

+Cắt lọc lại từ đầu, rửa lại với nhiều nước (lập lại nhiều lần).

+Che phủ mô quý
+Khâu kín hoặc để hở da
***b/. Kháng sinh :***
*-*Sử dụng kháng sinh sớm ngay khi có thể
-Kháng sinh phổ rộng (thường sử dụng nóm Cephalosporin), liều cao (2-7g/ngày).
-KS nên dùng đường tĩnh mạch
-Có thể phối hợp nhóm Aminoglycosides và Metronidazole (nếu vết thương phức tạp, có nguy cơ NK kỵ khí).

-Tiếp tục sử dụng liều cao 5-7 ngày, thay đổi kháng sinh theo KSĐ khi cần.
-Đối với các vết thương đơn giản có thể sử dụng kháng sinh đường uống.
 ***c/. Bất động :***
-Tất cả các vết thương đều cần bất động sau mổ nhằm tạo điều kiện liền vết thương.
-Có thể sử dụng nẹp bột hoặc các loại nẹp làm sẵn
-Các vết thương đặc hiệu bất động theo cách riêng
*d/. Theo dõi hậu phẩu :*
-Theo dõi sát nếu có nghi nhiễm trùng cắt lọc sớm ngay. Cắt lọc kỹ hơn, bơm rữa nhiều hơn và nên để hở vết thương.
-Đắp gạc ẩm.

-Tưới rửa liên tục nếu cắt lọc chưa triệt để, có nguy cơ NK
-Ghép da hoặc khâu da thì II
***2.2/. Phục hồi tổn thương GP :***
Chỉ đặt vấn đề phẫu thuật tạo hình che phủ các khuyết hồng phần mềm khi vết thương ổn định. Có thể ứng dụng các kỹ thuật tạo hình như : vạt tại chỗ, vạt cuống mạch liền, vạt vi phẫu.

***2.3/. Tập vận động phục hồi chức năng :***

**10. VIÊM RUỘT THỪA CẤP**
**I. Khái niệm:**
Viêm ruột thừa gây nên do sự tắc nghẽn lồng ruột thừa. Các nguyên nhân gây tắc nghẽn gồm:
- Phì đại các nang bạch huyết.
- Ứ đọng sạn phân trong lòng ruột dư;
- Vật lạ gồm các hạt trái cây nhỏ như chanh, ớt, hoặc ký sinh trùng đường ruột như giun kim…
- Bướu thành ruột thừa, hay manh tràng đè vào.
**II. Triệu chứng lâm sàng:**
**1.Triệu chứng cơ năng:**
Đau bụng vùng thượng vị hay quanh rốn, sau đó khu trú hố chậu phải.
**2. Triệu chứng thực thể:**
Ấn đau vùng hố chậu phải, đau nhiều nhất là điểm Mc-Burney. Nếu bệnh nhân đến trễ, phản ứng dội (+), cảm ứng phúc mạc (+).
**3.Cận lâm sàng:**
- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao nhưng vừa phải 10.000-12000/mm3, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao.
- Siêu âm ruột thừa cho kết quả rất hạn chế: Có giá trị khi ở giai đoạn trễ nung mủ hoặc các biến chứng như  viêm phúc mạc hoặc Ápxe ở giai đoạn sớm.
 **III.Tiêu chuẩn chẩn đoán:**
Dựa vào lâm sàng và công thức máu, Siêu âm chỉ có giá trị cho chẩn đoán phân biệt và gợi ý.
 **IV. Điều trị:**
**A. Nguyên tắc điều trị: phẩu thuật sớm:**
**B. Điều trị cụ thể:**
**1-Phương pháp vô cảm:** Mê nội khí quản hay tê tủy sống
**2- Cận lâm sàng trước mổ:**
- Công thức máu: 18 Chỉ số, TS, TC, nhóm máu.
- Sinh hoá máu: Uré, Creatinin, SGOT, SGPT, Glycémie...
- X-quang phổi.
- Đo điện tim.
- Siêu âm bụng tổng quát.
**3- Phương pháp phẩu thuật:**
**3.1. Viêm ruột thừa cấp thông thường:**

**-** Mổ nội soi cắt ruột thừa hoặc;

- Mổ mở cắt ruột thừa:
**+Đường mổ:** là đường Mac-Burney.
+Phải cẩn thận khi kéo ruột thừa ra không cho đụng chạm vào mép rạch.
**+Ruột thừa bệnh lý:** cắt ruột thừa không vùi gốc.
**+Ruột thừa không chắc chắn bệnh lý:** nên tìm thêm một nguyên nhân khác:
- Thông thường hay có viêm hạch mạch treo, nhất là trẻ con (chỉ lấy sinh thiết khi hạch quá to).
- Đôi khi có tổn thương phần phụ.
- Ngoài ra có túi thừa Meckel (1/50).
- Nếu có thì xử lý luôn cùng với cắt ruột thừa (như cắt buồng trứng, cắt túi thừa Meckel).
- Đôi khi có tổn thương ở xa hơn (viêm túi mật cấp, thủng loét hành tá tràng, viêm đại tràng chậu hông cấp). Đối với các trường hợp này nguyên tắc xử trí là cắt ruột thừa, sau đó mở đường giữa để xử trí tiếp.
**3.2.Trường hợp đặc biệt:**
- Trong khi mổ, nếu thấy ruột thừa không kéo ra được (do lạc chỗ, viêm dính manh tràng) thì không nên cố kéo mà phải mở rộng ngay đường rạch lên trên và xuống dưới để làm cho dễ.
- Trường hợp mạc treo ruột thừa nhiều mỡ và mủn quá, nên luồn sợi chỉ cầm máu qua mạch mạc treo nhưng chưa thắt, rạch rộng đường mổ và nếu vẫn không cắt được thì thắt chỉ mạch mạc treo trước khi cắt phải cụm mạc treo như thường lệ, rồi mới cắt ruột thừa bảo đảm hơn.
- Luôn luôn phải tìm túi phình Meckel, nhất là khi thấy ruột thừa chưa có viêm thật rõ.
Trong tất cả các trường hợp phải:
- Lau sạch vùng mổ bằng thấm tampon.
- Thông thường không cần dẫn lưu, nhưng khi có bóc tách đại tràng nhiều thì đặt một lam cao su ở thành sau đại tràng và cho ra nơi thấp nhất.
**4.Viêm phúc mạc ruột thừa: ( Bổ sung Thuốc trước mổ )**
**4.1. Hồi sức trước mổ:**Đặt sonde dạ dày, Bù hoàn nước và điện giải.
**4.2.Đường mổ:** nếu chẩn đoán rõ trước mổ, thì tốt hơn là chọn đường giữa dưới rốn để dể rửa sạch ổ bụng.
**4.3.Rửa ổ bụng:** Rửa bằng NaCl 9%o ấm + hút hết dịch ổ bụng, có thể không  dẫn lưu. Nếu bóc tách đại tràng, nên dẫn lưu dưới đại tràng và cho ra chỗ gần nhất.
**4.4. Thuốc sau mổ:**
**+ Dịch truyền:** Phối hợp LactateRinger, Glucose 30%, Glucose 5%, Nacl 0,9% 2 - 2,5 lít /ngày trong 3 ngày đầu.
**+ Kháng sinh:**
- Cefotaxim 1gr liều 50-100mg/kg/ngày tiêm mạch hoặc tiêm bắp x 5-7 ngày
- Gentamicine 80 mg 5-7mg/kg/ngày liều duy nhất trong ngày x 7 ngày.
+ **Kháng viêm, giảm đau**: Diclofenac 75mg 1 ống x 2/ngày x 7 ngày.
**5. Nếu có túi thừa Meckel nhưng không viêm, không nên cắt trong môi trường bẩn.**
- Áp-xe ruột thừa: thường đi sau đám quánh (Plastron). Phải dẫn lưu Không đụng chạm vào cơ quan lân cận ruột thừa, để cắt theo kế hoạch vài tháng sau.
- Ở người già: tiến hành cắt ruột thừa bình thường, nhưng cần lưu ý có thể có bệnh lý gần đó, nhất là Ung thư đại tràng phải.
**\* Những điều nên tránh:**
1.Không chịu mở rộng khi thấy mổ khó khăn.
2.Dẫn lưu không đúng.
3.Mổ viêm phúc mạc toàn thể bằng đường hẹp Mac Burney.
4.Cố bóc tách để tìm ruột thừa trong khi đã chẩn đoán là áp-xe.
**V- Chăm sóc:**
**1.Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:**
- Báo với người bệnh và thân nhân người bệnh, giải thích tình trạng bệnh, chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân và thân nhân, lập giấy cam đoan, phương pháp vô cảm, vệ sinh vùng mổ.
- Đặt sonde tiểu.
- Đặt sonde dạ dày.
 **2.Chăm sóc sau mổ:**
**2.1 Trong giờ đầu:**
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, nhịp thở, tri giác 15phút/lần. Giờ kế tiếp 30 phút/lần, sau đó thưa dần cho đến khi bệnh nhân tỉnh hẳn.
- Chăm sóc và theo dõi ống dẫn lưu, vết mổ.
- Theo dõi các triệu chứng có thể xảy ra như: shock, xuất huyết, thiếu dưỡng khí...
 **2.2 Giai đoạn hồi tỉnh:** Phòng chống nôn bằng cách đặt bệnh nhân nằm ngữa thẳng đầu nghiêng về một bên, theo dõi sonde dạ dày, vết mổ. Tránh tụt lưỡi bằng đặt ống mayo, phát hiện sớm hiện tượng tái cura bằng theo dõi tần số và biên độ nhịp thở.

**2.3 Trong 24 giờ đầu:**Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 01lần/ giờ. Trường hợp đặt biệt có chỉ định riêng, theo dõi tiếp hiện tượng tái Cura.Theo dõi tổng trạng chung , lương nước xuất nhập, tình trạng vết mổ. Ở trẻ em cần theo dõi đặc biệt hội chứng tím tái và thân nhiệt cao: Lấy nhiệt độ 4 lần trong ngày, trường hợp đặc biệt cần theo dõi thân nhiệt hàng giờ, ở người già chống ứ đọng đàm dãi bằng cách cho vận động sớm và vỗ nhẹ vào lồng ngực và phía sau lưng.
**2.4 Theo dõi những ngày sau cho đến khi cắt chỉ vết mổ:**
- Cần chú ý tránh để bệnh nhân ho, tránh táo bón trong thời gian vết mổ chưa lành.
- Theo dõi tình trạng vết mổ có nhiễm trùng hay không.
- Rút sonde tiểu 24- 48 giờ sau mổ.
- Rút dẫn lưu Douglas vết mổ sau 24 - 48 giờ.
- Chăm sóc vết mổ một lần / ngày bằng dung dịc Betadin 10 %.
- Cắt chỉ bỏ mối ngày thứ 6 và cắt hết chỉ ngày thứ 7 sau mổ.
 **VI- Dinh dưỡng:**
- Nuôi ăn đường tĩnh mạch trong 48 giờ đầu sau mổ trước khi có trung tiện.
- Cho ăn từ loãng đến đặc sau khi có trung tiện.