

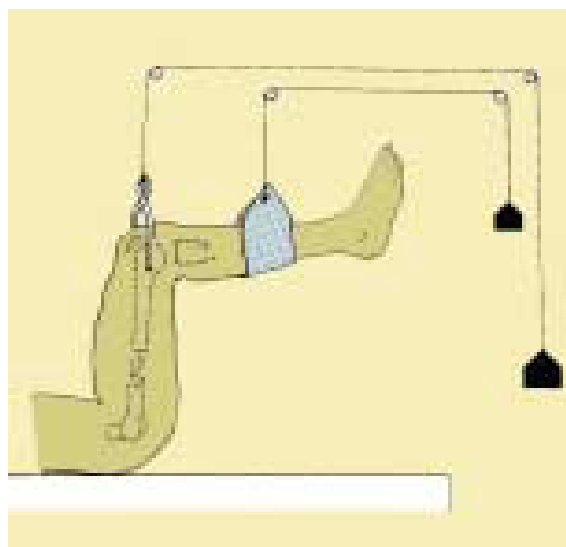
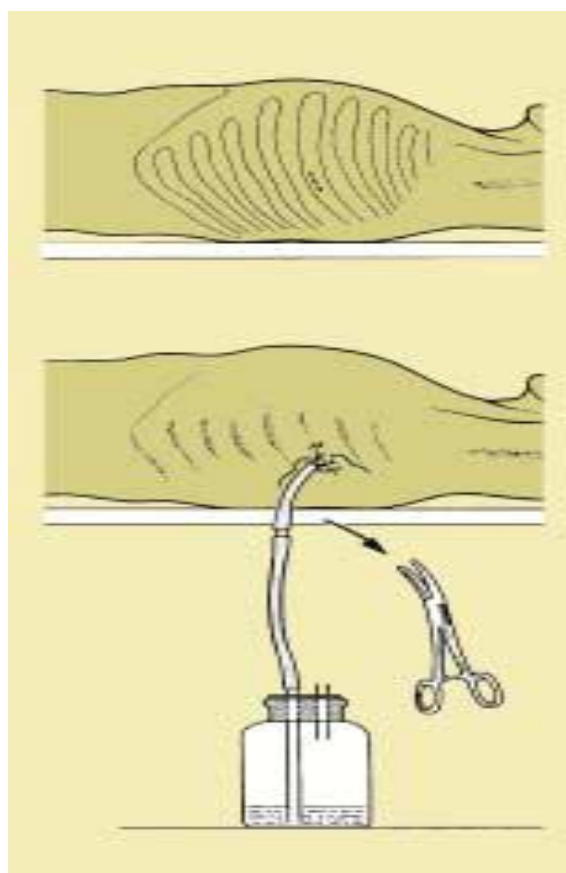
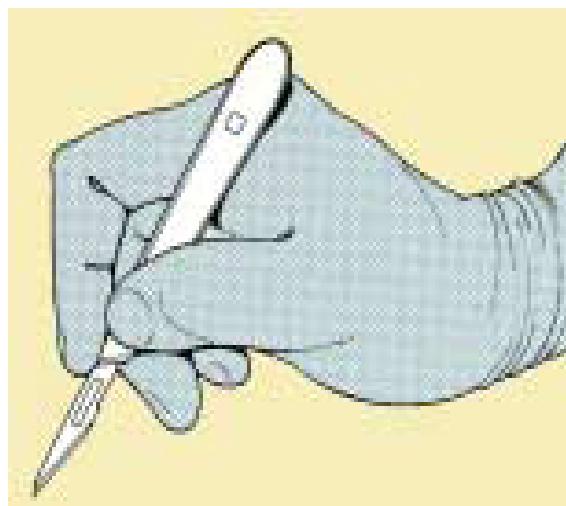
Chăm Sóc Phẫu Thuật tại Bệnh Viện Tuyên Huyện

Quyên D. Chu, M.D., F.A.C.S.
Hung S. Ho, M.D., F.A.C.S.



**World Health
Organization**

Tổ chức Y tế thế giới



**Chăm Sóc
Phẫu Thuật
tại
Bệnh Viện
Tuyên Huyện**



Published by the World Health Organization in 2003 under the title Surgical Care at the District Hospital @

World Health Organization-2003

The Director General of the World Health Organization has granted translation rights for an edition in Vietnamese to Louisiana State University Health Sciences Center-Shreveport, which is solely responsible for the Vietnamese edition.

Information pertaining to the English Version

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Surgical care at the district hospital.

1. Surgery - methods 2. Surgical procedures, Operative - methods 3. Anesthesia - methods
4. Wounds and injuries - surgery 5. Hospitals, District - organization and administration 6. Pregnancy complications - surgery 7. Manuals I. World Health Organization.

Incorporates: Primary trauma care manual.

ISBN 92 4 154575 5

(NLM classification: WO 39)

© World Health Organization 2003

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications - whether for sale or for noncommercial distribution - should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

Typeset in London

Printed in Malta by Interprint Limited

Lời cảm ơn của biên tập viên

Các loại bệnh cần phải can thiệp bằng phẫu thuật là vấn đề được chúng tôi quan tâm từ trước đến nay. Thật may mắn, chúng tôi đã nhận được sự tài trợ của Quỹ Giáo dục Việt Nam (VEF) để giảng dạy khoá học trực tuyến qua mạng về “Ngoại khoa lâm sàng cơ bản” cho các sinh viên của Trường Đại học Y Thái Bình.

VEF là một cơ quan được Quốc Hội Hoa Kỳ thành lập tháng 12 năm 2000, hoạt động độc lập với mục đích nhằm tăng cường mối quan hệ song phương giữa Hoa Kỳ và Việt Nam thông qua sự trao đổi về giáo dục. Một trong những sứ mệnh của VEF là khuyến khích các học giả Hoa Kỳ (có học hàm tối thiểu là Phó giáo sư) đến giảng dạy cho sinh viên Việt Nam trong các lĩnh vực khoa học, kĩ thuật, toán học, công nghệ và y học. VEF cam kết xác định và lựa chọn các học giả Hoa Kỳ có trình độ phù hợp, và chúng tôi là những học giả đã được lựa chọn trong niên khoá 2009-2010.

Một trong những nỗ lực của chúng tôi là hoạt động biên dịch cuốn sách “Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện” do Tổ chức Y tế Thế giới WHO xuất bản. Chúng tôi tin rằng cuốn sách này sẽ là nguồn tài liệu tham khảo tốt cho các cán bộ y tế Việt Nam khi xử trí những vấn đề ngoại khoa cơ bản. Chúng tôi đã quyết định thay đổi một số chi tiết để bản dịch phù hợp hơn với thực tế ở Việt Nam. Tuy nhiên, trong quá trình biên dịch sẽ không tránh khỏi những khiếm khuyết. Rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến của Quý độc giả.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Tổ chức Y tế Thế giới đã cho phép chúng tôi dịch cuốn sách cũng như Ban lãnh đạo Tổ chức VEF và các cán bộ nhân viên của Tổ chức, những người đã giúp chúng tôi thực hiện Dự án này như Tiến sỹ Lynne McNamara - Giám đốc điều hành Quỹ; Tiến sỹ Nguyễn Thị Thanh Phượng - Trưởng đại diện Quỹ tại Việt Nam, Sandarshi Gunawardena - cán bộ chương trình, Lana Walbert – Giám đốc tài chính, kế toán và hành chính, Đặng Bình - Quản lý chương trình, Nguyễn Mai - Trợ lý chương trình và Bùi Hạnh -

Trợ lý chương trình. Chúng tôi cũng muốn cảm ơn Hội Phẫu Thuật Quốc Tế (International College of Surgeons) và Giáo sư Gazi Zibari-Trưởng ngành ghép gan, thận và tửy tại Trung tâm khoa học y học Shreveport thuộc Trường đại học Tổng hợp Bang Louisiana tại Hoa Kỳ đã hỗ trợ chúng tôi trong việc này. Cuối cùng, chúng tôi xin cảm ơn bà Nguyễn Thị Thu và các cộng sự tại Trường Đại học Y Thái Bình đã giúp chúng tôi hoàn thiện việc biên dịch cuốn sách này.

Biên tập viên

Quyên D. Chu, M.D., F.A.C.S.

Phó giáo sư ngoại khoa

Trung tâm khoa học y học Shreveport thuộc Trường đại học Tổng hợp Bang Louisiana tại

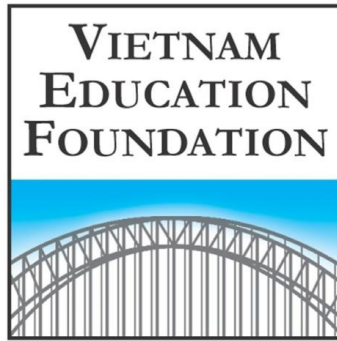
Hoa Kỳ

Hung S. Ho, M.D., F.A.C.S.

Giáo sư ngoại khoa

Trường Đại học Y thuộc Đại học Tổng hợp California

Hoa Kỳ



Được tài trợ bởi

Quyên D. Chu, M.D., F.A.C.S.

Louisiana State University Health Sciences Center-Shreveport

Và

Hung S. Ho, M.D., F.A.C.S.

University of California-Davis School of Medicine

Thông qua chương trình tài trợ của

Quỹ Giáo dục Việt Nam (VEF)

Người dịch:

- 1. Đặng Thị Thanh Vân M.A**
- 2. Bùi Thị Quỳnh Giao M.A**
- 3. Châu Thị Thu Hà M.A**
- 4. Nguyễn Thị Thư M.A**

Mục lục

Lời nói đầu

Lời cảm ơn

Lời giới thiệu

PHẦN 1: TỔ CHỨC DỊCH VỤ CHĂM SÓC PHẪU 1-47

THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN

1. Tổ chức và quản lý dịch vụ chăm sóc phẫu thuật tại 2
bệnh viện tuyến huyện

1.1. Bệnh viện tuyến huyện 2

1.2. Lãnh đạo, kỹ năng làm việc nhóm và quản lý 5

1.3. Đạo đức 11

1.4. Giáo dục 15

1.5. Lưu trữ bệnh án 20

1.6. Đánh giá 23

1.7. Thảm họa và lập kế hoạch chấn thương 25

2. Lĩnh vực ngoại khoa: Tạo môi trường phẫu thuật 30

2.1. Kiểm soát nhiễm trùng và vô khuẩn 30

2.2. Thiết bị 35

2.3. Phòng mổ 37

2.4. Vệ sinh, khử trùng và tiệt trùng 43

2.5. Xử lý chất thải 46

PHẦN 2: CƠ SỞ CỦA THỰC HÀNH NGOẠI KHOA 48-146

3 Bệnh nhân ngoại 49

3.1. Tiếp cận bệnh nhân ngoại 49

3.2 Bệnh nhân ngoại nhi 56

4 Các kĩ thuật ngoại khoa cơ bản	70
4.1. Xử lý mô	70
4.2. Chỉ khâu và kĩ thuật khâu	72
4.3. Phòng bệnh	85
5 Các thủ thuật ngoại khoa cơ bản	88
5.1. Xử trí vết mổ	88
5.2. Vết rách và vết thương đặc thù	94
5.3. Vết bỏng	105
5.4. Dị vật	109
5.5. Viêm tế bào và áp-xe	113
5.6. Rạch và sinh thiết	130
PHẦN 3: BỤNG	147-234
6 Thủ thuật mở bụng và chấn thương vùng bụng	148
6.1. Thủ thuật mở bụng	148
6.2. Chấn thương vùng bụng	152
7 Các trường hợp bụng cấp	173
7.1. Đánh giá và chẩn đoán	173
7.2. Tắc ruột	175
7.3. Viêm phúc mạc	178
7.4. Dạ dày và tá tràng	179
7.5. Túi mật	183
7.6. Ruột thừa	185
	194

8 Thoát vị thành bụng	
8.1. Thoát vị bẹn	194
8.2. Phẫu thuật thoát vị bẹn	196
8.3. Phẫu thuật thoát vị đùi	202
8.4. Phẫu thuật thoát vị bẹn bị nghẹt	204
8.5. Phẫu thuật thoát vị rốn và gằn rốn	205
8.6. Phẫu thuật thoát vị thượng vị	207
8.7. Thoát vị vết mổ	208
9 Đường niệu và đái chậu	209
9.1. Bàng quang	209
9.2. Niệu đạo của nam giới	216
9.3 Đái chậu	229
PHẦN 4: CHĂM SÓC CẤP CỨU SẢN KHOA	235-316
10 Tăng huyết áp trong khi mang thai	236
10.1. Tăng huyết áp	236
10.2. Đánh giá và xử trí	238
10.3. Chuyển dạ	244
10.4. Chăm sóc sau đẻ	244
10.5. Tăng huyết áp mãn tính	245
10.6. Biến chứng	246
11 Xử trí chuyển dạ kéo dài	247
11.1. Những nguyên tắc cơ bản	247
11.2. Chuyển dạ kéo dài	250
11.3. Quá trình chuyển dạ	255
11.4. Các thủ thuật ngoại khoa	258

12 Chảy máu trong khi mang thai và khi sinh	276
12.1. Chảy máu	276
12.2. Chẩn đoán và xử trí ban đầu	279
12.3. Xử trí đặc biệt	283
12.4. Thủ thuật	293
12.5. Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi	315
PHẦN 5: HỒI SỨC VÀ GÂY Mê	317-441
13 Hồi sức và chuẩn bị cho gây mê và phẫu thuật	318
13.1. Xử lý cấp cứu và hồi sức tim phổi	318
13.2. Các trường hợp cần chú ý khác	328
13.3. Đường vào tĩnh mạch	330
13.4. Dịch và thuốc	336
13.5. Thuốc trong hồi sức	339
13.6. Đánh giá và kiểm tra trước phẫu thuật	342
13.7. Vấn đề gây mê trong trường hợp cấp cứu	349
13.8. Các trường hợp quan trọng cần lưu ý	361
14 Gây mê thực hành	369
14.1. Gây mê toàn thân	369
14.2. Gây mê khi mang thai và khi mổ lấy thai	383
14.3. Gây mê nhi	385
14.4. Chuẩn bị gây mê	392
14.5. Các kỹ thuật gây mê mẫu	397
14.6. Hướng dẫn bệnh nhân được gây mê	407
14.7. Xử lý sau phẫu thuật	419

15.Cơ sở vật chất và vật tư cho gây mê	429
15.1. Thiết bị và vật tư cho bệnh viện các tuyến khác nhau	429
15.2. Gây mê và ôxi	434
15.3. Cháy, nổ và các nguy cơ khác	4440
15.4. Chăm sóc và bảo dưỡng thiết bị	441
PHẦN 6:CHẤN THƯƠNG VÀ CHỈNH HÌNH	442-552
16 Xử lý chấn thương cấp	443
16.1. Chấn thương toàn cảnh	443
16.2. Nguyên tắc trong xử trí chấn thương ban đầu	444
16.3. Sáu giai đoạn trong xử trí chấn thương ban đầu	446
16.3. Các thủ thuật	451
17 Các kĩ thuật chỉnh hình	459
17.1. Kéo	459
17.2. Bó bột và nẹp	466
17.3. Cố định ngoài	473
17.4. Chẩn đoán hình ảnh	475
17.5. Vật lý trị liệu	478
17.6. Lỗ khoan hộp sọ	480
18 Chấn thương chỉnh hình	484
18.1. Chấn thương chi trên	484
18.2. Bàn tay	499
18.3. Gãy xương khung chậu và xương hông	502
18.4. Chấn thương chi dưới	508
18.5. Chấn thương cột sống	519
18.6. Chấn thương ở trẻ em	523

18.7. Cắt cụt	527
18.8. Biến chứng	530
18.9. Các chấn thương liên quan đến chiến tranh	533
19. Chỉnh hình chung	537
19.1. Những vấn đề bẩm sinh và phát triển	537
19.2. U xương	541
19.3. Nhiễm trùng	542
19.4. Các trường hợp thoái hoá	547
PHỤ LỤC	553
Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu:	
Xử trí chấn thương tại tuyến huyện và các vùng sâu vùng xa	

Lời nói đầu

Nhiều bệnh nhân đến các bệnh viện tuyến huyện để được điều trị bằng ngoại khoa các bệnh về chấn thương, sản, ổ bụng và cấp cứu chỉnh hình. Thông thường, việc trì hoãn phẫu thuật để chuyển những bệnh nhân đó lên các bệnh viện tuyến trên là không an toàn, nhưng nhiều bệnh viện tuyến huyện ở các nước đang phát triển không có các đội phẫu thuật chuyên. Cán bộ, nhân viên của các bệnh viện này thường là các bác sĩ, y tá và nhân viên trợ y, những người phải thực hiện nhiều quy trình phẫu thuật khác nhau trong khi chưa được đào tạo một cách bài bản. Chất lượng chăm sóc phẫu thuật thường bị hạn chế bởi cơ sở vật chất nghèo nàn, trang thiết bị, công nghệ không đạt chuẩn và nguồn dược phẩm, vật tư thiếu thốn.

Tất cả các vấn đề này là nguyên nhân của tỷ lệ tử vong khó có thể chấp nhận-hậu quả của các biến chứng sản, chấn thương, những rối loạn không có nguồn gốc chấn thương cũng như sự tàn tật do chấn thương.

Bệnh viện tuyến huyện nên có khả năng thực hiện tất cả các quy trình phẫu thuật sản và phẫu thuật thông thường. Tuy nhiên, việc xây dựng và duy trì dịch vụ phẫu thuật có hiệu quả tại các bệnh viện tuyến huyện yêu cầu:

- Nhân sự được đào tạo và tập huấn đầy đủ.
- Các chương trình bồi dưỡng thường xuyên về xử lý lâm sàng để duy trì chất lượng chăm sóc.
- Cơ sở vật chất đầy đủ.
- Trang thiết bị, dụng cụ thích hợp
- Một hệ thống cung cấp dược phẩm, thuốc, vật tư y tế...đáng tin cậy.
- Một hệ thống các tiêu chuẩn, hướng dẫn, quy trình phẫu thuật chuẩn, lưu trữ và xử lý hồ sơ có chất lượng.

Sứ mệnh của nhóm chịu trách nhiệm về Thiết bị và Công nghệ lâm sàng thuộc bộ phận An toàn máu và Công nghệ lâm sàng, Tổ chức Y tế Thế giới

(WHO/BCT) là nâng cao chất lượng chăm sóc phẫu thuật thông qua việc xác định, tăng cường và chuẩn hoá các quy trình thích hợp, trang thiết bị và vật tư, đặc biệt là ở các bệnh viện tuyến huyện.

WHO/BCT đã xác định việc giáo dục, đào tạo là một nhiệm vụ được ưu tiên, đặc biệt là đối với những bác sĩ thực hành không chuyên về ngành phẫu thuật và gây mê. Đây chính là mục đích của việc biên soạn cuốn "*Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện*" như một cuốn cẩm nang dành cho các bác sĩ thực hành. Cuốn sách này còn có thể được sử dụng trong chương trình đào tạo đại học và sau đại học, đào tạo tại chức và bồi dưỡng thường xuyên. Cuốn cẩm nang là kết quả của 3 ấn phẩm đã được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới trước đây:

- *Phẫu thuật chung tại bệnh viện tuyến huyện*(WHO,1988)
- *Phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện: Phụ sản, Chính hình và Chấn thương* (WHO,1991)
- *Gây mê tại bệnh viện tuyến huyện* (WHO, 1988, tái bản lần 2 năm 2000)

Cuốn cẩm nang mới này đã kết hợp tư liệu từ 3 cuốn sách trên vào một ấn phẩm bao gồm các tư liệu mới và được cập nhật cũng như tư liệu từ cuốn *Xử lý biến chứng trong khi mang thai và khi sinh: Hướng dẫn dành cho nữ hộ sinh và bác sĩ* (WHO/2000).

Cuốn sách cũng kết hợp với cuốn *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu tại các huyện và vùng sâu vùng xa*, một cuốn sách được biên soạn nhằm hỗ trợ việc giảng dạy Chăm sóc chấn thương ban đầu(PTC), một hệ thống được thiết kế riêng cho các bệnh viện bị hạn chế về các nguồn lực. "*Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*" đã được sửa lại cho phù hợp với yêu cầu của WHO và được tái bản với sự cho phép của Hiệp hội chăm sóc chấn thương ban đầu.

"*Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện*" được biên soạn bởi một nhóm chuyên gia quốc tế về giải phẫu, gây mê và giáo dục y học. Các tác giả và biên tập viên xin ghi nhận những đóng góp quan trọng của các tác giả trước.

Cuốn cẩm nang được hiệu đính bởi các chuyên gia lâm sàng từ khắp các vùng trên thế giới và bộ phận Sức khỏe và sự phát triển trẻ em và vị thành niên, Sức khỏe sinh sản và Nghiên cứu, Tổ chức Cung cấp dịch vụ, Phòng chống Tai nạn và Bạo lực thuộc Tổ chức Y tế Thế giới.

WHO ghi nhận những đóng góp quan trọng của các bác sĩ thực hành, những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân tại các bệnh viện tuyến huyện và hi vọng rằng cuốn sách này sẽ hỗ trợ họ trong việc cung cấp cho bệnh nhân của họ dịch vụ chăm sóc với chuẩn chất lượng ngày càng được nâng cao.

Dr. Jean C. Emmanuel

Giám đốc Bộ phận An toàn máu và Công nghệ lâm sàng

Tổ chức Y tế Thế giới

Lời cảm ơn

Tổ chức Y tế Thế giới trân trọng cảm ơn các chuyên gia lâm sàng đã đóng góp công sức để cuốn sách "*Chăm sóc Phẫu Thuật tại bệnh viện tuyến huyện*" được hoàn thành.

Giám đốc dự án

Dr. Jean C. Emmanuel, Trưởng phòng An toàn máu và Công nghệ lâm sàng, Tổ chức Y tế thế giới.

Quản lý Dự án

Ms Jan Fordham, Giám đốc, Hiệp hội học mở, London, Vương quốc Anh

Cộng tác viên Dự án

Dr. Meena Nathan Cherian, Cán bộ y tế chuyên về thiết bị và Công nghệ lâm sàng, Phòng An toàn máu và Công nghệ lâm sàng, Tổ chức Y tế Thế giới.

Biên tập về lâm sàng

Dr. Michael Dobson, Chuyên gia tư vấn về gây mê, Bệnh viện John Radcliffe, Oxford, Vương quốc Anh.

Dr. Richard Fisher, Phó giáo sư, Khoa Chỉnh hình, Trường Đại học Tổng hợp Colorado, Trung tâm khoa học y học, Denver, Colorado, Hoa Kỳ

Tác giả

Dr. Michael Dobson, Chuyên gia tư vấn về Gây mê, bệnh viện John Radcliffe, Oxford, Vương quốc Anh

Dr. Paul Fenton, nguyên phó giáo sư Trường đại học Y Blantyre, Malawi

Dr. Richard Fisher, Phó giáo sư khoa Chỉnh hình Trường Đại học tổng hợp Colorado, Trung tâm khoa học y học, Denver, Colorado, Hoa Kỳ

Dr. Ronald Lett, Chủ tịch kiêm Giám đốc quốc tế Mạng lưới giải phẫu quốc tế của Canada, Vancouver, Canada

Dr. Matthews Mathai, Giáo sư, Trưởng khoa Phụ Sản, Trường đại học Y và bệnh viện Christian Vellore, India

Dr. Ambrose Wasunna, Giáo sư ngoại khoa, Bệnh viện Kenyatta Memorial, Nairobi, Kenya

Dr. Shayna Watson, Phó giáo sư, Khoa Y học gia đình, Đại học tổng hợp Queen, Ontario, Canada

Dr. Douglas Wilkinson, Giám đốc lâm sàng, Khoa Gây mê, bệnh viện John Radcliffe, Oxford, Vương quốc Anh.

Phần 1: Tổ chức dịch vụ phẫu thuật tuyến huyện

Dr. Shayna Watson

Phần 2: Cơ sở của thực hành phẫu thuật

Dr. Ronald Lett và Dr. Shayna Watson

Phần 3: Ổ bụng

Dr. Ambrose Wasunna và Dr. Ronald Lett

Phần 4: Chăm sóc cấp cứu sản

Dr. Matthews Mathai

Phần 5: Hồi sức và gây mê

Dr. Paul Fenton và Dr Michael Dobson

Phần 6: Chấn thương và Chỉnh hình

Dr. Richard Fisher và Dr. Douglas Wilkinson

Phụ lục

Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu, Quản lý chấn thương tại tuyến huyện và vùng sâu vùng xa.

Dr. Douglas Wilkinson và Dr. Marcus F. Skinner

Cộng tác viên:

Dr. Stephen Bickler, Phó giáo sư lâm sàng về ngoại khoa và nhi, bệnh viện Trường đại học tổng hợp San Diego, California, Hoa Kỳ.

Dr. Marcus F. Skinner, Chuyên gia tư vấn, Đơn vị Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Hobart, Tasmania, Australia

Dr. Harald Ostensen, Điều phối viên, Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh và phòng thí nghiệm, Phòng An toàn máu và Công nghệ lâm sàng, Tổ chức Y tế Thế giới

Dr. Martin Weber, Cán bộ y tế, phòng Sức khỏe Trẻ em và vị thành niên, Tổ chức Y tế Thế giới

Dr. Luc de Bernis, Cán bộ y tế, phòng Sức khỏe sinh sản và nghiên cứu, Tổ chức Y tế Thế giới.

Dr. Pierre Bwale, Cán bộ y tế, Phòng phòng chống Thương tích và bạo lực , Tổ chức Y tế thế giới

Dr. Naeema Al-Gasseer, Cán bộ y tế, Phòng Dự phòng dịch vụ y tế, Tổ chức Y tế Thế giới

Minh hoạ và thiết kế

Derek Atherton

Dominique Autier

Richard Fisher

Pat Thorne

Lời giới thiệu

"*Chăm sóc phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện*" cung cấp những hướng dẫn dễ hiểu về các quy trình phẫu thuật thường được thực hiện tại các bệnh viện tuyến huyện. Nó tập trung vào các trường hợp khẩn cấp và những vấn đề thường gặp chứ không có mục đích trở thành một cuốn giáo trình về phẫu thuật.

Cuốn cẩm nang gồm 7 phần, mở đầu là phần viết về việc tổ chức dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện và tiếp theo là các phần về các quy trình phẫu thuật căn bản, ổ bụng, cấp cứu sản khoa, hồi sức và gây mê, xử lý chấn thương chính hình cấp. Cuối cùng là phần hướng dẫn giảng dạy về chăm sóc chấn thương ban đầu.

Sử dụng cẩm nang

Cuốn cẩm nang được biên soạn dành riêng cho các bác sĩ lâm sàng không chuyên bao gồm:

- Các nhân viên y tế tuyến huyện và các bác sĩ thực hành đa khoa hành nghề cô lập
- Các nhân viên y tế có trình độ sau đại học
- Các bác sĩ mới ra nghề
- Các sinh viên y khoa
- Các nhân viên trợ y chính bao gồm các kỹ thuật viên lâm sàng và hộ lý gây mê.
- Các nhân viên y tế và trợ y có trách nhiệm theo dõi việc điều trị và bảo dưỡng thiết bị

Cuốn cẩm nang cũng là nguồn tài liệu đáng quý đối với:

- Các nhân viên y tế và trợ y sơ, trung cấp, đặc biệt là những người làm việc tại các bộ phận chuyên biệt như chăm sóc chấn thương.
- Giáo viên làm việc tại các trường:
 - Trung học y và bệnh viện thực hành của các trường đại học

- Trung học điều dưỡng
- Các cơ sở đào tạo nhân viên trợ y
- Các chương trình bồi dưỡng thường xuyên

Cơ sở chứng cứ cho thực hành lâm sàng

Các biện pháp can thiệp được đưa ra trong cuốn cẩm nang này được dựa trên các chứng cứ khoa học mới nhất có thể thu thập được. Mặc dù vậy, vì cơ sở chứng cứ cho thực hành lâm sàng luôn phát triển nên bạn đọc nên tham khảo từ những nguồn thông tin cập nhật như Thư viện Cochrane, Thư viện quốc gia cơ sở dữ liệu y học và Thư viện sức khỏe sinh sản của WHO (Cochrane Library, the National Library of Medicine database and the WHO Reproductive Health Library).

WHO rất hân hạnh được nhận những lời nhận xét và gợi ý liên quan đến cuốn cẩm nang và kinh nghiệm sử dụng nó trong thực tế. Điều đó sẽ mang đến những giá trị đáng kể trong việc chuẩn bị cho những lần tái bản có sửa chữa trong tương lai.

Phần 1:

Tổ chức dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện

Tổ chức và quản lý dịch vụ phẫu thuật tại bệnh viện tuyến huyện

1

1.1. BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Lãnh đạo là một phần công việc của bạn
- Hãy áp dụng các kỹ năng y khoa về đánh giá và lập kế hoạch trong công việc quản lý của bạn.
- Hãy tôn trọng sự hiểu biết và kinh nghiệm của các nhân viên lâu năm trong bệnh viện
- Mỗi cơ quan đều có một lịch sử bao gồm những gì đã làm được và chưa làm được và chúng được ghi trong trí nhớ của các nhân viên trong cơ quan đó
- Những người có lòng tự trọng đều cảm thấy nơi làm việc và công việc của họ là có giá trị và đó chính là nguồn lực lớn nhất của bất kỳ một cơ sở chăm sóc sức khỏe nào

Đối với bất kỳ cộng đồng nào thì bệnh viện cũng có vai trò là:

- Tập trung vào các loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Cung cấp một số lượng đáng kể nhân công địa phương
- Là giao điểm cho các thành viên của các cộng đồng khác nhau
- Có thể là một cộng đồng riêng
- Được tham gia vào cộng đồng, công tác giáo dục sức khỏe công cộng và các giải pháp chính trị cho những vấn đề sức khỏe thông thường.

Các tổ chức luôn phát triển và thay đổi, các bệnh viện cũng thế.

Là một bác sĩ hay một người cung cấp dịch vụ sức khoẻ lâu năm, bạn có thể là người có bằng cấp cao nhất ở bệnh viện tuyến huyện. Với năng lực đó, bạn sẽ là người được các nhân viên khác trong bệnh viện mong chờ trở thành lãnh đạo của họ.

Là một nhà lãnh đạo (đặc biệt là nếu bạn mới đến), các thành viên khác của bệnh viện hoặc cộng đồng có thể đối xử với bạn với sự thất vọng hay hi vọng rằng bạn có thể xử lý được các vấn đề. Những nhiệm vụ này có thể không liên quan trực tiếp đến công việc của bạn ở trong buồng bệnh hay trong phòng mổ nhưng chúng sẽ là một phần công việc của bạn.

Khi khoác lên mình một vai trò mới hay trách nhiệm của người lãnh đạo, một trong những thách thức đặt ra là phải nhìn nhận những vấn đề quen thuộc như là vấn đề mới gặp lần đầu. Điều quan trọng là phải tránh mang theo những ý tưởng cũ kỹ hoặc những ác cảm khi đảm nhận một vị trí mới. Hãy sử dụng những kinh nghiệm mà bạn đã có được nhưng cũng nên bắt đầu vai trò mới với tầm nhìn rộng mở hơn và với một thái độ không bị ảnh hưởng bởi định kiến. Khi bạn chuyển đến cơ quan mới hoặc bắt đầu một vai trò, vị trí mới ở cơ quan cũ, hãy tìm hiểu nguồn nhân lực, vật lực và cố gắng học hỏi càng nhiều càng tốt về công việc và văn hoá nơi đó.

Hãy hoà nhập với con người và công việc của bệnh viện. Hãy cố gắng để có được cái nhìn toàn cảnh về hệ thống tổ chức và phối hợp đang được sử dụng.

(Lưu ý là hệ thống vốn có chứ không phải hệ thống cần phải có)

Hãy tiếp cận môi trường làm việc và công việc mới giống như bạn tiếp cận một bệnh nhân thông qua việc khám và tìm hiểu bệnh sử một cách kỹ lưỡng. Cần phải khách quan và chú ý tới tất cả các khía cạnh. Đặt câu hỏi là một việc quan trọng. Hãy tỏ ra là một người biết lắng nghe. Hãy nghe xem mọi người phải nói những gì. Hãy cố gắng tìm hiểu xem việc gì đã làm tốt, việc gì làm chưa tốt, vấn đề nằm ở đâu và các đồng nghiệp của bạn mong đợi những gì.

Không thể hiểu mọi thứ ngay lập tức hay giải quyết được mọi vấn đề nhưng một lịch sử đầy đủ và sự kiểm tra kỹ lưỡng sẽ đảm bảo một điểm khởi đầu cho sự hiểu biết và tiến bộ. Bất kì sự thay đổi cái cũ hay áp dụng cái mới cần phải được bàn bạc với đại diện của các bên liên quan. Đây chính là một phần của việc tìm hiểu lịch sử và nó cũng giống như việc nói chuyện với thân nhân của người bệnh. Bất kì một kế hoạch quản lý nào cũng cần được bàn bạc với những người có liên quan và thực hiện trên cơ sở hợp tác.

Như một người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bạn sẽ bước vào cuộc sống của những người khác, những người sẽ phải làm việc vất vả để tạo dựng và duy trì nơi mà họ làm việc. Sự nhạy cảm đối với vấn đề này sẽ giúp bạn rất nhiều.

Những người có lòng tự trọng đều cảm thấy nơi làm việc và công việc của họ là có giá trị và đó chính là nguồn lực lớn nhất của bất kì một cơ sở chăm sóc sức khỏe nào.

Các cộng tác viên cộng đồng

Bệnh viện tuyến huyện là một phần của một cộng đồng lớn hơn bao gồm các cá nhân và tổ chức khác nhau, những người cùng đang làm việc để cải thiện sức khỏe của mỗi cá nhân, cả cộng đồng và toàn xã hội. Hãy nhớ rằng họ là bạn bè, là đồng minh của bạn. Bằng cách làm việc cùng nhau, cùng giúp đỡ nhau, mọi người có thể làm cho mọi việc trở nên tốt đẹp hơn. Hãy tìm hiểu xem họ là ai, tìm cách tiếp cận họ và làm việc cùng họ, bạn sẽ học hỏi được rất nhiều điều từ họ và ngược lại.

Thêm vào đó, là một người lãnh đạo, bạn phải thật nhạy cảm với những tập hợp hoặc nhóm nhỏ mà tiếng nói của họ thường khó được nghe thấy. Bạn phải tìm được cách tiếp xúc và lắng nghe ý kiến của họ

Sức khỏe là mối quan tâm của tất cả mọi người và tạo ra cơ hội liên kết tất cả mọi bộ phận trong đơn vị. Tại các khu vực có xung đột, khi mọi thành viên của xã hội, không phân biệt định kiến đều có thể đến các bệnh viện hoặc các bộ phận khác của hệ thống chăm sóc sức khỏe thì nó có thể cung cấp một ví dụ về sự hợp tác và tạo dựng cảm giác rằng mọi người thuộc về một cộng đồng rộng lớn hơn và nhiều hơn nữa, nơi mà nhu cầu của mỗi người đều được tôn trọng và đáp ứng.

1.2. LÃNH ĐẠO, KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM VÀ QUẢN LÝ

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Người lãnh đạo không cần thiết phải đưa ra mọi quyết định hay tự mình làm mọi việc nhưng phải biết khích lệ người khác, phối kết hợp được những nỗ lực của họ. Tuy nhiên, những quyết định cuối cùng vẫn tùy thuộc vào người lãnh đạo
- Hoạt động lãnh đạo đòi hỏi một tập hợp những kỹ năng có thể được học hỏi và trau dồi theo thời gian

VAI TRÒ CỦA NGƯỜI LÃNH ĐẠO TRONG MỘT CƠ SỞ Y TẾ

Các nhân viên cung cấp dịch vụ y tế chỉ là một phần trong cơ sở y tế, nơi còn có những cán bộ, nhân viên hành chính và các nhân viên ở các bộ phận vệ tinh khác. Cơ sở y tế bao gồm các bộ phận, cá nhân cùng thực hiện chung một nhiệm vụ được cộng đồng giao phó là chăm sóc sức khỏe nhân dân. Mỗi cá nhân đều đóng góp một phần vào việc hoàn thành nhiệm vụ chung đó tùy thuộc vào kỹ năng làm việc và khả năng hợp tác của mình.

Cơ sở y tế tồn tại vì cộng đồng. Dù bạn có làm thuê cho một người quản lý hay một ông chủ thì cuối cùng bạn cũng vẫn phải chịu trách nhiệm trước cộng đồng và những người sử dụng dịch vụ y tế mà bạn cung cấp. Vì thế, bạn phải tìm được hướng đi cho mình từ chính những người này. Quan sát, lắng nghe và học hỏi, thảo luận và quyết định, tổ chức, tham gia và thực hiện là cơ sở của mối quan hệ giữa cơ sở y tế với cộng đồng.

Người lãnh đạo không cần thiết phải đưa ra mọi quyết định hay tự mình làm mọi việc nhưng phải biết khích lệ người khác, phối kết hợp được những nỗ lực của họ. Những quyết định cuối cùng vẫn tùy thuộc vào người lãnh đạo.

Chịu trách nhiệm là bản chất của hoạt động lãnh đạo

Người lãnh đạo có thể **được** trao quyền bởi đơn vị hoặc một thế lực bên ngoài. Họ cũng có thể **tiếp nhận** quyền lực hoặc **được xứng đáng** quyền lực và trách nhiệm. Họ có thể được đơn vị chỉ định, bầu hoặc lựa chọn. Công việc lãnh đạo có thể được chia cho hai hay nhiều người hoặc được luân phiên nhau trong một nhóm người. Trong một số trường hợp, mỗi người trong nhóm có thể giữ vai trò lãnh đạo trong một loại công việc hay nhiệm vụ cụ thể. Điều quan trọng

là tất cả các thành viên trong nhóm đều phải có chung một quan điểm về vai trò của người lãnh đạo.

Một số người đảm nhận vai trò lãnh đạo dễ dàng hơn nhiều so với những người khác nhưng không tồn tại những nhà lãnh đạo bẩm sinh. Hoạt động lãnh đạo đòi hỏi một tập hợp những kỹ năng có thể được học hỏi và trau dồi theo thời gian. Những kỹ năng đó là:

- Nghe
- Quan sát
- Tổ chức
- Ra quyết định
- Giao tiếp hiệu quả và làm việc tốt với người khác
- Khuyến khích, động viên người khác
- Nuôi dưỡng lòng nhiệt tình và tầm nhìn
- Xác định mục tiêu và đánh giá
- Cho và nhận phản hồi
- Phối kết hợp được sự nỗ lực của mọi người
- Chủ trì cuộc họp
- Sẵn sàng đảm nhận trách nhiệm

PHONG CÁCH LÃNH ĐẠO

Có nhiều phong cách lãnh đạo

Dân chủ

Người lãnh đạo được những người khác trong đơn vị lựa chọn và hành động theo mong muốn của những người đã lựa chọn mình. Người lãnh đạo có thể theo một khuynh hướng mà là tiêu biểu ý muốn của mọi người. Có thể không phải tất cả mọi người luôn đồng nhất ý kiến nhưng phần lớn là như thế.

Độc đoán

Người lãnh đạo đưa ra các quyết định và những người khác chỉ việc thực hiện theo. Có thể nói, trong trường hợp này, người lãnh đạo quyết định và yêu cầu người khác làm theo.

Tự do

Người lãnh đạo theo phương pháp này thường cho phép nhân viên của mình một quyền tự do không giới hạn

Vô chính phủ

Không tồn tại bất kì sự lãnh đạo nào và các thành viên trong đơn vị tùy ý làm những gì mình thích và chống lại bất kì hoạt động tổ chức hay phối hợp nào.

Đồng thuận

Các thành viên của đơn vị luôn cố gắng tìm được hướng giải quyết và hành động được tất cả mọi người đồng ý. Phong cách này có thể gọi như phong cách lãnh đạo nhóm khi mà tất cả các thành viên đều đồng ý với phương hướng hoạt động của đơn vị.

Lãnh đạo theo tình huống

Không áp dụng một phong cách lãnh đạo cho mọi tình huống mà dựa vào các tình huống khác nhau để áp dụng các phương pháp khác nhau. Người lãnh đạo mà dễ cảm với một nhóm và tình thế là người theo lãnh đạo tình huống.

Trong giai đoạn khủng hoảng, người lãnh đạo theo phong cách độc đoán có thể giải quyết vấn đề một cách nhanh chóng và hiệu quả. Khi thời gian và tình huống cho phép thì phong cách lãnh đạo dựa trên dân chủ và đồng thuận tỏ ra rất có hiệu quả, thu hút được sự tham gia của mọi người và có thể làm tăng sự hài lòng và mối quan hệ tốt đẹp trong đơn vị.

GIAO TIẾP

Một người giao tiếp hiệu quả là người biết:

- Nghe
- Nói rõ ràng để những người khác có thể hiểu được
- Hỏi lại xem người nghe có hiểu không và yêu cầu họ xử sự tương tự
- Không nên dùng những tiếng lóng
- Đặt câu hỏi và khuyến khích người khác trình bày ý kiến
- Tỏ ra kiên trì
- Chia những gì mình muốn nói thành nhiều đoạn nhỏ
- Không lấn lướt người khác

Hãy nghĩ xem, trong bệnh viện của bạn mọi người giao tiếp với nhau như thế nào:

Những gì đã làm được và những gì chưa làm được?

Việc gì bạn có thể làm nhiều hơn, ít hơn và việc gì bạn không thể?

Nghe

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT

- Người nghe tích cực luôn tỏ ra chú ý, họ luôn kết hợp sự quan tâm, thích thú của mình với ngôn từ và ngôn ngữ hình thể.
- Người nghe hiệu quả biết tổng hợp những gì mình nghe được và cách mà họ hiểu những gì người khác nói.

Nghe là một hoạt động và kỹ năng dựa trên cơ sở văn hoá. Trong trường hợp này, giao tiếp bằng ánh mắt tỏ ra rất phù hợp nhưng trong trường hợp khác, giao tiếp bằng ánh mắt lại tỏ ra có vẻ xấu xược. Cho dù các tiêu chuẩn văn hoá có khác nhau đi nữa thì nghe hiệu quả phải là nghe một cách tích cực, chủ động chứ không thụ động. Người nghe tích cực luôn tỏ ra chú ý, họ luôn kết hợp sự quan tâm, thích thú của mình với ngôn từ và ngôn ngữ hình thể. Người nghe hiệu quả biết tổng hợp những gì mình nghe được và cách mà họ hiểu những gì người khác nói. Điều này cho phép họ hiểu rõ ràng và tránh được những hiểu lầm đáng tiếc. Mọi người đều muốn mình được người khác lắng nghe và vì vậy, nghe là cách biểu hiện sự quan tâm và kính trọng đối với họ.

LÀM VIỆC CÙNG NGƯỜI KHÁC

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Hãy giúp mọi người tìm được điểm tựa chung trong những lúc khó khăn, mâu thuẫn.
- Hãy là người gương mẫu. Nên lưu ý rằng: cách làm việc sẽ thể hiện thông qua hành vi ứng xử của bạn

Một người lãnh đạo giỏi luôn nhận biết được trình độ và năng lực của người khác. Người ta có thể làm việc vì những động cơ khác nhau nhưng tất cả đều thích được làm những việc có ý nghĩa, hoàn thành tốt công việc được giao và được người khác công nhận năng lực của mình.

Một người lãnh đạo hiệu quả là người có thể làm cho nhân viên của mình được khích lệ và thích thú với công việc:

- **Thành tích:** Giúp mọi người hoàn thành tốt công việc và đạt được mục đích cá nhân.

- **Sự ghi nhận:** Đưa ra lời khen khi cần thiết

- **Sự trách nhiệm:** Giúp mọi người nhận trách nhiệm của mình

- **Sự tiến bộ:** Giúp mọi người tiếp tục rèn thêm kỹ năng, bồi dưỡng, nâng cao trình độ để phát triển.

- **Tự hoàn thiện:** Tạo cơ hội cho sự phát triển của cá nhân.

- **Bản thân công việc:** Giải thích giá trị của công việc, làm cho công việc trở nên có ý nghĩa. Nếu có thể, hãy cho phép mọi người làm những việc mà họ muốn, hoặc cho phép họ theo đuổi những ý tưởng hay dự án mà họ có thể có.

- **Được tham gia:** Khi người ta làm việc tích cực cho một cơ quan đơn vị không phải vì lý do tài chính mà vì đạo đức hoặc những lý do cá nhân khác thì điều này sẽ mang lại cảm giác của sự tự hào và trách nhiệm, đó chính là cảm giác của người làm chủ.

Cần phải tránh những yếu tố có thể làm mọi người thất vọng hoặc tạo ra sự không hài lòng như:

- Mối quan hệ cá nhân nghèo nàn
- Hoạt động lãnh đạo đơn điệu
- Lương thấp
- Điều kiện làm việc không an toàn, không thoải mái
- Bộ máy hành chính kém hiệu quả
- Sự giám sát thiếu hiệu lực

Hãy nhớ rằng, một đơn vị chỉ thực sự vững mạnh khi:

- Thu hút được sự chú ý của nhân viên mới đến đơn vị và cách thức làm việc của đơn vị.
- Có được cách thức trả lời câu hỏi, giải quyết vấn đề, thảo luận và thống nhất ý kiến.
- Khuyến khích được những nỗ lực và ý tưởng mới
- Là nơi mà các thành viên muốn tham gia và ở lại

Tổ chức họp

Khi nhiều người muốn thảo luận một vấn đề nào đó, người ta thường tổ chức họp. Mục đích của hội họp là đảm bảo mọi người đều có cơ hội đóng góp ý kiến như nhau và hội họp là thời gian thích hợp để thảo luận và quyết định. Nếu vấn đề đưa ra họp bàn là phức tạp thì cần phải chuẩn bị chương trình thật kĩ. Hãy chuẩn bị ở nhà, lường trước các câu hỏi, chuẩn bị trước câu trả lời hoặc tìm các thông tin có thể.

Để tổ chức họp hiệu quả cần:

- Xác định mục đích cụ thể, kết quả dự kiến: Mọi người cần phải biết họp về vấn đề gì
- Có được chương trình họp chi tiết. Chương trình có thể được xây dựng bởi tất cả các thành viên liên quan, nhưng ít nhất, nó phải được những người dự họp thông qua.
- Có người chủ tọa cuộc họp. Nhiệm vụ của người chủ tọa là điều hành cuộc họp chứ không phải là trình bày ý kiến cá nhân mình; Trong những trường hợp phức tạp, có thể để người không liên quan làm chủ tọa cuộc họp.
- Thực hiện đúng, đủ các nội dung của chương trình họp. Thứ tự các mục có thể thay đổi nhưng không được bỏ qua. Kết thúc cuộc họp đúng thời gian dự định.
- Phòng họp phải thuận tiện, không quá nóng hoặc quá lạnh, đảm bảo có đủ chỗ cho tất cả những người dự họp.
- Nên điều hành cuộc họp như thế nào đó để mọi người dự họp đều cảm thấy được trân trọng, được lắng nghe, được khuyến khích tham gia ý kiến. Hãy gọi nhau bằng tên.
- Hãy cho tất cả các thành viên tham dự cơ hội được phát biểu như nhau. Trước khi có ai đó phát biểu lần thứ 2 nên chắc chắn rằng tất cả mọi người đều đã được phát biểu một lần.

Cần hiểu rõ những gì mình đang làm và lý do mình làm việc đó: thống nhất kế hoạch từ ban đầu, cho phép những người tham dự nói về cảm giác và đưa ra những nhận xét của họ vào cuối cuộc họp, đánh giá về cuộc họp và đưa ra những ý kiến để cuộc họp sau được tổ chức tốt hơn. Cuộc họp chính là sự thể hiện chất lượng của kĩ năng làm việc nhóm.

Phản hồi

Phản hồi sẽ rất hữu ích nếu những ý kiến đưa ra mang tính xây dựng, cách thức thu thập phản hồi thể hiện sự khuyến khích chứ không phải sự đe dọa. Những nhận xét nên rõ ràng, cụ thể, tập trung vào nhận xét hành vi của cá

nhân chứ không phải bản thân cá nhân đó. Cách nhận xét "Tất cả bệnh nhân của anh đều bị nhiễm trùng, như thế có nghĩa anh là một bác sĩ phẫu thuật tồi" dễ làm tổn thương người khác và không mang tính xây dựng. Thay vào đó, nên nói theo cách khác như " Anh rất vững về kỹ năng lâm sàng, nhưng nếu anh làm vệ sinh kỹ hơn trước khi vào phòng mổ thì có lẽ tỷ lệ nhiễm trùng sẽ giảm". Cách nói này còn rất cụ thể vì nó còn chỉ ra cho người được phản hồi những việc sẽ phải làm để trở thành bác sĩ phẫu thuật giỏi hơn.

Nhận xét sẽ hữu ích hơn nếu nó được đưa ra không lâu sau khi sự việc xảy ra. Mặc dù cần tránh nhận xét một cách vội vàng hay trong lúc tức giận nhưng cũng không nên để quá lâu đến mức sự việc khó có thể được mô tả cụ thể, rõ ràng. Điều quan trọng nữa là nên đưa ra nhận xét riêng với người đó để tỏ ra tôn trọng người được nhận xét và nên cho họ trình bày ý kiến tranh luận.

Hãy tìm kiếm sự phản hồi của những người thân thành với bạn, và có thể của cả những người ngoài cuộc.

Phản hồi cần phải cụ thể, đúng lúc, mang tính xây dựng và được đưa ra theo cách thức tôn trọng người được phản hồi. Người có trách nhiệm đưa ra nhận xét chân thành, người nhận phản hồi đón nhận nó với tinh thần cầu thị, điều này sẽ thể hiện văn hoá giao tiếp trong đơn vị. Điều này cũng sẽ giúp mọi người cảm thấy thoải mái và sẵn sàng cho sự tự hoàn thiện mình. Điều này không dễ làm nhưng thực sự đáng làm.

1.3. ĐẠO ĐỨC

Là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bạn phải đáp ứng được mong đợi của xã hội. Với vai trò đó, bạn hành động không phải với tư cách cá nhân mà với tư cách của toàn ngành y tế.

Hãy làm việc trên cơ sở những gì bạn đã được đào tạo.

SỰ ĐỒNG THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

ĐIỂM MẪU CHÓT:

- Sự đồng thuận có được khi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu được những gì cần phải thực hiện, bao gồm cả những nguy cơ về rủi ro, biến chứng của những gì đang và sẽ diễn ra và đồng ý cho phép thực hiện việc điều trị

Trước khi thực hiện quy trình điều trị điều quan trọng là phải nhận được sự đồng thuận của bệnh nhân:

- Xin phép thực hiện việc thăm khám
- Trình bày những gì mình dự định làm trước khi thực hiện
- Trả lời những câu hỏi của bệnh nhân nếu có
- Kiểm tra lại xem bệnh nhân đã hiểu chưa
- Có được sự cho phép của bệnh nhân
- Hãy lưu ý về điều kiện và sự riêng tư của người khác

Trước khi phẫu thuật, điều đặc biệt quan trọng là phải giải thích được những gì mình định làm, tại sao lại phải làm và những gì mình mong đợi khi thực hiện những việc đó. Hãy nói bằng một thứ ngôn ngữ dễ hiểu, vẽ hình minh hoạ hoặc sử dụng phiên dịch nếu cần. Hãy để cho bệnh nhân và người nhà của họ đặt câu hỏi và suy nghĩ về những gì bạn đã nói với họ. Trong một số trường hợp có thể cần phải tham vấn các thành viên cao tuổi trong gia đình bệnh nhân hoặc cộng đồng, những người mà không thể đến bệnh viện. Nếu bệnh nhân quá yếu, không thể cho ý kiến đồng ý hay không (ví dụ họ đang bất tỉnh) và điều kiện không cho phép trì hoãn, thì bạn nên bỏ qua sự đồng thuận theo quy định để hành động vì lợi ích của bệnh nhân. Hãy ghi lại lý do và kế hoạch hành động của bạn.

Hãy tỏ ra nhạy cảm với những điểm khác biệt về luật pháp, tôn giáo, văn hoá, ngôn ngữ và điều kiện gia đình.

Một số bệnh viện yêu cầu bệnh nhân kí giấy tờ cam kết rằng họ đã được giải thích về quy trình phẫu thuật và những biến chứng có thể xảy ra và đã cho phép thực hiện quy trình đó. Văn bản này sau đó được lưu cùng với bệnh án. Nếu đó không phải là loại giấy tờ bắt buộc ở bệnh viện của bạn thì hãy ghi chép lại đoạn đối thoại trình bày về quy trình phẫu thuật và tên của những người có mặt trong cuộc đối thoại đó.

Sự đồng thuận có được khi bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hiểu được những gì cần phải thực hiện, bao gồm cả những nguy cơ về rủi ro, biến chứng của những gì đang và sẽ diễn ra và đồng ý cho phép thực hiện việc điều trị. Sự đồng thuận không được xảy ra ở tình trạng bị ép buộc.

Trong khi làm công việc của người cung cấp dịch vụ y tế, đôi khi chúng ta phải trải qua những tình huống yêu cầu những điều mà người bình thường cảm thấy bất tiện. Trách nhiệm của chúng ta, với tư cách là những nhà chuyên

nghiệp, là cung cấp những dịch vụ và sự chăm sóc mà đôi khi mâu thuẫn với ý kiến cá nhân của chính chúng ta. Điều quan trọng là cần phải biết rằng sẽ xảy ra những tình huống như thế và hiểu được tại sao nó xảy ra. Nếu chúng ta được yêu cầu chăm sóc một người đã từng gây tội ác thì chúng ta không có nhiệm vụ là phán xét họ. Dù gì đi nữa thì nhiệm vụ của chúng ta là chăm sóc bệnh nhân. Điều này khó thực hiện nhưng cần phải nhận ra rằng

Công việc của chúng ta không phải là phán xét mà là cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho tất cả mọi người, bất kể vị trí xã hội hay các yếu tố nhân thân nào khác của họ.

Bằng cách đó, chúng ta sẽ trở nên công bằng, hợp tình, hợp lý đối với cộng đồng mà chúng ta phục vụ.

CÔNG KHAI

Tất cả những thông tin liên quan đến bệnh nhân đều thuộc sở hữu của người bệnh và phải được thông báo cho họ. Thông báo những tin xấu là một việc làm khó nhưng kỹ năng làm việc này có thể cải thiện theo thời gian. Nên thực hiện việc thông báo khi bệnh nhân đang có người nhà ở bên cạnh và nên tránh sự có mặt của các bệnh nhân khác. Chúng ta cần lưu tâm đến sự khác nhau về phong tục tập quán, các tiêu chuẩn văn hoá cũng như sự ảnh hưởng của văn hoá y học. Đôi khi, hiểu được các nhu cầu và mong đợi của các nhóm bệnh nhân khác nhau là cả một sự thách thức.

Cần nói thẳng và rõ ràng những gì mình muốn nói. Đừng để xảy ra tình trạng bạn muốn nói về sự tiến triển của một khối u thì người nghe lại hiểu rằng bạn đang nói về bệnh ung thư. Thông thường, chúng ta thường cố gắng làm nhẹ hoá thông tin xấu bằng cách nói quá nhiều thậm chí lẫn lộn, hoặc nói quá ít làm tâm trí người nghe chứa đầy những câu hỏi không có câu trả lời. Hãy nói rõ ràng, dành thời gian cho người nghe cảm nhận được những gì mình nói và cho phép họ đặt câu hỏi. Thường thì chúng ta phải nhắc lại thông tin đó với nhiều người khác nhau trong gia đình bệnh nhân và có thể phải nhắc lại với những người đã nghe rồi vào những ngày sau đó.

CHĂM SÓC NHỮNG NGƯỜI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

NHỮNG ĐIỂM MÀU CHÓT:

- Có một số vấn đề nằm ngoài sự kiểm soát của bạn
- Cần phải thực tế hơn về những gì bạn có thể thực hiện
- Bạn không thể thay đổi được tình hình nhưng bạn có thể nói sự thật và làm việc để cải thiện tình hình đó.

Nhiều khi, cán bộ nhân viên và đơn vị bị quá tải. Khi tình huống này xảy ra, nên tỏ ra thông cảm và tốt bụng như với chính bản thân mình, vì bạn, trong một lúc nào đó, cũng gặp tình trạng tương tự. Hãy chú ý đến các nhu cầu thể chất, tinh thần và trí tuệ của mình. Hãy dành một lượng thời gian nhất định để giải toả và làm mới chính mình. Thường xuyên bị quá tải có thể dẫn đến tình trạng "bùng nổ", làm tăng nguy cơ mắc bệnh suy giảm sức khoẻ tinh thần và thể chất, dẫn đến việc sử dụng các phương pháp giải toả tiêu cực như uống rượu hay sử dụng ma túy.

Có một số vấn đề xảy ra ngoài tầm kiểm soát của bạn như sự thiếu hụt các nguồn lực, trộm cắp, tham nhũng. Giữ cho bản thân không phát điên lên vì những vấn đề không thể giải quyết có thể là một việc khó. Cố gắng để giải quyết vấn đề cũng có thể dẫn đến sự đổ vỡ, thậm chí là khủng hoảng. Nhưng nếu không cố gắng thì vấn đề sẽ không bao giờ được giải quyết. Cần phải thực tế hơn về những gì bạn có thể thực hiện. Bạn không thể thay đổi được tình hình nhưng bạn có thể nói sự thật và làm việc để cải thiện tình hình đó.

Với vai trò là một người lãnh đạo, quản lý, bạn sẽ phải làm việc với nhiều người và đối mặt với những vấn đề của họ như nghỉ việc không lý do, kết quả làm việc kém, hậu quả của ốm đau, bệnh tật. Bạn không tạo ra tình trạng đó và có thể không giải quyết được tình trạng đó. Hãy hiểu xem bạn mong đợi điều gì, đưa vấn đề ra để toàn đơn vị được biết để có thể đánh giá và đưa ra giải pháp khắc phục.

Đừng trói buộc cảm xúc của mình để tập trung vào giải quyết những vấn đề thuộc về hệ thống hay những vấn đề dài hạn. Hãy định ra những mục tiêu hợp lý ở trong tầm khả năng của bạn.

1.4 GIÁO DỤC

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Lãnh đạo và giáo dục là những kỹ năng không thể thiếu
- Lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá là chìa khoá cho hoạt động giáo dục hiệu quả.

Giáo dục là vấn đề cốt lõi trong việc cung cấp dịch vụ y tế. Chúng ta giáo dục bản thân, giáo dục bệnh nhân, giáo dục đồng nghiệp và rộng hơn nữa là giáo dục cộng đồng. Giáo dục là then chốt trong công việc của chúng ta và là chìa khoá dẫn đến những thay đổi tích cực dù đó là giáo dục bệnh nhân trên cơ sở sức khoẻ, giáo dục cộng đồng hay lập kế hoạch cho trung tâm y tế cộng đồng. Giống như lãnh đạo, giáo dục là kỹ năng cơ bản.

LẬP KẾ HOẠCH

Tất cả mọi người trong bệnh viện đều phải tham gia dạy và học. Chăm sóc sức khoẻ là lĩnh vực luôn thay đổi và phát triển, vì thế chúng ta không thể học hết những gì sau này chúng ta sẽ phải sử dụng trong công việc trong khoảng thời gian vài năm ở trường. Việc học tập ở trường y hay trường điều dưỡng chỉ là điểm khởi đầu cho một công việc lâu dài sau này. Tiếp tục giáo dục y học và phát triển kỹ năng nghề nghiệp là biện pháp quan trọng để đầu tư cho đội ngũ cán bộ bệnh viện và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân cũng như khuyến khích động cơ phấn đấu của mỗi cán bộ nhân viên.

Lập kế hoạch, thực hiện và đánh giá là chìa khoá cho hoạt động giáo dục hiệu quả. Ngoài việc tổ chức việc cập nhật kiến thức về công nghệ mới, về những kết quả trong điều trị cũng như trong ngành dược phẩm, giáo dục có thể được tiến hành song song với việc chăm sóc bệnh nhân thông qua:

- Giao ban sáng
- Giảng đầu giường để tổng kết và cải thiện kỹ năng lâm sàng và việc chăm sóc và điều trị những nhóm bệnh nhân chuyên biệt.
- Các hình thức giáo dục chính thức
- Thảo luận về nguy cơ và tử vong sau mổ
- Hội chẩn trong các trường hợp cấp cứu

Kết quả làm việc kém thường liên quan đến kiến thức, kỹ năng và hành vi

Bạn có thể lập một kế hoạch giáo dục với các kết quả, đầu ra cụ thể về kiến thức, kỹ năng và thái độ. Bồi dưỡng thường xuyên phải liên quan trực tiếp đến công việc họ làm và loại dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ cung cấp. Điều này sẽ giúp họ làm tốt hơn công việc của mình, cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân cũng như nâng cao đạo đức và động cơ làm việc. Việc giáo dục sẽ hiệu quả hơn nếu nó được thiết kế rõ ràng và mang tính khả thi.

Việc sử dụng các vấn đề lâm sàng làm cơ sở cho học tập là rất hữu hiệu. Trước khi đào tạo nên thông báo rõ ràng về mục tiêu đầu ra, về những gì mình mong đợi người học làm được khi kết thúc khóa đào tạo. Ví dụ:

- Vấn đề: Gia tăng tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ
- Mục đích giảng dạy: Xem xét các yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm trùng sau mổ
- Kết quả đầu ra: Tất cả các nhân viên tham gia phẫu thuật hiểu được những yếu tố có thể dẫn đến nhiễm trùng sau mổ.

Trong khi giảng, bạn có thể thảo luận về một số bệnh nhân bị nhiễm trùng sau mổ và xem xét các nguyên nhân có thể dẫn đến tình trạng đó. Cần xem xét cụ thể trường hợp bệnh của bệnh nhân, sự chăm sóc của bệnh viện và nhấn mạnh những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến việc nhiễm trùng. Cần lấy ý kiến của nhiều người. Cần xem xét từng quy trình như rửa tay, thay trang phục, vai trò của kháng sinh trong việc phòng và điều trị, và làm thế nào để nhận biết nhiễm trùng sớm. Thay vì giảng suông, hãy tăng cường việc giới thiệu và thực hành các kỹ năng mà bài giảng đề cập đến. Cho mọi người có cơ hội trình bày ý kiến và đặt câu hỏi.

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Người ta thường hay quên những gì người khác nói với học và nhớ những gì họ trực tiếp làm.
- Khi học cần:
 - Đặt câu hỏi
 - Tham gia tích cực
 - Cố gắng hiểu những thông tin mới trong mối quan hệ với những gì mình đã biết, và hiểu được, những ý tưởng mới đã thay đổi những ý tưởng cũ của mình như thế nào.

Việc học tập có thể được tiến hành bằng nhiều cách và mỗi người có cách học hiệu quả khác nhau. Ví dụ, có người có thể học được bằng cách đọc tài liệu trong khi những người khác cần phải nghe giảng hoặc phải được cho xem một thứ gì đó thì họ mới có thể hiểu được. Các cách học khác nhau có thể gọi là phương pháp học khác nhau:

- Cách nào giúp bạn học tốt nhất?
- Cách nào giúp những người khác học tốt nhất?

Điều quan trọng là phải cung cấp kiến thức bằng các cách khác nhau để phù hợp với các cách học khác nhau và trình độ văn hoá của người học.

Người ta có thể học bằng cách quan sát người khác và thu được kết quả nhờ vào việc quan sát và thảo luận xem người khác xử lý các ca bệnh đặc biệt như thế nào. Bằng việc thảo luận về các ca bệnh, mọi người có thể học lẫn nhau. Hãy thiết kế và tổ chức việc học tập những kinh nghiệm mà mọi người quan tâm. Cho phép mọi người thực hành kỹ năng mới dưới sự giám sát cho tới khi họ có thể tự làm được. Người ta thường hay quên những gì người khác nói với họ và nhớ những gì họ trực tiếp làm. Việc hỗ trợ, giám sát sẽ tăng cường việc học tập và cho phép người dạy có thể đánh giá tính hiệu quả của việc giảng dạy của mình.

Ngoài các kỹ năng lâm sàng, nhân viên cũng cần được tiếp cận những thông tin liên quan đến các nhiệm vụ đặc thù. Ví dụ, khi học về cách truyền tĩnh mạch thì điều không kém phần quan trọng là phải hiểu những chỉ dẫn về tần xuất nhỏ giọt và cần phải biết phải làm gì nếu mọi việc diễn ra không theo ý muốn và làm thế nào để xử lý những biến chứng có thể xảy ra.

Đừng xao nhãng việc học tập của chính mình. Hãy tham dự các khoá đào tạo tại bệnh viện cũng như trong vùng. Cùng với đồng nghiệp của mình, bạn hãy đăng kí tham gia câu lạc bộ tạp chí và đọc những bài báo được đăng trên các tạp chí chuyên ngành. Nếu bạn là một bác sĩ duy nhất thì hãy bắt đầu một chương trình học tập độc lập để tìm hiểu những vấn đề gặp phải trong công việc của bạn và trình bày những gì bạn tìm thấy cho các thành viên khác cùng nghe. Dành thời gian đi thăm đồng nghiệp hoặc thăm quan các bệnh viện khác. Tận dụng mọi cơ hội học tập. Có quá nhiều việc phải làm và chẳng khi nào kết thúc toàn bộ chúng được nên bạn phải ưu tiên cho việc học tập của mình khi có cơ hội. Hãy lên kế hoạch học tập và thực hiện nó một cách nghiêm túc.

Có nhiều chương trình học tập được gọi là "đào tạo từ xa". Bằng cách này, mọi người có thể cùng nhau học tập thông qua các tài liệu in ấn, băng ghi âm, băng hình, đĩa hình, và thậm chí là mạng máy tính mặc dù họ ở những nơi

cách xa nhau. Nếu các chương trình thuộc dạng này là sẵn có thì hãy tận dụng tối đa và gợi ý cho các nhân viên khác trong đơn vị.

Nếu bạn là người chủ chốt nhất trong bệnh viện thì ai sẽ giúp bạn học tập? Bạn có thể học rất nhiều từ bệnh nhân, đồng nghiệp ở các lĩnh vực khác nhau nhưng cũng cần phải tìm cho mình một người có vấn dày kinh nghiệm để có thể giúp bạn giải quyết vấn đề và rèn thêm kỹ năng mới. Người này không cần thiết lúc nào cũng ở bên cạnh bạn nhưng phải là người bạn luôn có thể gặp trực tiếp, trao đổi qua bưu điện, thư điện tử và điện thoại khi cần. Tất cả chúng ta đều cần đồng nghiệp và sự hỗ trợ. Điều quan trọng trong công việc của bạn là tìm và duy trì các mối quan hệ như thế.

CÁC HÌNH THỨC HỌC

Giao ban sáng

Giao ban sáng để xem xét lại tất cả những hoạt động đã diễn ra vào ban đêm và bàn giao bệnh nhân cho ca trực buổi sáng. Hoạt động giao ban có thể sử dụng để giáo dục, đào tạo, trao đổi thông tin thông qua việc đánh giá và xử lý ca bệnh cũng như nhấn mạnh tình trạng ca bệnh hiện tại. Nó tạo điều kiện cho cán bộ, nhân viên bệnh viện trao đổi ý tưởng và giúp đỡ lẫn nhau. Nếu điều kiện cho phép, các ca bệnh nên được giới thiệu trực tiếp và được thảo luận rộng rãi về các vấn đề liên quan đến y học cũng như việc chăm sóc bệnh nhân.

Giảng đầu giường

Giảng đầu giường tạo điều kiện để những người tham gia điều trị ca bệnh có thể gặp gỡ bệnh nhân, thảo luận về trường hợp bệnh cũng như cách điều trị. Phương pháp giảng dạy này sử dụng các bệnh nhân đặc thù để minh họa cho các loại bệnh, quy trình phẫu thuật hoặc các biện pháp can thiệp đặc thù. Bản thân bệnh nhân chỉ là điểm khởi đầu cho việc thảo luận rộng rãi hơn ở ngoài giường bệnh và có thể tiếp diễn ở bên ngoài buồng bệnh sau đó. Giảng đầu giường là phương pháp hữu hiệu để tổng kết các kỹ năng lâm sàng và những phát hiện thể chất đặc thù.

Theo truyền thống, giảng đầu giường thường được sử dụng dành cho các bác sĩ trẻ nhưng cũng có thể dùng để giảng liên ngành bao gồm điều dưỡng viên, hộ lý và dược sĩ cũng như các nhân viên y tế. Phương pháp này cũng cho phép bệnh nhân và người nhà của họ đặt câu hỏi đối với tất cả những người tham gia chăm sóc họ. Bất kỳ cuộc thảo luận nào về bệnh nhân cũng phải được sự đồng ý của họ và có sự tham gia của họ.

Các buổi học chính thức

Khác với các buổi giảng đầu giường các buổi học chính thức là một sự kiện đào tạo rõ ràng và được tách rời hoàn toàn với công việc chạy đi chạy lại giữa các buồng bệnh. Những giờ học này có thể được tổ chức thường xuyên hoặc khi mời được các chuyên gia có chuyên môn và kinh nghiệm đặc biệt có mặt ở bệnh viện.

Thảo luận về nguy cơ và tử vong (Thảo luận M&M)

Thảo luận M&M là sự xem xét định kì bệnh tật và tử vong trong số những bệnh nhân đã được chăm sóc tại bệnh viện. Sự xem xét có hệ thống nguy cơ và tử vong có thể giúp các bác sĩ thực hành trong việc xử lý các ca bệnh và là cách thức để thảo luận về việc xử lý các ca tương tự trong tương lai. Điều quan trọng là những cuộc thảo luận theo cách này là một hoạt động học tập chứ không phải là nơi chỉ trích

Đào tạo nhóm trong thực hành cấp cứu.

Nếu bệnh viện có một khu vực giành riêng cho các bệnh nhân cấp cứu thì có thể tổ chức cho nhân viên thực hiện các kịch bản khác nhau mỗi tuần một lần. Một người đóng giả bệnh nhân và những người khác thực hiện tất cả các hoạt động và quy trình cần phải thực hiện khi bệnh nhân đến bệnh viện. Đóng kịch sẽ tạo điều kiện cho mọi người thực hành những kỹ năng của mình và làm việc với những người khác. Nó cũng giúp cho việc xác định các nhu cầu đào tạo tiếp theo. Trong một nhóm, cần quyết định xem phải có những vai nào và mỗi vai đảm nhận những việc gì. Một khi điều này đã được quyết định, hãy đăng thông tin để mọi người có thể tham khảo trong những trường hợp cấp cứu thực sự.

Phần Phụ lục: *Cẩm nang cấp cứu chấn thương ban đầu* cung cấp những nội dung cơ bản trong khoá đào tạo ngắn về chăm sóc chấn thương ban đầu có thể sử dụng cho cán bộ bệnh viện, bao gồm cả bác sĩ, điều dưỡng viên và nhân viên trợ y.

Thư viện của bệnh viện

Hãy lưu giữ các tài liệu đào tạo vào một nơi ở trung tâm để những người có nhu cầu tìm kiếm có thể tìm được dễ dàng. Nếu bệnh viện có một vị khách muốn giảng về một vấn đề đặc thù hoặc nếu có ai đó đưa ra những thông tin hữu ích trong các buổi giảng, hãy chỉ định một người ghi chép lại và lưu giữ những

gì đã ghi được tại thư viện. Nếu có thể, lưu giữ cả những bản chụp X quang và những ghi chép về các ca bệnh hiếm gặp. Hãy chỉ định một người chuyên trách về thu thập thông tin, thống kê danh mục tài liệu và lưu giữ ghi chép xem ai đã mượn tài liệu để đòi lại khi hết hạn mượn hoặc khi cần. Tạo được sự quan tâm đối với việc phát triển thư viện đối với bất kì tổ chức hay các nhà tài trợ mà bệnh viện có quan hệ bằng cách cung cấp cho họ những đề nghị cụ thể về loại sách, tạp chí và các nguồn thông tin khác.

1.5.LƯU TRỮ BỆNH ÁN

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Thậm chí trong trường hợp bệnh án được lưu giữ tại bệnh viện thì bệnh nhân cũng nên nhận được những ghi chép về chẩn đoán và quy trình điều trị đã được tiến hành.
- Tất cả bệnh án phải sạch sẽ, rõ ràng, hoàn thiện và đủ chữ kí

Bệnh án tồn tại vì lợi ích của bệnh nhân và là nguồn tham khảo cho các nhân viên cung cấp dịch vụ y tế trong tương lai. Nếu trong bệnh viện, bệnh án không trả lại cho bệnh nhân mà được lưu giữ thì điều quan trọng là phải bảo quản và sắp xếp chúng như thế nào đó để có thể dễ dàng tham khảo. Điều này yêu cầu một đội ngũ cán bộ được đào tạo tốt và một vị trí an toàn và riêng biệt. Bệnh án là tài liệu mật và chỉ nên cung cấp cho những người trực tiếp tham gia điều trị bệnh nhân. Thậm chí trong trường hợp bệnh án được lưu giữ tại bệnh viện thì bệnh nhân cũng nên nhận được những ghi chép về chẩn đoán và quy trình điều trị đã được tiến hành. Ví dụ, nếu một phụ nữ đã bị cắt tử cung, thì điều quan trọng là chị ta phải được biết để có thể nói cho các bác sĩ trong những lần đi khám sau này. Những ghi chép lâm sàng là phương tiện giao tiếp quan trọng đối với những người tham gia điều trị bệnh nhân. Chúng có thể được sử dụng để cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân khi chúng được xem xét như một phần của hoạt động kiểm tra. Người ta cũng có thể yêu cầu những ghi chép đó cho mục đích bảo hiểm hoặc luật pháp. Tất cả thành viên của bệnh viện đều có trách nhiệm đảm bảo cho bệnh án được

- Hoàn tất
- Đầy đủ
- Hợp lý
- Dễ đọc và dễ hiểu

- Kịp thời, cập nhật
- Có đủ chữ kí, rõ ngày, giờ, tên và chức vụ của người cập nhật thông tin

Khi đã viết rồi không được thay đổi, nếu tình trạng bệnh nhân và việc xử lý có sự thay đổi thì ghi bổ sung thêm.

Ghi chép khi tiếp nhận và ghi chép trước khi mổ

Những đánh giá trước mổ cần phải được ghi chép với đầy đủ tiền sử bệnh tật và kết quả khám thể chất cũng như kế hoạch điều trị và sự đồng ý của bệnh nhân.

Bệnh án phẫu thuật

Bệnh án phẫu thuật có thể được lưu giữ trong một cuốn sách hoặc để tách riêng so với các quy trình khác. Một mẫu bệnh án có sẵn sẽ giúp tiết kiệm thời gian và khuyến khích nhân viên ghi chép những thông tin được yêu cầu.

Bệnh án phẫu thuật thường bao gồm:

- Các thông tin về nhân thân của bệnh nhân
- Quy trình được tiến hành
- Những người tham gia
- Biến chứng

Bằng cách xem các bệnh án, bệnh viện có thể đánh giá được tình hình thực tế như biến chứng và nhiễm trùng vết thương sau mổ cũng như xem xét lại số lượng và loại quy trình đã được thực hiện. Việc đánh giá, thường được thực hiện bởi một nhân viên chuyên trách, sẽ cho phép đánh giá việc thực hiện quy trình vô khuẩn trong bệnh viện và giúp cho việc lập kế hoạch trong tương lai.

Sổ bàn giao

Sổ bàn giao bao gồm các biên bản bàn giao và quy trình được xếp theo thứ tự, bao gồm các biện pháp can thiệp, biến chứng và đầu ra. Nó có thể chứa một số thông tin tương tự như trong bệnh án phẫu thuật.

Ghi chép trong khi mổ

Sau khi thực hiện ca mổ cần phải ghi chép những gì xảy ra trong khi mổ vào bệnh án lâm sàng của bệnh nhân. Hãy đưa ra những chỉ định về chăm sóc sau mổ trong những ghi chép này.

Ghi chép sau mổ

Các bệnh nhân cần được thăm khám để đánh giá ít nhất ngày một lần thậm chí cả với những bệnh nhân mắc bệnh không nghiêm trọng. Các dấu hiệu đời sống quan trọng cần phải được ghi chép tỉ mỉ hoặc ghi âm. Việc này có thể làm theo mẫu hoặc biểu đồ hoặc có thể bao gồm cả ghi chép về cân bằng dịch. Ghi chép tiến triển không nên dài dòng nhưng phải nhận xét về tình trạng bệnh nhân và ghi lại những thay đổi trong kế hoạch xử lý. Sau khi ghi chép nên kí đầy đủ.

Ghi chép có thể được tổ chức theo mẫu “SOAP”:

- **Subjective:** Chủ quan: Bệnh nhân cảm thấy thế nào
- **Objective:** Khách quan: Những phát hiện khi khám thể chất, các dấu hiệu quan trọng và kết quả xét nghiệm
- **Assessment:** Đánh giá: Bác sĩ thực hành nghĩ gì
- **Plan:** Kế hoạch: kế hoạch xử lý; có thể bao gồm các chỉ dẫn được ghi tại mục riêng biệt như những “mệnh lệnh”

Cách làm việc theo mẫu “SOAP” sẽ bảo đảm rằng những biến cố của bệnh nhân sẽ được ghi chép trọn vẹn. Đồng thời, những thành viên lâm sàng có thể kiểm tra tài liệu một cách dễ dàng hơn.

Xem bài 3: *Bệnh nhân ngoại khoa* để biết thêm chi tiết về những ghi chép trước, trong và sau mổ

Giấy xuất viện

Khi xuất viện cho bệnh nhân, hãy ghi lại:

- Các chẩn đoán khi tiếp nhận và trước khi ra viện
- Tóm tắt về quá trình điều trị tại bệnh viện
- Hướng dẫn cách xử lý tiếp theo cho bệnh nhân ngoại trú bao gồm việc sử dụng thuốc, thời hạn theo dõi và kế hoạch sau này.

Quy trình phẫu thuật chuẩn

Hãy xây dựng và ghi chép lại những quy trình phẫu thuật chuẩn cho bệnh viện. Điều này cần được tất cả các nhân viên thực hiện một cách thường xuyên. Hãy lưu giữ bản sao các quy trình này tại khu vực trung tâm cũng như tại nơi mà các quy trình này thường diễn ra để mọi người có thể tham khảo dễ dàng.

Giao tiếp liên viện

Mỗi khi chuyển viện cho bệnh nhân nên gửi kèm một bức thư hay một giấy giới thiệu bao gồm:

- Nhân thân của bệnh nhân
- Tên và chức vụ người chỉ định chuyển viện
- Bệnh sử, những kết quả trong quá trình chẩn đoán bệnh và kế hoạch để điều trị bệnh nhân hiện thời
- Lý do chuyển viện

1.6. ĐÁNH GIÁ

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Đánh giá là một khâu quan trọng đảm bảo chất lượng chăm sóc tốt.
- Với bất kì thay đổi nào:
 - Kế hoạch (quan sát, tư vấn và xác định mục tiêu)
 - Thực hiện kế hoạch
 - Đánh giá kết quả đầu ra

Đánh giá có nghĩa là nhận xét về giá trị, chất lượng hay đầu ra của một cái gì đó dựa theo tiêu chuẩn đặt ra từ trước. Tại bệnh viện tuyến huyện, hoạt động đánh giá sẽ tập hợp các thông tin cho phép xác định xem bệnh viện có cung cấp dịch vụ với tiêu chuẩn cao hay không hay bệnh viện có sử dụng các nguồn lực theo cách tối ưu hay không, bao gồm:

- Cách làm việc của nhân viên, trang thiết bị hay biện pháp can thiệp đặc biệt.
- Hiệu quả của các phương pháp điều trị lâm sàng
- Hiệu lực liên quan đến việc sử dụng các nguồn lực (hiệu quả về giá thành)

Đánh giá là một khâu trong chu trình: tìm kiếm thông tin, phân tích, lập kế hoạch, can thiệp và đánh giá tiếp theo và được thực hiện theo các bước sau:

1. Xác định mục tiêu và đối tượng
2. Xác định các chỉ số(tiêu chuẩn định trước, kết quả và mẫu dự định) có thể sử dụng để đánh giá xem có đạt được các mục tiêu đó không
3. Thu thập thông tin để đo lường các kết quả đạt được một cách khách quan
4. So sánh kết quả đạt được với mục tiêu đề ra

5. Xác định những tồn tại, yếu kém và phân tích nguyên nhân
6. Xác định, lập kế hoạch và thực hiện biện pháp can thiệp để cải thiện tình hình, ví dụ như đào tạo, bồi dưỡng.
7. Đánh giá lại và xác định các biện pháp can thiệp cần thiết tiếp theo

Đánh giá có thể đơn giản chỉ là một câu hỏi “Tất cả trẻ sơ sinh đều đã được kiểm tra cân nặng ở phòng ngoại trú chưa?” Nếu câu trả lời là Không thì bước tiếp theo phải hỏi là “ Tại sao?” rồi sử dụng câu trả lời để xác định những việc phải làm để giải quyết vấn đề.

Tuy nhiên, đánh giá thường phức tạp hơn nhiều. Ví dụ, một bệnh viện nhận thấy rằng tồn tại một tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ rất cao. Tất cả các nguyên nhân và lý do dẫn đến nhiễm trùng đều đã được nghiên cứu. Sau khi xem xét lại một cách kỹ lưỡng và xin ý kiến tư vấn, một kế hoạch được xây dựng và thực hiện. Sau khoản thời gian xác định, một cuộc khảo sát về tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ lại được tiến hành nhằm đo lường kết quả đạt được. Kết quả này được so sánh với kết quả trước can thiệp. Nếu tỷ lệ nhiễm trùng giảm thì bệnh viện có thể quyết định được xem mục tiêu đặt ra đã đạt được chưa và những biện pháp đo lường đó có thể sử dụng thường xuyên trong thực tế được không. Bằng việc xác định sự thay đổi sau thời gian can thiệp có thể xác định sự tiến bộ đó có liên quan gì đến các biện pháp can thiệp hay không.

Nếu biện pháp can thiệp không có liên quan gì đến những thay đổi mong đợi thì điều quan trọng phải xác định tại sao lại như thế trước khi áp dụng biện pháp can thiệp mới.

Biểu đồ kiểm tra

Biểu đồ bệnh nhân chứa đựng các thông tin quan trọng về bệnh nhân, tình trạng bệnh tật của họ và quá trình điều trị tại bệnh viện. Đó là những thông tin giá trị đối với việc đánh giá. Nếu bệnh án được lưu trữ sau khi bệnh nhân xuất viện thì biểu đồ có thể giúp ích trong việc điều hành các dịch vụ được bệnh viện cung cấp, trong chẩn đoán lĩnh vực liên quan và xác định lĩnh vực có thể cải thiện, bao gồm:

- Sự ổn định của phương pháp
- Tỷ lệ nhiễm trùng
- Thời gian bệnh nhân nằm viện
- Tỷ lệ truyền
- Tỷ lệ nhiễm trùng

Để thiết kế một biểu đồ cần qua những bước sau:

1. Hỏi một câu hỏi đặc thù, ví dụ “ Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ của chúng ta là bao nhiêu?”
2. Xác định thời hạn lựa chọn biểu đồ
3. Xác định quy mô biểu đồ mẫu được xem xét
4. Xem xét một cách có hệ thống biểu đồ của tất cả bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian tiến hành
5. Đối chiếu, phân tích và làm rõ kết quả

Khi mà tỷ lệ nhiễm trùng được chứng minh bằng tư liệu, có thể đánh giá xem tỷ lệ đó có chấp nhận được hay không. Nếu nó có thể thấp hơn thì có thể thiết kế và thực hiện một chiến lược cải thiện. Sau một thời gian có thể thiết kế một biểu đồ mới, đánh giá sự thay đổi và thực hiện những điều chỉnh cần thiết. Đánh giá cần thời gian và công sức nhưng nó là một phần cần thiết để đảm bảo chất lượng chăm sóc.

1.7.THẨM HOẠ VÀ LẬP KẾ HOẠCH XỬ LÝ CHẤN THƯƠNG THẨM HOẠ

Thảm họa là bất kì tình huống nào đe dọa khả năng giải quyết của nguồn lực địa phương, bao gồm:

- Thảm họa chấn thương ví dụ như tai nạn giao thông đường bộ
- Thảm họa thiên nhiên ví dụ như núi lửa, động đất, lụt lội.
- Thảm họa sức khỏe công cộng ví dụ như nước nhiễm bẩn hay bùng phát dịch do virus.
- Chiến tranh và mất ổn định công cộng

Mỗi nước nên có một kế hoạch đối phó với thảm họa quốc gia, nhưng trách nhiệm của bệnh viện tuyến huyện là lập kế hoạch và chuẩn bị cho tình huống xảy ra thảm họa ở cấp cơ sở. Lập kế hoạch đối phó với thảm họa đòi hỏi sự tư vấn và thảo luận để có thể xây dựng được một kế hoạch thực tế trước khi thảm họa xảy ra.

Việc lập kế hoạch này bao gồm các bước sau:

1. Xác định tình huống có thể đe dọa bệnh viện
2. Xác định đội ngũ và nguồn lực để giải quyết từng loại thảm họa, bao gồm trang thiết bị, vật tư, thuốc và máu.
3. Tổ chức họp với đại diện của tất cả các đơn vị và nhân viên của bệnh viện, những người sẽ tham gia như bác sĩ, điều dưỡng viên, nhân viên trợ y, kĩ thuật viên xét nghiệm và ngân hàng máu, nhân viên cấp cứu và đội ngũ hỗ trợ để thảo luận về nhiệm vụ của họ trong xử lý tình huống cấp cứu

4. Giữ liên lạc với các cá nhân và cơ quan chức năng như Bộ Y tế, chính quyền địa phương, cứu hoả, cảnh sát, quân đội, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức viện trợ nhân đạo.
5. Xây dựng một kế hoạch đối phó với thảm hoạ để giải quyết từng tình huống và liên lạc với tất cả các nhân viên khác.

Không thể đối phó với mọi tình huống nhưng trong một kế hoạch đối phó với thảm hoạ cần:

- Xác định một người giàu kinh nghiệm làm lãnh đạo
- Xác định vai trò và nhiệm vụ của từng thành viên
- Ban hành các văn bản về xử lý thảm hoạ
- Bố trí hệ thống
 - Điều hành của người lãnh đạo
 - Liên lạc trong bệnh viện,
 - Gọi thêm người trợ giúp khi cần
 - Nhận các nguồn tiếp tế nếu cần
 - Phân loại bệnh nhân
 - Liên lạc về việc phân loại bệnh nhân và nhu cầu y tế
 - Vận chuyển bệnh nhân đến các bệnh viện khác nếu có thể
- Vạch ra kế hoạch sơ tán và chuẩn bị trang thiết bị cho việc sơ tán
- Xác định nhu cầu đào tạo bao gồm quản lý thảm hoạ và phân loại chấn thương và đào tạo cán bộ
- Diễn tập kịch bản khi có thảm hoạ bao gồm việc xử lý khi có số lượng lớn bệnh nhân nhập viện cùng một lúc
- Thiết lập hệ thống liên lạc với các tổ chức, cá nhân, cơ quan chức năng và phương tiện truyền thông.

Trong tình huống thảm hoạ xảy ra ở địa phương như tai nạn giao thông nghiêm trọng ảnh hưởng đến nhiều người, tất cả các hệ thống đều phải sẵn sàng. Điều này sẽ làm cho toàn bộ nhân viên đang trực có thể giải quyết các vấn đề bất ngờ.

Điều sống còn là phải văn bản hoá một kế hoạch đối phó với thảm hoạ nếu bệnh viện của bạn chưa có. Hãy thông báo cho nhân viên biết về kế hoạch và dán các bản sao của kế hoạch này tại những nơi đông người tại bệnh viện. Đảm bảo rằng kế hoạch đó được mọi người đọc, thực hiện với nhiều kịch bản khác nhau để các vấn đề có thể được xác định và giải quyết trước khi thảm hoạ thật xảy ra.

Phân loại

Phân loại là một hệ thống đánh giá bệnh nhân liên tục, xác định đối tượng ưu tiên trên cơ sở nhu cầu y tế và tính cấp thiết. Mục đích của phân loại là chọn lựa trong số đông nhất những đối tượng cần ưu tiên nhất. Những người có nhu cầu cao nhất thì cần phải được điều trị trước nhất. Thật lãng phí nếu sử dụng một số lượng lớn các nguồn lực cho những cá nhân mà nhu cầu điều trị chưa ở mức cấp thiết hoặc những bệnh nhân có thể được điều trị ở mức độ kỹ năng và nguồn lực của tuyến dưới.

ĐỘI CẤP CỨU

Mỗi bệnh viện tuyến huyện cần phải chuẩn bị cho tình huống khi phải tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân đều có nhu cầu khẩn cấp, đội ngũ cán bộ phải sẵn sàng xử lý các loại chấn thương khác nhau hoặc các bệnh nhân nặng đòi hỏi được nhiều người chăm sóc trong cùng một thời gian. Đội cấp cứu, những người có kinh nghiệm làm việc cùng nhau trong những tình huống khẩn cấp và tập trung cao độ là một phần quan trọng của kế hoạch đối phó với thảm họa. Hãy xác định các loại công việc cần thiết khi cấp cứu và đảm bảo rằng tất cả các thành viên trong đội hiểu về vai trò của mình và được tập huấn để thực hiện vai trò đó. Khu vực tiếp nhận bệnh nhân cấp cứu nên được tổ chức như thế nào đó để các thiết bị và vật tư có thể tìm được dễ dàng. Việc vẽ sơ đồ chỉ dẫn và liệt kê các vị trí liên quan là một việc làm hữu ích.

Đội trưởng

Đội trưởng phải là người chịu trách nhiệm chính trong tình huống thảm họa hoặc chấn thương. Cần đảm bảo rằng tất cả các thành viên trong đội phải biết ai là đội trưởng, ai là người lãnh đạo họ.

Trong trường hợp thảm họa nghiêm trọng, người đội trưởng phải thấy trước được cách thức thực hiện kế hoạch đối phó và giao nhiệm vụ cụ thể. Trong trường hợp cấp cứu chấn thương, đội trưởng thường có trách nhiệm với những việc sau đây:

- Đánh giá ban đầu và điều phối việc xử trí thông khí, thở và lưu thông.
- Ghi chép chi tiết về vụ tai nạn thông qua việc phỏng vấn bệnh nhân, người nhà hoặc người chứng kiến.
- Đánh giá tiếp theo để xem xét kỹ hơn những chấn thương khác
- Lưu ý việc tiêm phòng uốn ván và việc sử dụng các biện pháp dự phòng hoặc dùng kháng sinh để điều trị
- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân và những nỗ lực của đội

- Hoàn tất các văn bản, giấy tờ bao gồm chẩn đoán, quy trình điều trị, việc sử dụng thuốc điều trị, dị ứng, bữa ăn cuối và các sự việc dẫn đến chấn thương.
- Liên hệ với các bộ phận khác trong bệnh viện và các nhân viên trong đội
- Liên hệ với các cá nhân và tổ chức liên quan bên ngoài bệnh viện
- Chuẩn bị chuyển bệnh nhân
- Giữ liên lạc với thân nhân người bệnh

Những thông tin mà đội trưởng cần biết và xử lý:

- Biết và sử dụng tên các thành viên trong đội và đảm bảo rằng họ nghe thấy và hiểu những gì mình hướng dẫn
- Cùng với các thành viên khác kiểm tra lại các công việc khác, ví dụ "Việc thông khí thế nào?", "Chị có gặp vấn đề gì với thông hơi của bệnh nhân không?", "Bệnh nhân có nhiều đờm lắm không", "có IV lần thứ 2 đã bắt đầu chưa?"
- Yêu cầu sự đóng góp của toàn đội nhưng lưu ý rằng, chỉ có một người đưa ra chỉ dẫn

Nếu đội có ít thành viên thì mỗi thành viên sẽ phải đảm nhận nhiều vai trò khác nhau. Nếu chỉ có một người phụ trách việc thông khí thì người này vừa phải đảm nhận việc thông khí vừa là người chỉ đạo. Nếu có hai người làm công việc này thì một người trực tiếp xử lý còn người kia giữ vai trò chỉ đạo. Khó có thể thực hiện các công việc cấp cứu trong khi phải quan sát, xử lý toàn bộ tình hình, vì thế bạn hãy xin thêm sự giúp đỡ khi cần. Thường xuyên thực hành và liên hệ.

Trong trường hợp cấp cứu, cần tỏ ra bình tĩnh và nói rõ ràng

Thành viên đội cấp cứu

Các thành viên của đội cấp cứu có nhiệm vụ:

- Tuân theo sự chỉ đạo của đội trưởng. Cấp cứu không phải là lúc để thảo luận dân chủ để đưa ra quyết định.
- Chỉ báo cáo cho đội trưởng và thông qua đội trưởng

- Báo cáo ngắn gọn và rõ ràng với đội trưởng sau khi thực hiện xong một nhiệm vụ. Thí dụ: “Tôi đã đạt được I.V. ống 14 Gauge ở bên phải hố của trước xương trụ”.

Nếu các thành viên trong đội được tham gia vào quá trình lập kế hoạch đối phó với thảm họa và thường xuyên luyện tập thực hành kế hoạch đó thì họ sẽ không bị căng thẳng khi sự việc thật xảy ra.

Thay phiên nhau thực hiện các nhiệm vụ của đội cấp cứu với sự giúp đỡ với nhau để mọi người hiểu biết rõ hơn những nhiệm vụ và trách nhiệm của mỗi người.

Xử lý chấn thương được trình bày kỹ hơn trong bài 16: *Xử lý chấn thương cấp* và trong phần phụ lục : *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*

Lĩnh vực ngoại khoa

Tạo môi trường phẫu thuật

2.1.KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN VÀ VÔ TRÙNG

2

PHÒNG CHỐNG NHIỄM KHUẨN VÀ CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA CHUNG

NHỮNG ĐIỂM MÃU CHÓT:

- Rửa tay là biện pháp đơn giản quan trọng nhất để phòng chống nhiễm khuẩn
- Tất cả các chất thuộc về cơ thể người đều có thể là nguồn gây bệnh
- Vô trùng phụ thuộc vào các quy trình chuẩn, việc đào tạo nhân viên, tinh thần kỉ luật và sự chú ý đến những vấn đề nhỏ nhất.

Các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn có mục đích bảo vệ bệnh nhân, người cung cấp dịch vụ y tế, nhân viên y tế và những người khác trong cơ sở y tế. Mặc dù phòng chống nhiễm khuẩn thường được gắn với việc phòng chống sự lây nhiễm HIV nhưng công việc này cũng chống lại các tác nhân gây bệnh về máu khác như viêm gan B và C, giang mai và bệnh Chagas và được coi như các hoạt động thường quy. Rất dễ có thể xuất hiện một ổ bệnh thương hàn tại một bệnh viện đông người, đặc biệt là khi không có những biện pháp phòng ngừa và rửa tay đầy đủ.

Việc phòng chống nhiễm khuẩn phụ thuộc vào hệ thống thực hành, nơi mà máu và các dịch cơ thể bao gồm dịch não tủy, đờm và tinh trùng đều được coi là nguồn gây bệnh. Tất cả máu và dịch cơ thể đều phải được xử lý với mức độ cẩn thận như nhau chứ không chỉ những mẫu cơ nguy cơ gây bệnh.

Rửa tay, sử dụng dụng cụ bảo hộ như găng tay, tạp dề, sử dụng an toàn và tiêu huỷ các vật sắc nhọn và rác thải y tế, khử trùng đầy đủ, vệ sinh và tiệt trùng là những việc cần phải làm để xây dựng được một bệnh viện an toàn.

RỬA TAY

Rửa tay nhằm mục đích loại trừ các chất làm ô nhiễm và giảm sự lưu trú của các vi khuẩn tự nhiên. Xà phòng thường và nước có thể loại trừ được những chất gây ô nhiễm có thể nhìn bằng mắt thường. Có những trường hợp đặc biệt cần phải rửa tay bằng xà phòng kháng khuẩn như trong phòng cấp cứu, phòng sơ sinh hoặc khi chăm sóc bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch. Ngay cả khi đã sử dụng xà phòng kháng khuẩn và tẩy tế bào chết cũng không thể loại bỏ hoàn toàn các vi sinh vật khỏi tay chúng ta.

Hãy chà sát mạnh toàn bộ bề mặt trong và ngoài của tay để loại trừ những vết bẩn và chất làm ô nhiễm có thể nhìn thấy. Tiếp tục rửa trong ít nhất 15 giây. Rửa phần trên cổ tay và tháo đồ trang sức nếu có thể. Móng tay là khu vực có nhiều chất gây ô nhiễm và cần được đặc biệt làm sạch vào đầu ngày làm việc. Cắt ngắn móng tay để rửa dễ hơn và ít làm rách găng tay hơn. Rửa tay dưới vòi nước chảy. Làm khô tay cẩn thận vì độ ẩm ở da tay sẽ tạo điều kiện cho vi khuẩn sinh sôi. Huỷ khăn lau sẽ làm giảm khả năng tồn tại của các chất làm ô nhiễm. Nếu bồn rửa không có hệ thống điều khiển bằng chân hay tay cầm dài có thể sử dụng bằng cùi trỏ tay thì hãy nhờ người khác tắt vòi nước hoặc dùng khăn để vặn tắt vòi, tránh việc làm cho tay bạn bị tái nhiễm khuẩn.

Cần lưu ý để da tay không bị khô và hư tổn. Trong những trường hợp này, tay sẽ là nơi trú ngụ nhiều vi khuẩn hơn và sẽ khó có thể loại trừ chúng hơn so với những da tay bình thường.

Một số vi sinh vật có thể sống và phát triển được trên xà phòng, trong nước có tại hộp đựng xà phòng và trên bàn chải móng tay đã sử dụng. Vì thế, phải giữ cho hộp đựng xà phòng luôn sạch và khô ráo và nên để xà phòng trong hộp có thể tự ráo nước. Rửa và tiệt trùng bàn chải móng tay đã sử dụng. Để những vật này ở nơi khô ráo. Hãy thiết kế mẫu về quy trình rửa tay và khuyến khích đồng nghiệp, bệnh nhân, người nhà bệnh nhân và khách đến thăm rửa tay. Để mọi người có thể rửa tay dễ dàng cần cung cấp đầy đủ nước và xà phòng.

Mặc dù găng tay có thể giúp phòng chống nhiễm khuẩn nhưng chúng cũng không thể đảm bảo được 100%. Có thể có những khiếm khuyết nhỏ mà mắt thường không nhìn thấy được và chúng dễ dàng làm ô nhiễm tay trong khi tháo găng tay. Môi trường ẩm và ấm bên trong găng tay sẽ làm cho vi sinh vật sinh sôi nhanh chóng. Do đó, phải nhớ rửa tay sau khi tháo găng.

PHÒNG CHỐNG LÂY NHIỄM HIV

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Tiêm an toàn không gây hại cho người được tiêm chủng, không làm tăng nguy cơ phơi nhiễm đối với nhân viên y tế và không gây ảnh hưởng nguy hiểm tới những người khác.
- Hãy sử dụng bơm và kim tiêm được tiệt trùng cho mỗi lần tiêm
- Lý tưởng nhất là sử dụng bơm và kim tiêm tự huỷ đã được đăng kí chất lượng
- Nếu không có bơm và kim tiêm sử dụng một lần thì sử dụng thiết bị đã được hấp
- Chuẩn bị tiêm ở nơi sạch sẽ, chuyên biệt không có nguy cơ ô nhiễm do máu hay dịch cơ thể
- Sử dụng lọ đơn liều tốt hơn lọ đa liều
- Nếu phải dùng lọ đa liều luôn phải chọc nắp lọ bằng kim vô trùng, tránh để kim ở trên nắp lọ
- Sau khi mở phải để lọ đa liều trong tủ lạnh

Theo các nghiên cứu lâm sàng thì HIV có thể được lây nhiễm qua:

- Các vết thương do các vật nhọn và sắc đã có dính máu hoặc dịch cơ thể.
- Sử dụng các thiết bị không được khử trùng, vệ sinh và tiệt trùng.
- Tiếp xúc với các vết thương hở, da bị rách, hoặc màng nhầy, máu và dịch cơ thể đã bị nhiễm.
- Truyền máu và các sản phẩm của máu đã bị nhiễm
- Truyền từ mẹ sang con trong khi mang thai, sinh nở và cho con bú.

Phần lớn các trường hợp nhân viên y tế bị nhiễm HIV theo báo cáo là do hậu quả của các vết thương do kim tiêm và các dụng cụ sắc nhọn khác. Sau khi sử dụng phải luôn cho kim tiêm và lưỡi dao mổ "sắc" vào hộp mà vật nhọn đâm không thủng và dán nhãn rõ ràng. Nguy cơ lan truyền liên quan đến sự lan tràn dịch bệnh trong vùng, các cổng vào như da, dưới da, truyền máu và liệu tiêm chủng.

Hãy quan tâm đến bệnh nhân, đồng nghiệp và bản thân bạn bằng cách:

- Không mở nắp kim tiêm
- Đặt hộp đựng vật sắc ở những nơi có sử dụng; Càng mang vật sắc đã bị mở đi xa bao nhiêu thì nguy cơ tai nạn càng nhiều bấy nhiêu.
- Không sử dụng lại bộ dụng cụ tiêm cho người khác
- Vứt bỏ những thiết bị sắc bén
- Cẩn thận khi đưa kim, dao mổ và kéo

Một số điểm trong quy trình vô trùng thường quy dành cho nhân viên phẫu thuật có thể áp dụng được trong phòng chống lây nhiễm HIV:

- Bảo vệ các vùng da bị hở và vết thương hở bằng băng không thấm nước
- Đeo găng tay khi tiếp xúc với máu và các dịch cơ thể và sau đó rửa tay bằng xà phòng và nước
- Trong trường hợp da bị rách xước hoặc nhiễm bẩn do lỗi của găng tay hay tiếp xúc không có găng...phải rửa tay ngay lập tức
- Đeo kính bảo vệ nơi có thể bị máu bắn vào như trong khi thực hiện đại phẫu, rửa mắt càng sớm càng tốt nếu chúng vô tình bị máu bắn vào.
- Đeo găng bảo vệ hoặc tạp dề nếu có nguy cơ bị máu bắn vào
- Lau sạch máu tràn ngay lập tức và an toàn

Mục đích của phòng ngừa nhiễm khuẩn và kỹ thuật vô trùng là để phòng chống lây nhiễm. Để phòng chống HIV và các bệnh lây nhiễm khác cần chú ý tới từng chi tiết nhỏ của vô trùng, cẩn thận hết sức để tránh các vết thương khi phẫu thuật

Ở một số nơi, sau khi bị thương do bị kim tiêm đâm hay tiếp xúc với các nguồn lây nhiễm người ta cho sử dụng thuốc ngừa. Mỗi bệnh viện nên có chỉ dẫn rõ ràng về việc xử lý vết thương hoặc các chất bị nhiễm khuẩn.

Dị ứng với mủ cao su

Việc sử dụng ngày càng nhiều cao su đã dẫn đến sự phản ứng của một số người với một số loại protein có trong mủ cao su. Các loại phản ứng từ nhẹ đến sốc phản vệ. Khi chăm sóc bệnh nhân dị ứng mủ cao su cần kiểm tra thành phần của băng keo, ống , ống thông và dụng cụ gây mê. Thậm chí nắp lọ thuốc có thể chứa mủ cao su. Tất cả các nhân viên y tế nên lưu ý đến trường hợp này và, nếu nhanh nhạy, hãy quan tâm đến thành phần của găng tay và sử dụng găng tay không có cao su.

Kĩ thuật vô trùng

Nhiễm khuẩn là nguyên nhân quan trọng nhất và có thể làm cho vết thương khó lành.

Vi sinh vật có thể vào trong các mô trong khi phẫu thuật hoặc thao tác trên vết thương. Chúng lan truyền bởi:

- Người, bao gồm cả bệnh nhân
- Các vật vô sinh như dụng cụ, chỉ khâu, băng, gạc, dung dịch, đệm và chăn
- Không khí xung quanh vết thương có thể bị ô nhiễm bởi bụi, mồ hôi của một ai đó có mặt trong phòng mổ và việc chăm sóc vết mổ.

Điều trị vô trùng cho vết mổ là nỗ lực phòng chống sự nhiễm khuẩn từ các nguồn đó trong khi mổ và trong suốt quá trình lành vết mổ. Không bao giờ có thể loại bỏ 100% vi khuẩn trong phòng mổ nhưng các biện pháp vô trùng có thể làm giảm nguy cơ ô nhiễm.

Kĩ thuật vô trùng bao gồm sự chú ý đến hàng loạt các chi tiết của kĩ thuật và hành vi phẫu thuật. Bất cứ ai trước khi bước vào phòng mổ, vì bất kì lý do gì, cũng cần phải mặc:

- Quần áo sạch
- Khẩu trang không thấm nước che kín mũi và miệng
- Mũ hoặc chụp nửa đầu che kín tóc không để xoã xuống mặt
- Một đôi giày hoặc dép mới hoặc xỏ túi che giày sạch

Đội mũ, mặc áo và đeo mặt nạ để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn cho bệnh nhân và nhiễm khuẩn từ những người tham gia mổ. Tiệt trùng dụng cụ, găng tay và áo choàng cũng là những yếu tố quan trọng chống lại sự lây nhiễm

Lên lịch mổ

Kíp mổ muốn thực hiện thành công các ca phẫu thuật thì cần phải có một danh sách quy trình phẫu thuật. Danh sách này được lên kế hoạch theo thứ tự các ca phẫu thuật trong ngày. Các yếu tố như mức độ khẩn, tuổi của bệnh nhân, bệnh nhân tiểu đường, nhiễm trùng hay thời gian thực hiện quy trình cần phải được quan tâm khi lên danh sách.

Phẫu thuật các ca "sạch" trước các ca bị nhiễm khuẩn vì nguy cơ nhiễm trùng vết thương sẽ tăng lên khi bỏ qua quy trình này. Cũng cần phải lưu ý đến các yếu tố khác khi lên lịch mổ: trẻ em và bệnh nhân tiểu đường nên được mổ

vào sáng để tránh tình trạng bệnh nhân phải nhịn ăn quá lâu. Đảm bảo rằng, giữa các ca mổ:

- Phòng mổ phải sạch sẽ
- Dụng cụ phải được tái khử trùng
- Cung cấp thêm vải lanh

Cần phải có một quy trình chuẩn cho việc vệ sinh và bảo quản thiết bị phòng mổ và quy trình này phải được tất cả nhân viên tuân thủ trong mọi lúc. Khả năng nhiễm trùng vết thương sẽ tăng lên trong trường hợp gia tăng tỷ lệ sai phạm về kỹ thuật vô trùng và thời lượng của ca mổ.

2.2.THIẾT BỊ

Các thiết bị gây mê, cấp cứu, thiết bị điều khiển, ánh sáng, bàn mổ và bàn thân phòng mổ là những điều thiết yếu đối với việc chăm sóc phẫu thuật và phải được gìn giữ, bảo dưỡng cẩn thận. Các thiết bị đó chỉ được sử dụng trong phòng mổ, phòng điều trị hoặc phòng cấp cứu, phải có ngay khi cần, được bảo quản, sửa chữa, vệ sinh và vô trùng để sẵn sàng cho sử dụng.

Thiết bị và dụng cụ

Bảo dưỡng và sửa chữa

Thiết bị và dụng cụ phòng mổ chỉ được sử dụng đúng mục đích và không được di chuyển. Bác sĩ phẫu thuật, y tá, kỹ thuật viên gây mê đều cần chúng cho những ca mổ tiếp theo. Điều quan trọng là phải kiểm tra thiết bị và dụng cụ trước khi phẫu thuật hoặc thực hiện bất kì thủ thuật nào.

Bạn cần phải có thiết bị hồi sức như máy thở ôxi và máy hút dịch để sử dụng ở những nơi chăm sóc bệnh nhân nặng và những nơi mà việc sử dụng thuốc có thể gây nên sự ngưng thở tạm thời (như thuốc ngủ và thuốc an thần). Phòng điều trị, phòng cấp cứu, phòng bệnh nhân và phòng mổ là những nơi như thế.

Thiết bị y tế rất đắt tiền và tinh vi. Cần có kế hoạch bảo dưỡng định kì và kế hoạch sửa chữa hoặc thay thế sớm. Hãy lập một danh sách các thiết bị mà bệnh viện có và xem xét xem, thiết bị nào cần bảo dưỡng hay thay thế.

Sử dụng

Có rất nhiều loại dụng cụ phẫu thuật. Thường có thể phân nhóm như sau:

- Kẹp và dụng cụ kẹp mô
- Kẹp giữ kim tiêm

- Kéo
- Dụng cụ banh vết mổ

Việc quyết định sử dụng loại dụng cụ nào phải căn cứ vào những dụng cụ nào hiện có. Khi bạn có cơ hội lựa chọn dụng cụ phẫu thuật thì hãy:

- Chọn dụng cụ ngắn nhất có thể chạm tới vùng phẫu thuật một cách thuận tiện
- Khi cắt chỉ hoặc các vật tư thấm nước tránh sử dụng kéo dùng cho cắt đồ thấm nước hay những màng phẳng mỏng.
- Chọn dụng cụ đã được sửa chữa định kỳ; kẹp bị vẹo ở đầu, kéo khó cắt hay dụng cụ luôn kim mà không thể giữ chặt được kim đều nguy hiểm và gây hậu quả cho ca phẫu thuật.

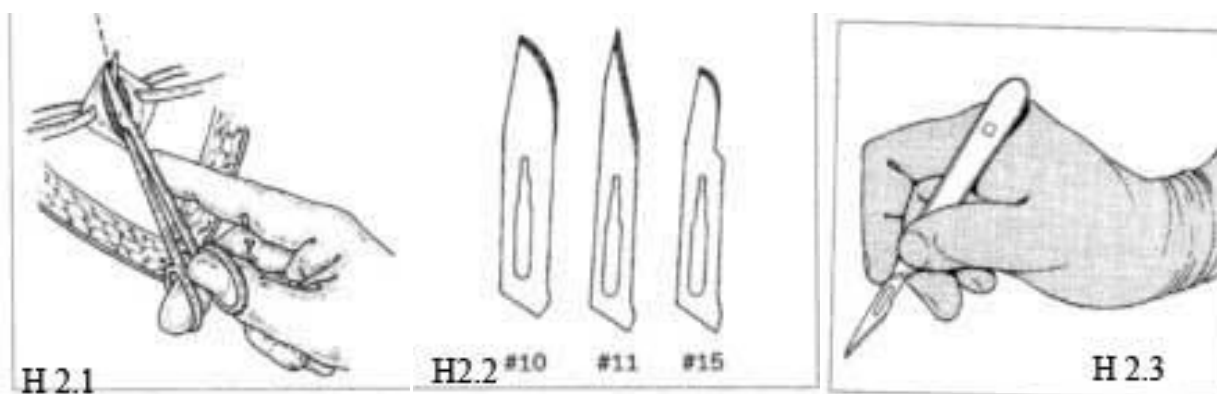
Khi giữ dụng cụ:

- Sử dụng cách kiểm tra 3 điểm : Có 3 điểm tựa giữa tay bạn và dụng cụ để giữ ổn định dụng cụ và tăng độ chính xác của việc sử dụng(Hình 2.1)
- Khi sử dụng dụng cụ mở và đóng, đưa ngón tay trở dọc theo dụng cụ để giữ dụng cụ cho chắc và điều khiển dụng cụ dễ hơn
- Chỉ dùng ngón cái và đầu ngón tay để giữ phần tay nắm của dụng cụ mở và đóng. Bằng cách này, vòng quay của dụng cụ có thể đến từ cổ tay và cánh tay và đảm bảo một vòng cung kiểm soát lớn hơn.

Dao mổ

Cách cầm dao mổ phụ thuộc vào kích cỡ và thủ thuật được thực hiện. Phần lớn các thủ thuật được thực hiện với dao cỡ số 3 và lưỡi số 10, 11 hoặc 15. Sử dụng lưỡi số 10 đối với vết mổ rộng, số 11 đối với vết mổ rạch và số 15 đối với vết mổ cần độ chính xác cao.(Hình 2.2). Nếu dùng dao số 4 thì nên dùng với lưỡi số 20 hoặc 22.

Khi rạch da hoặc thành bụng hãy dùng dao và lưỡi lớn hơn. Giữ dao song song với bề mặt bằng các ngón tay số 3,4,5, ngón cái và ngón trở. Bằng cách này bạn sẽ tạo được cách kiểm tra 3 điểm. Ngón trở sẽ đưa lưỡi dao và xác định độ ấn cần thiết. Khi sử dụng dao để giải phẫu, hãy dùng dao nhỏ hơn, giữ dụng cụ giống như cầm bút bằng ngón cái, ngón số 3 và ngón trở giữ dao và ngón trở sẽ kiểm soát giải phẫu (Hình 2.3)



Kẹp

Kẹp có hai loại là có răng cưa và không có răng cưa. Cầm kẹp giống như cầm dao mổ cỡ nhỏ hoặc như cầm bút. Kẹp động mạch cũng có nhiều kích cỡ khác nhau. Giữ cán kẹp bằng ngón cái và các ngón tay khác như thế nào đó để có thể điều khiển dụng cụ. Đặt ngón trỏ lên thân dụng cụ để đảm bảo cách kiểm tra 3 điểm. Cầm kéo giải phẫu cong theo cách tương tự.

Sử dụng tay trái

Kéo mổ được thiết kế cho người dùng tay trái. Nếu sử dụng kéo này bằng tay trái thì khi cắt, đầu và thân hai mũi kéo sẽ cách nhau. Điều này sẽ làm cho việc sử dụng trở nên khó khăn hơn nếu không nói là không thể cắt được. Để có thể sử dụng được kéo bằng tay trái, điều cần thiết là phải giữ được kéo và ấn hai mũi kéo theo cách nào đó để hai mũi kéo gần nhau.

2.3. PHÒNG MỔ

Phòng mổ là phòng dành riêng cho đội gây mê và phẫu thuật và không được dùng cho bất kỳ mục đích nào khác. Phòng điều trị thường có những thiết bị tương tự như phòng mổ nhưng ít hơn. Cả hai phòng đều cần:

- Hệ thống ánh sáng và thông gió tốt
- Thiết bị chuyên dụng cho việc thực hiện các thủ thuật
- Thiết bị điều khiển bệnh nhân theo yêu cầu của thủ thuật
- Thuốc và các vật tư khác như chỉ khâu để sử dụng hàng ngày và khi phẫu thuật

Cần đảm bảo rằng các thủ thuật đều được thực hiện đúng theo nội quy phòng mổ và tất cả nhân viên đều được đào tạo để thực hiện chúng.:

- Đóng tất cả các cửa của phòng mổ trừ cửa dành cho việc vận chuyển thiết bị, nhân viên y tế và bệnh nhân

- Trữ một ít chỉ khâu và các dụng cụ dự phòng trong phòng mổ để giảm việc ra, vào phòng trong khi mổ
- Chỉ nên có số lượng tối thiểu nhân viên y tế đặc biệt là sau khi ca mổ bắt đầu
- Phòng mổ không nên trang trí cầu kì và phải luôn sạch
- Giữa các ca mổ phải vệ sinh và khử trùng mặt bàn và dụng cụ
- Cuối ngày phải vệ sinh phòng mổ, bắt đầu từ trên xuống sàn, bao gồm cả đồ gỗ, ánh sáng, máy chiếu hát; sử dụng chất tẩy được pha loãng theo chỉ dẫn của nhà sản xuất
- Tiệt trung toàn bộ dụng cụ và vật tư sau khi sử dụng , bảo quản, bảo vệ và sẵn sàng cho lần sử dụng sau
- Phòng mổ phải luôn sẵn sàng sử dụng được trong các trường hợp cấp cứu.

ĐẾM GẠC VÀ DỤNG CỤ

Điểm lại các vật tư sử dụng trong phòng mổ và trong các thủ thuật phức tạp là rất cần thiết để ngăn ngừa việc thải rác một cách vô ý hoặc những thảm họa có thể xảy ra do để quên gạc hay dụng cụ trong vết mổ. Quy trình chuẩn cho việc đếm dụng cụ, kim khâu vật tư tiêu hao như gạc như sau:

- Đếm trước ca mổ
- Đếm trước khi khâu vết mổ
- Đếm sau khi hoàn tất ca mổ

Mục đích là để tránh thất thoát hoặc để quên. Cần đặc biệt lưu ý tới những

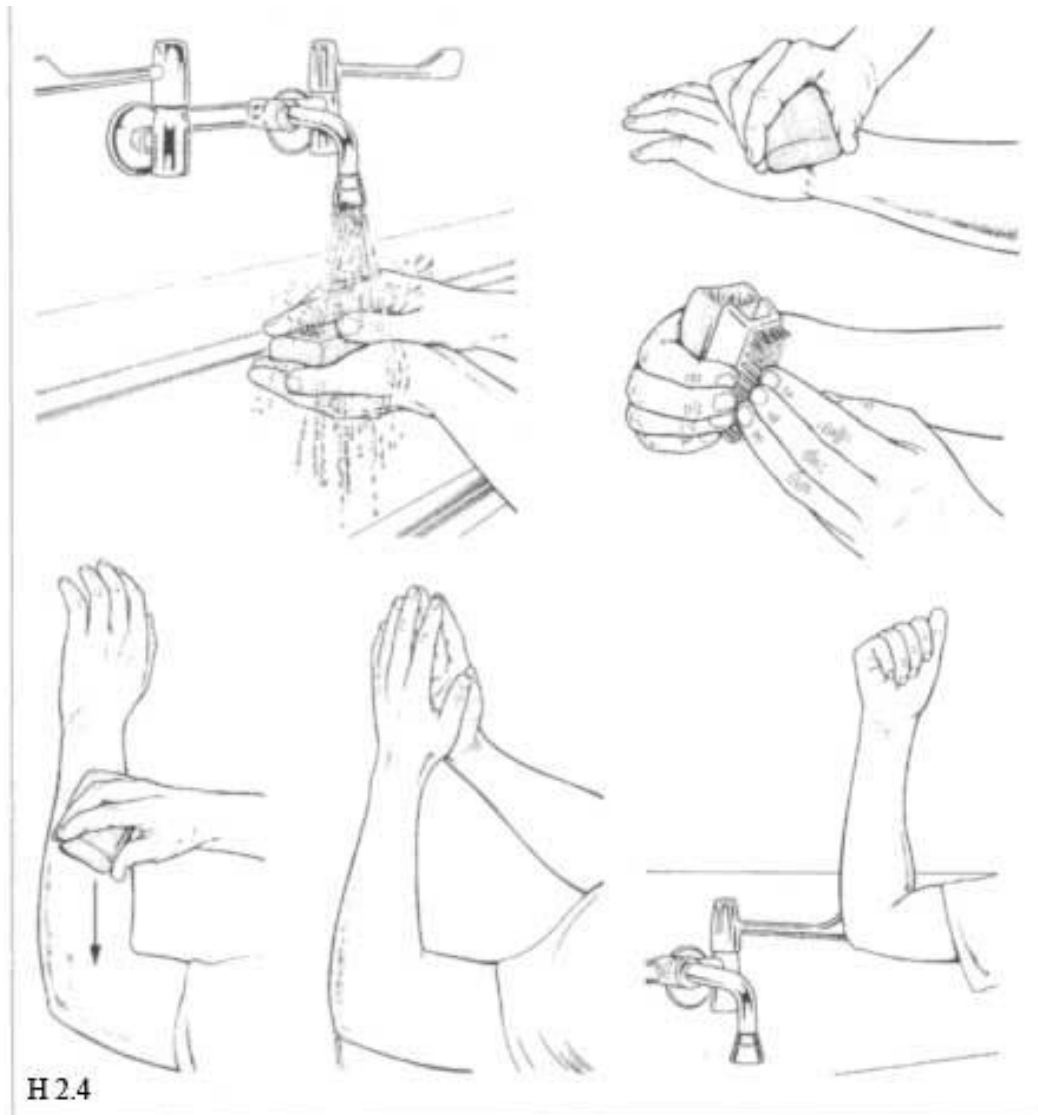
vật nhỏ và gạc. Biên soạn và sao một danh mục chuẩn các thiết bị giống như một biên bản kiểm tra dùng cho tất cả các trường hợp phẫu thuật và đếm lại khi đã phẫu thuật xong. Dành chỗ để ghi chỉ khâu và các vật tư tiêu hao khác được bổ sung trong khi mổ.

Khi chuẩn bị khay đựng dụng cụ cho các trường hợp cụ thể , ví dụ như mổ đẻ, thì cần phải lên danh sách dụng cụ có trong khay để tham khảo trong những lần sau.

CHẢI RỬA TAY VÀ MẶC ÁO CHOÀNG

Trước mỗi ca mổ, tất cả các thành viên của kíp mổ, bao gồm những người chạm vào vùng phẫu thuật, dụng cụ phẫu thuật hay vết mổ đều phải kì cọ tay từ bàn tay đến cùi chỏ. Việc cọ rửa này không thể tiệt trùng được da tay

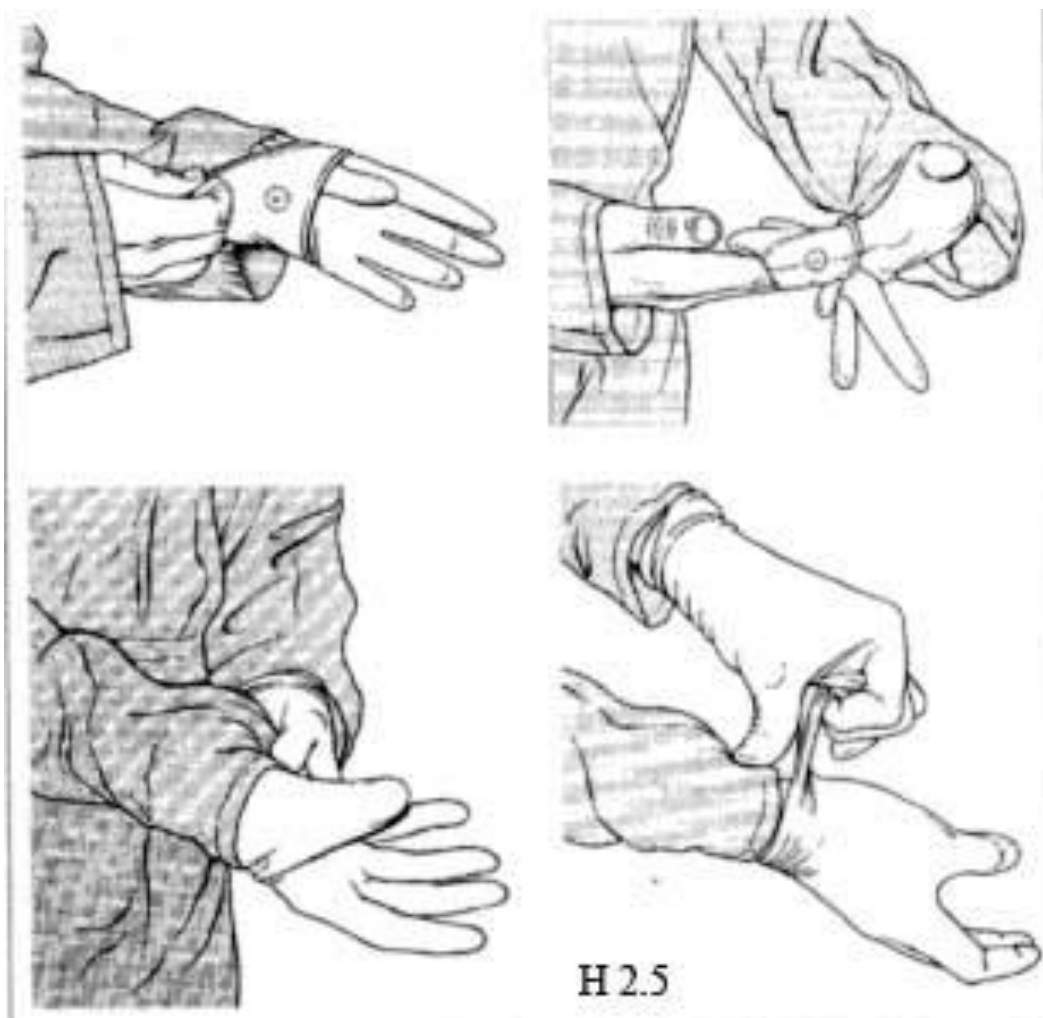
nhưng sẽ làm giảm sự trú ngụ của các chất bẩn và nguy cơ vết thương nhiễm khuẩn. Mỗi bệnh viện nên có những quy trình cọ rửa cho từng loại đặc thù bằng văn bản. Thông thường, lần cọ rửa đầu tiên trong ngày kéo dài hơn (ít nhất là 5 phút) so với những lần cọ rửa giữa các ca mổ (tối thiểu là 3 phút). Khi chải rửa tay: (Hình 2.4)



- Tháo trang sức và sửa móng tay cho gọn
- Sau khi thoa xà phòng, chải rửa tất cả các mặt của ngón tay cũng như bàn tay, cẳng tay và khuỷu tay, theo hướng từ ngón tay lên khuỷu tay.
- Sau khi chải rửa tay, dựng cánh tay lên sao cho dòng nước chảy xuống ở khuỷu tay.
- Tắt vòi bằng cùi chỏ

Sau khi chải rửa tay:

- Làm khô tay với khăn bông tiệt trùng
- Giữ cho bàn tay ,cánh tay cách xa thân người và cao hơn cùi chỏ cho đến khi khoác áo choàng và đeo găng tiệt trùng (Hình 2.5 và 2.6)

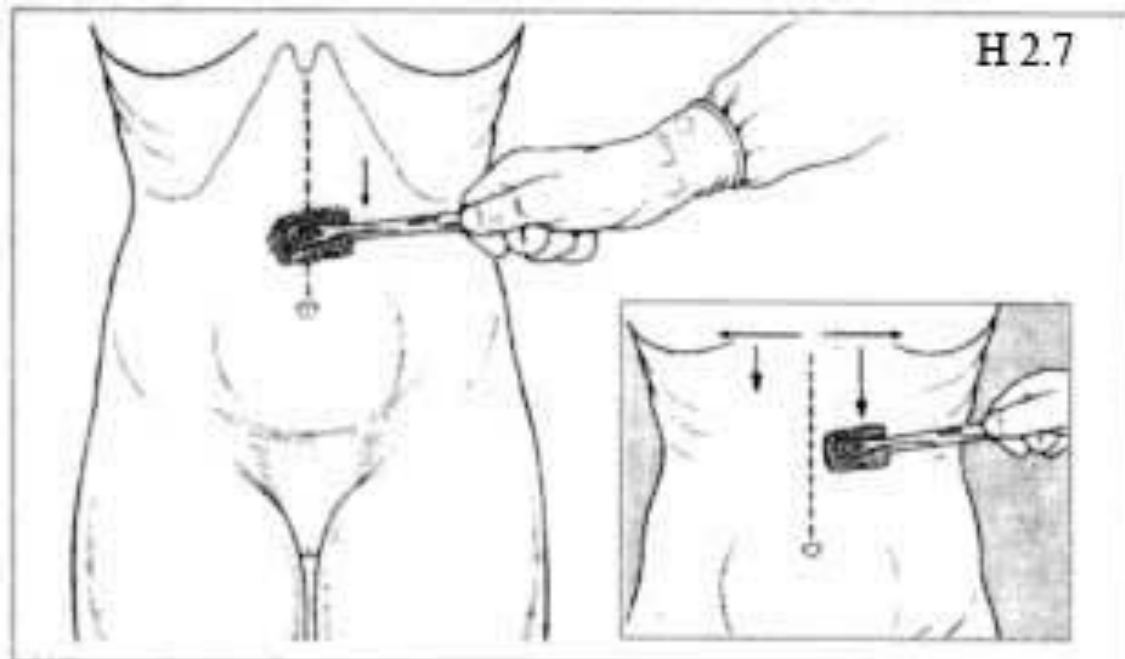




Găng tay phẫu thuật ngăn cản sự lây truyền HIV thông qua tiếp xúc với máu nhưng trên thực tế vẫn có thể xảy ra khả năng lây nhiễm do tai nạn hoặc găng bị thủng. Hãy thay găng bị thủng trong quá trình mổ và lau tay bằng chất kháng khuẩn hoặc cọ rửa lại tay nếu găng tay bị rách do thủng. An toàn cho bệnh nhân là điều quan tâm hàng đầu, đừng bỏ qua yếu tố này. Chỉ thay găng khi điều đó là an toàn đối với bệnh nhân.

CHUẨN BỊ VÙNG DA MỔ

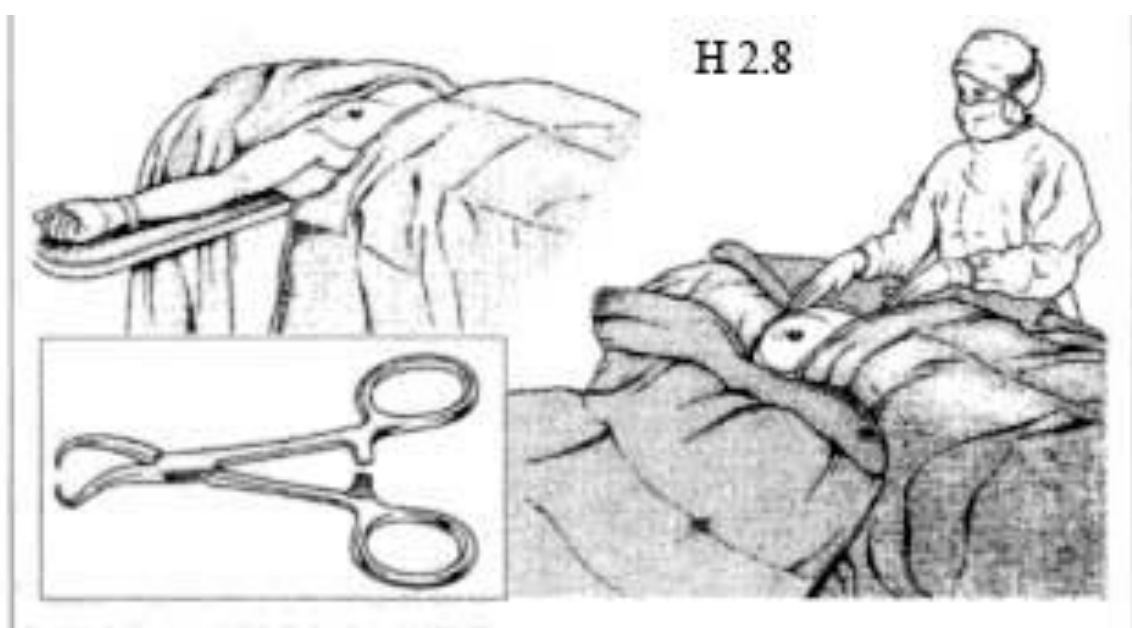
Bệnh nhân nên tắm rửa vào đêm trước ngày mổ. Lông ở vùng mổ nên được lấy đi. Việc cắt lông vùng mổ tốt hơn là cạo lông và nên được tiến hành trong phòng mổ. Ngay trước khi cuộc mổ bắt đầu, rửa vùng mổ và vùng lân cận với nước và xà-phòng. Sát trùng vùng mổ và vùng lân cận bằng dung dịch sát trùng, bắt đầu từ vùng trung tâm ra phía ngoại vi (hình 2.7). Vùng da này nên vừa đủ cho toàn bộ vết rạch và một vùng thao tác bên cạnh để bác sĩ có thể thực hiện các thao tác trong khi mổ mà không đụng chạm tới vùng da chưa được chuẩn bị. Chlorhexidine và iodine là hai dung dịch sát trùng da thường được sử dụng nhiều hơn alcohol. Các dung dịch sát trùng phải được duy trì ở trạng thái ướt trên da tối thiểu 2 phút.



TRẢI KHĂN VÙNG MỔ

Chỉ nên trải khăn mổ sau khi đã mặc áo và mang gang tay mổ. Có nhiều phương pháp trải khăn mổ, tùy thuộc vào loại khăn. Tuy nhiên, việc trải khăn cũng tuân theo một số nguyên tắc nhất định. Các nguyên tắc này là: Trải khăn che kín người bệnh nhân, chỉ chừa lại hai vùng, vùng mổ và vùng cho bác sĩ gây mê tiến hành các thao tác nghiệp vụ của mình.

- Phần khăn mổ nằm bên dưới bàn mổ được xem như không vô trùng.
- Sau khi trải khăn, khăn mổ được cố định bằng các kẹp (Hình 2.8)



2.4. VỆ SINH, KHỬ TRÙNG VÀ TIỆT TRÙNG

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Vệ sinh có thể loại trừ các mảnh vụn
- Khử trùng làm giảm khả năng tồn tại của virus và vi khuẩn trên dụng cụ nhưng không loại trừ được các mảnh vụn hay tiết trùng được.
- Tiệt trùng tiêu diệt vi trùng

Các dung dịch khử trùng được sử dụng để làm vô hiệu hoá các tác nhân gây nhiễm trùng có thể có trong máu hoặc các dịch khác trong cơ thể. Cần có sẵn những dụng cụ để vệ sinh bề mặt phẫu thuật, những thiết bị không thể hấp sấy, những dụng cụ được sử dụng lại và để xử trí khi các chất bị tràn ra ngoài bao gồm các mẫu bệnh học hay các chất bị nhiễm trùng khác.

Nên ngâm kim và dụng cụ trong các chất khử trùng trong 30 phút trước khi rửa. Việc khử trùng làm giảm sự cư trú của các vi khuẩn trên dụng cụ chứ **KHÔNG THỂ LÀM SẠCH** các mảnh vụn trên dụng cụ hay tiết trùng dụng cụ. Mục đích của khử trùng là để giảm nguy cơ cho những người phải thực hiện việc rửa các dụng cụ đó.

Cần hết sức cẩn thận khi dùng kim sử dụng lại. Sau khi dùng nên để chúng trong một chiếc hộp đặc biệt có chứa chất khử trùng trước khi rửa và tiệt trùng. Nên đeo găng tay dày khi rửa kim và các dụng cụ sắc.

Có nhiều loại dung dịch khử trùng với các hiệu quả khác nhau. Ở hầu hết các nước thì loại dung dịch khử trùng thông dụng nhất là dung dịch hypochlorite Natri (thường được biết đến như một chất tẩy hoặc chlorox). Dung dịch này là một dung dịch khử trùng chống virus đặc biệt hiệu quả.

Để đảm bảo kết quả khử trùng cần tuân theo chỉ dẫn của nhà sản xuất hoặc bất kỳ chỉ dẫn nào khác được đưa ra và pha loãng dung dịch cô đặc đúng liều lượng. Điều quan trọng là phải dùng các dung dịch đúng thời hạn sử dụng vì một số dung dịch như hypochlorite bị mất tác dụng rất nhanh.

Cần khử trùng trước khi rửa bằng xà phòng. Có nhiều loại dung dịch khử trùng và chúng tác động theo những cách khác nhau, do đó cần sử dụng đúng loại dung dịch để đảm bảo sự khử trùng tốt nhất. Tất cả các chất khử trùng đều có “thời gian tác động”, có nghĩa là thời gian chất đó có thể tác động tới tác nhân gây nhiễm và làm cho tác nhân đó bị vô hiệu hoá. Tuy nhiên, một số chất

khử trùng có thể bị vô hiệu hoá bởi các chất trong cơ thể và cần phải sử dụng chất khử trùng có nồng độ cao hơn và thời gian tác động dài hơn trong một số trường hợp cụ thể như khi bị tràn một lượng lớn máu nhiễm khuẩn.

Sau khi khử trùng thì có thể rửa bằng xà phòng và nước để loại bỏ các chất đã bị vô hiệu hoá và chất khử trùng. Dù đã được khử trùng đúng cách thì các chất thải cũng phải được xử lý một cách an toàn.

Cần hết sức cẩn thận khi sử dụng bất kì chất khử trùng nào có chứa clo. Khi có một số chất hoá học thì khí clo độc rất dễ được giải phóng từ dung dịch chứa clo (ví dụ như khi trộn axit và chất tẩy). Khi nghi ngờ về thành phần chính xác của các chất bị tràn có chứa tác nhân gây nhiễm trùng thì có thể trung hoà axit bằng cách cho thêm một lượng nhỏ bicarbonate Natri no trước khi thêm chất tẩy hay dung dịch hypochlorite.

Nên dùng găng để cầm vải lạnh bị dính máu, thu gom và vận chuyển chúng trong các túi chống thủng. Rửa vải lạnh trước bằng nước lạnh và sau đó khử trùng chúng bằng dung dịch clo loãng. Sau đó rửa tiếp bằng nước và xà phòng trong 25 phút ở nhiệt độ thấp nhất là 71 độ C.

Trước khi tiệt trùng, toàn bộ dụng cụ cần phải được khử trùng và sau đó rửa lại để loại bỏ các mảnh vụn. Tiệt trùng nhằm mục đích giết các sinh vật sống nhưng không phải là một phương pháp rửa.

TIỆT TRÙNG

Các phương pháp tiệt trùng thường được sử dụng là:

- Tiệt trùng bằng cách hấp hoặc bằng hơi nước
- Tiệt trùng bằng nhiệt độ (sấy)
- Tiệt trùng bằng hoá chất khử trùng

Ở bệnh viện tuyến huyện nên dùng phương pháp hấp.

Hấp

Trước khi tiệt trùng các dụng cụ phẫu thuật cần khử trùng và rửa chúng cẩn thận để loại bỏ tất cả các chất hữu cơ. Khử trùng đúng cách làm giảm nguy cơ cho những người làm công tác rửa dụng cụ. Tiệt trùng các dụng cụ và vật tư phẫu thuật là vấn đề mấu chốt để phòng chống lây nhiễm HIV. Tất cả các virus, bao gồm virus HIV đều bị vô hiệu hoá khi bị hấp trong 20 phút ở nhiệt độ 121 – 132 độ C hoặc trong 30 phút nếu dụng cụ để trong hộp.

Để có được kết quả tốt, nồi hấp cần được bảo dưỡng thường xuyên và do kỹ thuật viên được đào tạo sử dụng. Việc lựa chọn loại nồi hấp cần phụ thuộc không chỉ vào giá thành mà còn phụ thuộc vào các yếu tố khác như:

- Dự kiến sử dụng
- Khối lượng công việc
- Cỡ
- Độ phức tạp
- Nguồn điện

Nhìn chung, dung tích càng nhỏ thì thời lượng của quá trình hấp càng ngắn và ít gây hại cho các chất mềm hơn. Sử dụng một nồi hấp nhỏ vài lần trong ngày tốt hơn là dùng một nồi hấp lớn một lần trong ngày.

Phải sử dụng đồng hồ báo phù hợp trong từng lần hấp để biết rằng sự tiệt trùng đã được hoàn tất. Khi sắp kết thúc, phía ngoài túi đựng dụng cụ phải khô, không còn vệt ướt, nếu không thì quá trình tiệt trùng chưa thực hiện xong.

Sấy

Đối với những loại không thể hấp thì có thể tiệt trùng chúng bằng cách sấy trong vòng 1-2 giờ ở nhiệt độ 170 độ C. Dụng cụ phải sạch và không bị dính dầu, mỡ. Tuy nhiên, tiệt trùng bằng cách sấy không tốt bằng cách hấp vì nó chỉ phù hợp với các dụng cụ bằng kim loại và một vài loại chỉ tự nhiên.

Hiện nay, việc đun sôi dụng cụ không còn là phương pháp tiệt trùng đáng tin cậy và không nên dùng thường xuyên trong bệnh viện.

Hoá chất khử trùng

Nhìn chung, các dụng cụ không còn được bảo quản trong các chất khử trùng nữa. Tuy nhiên, các dụng cụ sắc, các thiết bị dễ vỡ, catheter và các loại ống có thể được tiệt trùng bằng formaldehyde, glutaraldehyde hay chlorhexidine.

Nếu sử dụng formaldehyde thì cần rửa dụng cụ cẩn thận và sau đó hấp bằng hơi của các viên formaldehyde trong một hộp kín trong 48 giờ. Quá trình này cần được thực hiện hết sức chuẩn xác.

Glutaral là một loại chất khử trùng vô cùng hiệu quả chống lại vi khuẩn, nấm và hàng loạt các virus khác. Khi sử dụng cần tuân thủ chỉ dẫn của nhà sản xuất.

Thất bại khi sử dụng các phương pháp tiệt trùng bình thường

Nồi hấp bị hỏng hay nguồn điện bị cắt có thể làm gián đoạn quy trình tiệt trùng một cách bất ngờ. Nếu không có bộ dụng cụ tiệt trùng và tấm trải dự trữ thì có thể sử dụng kỹ thuật khử trùng sau

1. Ngâm khăn, tấm trải 1 giờ trong dung dịch khử trùng đáng tin cậy như chlohexidine nước, vắt và đặt lên da bệnh nhân.
2. Xử lý tương tự như thế đối với băng, gạc nhưng giữ chúng trong dung dịch chlohexidine loãng (1:1000) trước khi sử dụng. Trong quá trình phẫu thuật cần giữ lại băng, gạc vài ba lần như thế.
3. Ngâm dụng cụ, kim và các loại chỉ khâu tự nhiên trong dung dịch khử trùng mạnh trong vòng 1 giờ và giữ lại trong dung dịch khử trùng nhẹ ngay trước khi dùng.

2.5. XỬ LÝ CHẤT THẢI

Tất cả rác thải sinh học cần phải được bảo quản cẩn thận và xử lý an toàn. Các vật dụng nhiễm bẩn như túi đựng máu, áo choàng bẩn và kim đã dùng đều là những vật nguy hiểm và cần phải được xử lý phù hợp. Nếu chúng không được xử lý phù hợp, nhân viên bệnh viện hoặc những người khác có thể vô tình mở ra và bị lây nhiễm. Bệnh viện phải có quy trình xử lý chất thải sinh học và các vật tư bị nhiễm bẩn và tất cả mọi người trong bệnh viện cần phải tuân theo.

Việc xử lý rác thải có nguy cơ lây nhiễm sinh học đòi hỏi thời gian và rất đắt tiền, vì thế cần phân loại rác thải bình thường, các loại dụng cụ không tiết trùng nhưng không chứa nguy cơ lây nhiễm sinh học, sử dụng các thùng chứa riêng để nhân viên vệ sinh dễ dàng phân biệt chúng khi mang đi tiêu huỷ. Hạn chế tối đa việc tiếp xúc với rác thải bị ô nhiễm.

Tất cả các rác thải bị ô nhiễm đều phải được tiêu huỷ bằng cách đốt. Việc đốt rác thải y tế phải tuân theo quy định của địa phương và được sự cho phép của phòng y tế.

Đốt là một phương pháp lý tưởng cho việc xử lý rác thải, nhưng trong những trường hợp không thể thực hiện được thì phải thực hiện những phương pháp xử lý khác. Những phương pháp này cũng phải tuân theo quy định của địa phương và sự cho phép của phòng y tế.

Ở một số nơi, chôn rác là biện pháp duy nhất. Trong trường hợp đó, hãy cố gắng làm những gì có thể trước khi chôn rác để hạn chế nguy cơ ô nhiễm. Một lượng nhỏ rác ô nhiễm có thể được ngâm trong dung dịch hypochlorite trong ít nhất 12 tiếng, sau đó cho xuống hố và lấp lại. Một lượng lớn hơn thì phải cho xuống hố với muối cô đặc 10% hypochlorite rồi lấp đi vĩnh viễn.

Không được để lẫn các chất thải hoá học trừ khi bạn tin chắc rằng không xảy ra bất kì phản ứng hoá học nào. Điều quan trọng là không để xảy ra những phản ứng nguy hiểm không mong đợi giữa các chất hoá học có thể gây hại cho

nhân viên phòng thí nghiệm. Luôn tuân thủ quy định của địa phương về việc xử lý hoá chất để không xảy ra sự ô nhiễm cho môi trường đất và nguồn nước xung quanh.

Cung cấp một hệ thống an toàn để xử lý các chất thải như lưỡi dao mổ và kim. Nguy cơ chấn thương do những vật nhọn, sắc gây lên tỷ lệ thuận với số lượng và độ dài quãng đường vận chuyển chúng. Thùng đựng rác loại này cần phải

- Dán nhãn
- Có nắp chống thủng
- Chống thấm nước
- Chống bị vỡ. Lọ chứa bằng thủy tinh có thể bị vỡ. Trong trường hợp này, thủy tinh vỡ có thể gây ra tai họa cho những người lao công
- Nắp mở đủ rộng để cho kim và lưỡi dao vào nhưng không quá rộng để có thể thò tay vào
- Để ở nơi vững chãi như sát tường hoặc bàn
- Có thể di chuyển được để đổ rác

Những chiếc thùng này sau đó cần phải được tiêu huỷ một cách an toàn .

Phần 2

Cơ sở của

phẫu thuật thực hành

Bệnh nhân ngoại

3

3.1. TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Hãy hỏi chuyện, khám và nghĩ về bệnh nhân
- Tìm hiểu bệnh sử và khám sức khoẻ là chìa khoá cho việc ra các quyết định phẫu thuật
- Việc hỏi sức cho bệnh nhân bị bệnh cấp không được trì hoãn bởi việc tìm hiểu lịch sử và khám sức khoẻ

Một bác sĩ phẫu thuật kinh nghiệm có thể chẩn đoán rất dễ dàng thậm chí bằng trực giác. Quá trình phân tích tình hình và ra quyết định có thể rất nhanh nhưng nó giống nhau đối với mọi bác sĩ phẫu thuật, dù cho họ có kinh nghiệm thế nào đi chăng nữa. Quá trình này bao gồm:

- Tìm hiểu bệnh sử
- Khám sức khoẻ
- Các chẩn đoán phân biệt
- Điều tra, nếu cần thiết, để xác minh lại kết quả chẩn đoán
- Điều trị
- Theo dõi hiệu quả điều trị
- Đánh giá lại tình hình, chẩn đoán và chỉ định cách điều trị

Các bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm thường thực hiện đầy đủ quá trình này mặc dù đó là trường hợp khó hay tương chừng rất dễ. Nếu bạn đưa ra chẩn đoán quá nhanh bạn có thể làm mất cơ hội thu thập thêm thông tin. Đừng vội kết luận. Chẩn đoán theo algorithm rất hữu ích nhưng không thể thay thế được sự suy nghĩ một cách kĩ càng về ca bệnh. Hãy hỏi chuyện, khám và nghĩ về bệnh nhân.

Tìm hiểu bệnh sử và khám sức khỏe

Tìm hiểu bệnh sử và khám sức khỏe là chìa khoá cho việc ra các quyết định phẫu thuật. Khi bệnh nhân kêu đau bụng thì chỉ khám vùng bụng là chưa đủ. Phải khám tổng thể, đánh giá tình trạng sức khỏe chung, tình trạng dinh dưỡng và xem xét khả năng bệnh nhân bị thiếu máu. Hãy nhớ hỏi người bệnh về những bệnh mãn tính họ đã mắc và bệnh hiện tại

Một bệnh sử đầy đủ bao gồm:

- Nhân thân của người bệnh: tên, giới tính, địa chỉ, và ngày sinh
- Tình trạng bệnh hiện tại
- Lịch sử bệnh, triệu chứng hiện tại
- Lịch sử bệnh tật, đặc biệt là việc phẫu thuật trước đó và các biến chứng, bao gồm:
 - Dị ứng
 - Việc sử dụng thuốc, theo đơn, không theo đơn và thuốc mua tại địa phương
 - Sự tạo miễn dịch
 - Việc sử dụng thuốc lá, đồ uống có cồn
- Lịch sử gia đình
- Lịch sử xã hội
- Yêu cầu đánh giá tổng thể

Kiểm tra: Các nguyên tắc cơ bản

Sử dụng phòng thí nghiệm và chẩn đoán hình ảnh để xác minh giả thuyết lâm sàng; Không chẩn đoán một cách biệt lập.

Nhớ thông báo cho bệnh nhân biết các kết quả xét nghiệm. Cần kiên trì và nhạy cảm khi thông báo những kết quả không mong đợi hoặc có thể gây sốc về tinh thần. Không trì hoãn các thủ thuật cần thiết nếu không có phòng thí nghiệm hoặc dịch vụ chẩn đoán hình ảnh. Quyết định phẫu thuật phải được ra hoàn toàn trên cơ sở lâm sàng, mặc dù kết quả điều tra cung cấp thêm thông tin và sự hỗ trợ tiếp theo cho việc chẩn đoán và lập kế hoạch xử lý.

Chỉ nên đề nghị kiểm tra nếu:

- *Bạn biết lý do và bạn có thể giải thích kết quả*
 - *Kế hoạch xử lý của bạn phụ thuộc vào kết quả kiểm tra*
-

Nếu tình trạng bệnh nhân thay đổi, hãy quay lại từ đầu và đánh giá lại mọi vấn đề. Trao đổi thông tin, đánh giá và kế hoạch với những người cần biết.

Hãy nhớ rằng bác sĩ phẫu thuật không hoạt động biệt lập mà là một phần của kíp mổ. Đồng nghiệp đầu tiên của bác sĩ phẫu thuật trong phòng mổ là nhân viên gây mê và y tá; sự liên hệ và phối hợp với họ là điều không thể thiếu. Nhân viên kỹ thuật và những người vận chuyển trang thiết bị, dụng cụ... là những thành viên đáng giá của kíp mổ. Dụng cụ, thiết bị, thuốc và bản thân phòng mổ cũng là những thành tố yêu cầu sự chú ý của bạn.

Trước khi thực hiện thủ thuật, hãy liên lạc với các thành viên khác trong kíp mổ và đề nghị sự tham gia hợp tác của họ. Đánh giá nguy cơ trong gây mê và phẫu thuật và giải thích cho bệnh nhân (và người nhà bệnh nhân nếu có thể). Xem phần Sự đồng thuận)

Việc cung cấp một dịch vụ chăm sóc sau mổ chu đáo có thể hạn chế công năng phẫu thuật của bệnh viện. Trong trường hợp này, toàn thể kíp mổ cần làm việc cùng nhau để cải thiện tình hình. Kíp mổ có chung một trách nhiệm đối với tất cả các khía cạnh của chăm sóc phẫu thuật và phải cùng tham gia vào quá trình đánh giá và phát triển đang diễn ra.

Ra quyết định

Sau khi khám lâm sàng có thể phải chỉ định phẫu thuật. Trong trường hợp đó cần lưu ý các vấn đề quan trọng sau:

Có thể thực hiện ca mổ ở đây không?

- Phòng mổ có an toàn và phù hợp không?
- Có đủ thiết bị và thuốc men không?
- Tất cả các thành viên trong kíp mổ có mặt chưa?
- Bản thân mình có đủ kiến thức và kỹ năng để thực hiện thủ thuật cần thiết không?

Có thể quản lý được bệnh nhân không?

- Khi cần thì có sự hỗ trợ bổ sung không?
- Có thể xử lý được những biến chứng nếu chúng xảy ra không?
- Có đủ thiết bị điều dưỡng cho hậu phẫu không?

Nếu một trong các câu trả lời là “Không” thì không nên thực hiện phẫu thuật. Nếu không thể vận chuyển bệnh nhân hay bệnh nhân không thể chịu đựng được áp lực đó thì hãy cẩn thận, bàn bạc và thực hiện phẫu thuật với sự thận trọng cao nhất.

Tình trạng bệnh nhân có đủ ổn định để chuyển đi nơi khác không?

Đôi khi cần phải vận chuyển bệnh nhân. Hãy liên lạc với cơ sở bạn muốn gửi bệnh nhân đến để xem họ có đồng ý và sẵn sàng chờ bệnh nhân đến hay không. Nếu bạn thấy khó quản lý bệnh nhân đó tại bệnh viện của mình thì phải hiểu rằng, việc vận chuyển bệnh nhân còn khó quản lý hơn. Dù vận chuyển bằng đường bộ, đường không hay đường thuỷ thì môi trường cũng sẽ ồn ào hơn, đường đi gập ghềnh hơn và đông người hơn so với nơi mà bạn ra quyết định chuyển bệnh nhân. Để vận chuyển thành công cần chuẩn bị và lên kế hoạch trước.

1 Lập kế hoạch chẩn đoán và điều trị. Cần suy nghĩ xem điều gì đang xảy ra. Quản lý và chăm sóc bệnh nhân trước và trong khi vận chuyển.

2 Không chuyển bệnh nhân nếu cơ sở chuyển đến không thể cung cấp một dịch vụ y tế và chăm sóc tốt hơn hay khi bệnh nhân không thể chịu đựng nổi sự di chuyển đó.

3 Khi có thể, hãy nói chuyện với người mà bạn sẽ chuyển bệnh nhân đến để xem họ có biết và sẵn sàng đón bệnh nhân không.

4 Lựa chọn loại phương tiện vận chuyển sẵn có và phù hợp nhất với bệnh nhân.

5 Ổn định bệnh nhân trước khi vận chuyển; ưu tiên cao nhất là thông khí, thở và lưu thông (ABC). Cố định xương gãy, kiểm soát cơn đau và ngăn ngừa chấn thương tiếp theo. Đặt ống mũi dạ dày nếu nghi ngờ bị nghẽn dạ dày ruột

6 Đánh giá nhu cầu chăm sóc và can thiệp trong khi vận chuyển. Vận chuyển bệnh nhân với đầy đủ thiết bị và nhân sự theo yêu cầu.

7 Cố gắng đoán trước và chuẩn bị cho bất kì sự thay đổi nào có thể xảy ra trên đường đi

8 Gửi thư giới thiệu hoặc giấy chuyển viện kèm theo những ghi chép về bệnh nhân và các kết quả kiểm tra tương tự như trong ghi chép tiền phẫu (xem dưới đây).

Nếu bệnh viện của bạn thường xuyên phải vận chuyển bệnh nhân, hãy lên danh sách những thiết bị thường dùng, giống như một bộ thiết bị, dụng cụ và chúng phải luôn sẵn sàng cho sử dụng. Chỉ định một người chuyên bổ sung bộ thiết bị và dụng cụ sau mỗi lần sử dụng. Cần niêm phong để không có bất kì thiết bị nào bị lấy đi khỏi bộ và chỉ cần nhìn đã biết nó đã được bổ sung và sẵn sàng cho sử dụng chưa.

Ghi chép trước khi mổ

Ghi chép trước khi mổ nên có đủ các thông tin:

- Bệnh sử và kết quả khám sức khoẻ
- Kết quả xét nghiệm và các loại kiểm tra khác
- Chẩn đoán
- Loại phẫu thuật dự kiến
- Thoả thuận với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

Ghi chép này cần chỉ ra được:

- Quá trình phân tích dẫn đến chỉ định mổ
- Những lựa chọn có thể, ích lợi và nguy cơ của từng lựa chọn

Chuẩn bị mổ

Trước khi mổ, bác sĩ phẫu thuật, nhân viên gây mê và bác sĩ thực hành phải gặp bệnh nhân trước ngày mổ một tuần, vài ngày thậm chí là vài phút trong các trường hợp cấp cứu. Nếu khoảng cách giữa lần đánh giá cuối cùng và ngày mổ quá xa thì điều cần thiết là phải đảm bảo rằng, trong thời gian đó không có thay đổi gì xảy ra. Thời gian bệnh nhân ở trong bệnh viện càng ngắn càng tốt. Thực hiện càng nhiều càng tốt việc kiểm tra và điều trị trước mổ, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, điều trị những bệnh nhiễm khuẩn nghiêm trọng, kiểm tra và điều trị bệnh thiếu máu, kiểm tra lượng đường huyết.

Trong ngày mổ

Kiểm tra xem bệnh nhân có mặt trước ngày mổ chưa. Cần đảm bảo rằng bệnh nhân đã nhịn ăn đúng theo quy định trước khi phẫu thuật. Trách nhiệm của bác sĩ thực hiện phẫu thuật là phải kiểm tra xem phòng mổ đã được chuẩn bị kỹ chưa trước khi thực hiện gây mê cho bệnh nhân. Khi đến phòng mổ, bệnh nhân phải mang theo ghi chép của bệnh nhân, các kết quả xét nghiệm, X-quang.

Chăm sóc liên ngành

Trách nhiệm của bác sĩ gây mê là thực hiện việc gây mê cho bệnh nhân một cách an toàn và hiệu quả. Việc lựa chọn biện pháp gây mê phụ thuộc vào trình độ đào tạo, kinh nghiệm của bác sĩ, chủng loại thiết bị, thuốc và tình trạng lâm sàng cụ thể. Bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê cần thông báo cho nhau về những thay đổi và phát hiện trong quá trình thực hiện.

Ghi chép trong khi mổ

Sau khi thực hiện phẫu thuật cần phải ghi lại những ghi chép trong khi mổ vào hồ sơ bệnh nhân. Những ghi chép này bao gồm những thông tin sau:

- Tên những người có mặt trong ca mổ

- Chẩn đoán trước và sau mổ
- Các thủ thuật đã được tiến hành
- Những khám phá và việc xảy ra bất thường
- Thời gian thực hiện thủ thuật
- Ước tính lượng máu bị mất
- Báo cáo về gây mê (thường viết riêng)
- Truyền dịch (có thể ghi cùng trong báo cáo về gây mê)
- Các mẫu vật được lấy đi hoặc loại bỏ
- Biến chứng, bao gồm ô nhiễm hoặc nhiễm trùng có thể xảy ra
- Phương pháp đóng vết mổ hoặc các thông tin quan trọng cần biết về những lần phẫu thuật tiếp theo (ví dụ, loại đường rạch khi mổ dạ con)
- Dự kiến sau mổ và kế hoạch quản lý
- Vị trí của những ống dẫn lưu

Ghi chép sau mổ và y lệnh

Khi chuyển bệnh nhân ra phòng hậu phẫu phải có y lệnh cho các trường hợp sau:

- Các biểu hiện quan trọng
- Kiểm soát cơn đau
- Tỷ lệ và loại dịch truyền
- Lượng nước tiểu và dịch dạ dày ruột
- Các loại thuốc
- Kiểm tra cận lâm sàng

Cần ghi lại quá trình hồi phục của bệnh nhân và đưa ra:

- Nhận xét về kiểm soát y tế và điều dưỡng
- Nhận xét đặc thù về vết thương hay khu vực mổ
- Các biến chứng
- Những thay đổi trong điều trị

Chăm sóc sau mổ

Phòng ngừa biến chứng

- Khuyến khích sự vận động sớm
 - Hít thở sâu và ho
 - Tập thể dục hàng ngày
 - Kết hợp các loại vận động
 - Làm mạnh cơ

- Các dụng cụ hỗ trợ việc đi bộ như gậy chống, nạng và hướng dẫn sử dụng
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý
- Ngăn ngừa loét da và căng da
 - Thường xuyên lật trở bệnh nhân
 - Không để nước tiểu và phân dấy vào da
- Kiểm soát cơn đau hữu hiệu

Kiểm soát cơn đau

Cơn đau là triệu chứng bình thường của bệnh nhân. Nó có thể cung cấp những thông tin lâm sàng và trách nhiệm của bác sĩ là phải sử dụng những thông tin này để giúp bệnh nhân, làm nhẹ bớt sự đau đớn của họ. Việc quản lý cơn đau được thực hiện ở bất cứ nơi nào có bệnh nhân (phòng cấp cứu, phòng mổ, phòng nội trú) và dự đoán nhu cầu của họ trong việc quản lý cơn đau sau mổ và khi xuất viện. Đừng trì hoãn việc điều trị cơn đau (ví dụ không cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau khi vận chuyển đơn giản chỉ vì muốn bác sĩ điều trị tiếp theo khen ngợi bệnh nhân chịu đau giỏi).

Quản lý cơn đau là công việc của bác sĩ

Giấy ra viện

Khi cho bệnh nhân xuất viện cần ghi lại:

- Chẩn đoán khi nhập viện và khi xuất viện
- Tóm tắt quá trình điều trị tại bệnh viện
- Hướng dẫn cách xử lý tiếp theo bao gồm cả việc kê đơn thuốc

Đưa cho bệnh nhân bản sao của những ghi chép này cùng với những chỉ định cụ thể cần thực hiện sau khi ra viện

3.2. BỆNH NHÂN NHI

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Trẻ sơ sinh và trẻ em rất khác người trưởng thành về sinh lý và giải phẫu
- Trẻ sơ sinh và trẻ em có năng lượng dự trữ ít hơn so với người trưởng thành và một rối loạn nhỏ ở mức độ bình thường cũng cần phải được quan tâm
- Trẻ sơ sinh và trẻ em dễ bị mất nước và giảm glucose huyết
- Thường xuyên theo dõi tình trạng dịch, chất điện phân và haemoglobin, điều chỉnh những thay đổi bất thường ngay lập tức
- Duy trì mức dịch yêu cầu và bổ sung ngay khi bị mất

Trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 10 tuổi có những sự khác biệt về sinh lý gây ảnh hưởng đến cách thức chăm sóc trước, trong và sau mổ. Mẫu bệnh ở bệnh nhân nhi cũng khác. Ở nhóm bệnh nhân này cần phải lưu ý đến những rối loạn bẩm sinh, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh.

Trẻ em không phải là người trưởng thành nhỏ tuổi

Các chỉ số cơ bản

Trẻ sơ sinh và trẻ em có tỷ lệ chuyển hoá liên tục hơn so với người trưởng thành. Điều này thể hiện rõ trong các chỉ số cơ bản của chúng:

Tuổi	Nhịp tim (Nhịp/phút)	Áp huyết tâm thu mmHg	Nhịp thở Nhịp thở/phút
<1	120-160	70-90	30-40
1-5	100-120	80-90	25-30
5-12	80-100	90-110	20-25
>12	60-100	100-120	15-20

Quy định về nhiệt độ

ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Trẻ sơ sinh và trẻ em, đặc biệt các trẻ có lượng mỡ ít, không có khả năng duy trì nhiệt độ cơ thể bình thường khi gặp những thay đổi đột ngột của nhiệt độ môi trường xung quanh hay khi bị gây mê

Trẻ em bị mất nhiệt nhanh hơn người trưởng thành vì chúng có tỷ lệ diện tích bề mặt cơ thể/ trọng lượng lớn hơn và cách nhiệt kém. Sự hạ nhiệt có thể ảnh hưởng đến sự trao đổi chất, gây mê và đông máu. Trẻ em đặc biệt dễ bị hạ nhiệt trong phòng mổ.

Phòng ngừa hạ nhiệt bằng cách:

- Tắt điều hoà trong phòng mổ (để nhiệt độ trong phòng lớn hơn 28 độ C)
- Sử dụng dịch truyền đã được làm ấm
- Tránh các thủ thuật kéo dài
- Kiểm tra nhiệt độ của trẻ ít nhất 30 phút một lần và khi kết thúc ca mổ

Giữ cho trẻ được ấm dễ hơn là làm cho trẻ ấm lại sau khi chúng bị lạnh. Khuyến khích các bà mẹ giữ ấm cho trẻ.

Cơ chế bù trừ cho sốc

Trẻ em bù trừ cho sốc khác với người trưởng thành, chủ yếu bằng cách tăng nhịp tim. Một nhịp tim nhanh ở trẻ có thể là dấu hiệu của sự suy tuần hoàn sắp xảy ra. Không được bỏ qua việc huyết áp giảm. Một nhịp tim chậm có thể là dấu hiệu của giảm ôxi huyết.

Lượng máu

Trẻ em có lượng máu ít hơn người trưởng thành

- Chỉ cần mất một lượng máu nhỏ cũng đủ đe dọa đến sự sống
- Khi lượng máu bị mất vượt quá 10% tổng lượng máu của cơ thể thì phải truyền máu
- Trước khi phẫu thuật cần điều trị thiếu máu mãn tính dần dần bằng iron, folic và các chất bổ sung phù hợp khác
- Cần phải có sẵn máu sạch trong phòng mổ để đề phòng việc mất máu trong quá trình phẫu thuật

Xem *Sử dụng máu lâm sàng* (WHO,2000) để biết thêm thông tin về việc sử dụng máu cho trẻ em và trẻ sơ sinh.

Lượng máu của trẻ em

Lượng máu	ml/kg trọng lượng
Trẻ sơ sinh	85-90
Trẻ em	80
Người trưởng thành	70

Dinh dưỡng và giảm glucose huyết

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Suy dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến phản ứng của trẻ đối với chấn thương, làm giảm khả năng lành vết thương và hồi phục.
- Khi đánh giá trước mổ đối với trẻ cần chú ý đến tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu; điều trị thiếu máu là một phần của chuẩn bị trước mổ

Trẻ sơ sinh và trẻ em đặc biệt hay gặp các vấn đề về dinh dưỡng vì cơ thể cần một lượng calo lớn hơn để phát triển. Thiếu dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng đến chấn thương và khả năng lành vết mổ. Nhiều trường hợp phẫu thuật, như bỏng, làm tăng nhu cầu calo hoặc hạn chế việc hấp thụ các chất dinh dưỡng.

Một chế độ dinh dưỡng tốt sẽ giúp mau lành vết mổ. Thiếu dinh dưỡng sẽ làm vết mổ lâu lành hơn.

Trẻ sơ sinh có nguy cơ phát triển hiện tượng giảm glucose trong máu vì khả năng hấp thụ chất béo và protein để tổng hợp thành glucose kém. Nếu thời gian nhịn ăn dự tính sẽ kéo dài (>6 tiếng) thì phải truyền dịch có chứa glucose.

Chất lỏng và chất điện giải

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT

- Bất kì khi nào có thể, hãy đưa chất lỏng vào theo đường miệng
- Sử dụng biện pháp truyền khi hồi sức liên tục (20ml /kg dung dịch muối) hoặc khi đường miệng không phù hợp hoặc không thể thực hiện được
- Truyền trong xương sẽ cung cấp đường vào tuần hoàn nhanh nhất đối với trẻ bị sốc mà không thể đưa ống truyền vào ven được

Yêu cầu đối với chất lỏng và chất điện giải liên quan đến trọng lượng của trẻ. Tuy nhiên, nhu cầu chất dịch thực tế có thể rất khác nhau, phụ thuộc vào điều kiện phẫu thuật.

Yêu cầu đối với việc duy trì chất lỏng trong ngày

Trọng lượng cơ thể	Chất lỏng (ml/ngày)
<10kg	100-120
10-19kg	90-120
>20kg	50-90

Ví dụ

Trọng lượng cơ thể	Chất lỏng (ml/ngày)
2	220
4	440
6	660
8	900
10	1100
15	1500
20	1800

Yêu cầu đối với việc duy trì chất lỏng theo giờ có thể sử dụng quy tắc 4:2:1

Yêu cầu đối với việc duy trì chất lỏng theo giờ

Trong lượng cơ thể	Chất lỏng (ml/giờ)
Thứ nhất 10kg	4
Cộng	
Thứ nhì 10kg	2
Cộng	
Sau đó	1

Ví dụ: Yêu cầu đối với việc duy trì chất lỏng theo giờ với một trẻ nặng 22kg

10x4	40
Cộng	
10x2ml	20
Cộng	
2x1 ml	2
Tổng	62

Yêu cầu đối với chất lỏng của bệnh nhân khi phẫu thuật thường cao hơn mức bình thường. Trẻ em bị phẫu thuật ổ bụng thường đòi hỏi cao hơn mức bình thường 50% và thậm chí còn cao hơn nếu bị viêm phúc mạc. Cần có sự chăm sóc đặc biệt cho trẻ với liệu pháp chất lỏng, chú ý những mất mát hiện có (ví dụ như dẫn lưu mũi dạ dày) và quản lý lượng nước tiểu. Trong trường hợp trẻ bị sốt, thêm 12% lượng chất lỏng so với mức bình thường trên 1 độ C nếu thân nhiệt trên mức 37.5 độ C được đo ở hậu môn. Chỉ số nhạy cảm nhất của tình trạng chất lỏng đối với trẻ là lượng nước tiểu. Nếu nghi ngờ nước tiểu không bài tiết được phải sử dụng ống thông niệu. Ống thông niệu cũng cho phép đo lượng nước tiểu theo giờ và điều này là rất có giá trị đối với bệnh nhân nặng.

Lượng nước tiểu thông thường: Trẻ sơ sinh 1-2ml/kg/giờ

Trẻ em 1ml/kg/giờ

Trẻ sơ sinh không thể tập trung nước tiểu như người trưởng thành vì thế chúng dễ gặp những bất bình thường về chất điện giải.

Truyền dịch cho bệnh nhân nhi là một việc phức tạp.

Gây mê và kiểm soát cơn đau

Gây mê cho trẻ là một vấn đề thực sự đặc biệt. Đường kính đường thở nhỏ hơn làm trẻ đặc biệt dễ bị nghẹt đường thở. Trẻ thường cần được đặt ống thở trong quá trình phẫu thuật. Gây mê bằng Ketamin được sử dụng rộng rãi đối với trẻ em vùng nông thôn và cũng tốt cho việc kiểm soát cơn đau.

Trẻ em phải chịu sự đau đớn tương tự như người trưởng thành nhưng có thể theo các cách khác nhau. Hãy thực hiện các thủ thuật càng ít đau càng tốt.

- Có thể cho uống paracetamol vài giờ trước khi mổ
- Gây mê tại chỗ (bupivacaine 0.25%, không vượt quá 1ml/1kg cân nặng) được thực hiện trong phòng mổ có thể sẽ giúp giảm cơn đau nhói.
- Paracetamol (10-15mg/kg mỗi 4-6 tiếng) qua đường miệng hoặc hậu môn là một biện pháp an toàn và hiệu quả để kiểm soát cơn đau sau mổ.
- Đối với cơn đau nghiêm trọng hơn có thể gây mê qua đường truyền (morphine sulfate 0.05-0.1mg/kg) mỗi 2-4 giờ.
- Có thể dùng Ibuprofen 10mg/kg qua đường miệng mỗi 6-8 tiếng
- Khi cần có thể dùng Codeine 0.5-1mg/kg 6 tiếng một lần.

Chăm sóc trước và sau mổ

Chăm sóc trẻ em trước và sau mổ cũng quan trọng như việc thực hiện các thủ thuật khi mổ. Vì thế, chăm sóc phẫu thuật đối với trẻ em không bắt đầu và kết thúc trong phòng mổ. Sự chăm sóc tốt đòi hỏi sự tham gia của cả một nhóm gồm bác sĩ, y tá và cha mẹ:

- Cha mẹ và gia đình phải có sự chuẩn bị cho ca mổ
- Đảm bảo đủ vật tư cần thiết như ống truyền, ống nội khí quản và ống thông niệu trong phòng mổ
- Kiểm tra các dấu hiệu quan trọng của bệnh nhân trong giai đoạn hồi sức
- Khuyến khích cha hoặc mẹ ở lại với trẻ trong bệnh viện để tiện chăm sóc

CÁC DI TẬT CẦN PHẪU THUẬT ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH

Mặc dù có rất nhiều loại dị tật bẩm sinh nhưng chỉ có ít loại thường gặp. Một số loại cần phẫu thuật gấp trong khi những loại khác lại cần phải để lại cho đến khi trẻ lớn hơn.

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Bằng việc nhận biết những tình trạng bẩm sinh thông thường có thể xác định khi nào cần thiết phải can thiệp
- Chứng vàng da ở trẻ mới sinh là hiện tượng sinh lý bình thường hoặc do ABO không tương hợp, tuy nhiên, cần quan tâm đến những bất thường bẩm sinh của mật

Tắc ruột

Khi trẻ mới sinh bị đầy bụng, nôn mửa hoặc không có phân có thể nghi là bị tắc ruột.

Nôn có lẫn mật (xanh) có thể là dấu hiệu của tình trạng nguy hiểm đến tính mạng. Trước khi trẻ nôn có thể nhìn thấy sóng nhu động vùng bụng:

- Đặt ống mũi dạ dày
- Bắt đầu truyền dịch
- Giữ ấm cho trẻ
- Chuyển viện nếu có thể

Nếu không thể chuyển viện cần thực hiện mở ổ bụng để điều trị xoắn ruột giữa tránh gây nên hoại tử toàn bộ ruột non. Sử dụng gây mê bằng ketamine để tháo gỡ ruột. Đóng ổ bụng và khi trẻ ổn định lại thì xử trí tiếp theo.

Hẹp môn vị phì đại

Nôn không lẫn mật (không xanh) có thể do hẹp môn vị phì đại. Tình trạng này là do các lớp cơ vòng của môn vị to và dày hơn bình thường rất nhiều, tạo nên một khối u gọi là u cơ môn vị, làm tắc hoàn toàn lỗ môn vị, xảy ra ngay sau khi sinh hoặc 2-5 tuần sau khi sinh. Điều trị bằng phẫu thuật rạch đứt các lớp cơ trơn đến tận niêm mạc. Trẻ bị hẹp môn vị thường bị mất nước và chất điện giải, phải hồi sức cấp cứu bằng truyền dịch:

- Sử dụng nước muối đẳng trương (20ml/kg), đặt ống mũi dạ dày
- Truyền dịch cho đến khi trẻ đi tiểu được và các dấu hiệu nguy hiểm cho tính mạng biến mất.

Khi chất lỏng và chất điện giải đã được bù, phải bổ sung những gì đã mất và chuyển bệnh nhân để bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm xử lý gấp .

Hẹp thực quản

Sự kém phát triển của thực quản thường liên quan đến lỗ rò thực quản - khí quản. Trẻ mới sinh thường có biểu hiện chảy dãi hoặc nôn phun ra trong lần cho ăn đầu tiên và sau đó. Nghẹn và ho khi cho ăn cũng thường xảy ra. Để chẩn đoán cần chụp X quang với một ống mũi dạ dày cuội lên trong một túi được bơm căng. Giữ cho trẻ ấm và bế trẻ nâng cao đầu 30 độ. Đặt ống dẫn phân từ túi thực quản và điều chỉnh lượng dịch truyền theo cân nặng. Chắc chắn trẻ sẽ bị viêm phổi, vì thế nên cho dùng kháng sinh. Đưa trẻ đến bác sĩ phẫu thuật nhi.

Khiếm khuyết cơ thành bụng

Các khiếm khuyết của thành bụng xuất hiện tại rốn hoặc vùng xung quanh rốn:

- Trong thoát vị rốn, đoạn ruột thò ra ngoài được bao bọc bởi một lớp màng trong
- Trong trường hợp nứt bụng, ruột bị thò ra ngoài không có màng che.
 - Nếu ruột bị nghẹt trong trường hợp nứt bụng thì rạch một đường qua thành bụng để mở rộng kích thước của đoạn mở và gỡ nghẹt.
 - Băng tiệt trùng và sau đó bọc bằng túi nhựa để tránh chảy dịch; ruột bị thò ra ngoài có thể dẫn đến hiện tượng mất dịch liên tục và giảm thân nhiệt
 - Đưa ngay trẻ đến bác sĩ phẫu thuật đã qua đào tạo.

Dị tật hậu môn trực tràng

Hiện tượng không có hậu môn có thể xuất hiện ở nhiều hình thức khác nhau. Cần chẩn đoán ngay khi sinh bằng cách khám hậu môn. Có thể không có bất kì lỗ nào ở hậu môn. Ở các trường hợp khác, một lỗ rất nhỏ thải phân có thể thấy ở gốc dương vật hoặc ngay bên trong âm đạo.

Chẩn đoán chậm có thể làm bụng bị căng phồng nghiêm trọng dẫn đến thủng ruột. Đặt ống xông dạ dày, bắt đầu truyền dịch và đưa trẻ đến bác sĩ phẫu thuật. Hậu môn nhân tạo là cách điều trị cấp cứu trong trường hợp nghẹt hậu môn trực tràng. Cần bố trí để các bác sĩ phẫu thuật điều trị bất kì dị tật nào trên cơ sở lựa chọn.

Thoát vị màng não tuỷ

Thoát vị màng não tuỷ là tên được đặt cho một túi nhỏ thò ra qua một chỗ hở ở xương sọ hoặc đốt sống. Vùng thường gặp nhất là vùng thắt lưng. Nó có thể liên quan đến các vấn đề thần kinh(các khiếm khuyết ở ruột, bàng quang và thần

kinh vận động các chi dưới) và tràn dịch não. Những bệnh nhân này cần được chuyển lên tuyến trên:

- Tràn dịch não sẽ tiến triển nếu không đặt ống dẫn
- Viêm màng não xuất hiện nếu chỗ hở ở cột sống bị mở

Phần dị tật phải được băng bằng băng vô trùng và điều trị bằng kháng sinh cho đến khi hết.

Sút môi, hở hàm ếch

Sút môi và hở hàm ếch có thể xảy ra đồng thời hoặc tách biệt. Trẻ bị hở hàm ếch bú mẹ khó dẫn đến suy dinh dưỡng. Trẻ bị sút môi hở hàm ếch phát triển không bình thường và phải được cho ăn bằng thìa. Phẫu thuật môi sút nên được thực hiện vào tháng thứ 6 và hàm ếch hở khi trẻ được 1 năm. Không cần thiết phải phẫu thuật ngay.

Dị tật bẩm sinh cơ quan vận động

Hai loại dị tật bẩm sinh cơ quan vận động có thể dẫn đến tàn tật là:

- Dị tật bàn chân vẹo
- Sai khớp háng

Cả hai loại dị tật trên có thể được phẫu thuật sớm để phòng ngừa tàn tật

Chân vẹo: Bàn chân vẹo vào trong, các ngón chân có xu hướng đi vào giữa. Cần đặt nẹp ngay sau khi sinh và để nẹp nhiều tháng sau

Sai khớp háng: Cần khám sàng lọc từ khi sinh. Việc chẩn đoán có thể dựa vào những dấu hiệu sau:

- Không đối xứng các nếp lằn ở mông.
- Đùi ngắn đùi dài (galleazzi).
- Hạn chế động tác dạng đùi.

Chân xoay ngoài, tạo tư thế nằm bất thường.

Để điều trị bảo tồn, các bác sĩ dùng gối mút chặn giữa 2 đùi trẻ, cố định bằng tã đặc biệt nhằm giữ cho khớp hông ở tư thế dạng và gập nhẹ như khớp háng bình thường. Cũng có thể sử dụng nẹp Pavlik, theo dõi bằng siêu âm mỗi tháng; khi bé 6 tháng tuổi thì kiểm tra lại bằng X-quang để đánh giá kết quả điều trị. Bệnh nhân được kiểm tra đáng đi cho đến khi biết đi vững.

Một số vấn đề thường gặp khác ở trẻ mới sinh

Tên loại	Dấu hiệu	Nguyên nhân	Cách điều trị
Gãy xương đòn	Sung và mềm trên xương đòn	Chấn thương khi sinh	Không
Gãy xương cánh tay hoặc xương đùi	Biến dạng chi	Chấn thương khi sinh	Băng co dẫn
Liệt Erb	Tay không cử động được	Chấn thương khi sinh	Vật lý trị liệu
Ngực lớn	Ngực lớn	Ảnh hưởng của nội tiết tố nữ của mẹ	Không

CÁC VẤN ĐỀ PHẪU THUẬT Ở TRẺ EM

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Chấn thương, bao gồm cả bỏng và nhiễm trùng phẫu thuật là vấn đề thường gặp ở trẻ em. Việc tính toán liều dịch, thuốc, máu dựa trên trọng lượng cơ thể là vô cùng quan trọng trong điều trị
- Cần áp dụng nguyên tắc ưu tiên trong điều trị chấn thương cho trẻ em
- Bỏng, đặc biệt là bỏng do nước sôi rất hay gặp ở trẻ em. Trẻ em bị bỏng sẽ tăng nguy cơ bị nhiễm trùng
- Cần chú ý đến tình trạng suy dinh dưỡng và ức chế miễn dịch do nhiễm kí sinh trùng mãn tính vì điều này ảnh hưởng rất lớn đến khả năng lành vết thương và dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng.

Trong khi điều trị chấn thương bao gồm cả bỏng, để tính toán liều lượng dịch truyền, máu và thuốc cần cân nhắc sự khác nhau về sinh lý giữa người trưởng thành và trẻ em. Cần chú ý đến tình trạng suy dinh dưỡng và ức chế miễn dịch do nhiễm kí sinh trùng mãn tính vì điều này ảnh hưởng rất lớn đến khả năng lành vết thương và dẫn đến nguy cơ nhiễm trùng.

Chấn thương

Phần lớn các nguyên tắc điều trị chấn thương ở người trưởng thành có thể áp dụng được cho trẻ em nhưng có một vài điểm khác biệt quan trọng. Xem bài 16: *Điều trị chấn thương cấp* và Phụ lục *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*. Đánh giá ban đầu và ưu tiên điều trị cho trẻ.

Bỏng

Bỏng, đặc biệt là bỏng do nước sôi thường hay gặp ở trẻ em. Trẻ bị bỏng gặp rất nhiều nguy cơ bị nhiễm trùng. Xem phần Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*

Nhiễm trùng phẫu thuật

Điều trị áp xe, viêm mũi cơ, viêm xương tuỷ và viêm khớp nhiễm trùng ở trẻ em cũng tương tự như ở người trưởng thành mặc dù việc chẩn đoán căn cứ vào kết quả khám sức khoẻ như một bệnh sử thường bị hạn chế và không thể thực hiện. Các loại bệnh mang tính hệ thống hay sốt có thể làm lu mờ các dấu hiệu hiện có. Cần tránh sự hiểu lầm trong việc xác định các loại sốt ở trẻ em như sốt rét hoặc các bệnh nhiễm trùng khác.

Khi chẩn đoán các nhiễm trùng phẫu thuật, cơn đau là triệu chứng quan trọng nhất và sự yếu ớt là dấu hiệu quan trọng nhất để phân biệt chúng với các bệnh nhiễm trùng. Xem bài 5: *Các thủ thuật cơ bản* và bài 19: *Chỉnh hình chung* để biết thông tin về xử lý

Các trường hợp bụng cấp

Đau bụng

Trẻ em thường kêu bị đau bụng. Cần xem xét kĩ lưỡng trước khi đưa ra quyết định có phẫu thuật hay không. Cần chú ý nếu trẻ có các dấu hiệu sau:

- Đau bụng liên tục (> 6 tiếng)
- Yếu đi trông thấy
- Đau kèm theo buồn nôn và ói mửa liên tục

Mục đích của việc đánh giá cơn đau bụng của trẻ là để xác định xem đó có phải là viêm phúc mạc hay không. Các nguyên nhân thường gặp nhất của gây ra viêm phúc mạc ở trẻ em là:

- Viêm ruột thừa
- Các nguyên nhân khác của thủng ruột
 - Tắc ruột
 - Sốt thương hàn

Khó có thể chẩn đoán viêm phúc mạc ở trẻ em. Các biểu hiện của viêm phúc mạc là:

- Yếu ớt
- Co thắt cơ sau khi nắn
- Đau khi di chuyển

Những phương pháp đơn giản để đánh giá tình trạng viêm phúc mạc bao gồm:

- Yêu cầu trẻ nhảy lên nhảy xuống, lắc hông hoặc nện gót chân xuống nền
- Ấn bụng và nhanh chóng bỏ tay ra, nếu bị đau nhiều thì là bị viêm phúc mạc.

Điều trị viêm phúc mạc thường phải mổ ổ bụng

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Áp xe, viêm mũ cơ, viêm xương tuỷ và viêm khớp nhiễm trùng ở trẻ em cũng tương tự như ở người trưởng thành
- Các loại bệnh mang tính hệ thống hay sốt có thể làm lu mờ các dấu hiệu hiện có. Cần tránh sự hiểu lầm trong việc xác định các loại sốt ở trẻ em như sốt rét hoặc các bệnh nhiễm trùng khác.
- cơn đau là triệu chứng quan trọng nhất và sự yếu ớt là dấu hiệu quan trọng nhất để phân biệt chúng với các bệnh nhiễm trùng.

Viêm ruột thừa

Nguyên nhân gây nên viêm phúc mạc ở trẻ em thường gặp nhất là viêm ruột thừa. Kiểu đau của viêm ruột thừa thường bắt đầu ở vùng quanh rốn trước khi khu trú ở hố chậu phải. Thường đi kèm với chán ăn. Cũng thường có sốt. Buồn nôn, nôn và tiêu chảy có thể có hoặc không, nhưng nếu có sẽ làm tăng khả năng chẩn đoán. Ở trẻ dưới 2 tuổi, phần lớn các trường hợp viêm ruột thừa được chẩn đoán sau khi bị thủng.

Triệu chứng điển hình là đau và nhạy cảm ở hố chậu phải. Nếu phản ứng dôi dương tính chứng tỏ có kích thích phúc mạc. Ổ bụng gồng cứng là dấu hiệu nghi ngờ cao cho viêm phúc mạc cần can thiệp phẫu thuật.

Tắc ruột

Các dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột ở trẻ em cũng tương tự như ở người trưởng thành, bao gồm:

- Nôn
- Táo bón
- Đau bụng
- Sưng phồng

Trẻ nuốt không khí và làm tăng thêm độ sưng. Ruột có thể bị đứt nếu nó bị dẫn quá nhiều. Nguyên nhân thường gặp nhất của thủng ruột ở trẻ em là:

- Thoát vị nghẹt: Bệnh có thể giảm nếu đến khám sớm và được điều trị bằng phẫu thuật
- Lòng ruột: Có thể dùng cách thắt bari nếu đến điều trị sớm
- Dính (sẹo): Tắc ruột do dính có thể được điều trị ban đầu không cần phẫu thuật bằng hút mũi-dạ dày và truyền dịch

Giảm lòng ruột và tiêu dính bằng cách mở ổ bụng và mở thoát vị đều là cách điều trị phẫu thuật khi các xử lý không cần phẫu thuật không có hiệu quả hoặc vì lý do nhập viện muộn.

Nếu ruột bị tắc vì giun đũa thì điều trị bằng thuốc giun. Nếu khi mở ổ bụng phát hiện thấy chỗ bị tắc, không được mở ruột non mà phải nặn cho giun sang ruột già và cho dùng thuốc giun sau khi mổ.

Thoát vị

Các loại thoát vị thường gặp ở trẻ em là:

- Thoát vị rốn

- Thoát vị bẹn

Thoát vị rốn rất thường gặp ở trẻ mới sinh. Chúng thường không có triệu chứng. Cần điều trị nếu thoát vị nghẹt, nếu không tránh phẫu thuật vì bệnh có thể khỏi hoàn toàn khi trẻ 10 tuổi.

Thoát vị bẹn là tình trạng một tạng trong ổ bụng rời khỏi vị trí chui qua ống bẹn xuống bìu, là loại hay gặp trong các loại thoát vị thành bụng. Các dấu hiệu lâm sàng của thoát vị bẹn là có khối phồng vùng bẹn. Phải phân biệt thoát vị với tăng dịch bụng. Tụ dịch bụng là sự tập trung dịch xung quanh hòn dái và thường khỏi trong năm đầu mà không cần phẫu thuật. Tụ dịch bụng thay đổi về kích thước, được gọi là hydrocoeles giao tiếp, một dạng của thoát vị. Đây là trường hợp ngoại lệ và cần phải phẫu thuật. Cần lưu ý loại này trong chẩn đoán và điều trị.

Phẫu thuật trong thoát vị bẹn ở trẻ em được chỉ định nhằm tránh nghẹt. Thủ thuật là buộc túi thoát vị nhưng hiếm khi yêu cầu sửa chữa.

Các kỹ thuật ngoại khoa cơ bản

4

4.1 XỬ LÝ MÔ

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

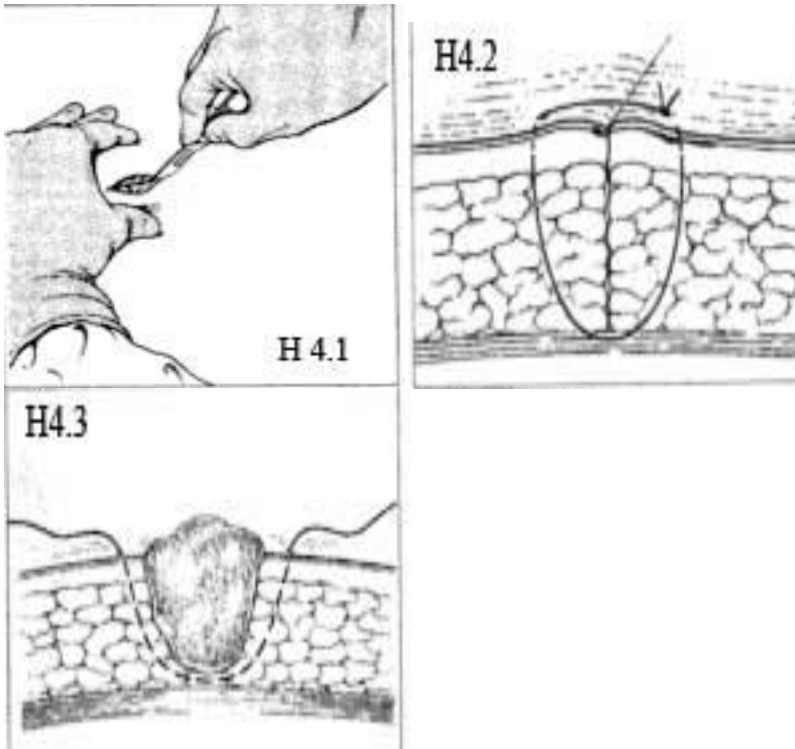
- Xử lý mô thật nhẹ nhàng
- Tránh làm chảy máu. Mất máu ở mức tối thiểu sẽ làm giảm nhu cầu thay hoặc truyền máu. Điều này đặc biệt quan trọng ở những vùng không có sẵn nguồn máu an toàn và thường xuyên

Kỹ thuật:

Khi thực hiện vết rạch:

1. Rạch vừa đủ để tạo vết mở
2. Một tay giữ da, tay kia cầm dao, dùng bụng dao mở da theo đường thẳng kéo dài (Hình 4.1)
3. Ấn vết rạch để bộc lộ thoả đáng cơ quan bị bệnh. Phải đảm bảo mép đường rạch không bị gấp khúc, độ sâu đường rạch vừa đủ và đều, vách của đường rạch thường phải vuông góc với mặt da. Nếu thời gian cho phép, phải cầm máu khi thực hiện thao tác tiếp theo.
4. Đóng vết mổ theo từng lớp bằng chỉ không tiêu. Không được để lại các khoảng trống trong vết thương vì dịch sẽ tiết vào và đọng lại, tạo môi trường cho vi khuẩn phát triển. Nhẹ nhàng kéo hai mép vết thương, khi khâu, các vết khâu nên cách nhau 1cm.(Hình 4.2)

Các vết thương có hơn 10^5 vi khuẩn trong một gam tổ chức thì không nên đóng kín ngay kỳ đầu vì tỉ lệ nhiễm trùng sau mổ sẽ là 50 - 100%. Đối với những vết thương loại này thì nên để mở, được băng băng gạc được làm ẩm bằng nước muối, đóng lại sau 2- 5 ngày. (Hình 4.3)



CÀM MÁU

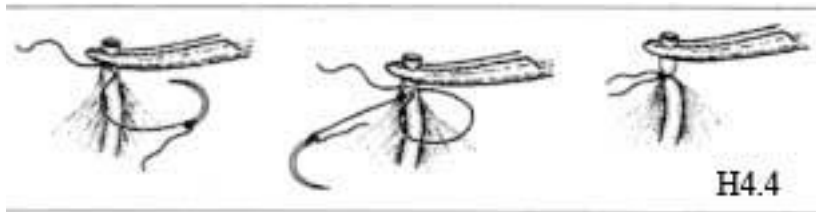
Mục đích của cầm máu là làm giảm lượng máu mất, tạo trường mô sạch và không để hình thành bọc máu tụ sau mổ (các bọc máu tụ dễ bị nhiễm trùng, cản trở sự xâm nhập của các nguyên bào sợi, cản trở sự hình thành các mao mạch mới, do đó làm chậm liền vết thương).

Đối với các mạch máu nhỏ chỉ cần duy trì lực ép trong 15 - 20 giây thì các cục đông sẽ hình thành ở đầu của chúng nhờ đó không bị chảy máu tiếp nữa. Đối với các mạch máu lớn thì phải cầm máu bằng các môi chỉ thắt, môi buộc hoặc kẹp clip kim loại.

Kĩ thuật:

- Nếu máu chảy rỉ rỉ, cầm máu bằng cách ép chỗ chảy bằng gạc.
- Nếu thấy một mạch máu đang chảy máu, cầm máu bằng đốt điện, buộc hay khâu buộc (hình 4.4).
- Vị trí đốt điện không quá gần da. Nếu buộc để cầm máu, cắt hai đầu chỉ buộc càng ngắn càng tốt.

- Khi buộc để cầm máu một mạch máu tương đối lớn, hay khi nghi ngờ nút chỉ buộc cầm máu có thể bị tuột, nên cầm máu bằng khâu buộc. Việc cầm máu bằng khâu buộc được thực hiện bằng cách xuyên kim qua mạch máu và sau đó buộc vòng quanh mạch máu. Đặt một nút chỉ buộc thứ hai ở bên dưới của nút khâu buộc.



4.2 CHỈ KHÂU VÀ KỸ THUẬT KHÂU

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Chỉ khâu được làm từ nhiều chất liệu khác nhau với những tính chất khác nhau
- Có nhiều loại chỉ và nhiều loại chất liệu; cần nghiên cứu tính chất của từng loại, tự tin dùng được vài loại và thường xuyên sử dụng những loại mà mình cảm thấy thoải mái nhất.
- Khâu là kỹ thuật linh hoạt nhất, ít tốn kém nhất và được sử dụng nhiều nhất trong quá trình đóng vết mổ.

Chỉ khâu được làm từ nhiều nguyên liệu khác nhau và khác nhau về tính chất. Chỉ có thể là nhân tạo hay , tự tiêu hay không tiêu, một sợi hay nhiều sợi.

Chỉ nylon là một ví dụ về chỉ tổng hợp. Chỉ sinh học, ví dụ như gut làm tăng sự phản ứng sinh lý và không tốt khi sử dụng trên da. Chỉ tơ là một loại chỉ sinh học và không nên dùng cho các vết thương bẩn. Các sợi nhỏ tạo ra khoảng trống làm cho vi khuẩn bị mắc vào và tơ chậm bị tiêu.

Việc lựa chọn chất liệu phụ thuộc vào:

- Sự sẵn có
- Sở thích của bác sĩ phẫu thuật khi xử lý vết thương
- Độ an toàn của điểm nút
- Phản ứng của chất liệu khi có nhiễm trùng

- **Giá thành**

Nếu muốn vết khâu kéo dài, ví dụ như khi khâu thành bụng hoặc nối mạch chính thì dùng chỉ được làm từ chất liệu không tiêu. Sử dụng chất liệu tự tiêu tại đường niệu để tránh việc hình thành sỏi liên quan đến chỉ không tiêu.

Có thể sử dụng tất cả các loại chỉ khi khâu da nhưng những loại chỉ gây phản ứng như chỉ tơ nên được tháo trong khoảng vài ngày. Đối với những vết thương ở da, việc tháo chỉ sớm sẽ làm giảm trông các vết sẹo.

Vì dễ buột nên các loại chỉ sợi bện có thể dễ dùng hơn đối với các mũi khâu rời. Chỉ sợi đơn tự tiêu và không tiêu rất thích hợp đối với các mũi khâu liên tục.

Trên các hộp chỉ thường có ghi rõ loại kim và cỡ kim, chất liệu chỉ và độ dày của mũi khâu. Chỉ được phân loại theo cỡ. Hệ thống phân loại phổ biến nhất từ cỡ số 2 đến cỡ 10/0. Trong phần lớn các ca phẫu thuật có thể dùng chỉ từ cỡ số 4/0 và 1.

Các chất liệu khác nhau có các tính chất về độ bền khác nhau. Độ bền của các loại chỉ tăng dần theo cỡ của chỉ.

Chỉ có thể được bán theo cuộn, đóng gói và tiệt trùng tại nơi sản xuất.

CÁC LOẠI CHỈ TỰ TIÊU

Loại chỉ bị phân huỷ và mất độ dai trong vòng 60 ngày thì được coi là chỉ tự tiêu.

Polyglycolic acid là chất liệu phổ biến nhất vì nó tự tiêu và có độ dai cao. Nó là loại chỉ thích hợp để đóng ổ bụng. Thời gian tự tiêu của loại chỉ này từ 60 đến 90 ngày.

Chỉ cat gut mềm, dễ sử dụng và không đắt. Catgut chromic có thời gian tự tiêu chậm hơn, từ 2-3 tuần và được dùng để nối và khâu mô. Không được sử dụng loại chỉ này để khâu các lớp bề mặt của vết thương ở bụng hoặc trong các trường hợp cần chăm sóc dài ngày. Catgut thường sẽ tự tiêu trong 5-7 ngày và do đó rất thích hợp với những vết thương có thể lành trong khoảng thời gian đó. Nó cũng thích hợp để khâu các màng niêm mạc hoặc đối với các bệnh nhân không có điều kiện đến bệnh viện để tháo chỉ.

CÁC LOẠI CHỈ KHÔNG TIÊU

Chỉ bện thường được làm từ các sản phẩm tự nhiên (tơ, linen hoặc cotton). Nó được dùng trong nhiều trường hợp nhưng chống chỉ định đối với vết thương bị hoặc có thể bị nhiễm bẩn.

Chỉ sợi đơn tổng hợp như nylon polypropamide có thể để lại được trong các lớp mô sâu hơn và không chống chỉ định trong các trường hợp nhiễm bẩn. Nó thường được sử dụng cho các mũi khâu liên tục. Các nút thắt kém an toàn hơn so với chỉ bện hoặc chỉ polyglycolic acid và cần phải thắt nhiều lần hơn mới đảm bảo an toàn.

Dùng chỉ không tiêu khi có thể. Chỉ polyeste tiết trùng và dây nylon được sản xuất không cho mục đích phẫu thuật có thể sử dụng được nếu không có chỉ đúng yêu cầu.

KIM

Kim có ba loại:

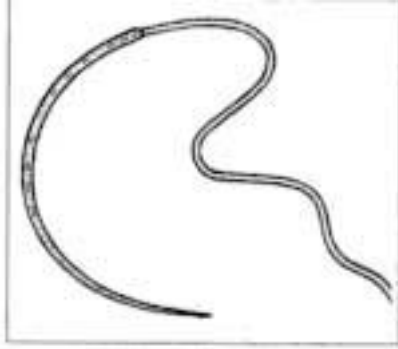
- Kim thân tròn
- Kim cắt
- Kim đầu tam giác

Trong 3 loại trên, có hàng trăm loại nhỏ khác nhau.

Dùng kim cắt trên da hoặc cho các cấu trúc an toàn như dẫn lưu. Dùng kim thân tròn khi khâu các mô dễ bị tổn thương như khi thực hiện nối ruột. Không dùng kim cắt trong những trường hợp như vậy.

Kim đầu tam giác có đầu sắc nhưng thân tròn. Chúng rất hữu dụng khi cần phải xuyên thủng các mô dày, nhưng không nên dùng để cắt mô như tại đường trắng khi đóng thành bụng.

Kim được nối sẵn với chỉ (được dập sẵn: Hình 4.5) hoặc có lỗ để xuyên chỉ qua (kim có lỗ kim mở). Kim liền chỉ được ưa dùng nhưng vẫn nên có sẵn kim có lỗ kim mở khi không có sẵn loại chỉ đắt tiền hay khi kim làm đứt chỉ trong khi chưa khâu xong.



Kĩ thuật:

Có nhiều cách để đóng vết mổ như ghim, dùng keo dính, băng dính và khâu. Tất cả các kĩ thuật này đều chung một mục đích là làm cho hai mép của vết khâu liền lại với nhau. Dùng ghim rất đắt và keo thì không được sử dụng rộng rãi. Khâu là kĩ thuật linh hoạt nhất, rẻ nhất và được sử dụng rộng rãi nhất. Các kĩ thuật khâu chính bao gồm:

- Mỗi khâu rời đơn
- Mỗi khâu đơn liên tục
- Mỗi khâu có đệm theo chiều dọc
- Mỗi khâu đệm theo chiều ngang
- Mỗi khâu luôn dưới da
- Mũi khâu vòng
- Mũi khâu chịu lực

Kích thước, khoảng cách giữa các mũi khâu nên nhất quán và phụ thuộc vào độ dày của mô.

Sau khi khâu nên để trung bình 7 ngày thì cắt chỉ. Ở những nơi mà vết thương chậm liền và không cần quá quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ (như ở lưng hoặc ở chân) thì có thể để từ 10-14 ngày. Ở những nơi ảnh hưởng đến thẩm mỹ như mặt thì có thể cắt chỉ sau 3 ngày nhưng phải sử dụng thêm băng dính da.

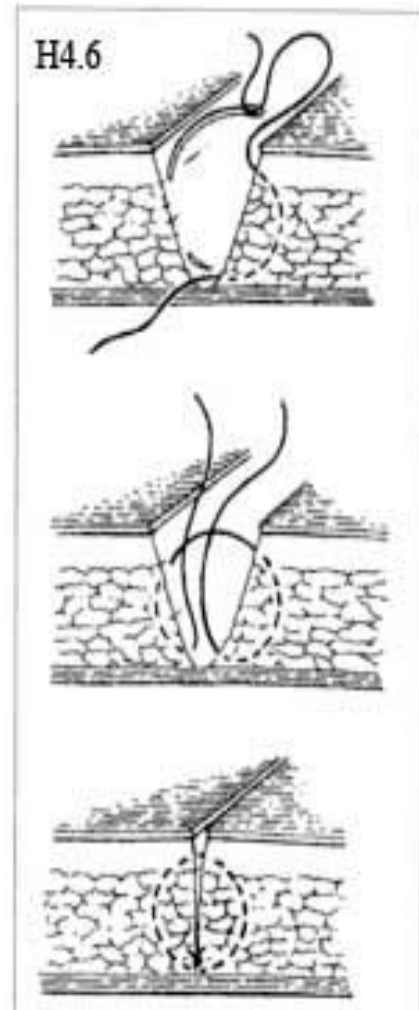
Khi sử dụng kim để khâu, cần chú ý:

1. Kẹp kim ở vị trí giữa nửa và 2/3 của thân kim bằng đầu của kẹp mang kim. Nếu kẹp thấp hơn một nửa chiều dài kim thì sẽ khó

đâm đúng và khó sử dụng góc của kim. Cầm kim qua gần với đầu nơi gắn chỉ có thể làm kim bị bẻ và không điều khiển được. Giữ kim kẹp kim như thế nào đó để các ngón tay không vướng vào các vòng chỉ và có thể quay cổ tay và/hoặc kim kẹp kim.

2. Hướng đâm của đầu kim qua lớp mô vuông góc với bề mặt của mô.
3. Hướng di chuyển của đầu kim ở trong lớp mô cũng như khi rút kim phải trùng với chiều cong của thân kim. Không được cố đẩy kim nếu không sẽ làm cho kim thẳng ra.
4. Đóng vết mổ sâu theo lớp bằng chỉ tiêu hoặc chỉ sợi đơn.

(Hình 4.6)



Mũi khâu rời đơn

- Mũi khâu rời là loại mũi khâu thường được sử dụng nhất.
- Mép vết thương lộn ra tốt và ghép khít nhau; việc xuyên các mô sát với mép vết thương sẽ làm tăng kiểm soát qua vị trí của mép.
- Sử dụng chỉ khi da bị căng ở mức tối thiểu
- Đảm bảo các mũi khâu phải cân đều hai phía vết thương
- Khi hai mép vết thương không cân bằng, khâu áp mép lớn vào mép nhỏ để hạn chế lực căng trên mép nhỏ.
- Kim nên xuyên qua mô và đi ra ở cùng một góc 90 độ.
- Dùng chỉ không tiêu và tháo chỉ trong thời gian thích hợp.

Mũi khâu đơn liên tục

- Thời gian khâu nhanh hơn so với mũi khâu rời đơn. Số lượng nút buộc ít hơn và sử dụng lượng chỉ ít hơn
- Hai mép da ít bằng mặt hơn
- Sẹo xấu hơn các kiểu khâu khác
- Việc tạo thành các nang và biểu mô hoá do vết chỉ tạo thành có thể tạo ra những biến chứng
- Đưa chỉ vào ở góc 90 độ so với đường rạch và xuyên qua bên trong dưới đầu vết rạch ở góc 45-60 độ.

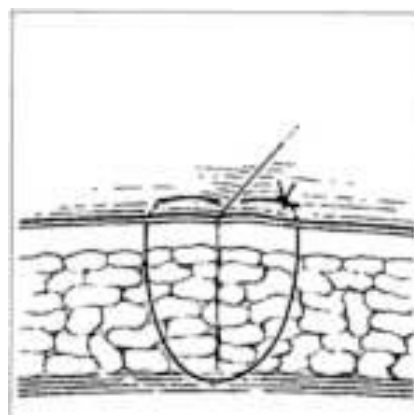
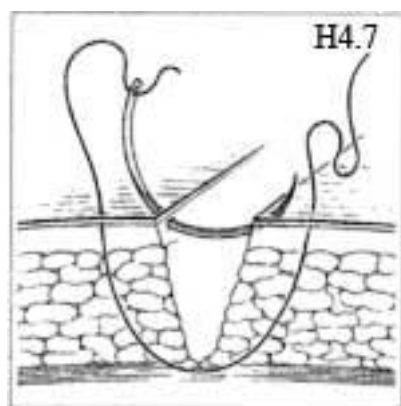
Mũi khâu có đệm

- Làm vết thương đỡ căng hơn và hai mép khâu khít nhau hơn
- Khó thực hiện hơn và do đó mất nhiều thời gian hơn

Mũi khâu đệm thẳng đứng

Mũi khâu đệm thẳng đứng là phù hợp nhất để làm mép vết thương lộn ra, hai mép khít nhau và làm giảm căng (Hình 4.7 và 4.8).

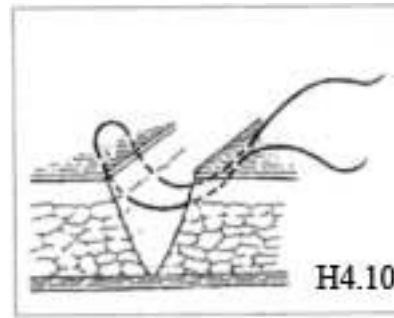
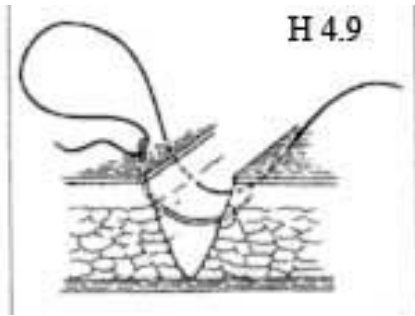
1. Bắt đầu bằng một nhát “cẩn” $\times a$ đường rạch và đưa qua cùng vị trí của mép bên kia vết thương.
2. Bước thứ hai tương tự như thế bên mép vết rạch nơi kim vừa đi ra khỏi da. Đưa kim xuyên qua da giữa điểm ra và mép vết thương trên cùng đường với điểm ra ban đầu. Từ điểm này, thực hiện thêm một nhát “cẩn” nhỏ; điểm ra cuối cùng tại vị trí tương tự trên mép bên kia của vết thương.
3. Thắt nút như thế nào đó để nó không nằm trên đường rạch. Cách khâu này làm cho các mô dưới da và mép vết thương gần nhau hơn.



Mũi khâu đệm nằm ngang

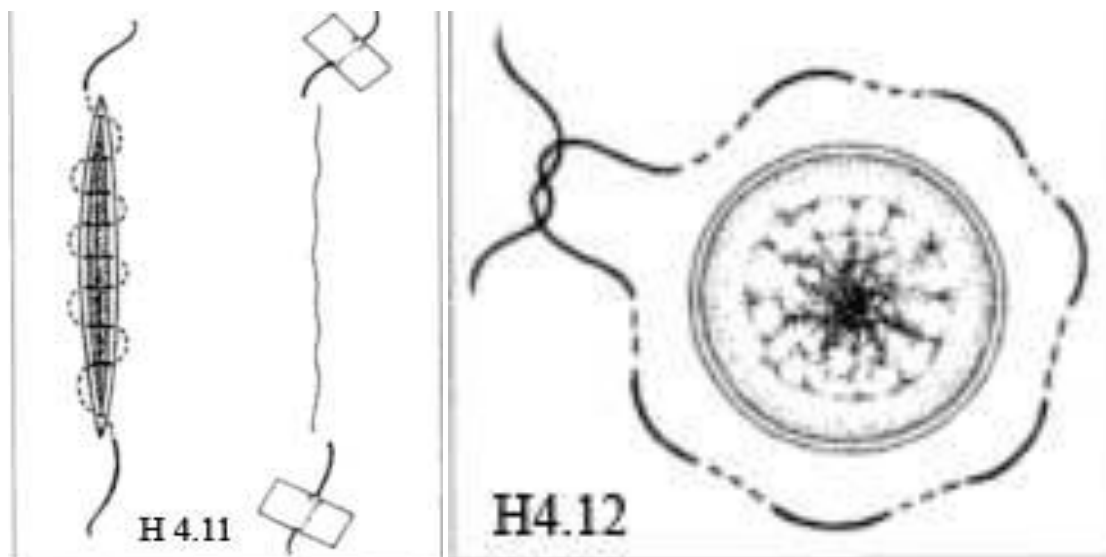
Mũi khâu đệm nằm ngang tạo ra lực hỗ trợ phân bố đều trên vết thương hơn. Điều này làm cho sẹo không bị căng. (Hình 4.9 và 4.10)

1. Hai mũi khâu được xếp thẳng hàng nọ cạnh nhau. Mũi thứ nhất xuyên qua vết thương; mũi thứ hai bắt đầu từ vị trí mà mũi thứ nhất kết thúc.
2. Thắt nút ở cạnh xuyên mũi đầu tiên.



Mũi khâu luồn dưới da (Hình 4.11)

- Đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ
- Dùng chỉ bện tự tiêu hoặc chỉ sợi đơn
- Không cần cắt chỉ nếu sử dụng chỉ tự tiêu
- Thích hợp khi khâu các vết thương bị căng da và dùng cho các bệnh nhân có nguy cơ bị sẹo lồi
- Neo chỉ ở vết thương và, từ đỉnh, thực hiện một nhát ‘cấn’ dưới chỗ giáp giữa lớp bì và biểu bì.
- Bắt đầu mũi khâu tiếp theo đối diện với mũi trước nó.



Mũi khâu vòng (Hình 4.12)

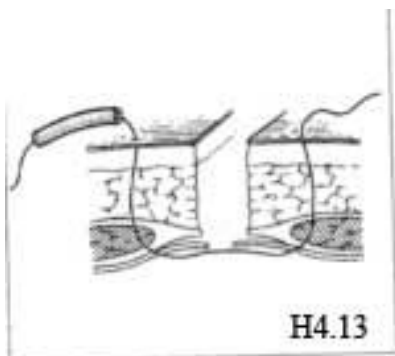
Một hình tròn kéo các mô theo đường chỉ khi hai đầu được thắt lại với nhau

Mũi khâu chịu lực (Hình 4.13- 4.16)

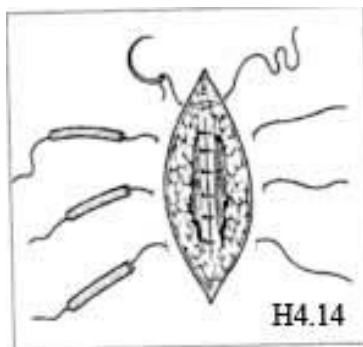
- Các lớp thành bụng được ghép lại với nhau mà không bị căng; Các mũi khâu sẽ làm cho các mép vết thương hết căng.
- Sử dụng cho các bệnh nhân yếu do bị suy dinh dưỡng, tuổi cao, suy giảm khả năng miễn dịch hoặc có khả năng bị ung thư; những bệnh nhân có các vết thương khó lành và các bệnh nhân ở trong tình trạng tăng áp lực trong xoang bụng như bệnh nhân béo phì, hen suyễn hoặc ho mãn tính.
- Cũng được dùng trong các trường hợp thành bụng khó có khả năng lành.
- Chỉ nylon sợi đơn là chất liệu thích hợp

Kỹ thuật khâu mũi khâu chịu lực

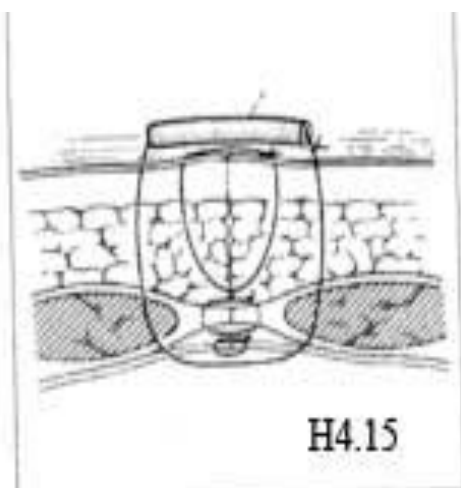
1. Khâu các mũi khâu chịu lực hết bề dày của thành bụng và để lại chưa thắt nút ngay lúc đầu. Có thể khâu thường hoặc khâu có đệm.
2. Khâu một mũi khâu đóng màng bụng và tiếp tục đóng vết thương theo lớp.
3. Khi hoàn tất khâu đóng lớp da thì xiết các mối chỉ của mũi khâu chịu lực sau khi đã luồn các đầu chỉ qua một ống ngắn bằng nhựa hay cao su. Không được xiết chỉ quá căng để tránh làm giảm lượng máu đến mô.
4. Mũi khâu chịu lực được cắt chỉ sau ít nhất 14 ngày.



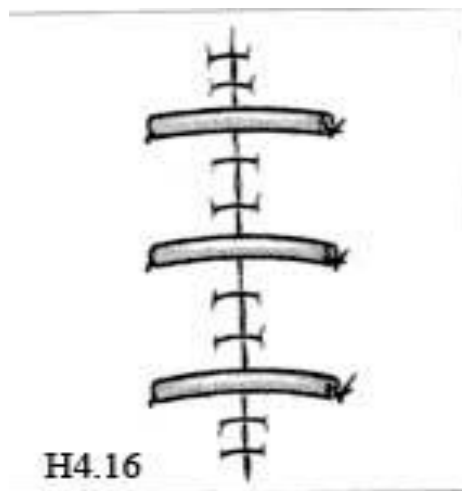
H4.13



H4.14



H4.15

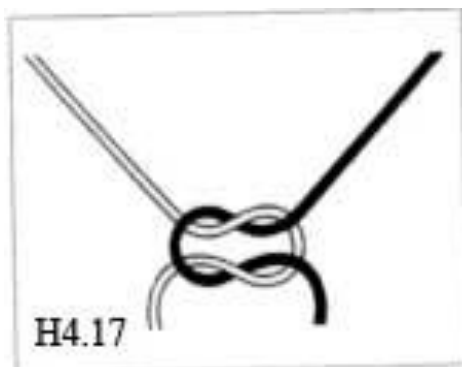


H4.16

Buộc chỉ

Có nhiều loại và kỹ thuật buộc chỉ, tất cả các kỹ thuật đều phải đảm bảo các yêu cầu như nút chỉ phải vuông và chắc chắn. Một nút chỉ vuông hoàn chỉnh bao gồm 2 nút buộc nằm trên hai hướng đối diện nhau. Điều quan trọng là phải làm cho nút chỉ không bị tuột. (Hình 4.17)

Nút chỉ của “nhà ngoại khoa” là dạng nút chỉ mà trong đó một nút buộc đôi được thêm vào sau nút buộc đơn để tăng ma sát lên chỉ và làm giảm khả năng tuột của nút buộc đầu cho đến khi thực hiện xong nút buộc vuông (Hình 4.18).



H4.17



H4.18

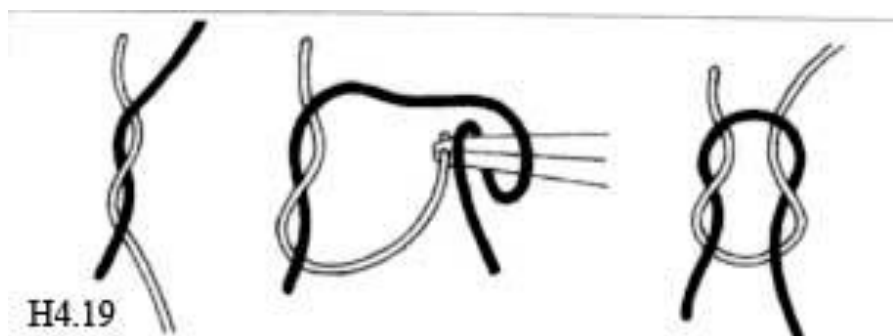
Sử dụng ít nhất hai nút buộc cho các mạch đơn và nhiều hơn nếu sử dụng chỉ tơ đơn. Nếu sử dụng chỉ bằng chất liệu trơn thì phải nút nhiều hơn để tránh bị tuột. Khi sử dụng chất liệu không dễ bị tuột như chỉ tơ thì chỉ cần khoảng 3 nút buộc là có thể đảm bảo được.

Cắt chỉ được làm bằng chất liệu trơn sẽ lâu hơn sơ với chỉ làm bằng chất liệu không trơn. Nút chỉ càng nhỏ và hai đầu chỉ càng ngắn càng tốt để giảm thiểu nguy cơ phản ứng của cơ thể đối với vật lạ.

Kĩ thuật

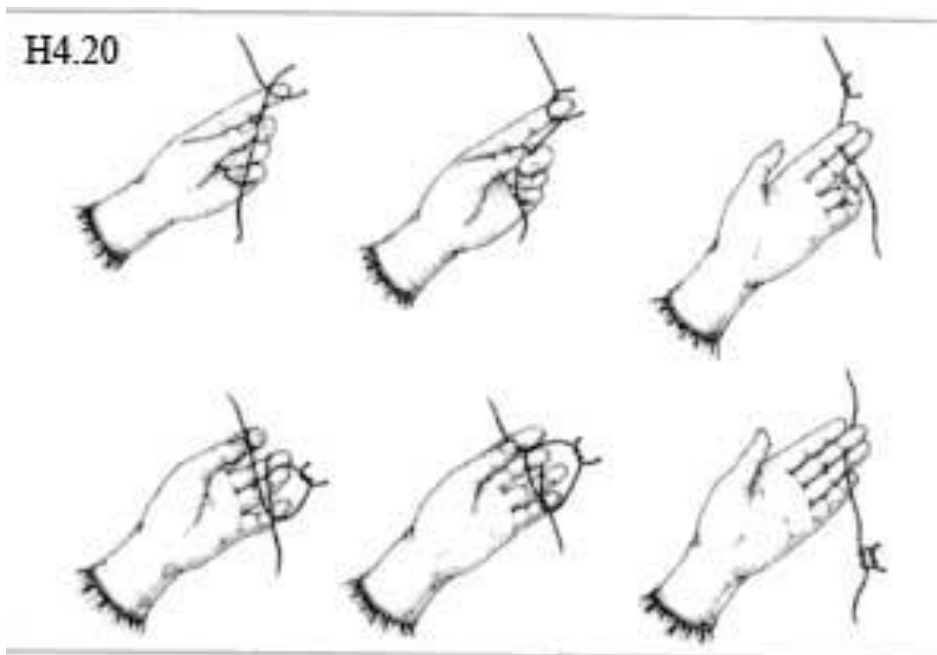
Có 3 kĩ thuật buộc chỉ cơ bản

1. Buộc bằng dụng cụ (Hình 4.19)



- Đây là kĩ thuật kéo chỉ theo đường thẳng nhất và thường được sử dụng nhất. Lưu ý để các mối buộc thật chắc.
- Đưa tay chéo để thực hiện nút chỉ vuông; Để tránh trượt, dùng nút chỉ của " nhà ngoại khoa" cho lần buộc đầu
- Không sử dụng kĩ thuật này nếu tính mạng của bệnh nhân phụ thuộc vào độ an toàn của nút buộc

2. Buộc bằng một tay (Hình 4.20)



- Sử dụng kĩ thuật buộc bằng một tay khi thực hiện những nút buộc sâu và một đầu của chỉ được cố định bằng kim hay dụng cụ
- Buộc bằng tay có lợi điểm là có được cảm giác của xúc giác, điều bị mất khi buộc bằng dụng cụ; Nếu ta vắt lần chỉ đầu hai lần trong nút buộc, nó có thể bị xô dịch nhưng cũng đủ ma sát để giữ nó cho tới lần vắt chỉ thứ hai.
- Kĩ thuật này được chọn cho nút chỉ của "nhà ngoại khoa" nhưng sau đó phải thực hiện tiếp một nút chỉ vuông
- Để có được nút chỉ vuông, đầu chỉ phải đi ngang ngay cả khi nút chỉ được đặt sâu

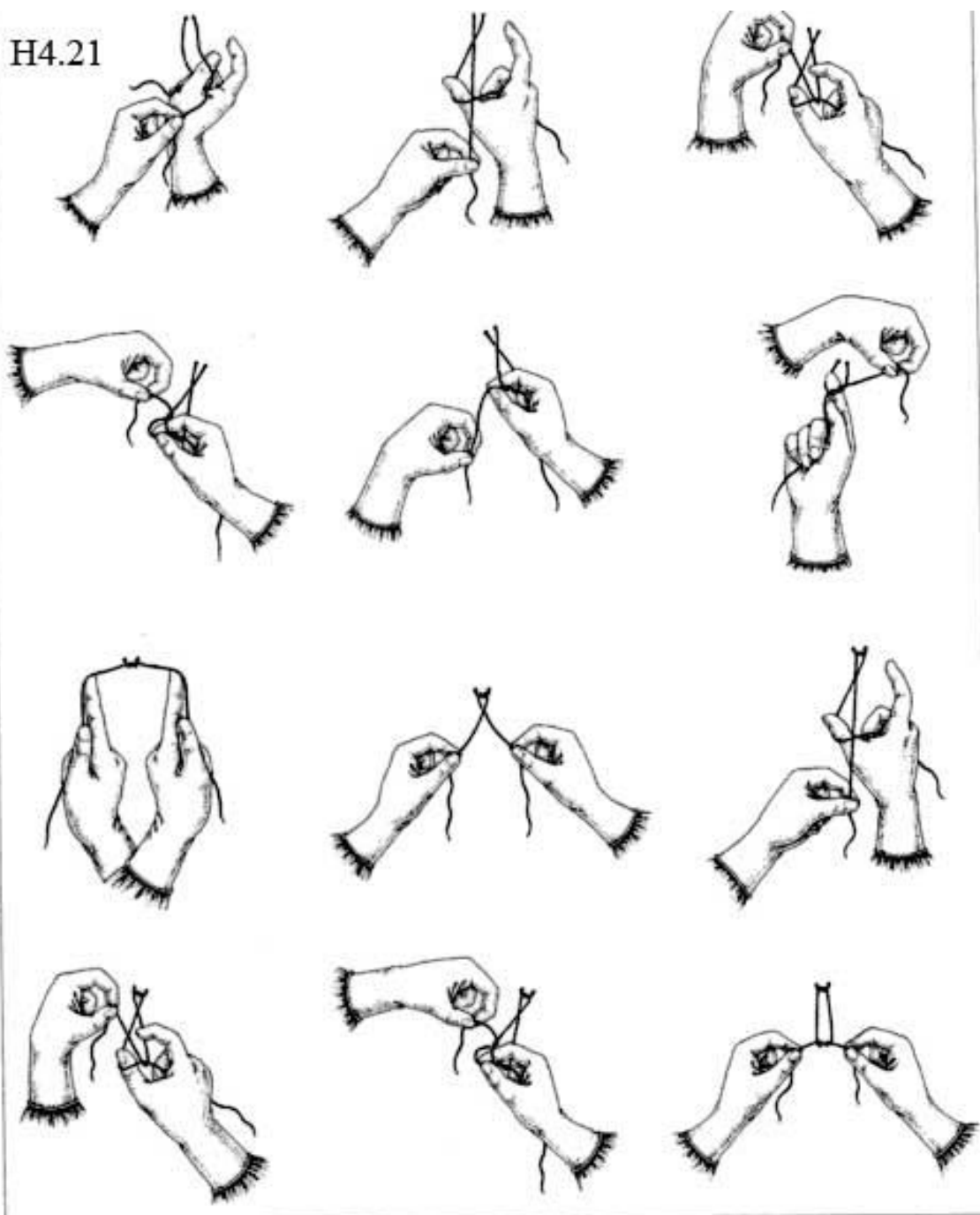
3. Buộc bằng hai tay (Hình 4.21)

Buộc bằng hai tay là kĩ thuật buộc chỉ an toàn nhất. Khi buộc, cả hai đầu chỉ đều chuyển động. Nút chỉ "của nhà ngoại khoa" dễ dàng được thực hiện bằng kĩ thuật này.

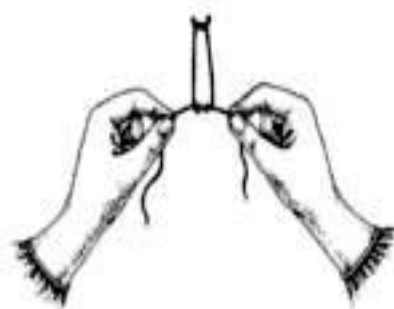
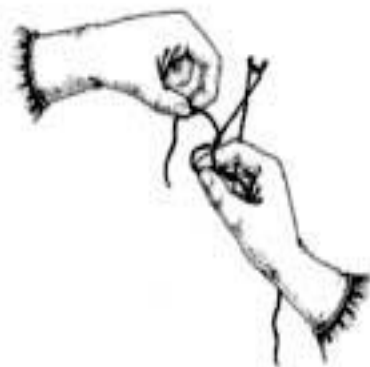
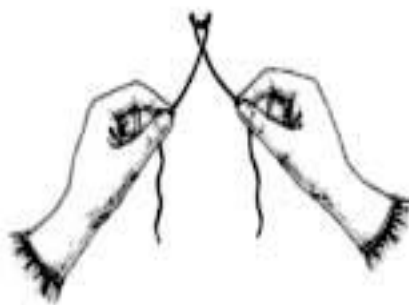
Càng thực hành nhiều thì việc buộc chỉ càng nhuần nhuyễn theo cảm giác tự động, vì khi thực hiện các hoạt động chân tay, chúng ta tạo được bộ nhớ cho cơ. Não dạy tay thực hiện cách buộc chỉ nhưng khi tay thực hiện công việc đó quá tốt, quá nhuần nhuyễn rồi thì việc thực hiện có khi trở thành tự động một cách vô thức, bỏ qua sự "dạy bảo" đó của não.

Khi dạy kỹ thuật buộc chỉ hay bất kỳ một kỹ năng nào, cần phải giảng từng bước thực hiện kỹ thuật đó. Giới thiệu tổng thể kỹ thuật buộc chỉ, sau đó giới thiệu từng bước một. Yêu cầu người học thực hiện từng bước. Quan sát kỹ, chỉnh sửa những chỗ chưa chính xác. Sau khi thực hiện tốt từng bước, người học phải thực hiện toàn bộ kỹ năng và thực hiện nó nhiều lần cho đến khi thành thục.

H4.21



H4.21



4.3. PHÒNG BỆNH

PHÒNG BỆNH BẰNG KHÁNG SINH

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Thực hiện phòng bệnh bằng kháng sinh trong trường hợp vết thương bị nhiễm khuẩn
- Tiêm phòng uốn ván cho bệnh nhân chưa tiêm phòng với biến độc tố uốn ván và tiêm globulin nếu bệnh nhân có nguy cơ bị uốn ván

Phòng bệnh bằng kháng sinh khác với điều trị bằng kháng sinh. Phòng bệnh là mong muốn ngăn ngừa lây nhiễm hoặc làm giảm khả năng lây nhiễm. Nó không có mục đích là ngăn ngừa lây nhiễm trong trạng thái nhiễm bệnh tổng thể. Sử dụng các liệu thuốc chữa bệnh nếu đang có sự lây nhiễm hoặc:

- Dùng kháng sinh trước khi phẫu thuật, trong vòng 2 giờ trước khi da bị rạch, để các lớp mô tương xứng trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Có thể dùng trên một liệu nếu quá trình phẫu thuật kéo dài (trên 6 tiếng) hoặc nếu có sự mất máu đáng kể.

Không nên sử dụng kháng sinh tại chỗ và rửa vết thương với dung dịch kháng sinh.

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong các trường hợp :

- Những nghiên cứu cơ sinh học cho thấy rằng có nguy cơ nhiễm trùng
 - Cấy ghép các cơ quan
 - Bệnh van tim
 - Thay ghép bộ phận giả bên trong
- Các nghiên cứu về y học cho thấy khả năng lành vết mổ bị ảnh hưởng hoặc làm tăng nguy cơ nhiễm trùng:
 - Bệnh đái đường
 - Bệnh tim mạch máu ngoại vi.
 - Khả năng ngoại thư hoặc uốn ván
 - Miễn dịch kém
- Những vết thương và tình huống nguy hiểm:
 - Buốt ở vết thương
 - Chấn thương bụng

- Gãy chỗ ghép
- Vết thương với mô bị suy nhược
- Vết rách lớn hơn 5 cm hoặc vết rách hình sao
- Vết thương bị nhiễm bẩn
- Nguy cơ cao ở những vị trí phẫu thuật như tay hoặc chân
- Phẫu thuật mật và ruột .

Cần nhắc việc sử dụng các biện pháp phòng bệnh:

- Với những vết thương do chấn thương, có thể không cần sự can thiệp của phẫu thuật
- Khi can thiệp phẫu thuật bị chậm hơn 6 tiếng đồng hồ.

Sử dụng kháng sinh trong tĩnh mạch (IV) cho việc phòng bệnh trong các trường hợp phẫu thuật sạch để giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu, vì trong thực tế da và các dụng cụ chưa bao giờ được vô trùng một cách hoàn toàn.

Đối với việc phòng bệnh của bệnh nhân viêm màng trong tim với bệnh tim mạch máu ngoại vi:

- Các quy trình hô hấp miệng và hô hấp trên : đưa qua đường miệng 3g amoxicyllin 1 giờ trước phẫu thuật và 1,5 g, sau liều đầu tiên 6 giờ.
- Quy trình dạ dày ruột và cơ quan sinh dục - niệu: ampicillin 3g, 1 giờ trước phẫu thuật và gentamicin 1,5mg/kg trong cơ (IM) hoặc IV (liều cao nhất là 80mg), 30 phút trước phẫu thuật

ĐIỀU TRỊ BẰNG KHÁNG SINH

Khi vết thương rộng và đã hơn 6 tiếng, bạn nên cân nhắc liệu nó có bị nhiễm khuẩn không và nên sử dụng các liệu điều trị và chế độ ăn uống. Penicillin và metronidazole cung cấp lớp phủ tốt và có giá trị rộng.

Giám sát vết thương đang lành và sự nhiễm trùng một cách đều đặn. Sử dụng việc cấy vi khuẩn và tìm ra những vi khuẩn nhạy cảm nếu chúng có lợi. Tiếp tục liệu điều trị kháng sinh từ 5 đến 7 ngày.

PHÒNG BỆNH UỐN VÁN

Chủng ngừa tích cực với độc tố uốn ván (TT) ngăn ngừa uốn ván và được đưa ra cùng với vacxin bạch hầu (TT). Những phụ nữ có thai nên được tiêm chủng để phòng ngừa virus uốn ván sơ sinh. Chương trình tiêm chủng cho trẻ em bao gồm các bệnh bạch hầu, ho gà và uốn ván. Những người chưa tiêm đủ 3 liều biến độc tố uốn ván thì coi như là chưa tiêm chủng và cần tiêm chủng lại.

Những người chưa tiêm chủng khi bị vết thương nhỏ có thể tiêm chủng nếu vết thương có nguy cơ bị uốn ván.; cho dùng cả TT và TD và TIG. Người chưa tiêm chủng phải tiêm nhắc lại ở tuần thứ sáu và sau 6 tháng.

Những ví dụ về vết thương nhiễm trung uốn ván:

- Vết thương bị nhiễm bẩn hoặc phân
- Vết thương bị đâm
- Bỏng
- Phỏng lạnh
- Những vết thương bị bắn với tốc độ cao

Chế độ phòng bệnh uốn ván

	Vết thương sạch	Nguy cơ thấp	Nguy cơ cao
Đã tiêm phòng và tiêm tăng cường trong vòng 5 năm	Không cần	Không cần	Không cần
Đã tiêm phòng và 5-10 năm sau khi tiêm tăng cường	Không cần	TT or TD	TT or TD
Đã tiêm phòng và trên 10 năm sau khi tiêm tăng cường	TT or TD	TT or TD	TT or TD
Chưa hoàn thành tiêm phòng hoặc chưa biết	TT or TD	TT or TD and TIG	TT or TD and TIG

Không cho dùng TIG nếu biết người đó đã dùng hai liều cơ bản TT hay TD

Các thủ thuật ngoại khoa cơ bản

5

5.1. XỬ LÝ VẾT MỒ

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Nhiều quy trình quan trọng có thể được thực hiện tại tuyến cơ sở mà không cần đến các chuyên gia phẫu thuật
- Trong phần lớn các quy trình đối với bệnh nhân ngoại trú chỉ cần gây mê tại chỗ hoặc khoan vùng nhưng gây mê toàn thân, bao gồm ketamine có thể là cần thiết đối với trẻ em và nên chuẩn bị sẵn
- Dù vết thương có nghiêm trọng hay không, trong khi xử lý cũng phải ưu tiên cho đường thở, hô hấp và tuần hoàn
- Để kiểm tra và xử trí vết thương cần có ánh sáng tốt và dụng cụ cơ bản
- Làm việc hiệu quả để tránh kéo dài thời gian phẫu thuật không cần thiết; nguy cơ nhiễm trùng tỷ lệ thuận với thời gian
- Phòng ngừa tổng thể là cần thiết để tránh sự lây nhiễm HIV, viêm gan, Ebola và các virus khác
- Thu dọn bông gạc đã sử dụng và các vật liệu khác khỏi khu vực mổ
- Nếu không có cách cầm máu phù hợp máu thì đặt ống dẫn lưu khi vết thương bị rỉ máu; việc thu dịch và máu chảy ra sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng và làm vết thương lâu lành hơn
- Hạn chế tối đa các khoảng chết khi đóng vết mổ

PHÂN LOẠI VẾT MỒ

Vết mổ có thể được phân loại như sau:

- Sạch
- Nhiễm các chất sạch: Vết mổ có bị các mô thường chiếm chỗ
- Bị ô nhiễm: Vết mổ có các dị vật hoặc chất nhiễm trùng
- Bị nhiễm trùng: Vết mổ xuất hiện mủ

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc lành vết mổ và tạo nguy cơ nhiễm trùng

- Bệnh nhân
 - Tuổi
 - Mắc các bệnh sau: thiếu máu, tiểu đường hay bị tổn thương hệ miễn dịch
 - Ảnh hưởng của các tổn thương khác lên vết mổ
- Vết mổ
 - Tổ chức hay mô bị tổn thương
 - Tổn thương lan rộng
 - Tính chất của tổn thương
 - Nhiễm bản hoặc nhiễm trùng
 - Thời gian nhanh hoặc lâu giữa thời điểm bị tổn thương và thời điểm điều trị
- Các yếu tố tại chỗ
 - Cầm máu và mở ổ để làm sạch vết mổ
 - Thời gian đóng vết mổ

Đóng ngay lập tức các vết mổ sạch sẽ làm cho vết mổ mau lành hơn ở kì đầu

Không được đóng các vết mổ bị nhiễm bản hoặc nhiễm trùng mà phải để mở để cắt lọc vết mổ

Khi điều trị các vết mổ sạch và các vết mổ nhiễm các chất sạch hơn sáu giờ, sử dụng quy trình thông thường, để mở và đóng lại sau 48 tiếng.

VẾT MỔ

Đóng vết mổ kì đầu

Đóng vết mổ kì đầu được thực hiện đối với các vết thương khô, sạch. Nếu đóng ngay các vết mổ bị nhiễm bẩn sẽ tạo điều kiện cho nhiễm trùng và làm chậm quá trình lành vết mổ..

Các kĩ thuật khâu cơ bản bao gồm:

- Khâu mũi đơn đứt đoạn
- Khâu mũi đơn liên tục
- Khâu có đệm theo chiều dọc
- Khâu có đệm theo chiều ngang
- Khâu trong da

Ghim thì đắt nhưng nhanh, thường được dùng khi khâu da. Mục đích của tất cả các kĩ thuật này là ghép hai mép của vết mổ mà không để bị đứt quãng hay căng. Kích thước của mỗi khâu và khoảng cách giữa các mũi khâu nên tương đương với độ dày của mô.

Vì chỉ khâu là dị vật cho nên chỉ sử dụng loại chỉ có kích thước nhỏ nhất và với lượng ít nhất cho phép để khâu vết mổ

Để chỉ trong 5 ngày, có thể để lâu hơn nếu vết mổ bị nghi ngờ sẽ lâu lành do việc cung cấp máu tại những vị trí cụ thể hoặc do thể trạng của bệnh nhân

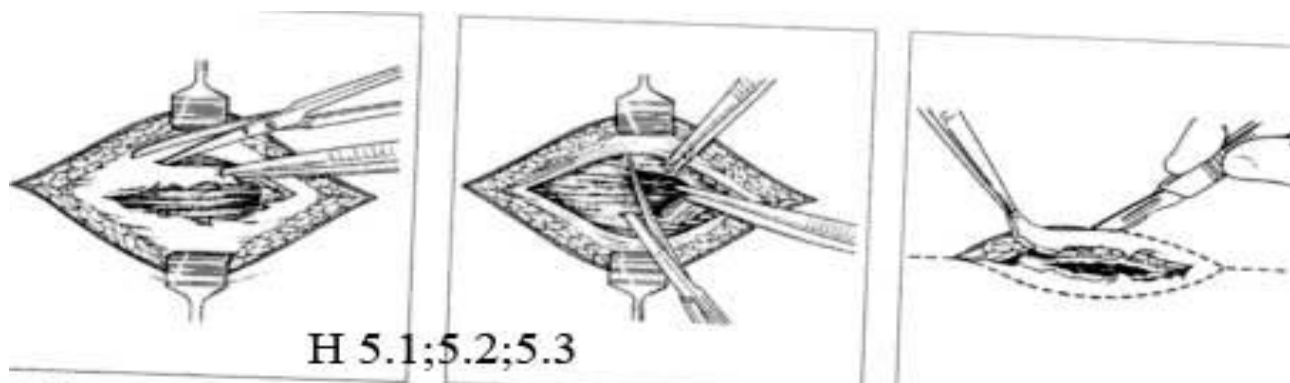
Nếu hình thức bên ngoài là quan trọng và không nên để vết của chỉ khâu trên da như trên mặt thì có thể cắt chỉ sau 3 ngày nhưng phải băng vết thương bằng băng dính da.

Đóng vết mổ theo từng lớp, sử dụng chỉ tự tiêu cho các lớp sâu.

Chăm sóc vết mổ lần đầu

Rửa vết mổ bị nhiễm chất sạch, để mở, đắp gạc ướt có thấm dung dịch muối đẳng trương. Đóng vết mổ bằng chỉ sau 2 ngày. Có thể khâu vào lúc rửa vết mổ hoặc khi đóng vết mổ.

Đóng vết mổ kì II (Hình 5.1-5.3)



Đóng vết mổ kì II được thực hiện với các vết thương bị nhiễm bẩn hoặc nhiễm trùng. Trước khi thực hiện đóng vết mổ kì hai cần thực hiện việc cắt lọc vết thương. Để thực hiện cần có các dụng cụ sau:

- Kẹp mô (nhíp có máu)
- Dụng cụ bóc tách sắc (dao với lưỡi số 10 hay kéo có đầu nhọn)
- Nước muối sinh lý
- Syringe lớn hay bầu cao su hay bất kỳ một hệ thống bơm rửa nào

Các bước chính bao gồm:

- Bơm rửa vết thương bằng một số lượng đáng kể của nước dưới áp lực
- Dùng nhíp có máu lấy các dị vật
- Dùng dụng cụ sắc lấy đi các mô chết, mô đã nhiễm trùng hay có nhiều dị vật không thể lấy đi bằng nhíp có máu được.
- Bơm rửa lại vết thương một lần nữa
- Để hở vết thương hay khâu các mũi khâu chờ
- Đắp gạc ướt che lên vết thương. Thay gạc hàng ngày hoặc thường xuyên hơn nếu thấy cần thiết.

Dẫn lưu

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Dẫn lưu hút có thể là chủ động và bị động
- Dẫn lưu với áp suất thay đổi có thể là kín và bị động
- Dẫn lưu latex (ống dẫn lưu được làm bằng cao su latex) có thể là bị động và mở

Trong ngoại khoa, dẫn lưu được xem như một quá trình nhằm chuyển các chất dịch có tính chất bệnh lý hay có khả năng gây hại cho hoạt động sinh lý của các cơ quan (chèn ép, nhiễm trùng...) từ trong các khoang của cơ thể (khoang sinh lý hay được tạo ra bởi phẫu thuật) ra bên ngoài cơ thể. Loại dẫn lưu phụ thuộc vào cả hai yếu tố là chỉ định và khả năng thực hiện. Dẫn lưu có thể được phân loại thành dẫn lưu kín và dẫn lưu hở, dẫn lưu thụ động và dẫn lưu chủ động

Dẫn lưu mở là loại dẫn lưu tạo nên đường thông giữa một khoang cơ thể ra bề mặt da, cho phép không khí vào vết thương hoặc khoang cơ thể

Dẫn lưu kín không cho phép không khí vào vết thương và cần hút hoặc sự thay đổi áp suất để hoạt động

Dẫn lưu bị động : dẫn lưu tự nhiên, áp lực trong xoang dẫn lưu lớn hơn áp lực khí trời

Dẫn lưu chủ động :lắp ống dẫn lưu vào hệ thống hút. Dẫn lưu chủ động được chỉ định khi: áp lực trong xoang dẫn lưu thấp hơn áp lực khí trời, cần rút ngắn thời gian dẫn lưu, cần hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng.

Dẫn lưu không phải là sự thay thế cho việc cầm máu tốt hay cho một kỹ thuật ngoại khoa tốt và không nên để dẫn lưu quá lâu. Chỉ nên để dẫn lưu cho đến khi tình trạng đã được giải quyết, không có thêm dịch chảy ra hoặc dẫn lưu không còn tác dụng. Để một ống dẫn lưu không còn tác dụng sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cho bệnh nhân.

GHÉP DA

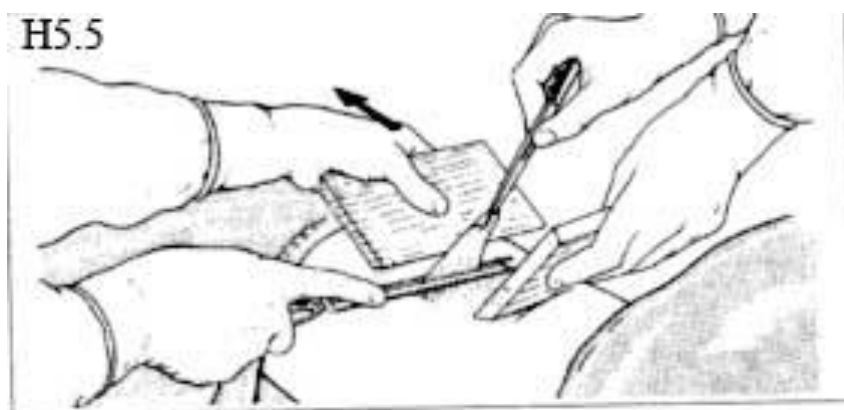
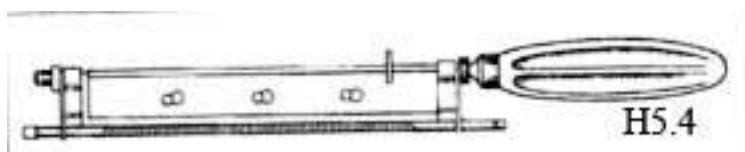
Da là màng che tốt nhất cho vết mổ. Nếu một vết mổ không thể đóng ở kì đầu cần phải đóng nó lại bằng một mảnh da ghép. Đóng một vùng bị tổn thương bằng một mảnh da ghép yêu cầu một bác sĩ thực hành giỏi đã được đào tạo chuyên sâu.

- Nơi nhận phải khoẻ mạnh, không có dấu hiệu nhiễm trùng : một vết mổ sạch, mới hay một vết mổ có các mô liên kết khoẻ mạnh
- Nơi cho thường là mặt trước hoặc mặt sau của bắp đùi
- Đối với các miếng ghép nhỏ có thể gây mê tại chỗ; đối với các miếng ghép lớn phải cần gây mê tuỷ sống hoặc toàn thân.

Kĩ thuật:

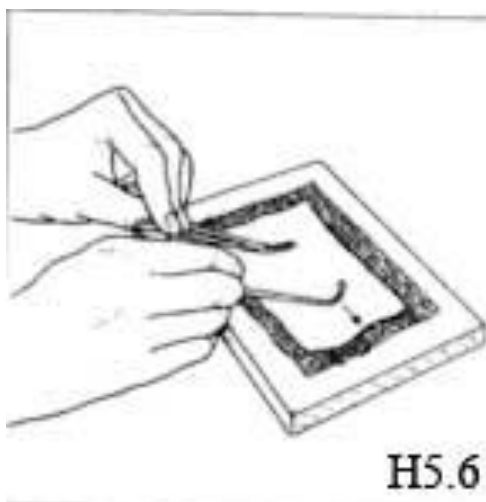
1. Để thực hiện ghép da, chuẩn bị nơi cho bằng kháng sinh, tách riêng bằng ga và bôi trơn bằng dầu khoáng.

2. Lấy những mảnh nhỏ bằng lưỡi dao cạo được kẹp bằng kẹp động mạch hoặc dụng cụ cạo râu khác. Bắt đầu bằng việc đặt mép lưỡi dao lên góc miếng da, sau lần rạch đầu thì để lưỡi dao nằm ngang. Để lấy những mảnh da lớn phải dùng một tay cầm dao ghép da hoặc dao cắt da bằng điện. (Hình 5.4) kéo hết toàn bộ đường biên phần da cho. Hướng dẫn trợ lý thực hiện việc kéo ngược lại để giữ da căng bằng cách giữ đường biên thứ hai theo cách tương tự. Cắt da bằng chuyển động "lùi 1/4" (Hình 5.5)



3. Nếu vùng cho có bề mặt bị chảy máu đều sau khi đã lấy đi mảnh da cắt có nghĩa là miếng da lấy đi có độ dày mỏng, nếu để lộ lớp mỡ có nghĩa là vết cắt quá sâu và miếng da lấy đi có độ dày đầy đủ. Điều chỉnh lưỡi dao và kĩ thuật để vết cắt sát mặc da hơn.

4. Cho miếng da mới vào dung dịch muối và đắp nơi cho bằng gạc mỡ. Trải rộng mảnh da lên một miếng gạc có thấm dung dịch muối, để mặt thô lên trên (Hình 5.6)



H5.6



H5.7

5. Làm sạch nơi nhận bằng dung dịch muối. Khâu miếng da vào vị trí mới (nơi nhận) thật cẩn thận theo đường vòng toàn bộ vết mổ. Trong toàn bộ quá trình này phải giữ cho miếng da ghép ẩm bằng dung dịch muối và không được kẹp bằng bất kì dụng cụ gì. Việc hình thành các ổ tụ huyết dưới miếng da là lí do thường xảy ra nhất cho sự thất bại của ca ghép. Để phòng ngừa phải đặt gạc tẩm xăng xóp lên trên miếng da để tạo thành những lỗ châm kim nhỏ trên bề mặt miếng da (Hình 5.7). Điều này sẽ làm cho máu thoát ra và giúp phòng ngừa sự hình thành ổ tụ huyết

6. Đặt thêm một lớp gạc và bông mọc rồi băng lại. Không được động đến mảnh ghép trong 5 ngày trừ khi nghi ngờ bị nhiễm trùng hoặc tụ máu. Sau đó, thay băng hàng ngày hoặc cách ngày. Kiểm tra miếng ghép ít nhất 48 tiếng một lần. Nếu miếng ghép bị bong ra cùng với huyết thanh thì dùng một bơm tiêm dưới da hút để gỡ bỏ hoặc dùng dao làm rách miếng ghép.

7. Sau 7 đến 10 ngày, cắt chỉ, nhẹ nhàng rửa khu vực ghép và làm trơn bằng dầu khoáng. Tuần thứ hai sau ghép, chỉ dẫn bệnh nhân thường xuyên matxa và luyện tập cho vùng da mới ghép, đặc biệt là nếu nó nằm ở bàn tay hay ở cổ.

5.2. CÁC VẾT RÁCH VÀ VẾT THƯƠNG ĐẶC THÙ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Các vết rách có thể liên quan đến các tổn thương mạch máu thần kinh hoặc các tổn thương nghiêm trọng khác. Cần phải kiểm tra tổng thể để xác định các tổn thương lúc đầu không nhìn thấy
- Những vấn đề nhỏ cũng quan trọng vì xử lý sai lầm có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng

MẠCH MÁU, DÂY THẦN KINH VÀ GÂN

Đánh giá chức năng của gân, dây thần kinh và mạch máu nằm cách xa vết rách. Nói các mạch bị rách dù nó có bị chảy máu hay không vì mạch máu hiện không bị chảy máu cũng có thể bị chảy máu sau đó. Các mạch máu bị hư hỏng nặng có thể cần được thắt lại ở hai phía. Trước khi thắt các mạch lớn này hoặc một động mạch cần thử hiệu quả của tuần hoàn ngoại biên bằng cách nút mạch tạm thời.

Dùng một hoặc hai mũi chỉ buộc nhẹ các đầu của dây thần kinh qua lớp vỏ. Tương tự, chỉnh các đầu gân để tránh bị co. Các mũi chỉ này cần đủ chắc để hỗ trợ trong việc xác định gân và dây thần kinh khi thực hiện thủ thuật sau đó. Việc chỉnh sửa dây thần kinh và gân cơ gấp một cách hoàn chỉnh không cần làm gấp và tốt nhất là nên để cho bác sỹ phẫu thuật lành nghề thực hiện sau.

VẾT RÁCH TRÊN MẶT

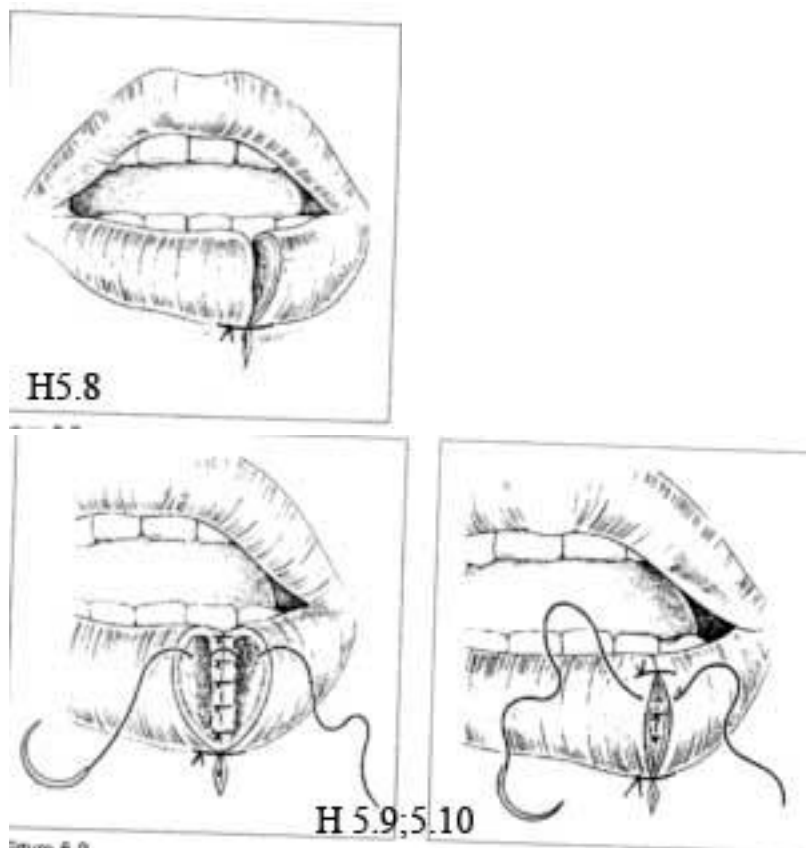
Có thể xử lý các vết thương trên mặt ở phòng bệnh nhân ngoại trú. Rửa sạch vết thương bằng nước và xà phòng, tránh làm vương vào mắt bệnh nhân. Thấm dung dịch muối vào vết thương. Giữ gìn các mô, đặc biệt là da, nhưng phải loại bỏ dị vật và các mô có vẻ bị hư hại. Khâu vết thương bằng chỉ sợi đơn không tiêu thông thường cỡ 4/0 hoặc 5/0. Sử dụng thêm băng dính vết thương. Tránh việc để lại vết khâu trên mặt, nên cắt chỉ sau 3-5 ngày. Nếu vết thương bị nhiễm bẩn thì cho dùng kháng sinh phòng bệnh để ngăn ngừa viêm tế bào.

Các vết thương lớn trên mặt liên quan đến việc mất mô và đòi hỏi phải được chăm sóc đặc biệt sau xử lý ban đầu. Chấm dứt hiện tượng chảy máu có thể nhìn thấy, rửa sạch vết thương và loại bỏ dị vật. Khâu lược mép vết thương bằng một ít chỉ sợi đơn sau khi đã làm sạch nó bằng gạc tệt trùng có chứa dung dịch muối.

VẾT RÁCH Ở MÔI

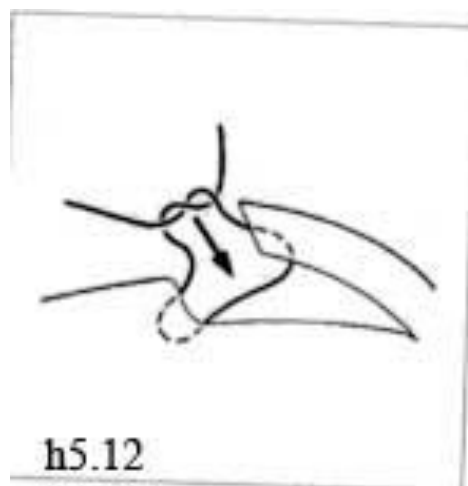
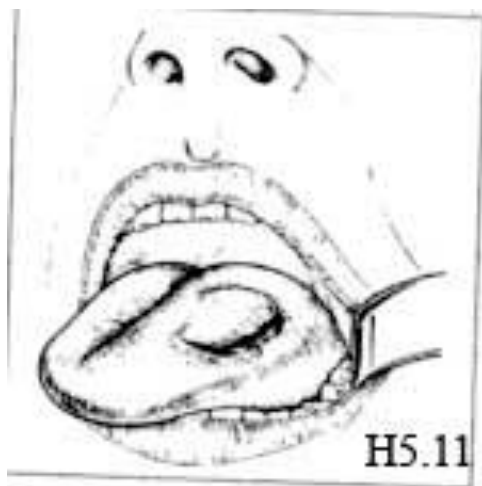
Vết rách nhỏ ở lớp nhầy khoang miệng không cần phải khâu. Khuyến bệnh nhân súc miệng thường xuyên, đặc biệt là sau khi ăn. Khi khâu các vết rách lớn phải gây mê tại chỗ. Để có kết quả tốt về mặt thẩm mỹ cần sắp xếp hai mép vết rách thật thẳng để đường viền môi thật khít. Để đạt được điều này phải đặt mũi chỉ đầu ở đường viền môi (Hình 5.8). Vùng này có thể bị méo mó vì bị sưng do gây mê tại chỗ hoặc bị nhợt nhạt do adrenaline, do đó cần hết sức cẩn thận, đánh dấu đường viền môi bằng bút.

Sau khi đường chỉ đầu tiên đã được đưa vào hãy sửa chữa phần còn lại của vết thương theo từng lớp một, bắt đầu từ lớp nhầy, tiếp đến là cơ và cuối cùng là da. (Hình 5.9; 5.10). Sử dụng chỉ rời tự tiêu cỡ 4/0 hoặc 3/0 để khâu những lớp bên trong và chỉ đơn sợi không tiêu cỡ 4/0 hoặc 5/0 để khâu da.



VẾT RÁCH Ở LƯỠI

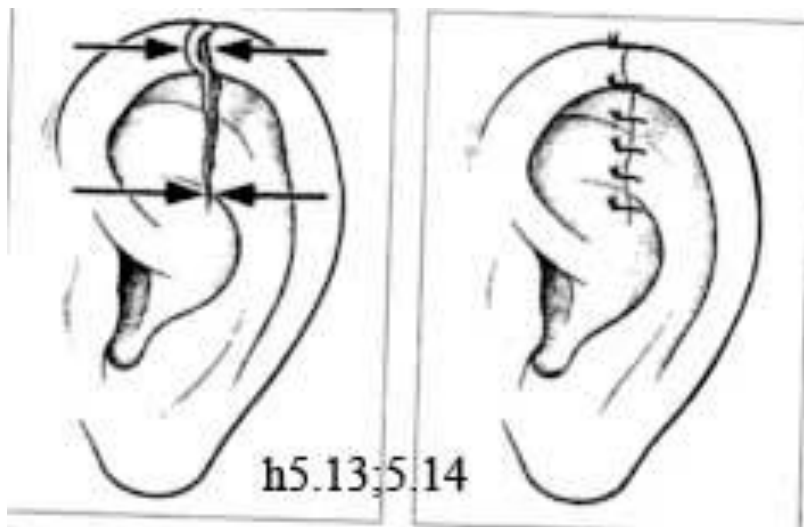
Phần lớn vết thương ở lưỡi có thể tự lành mà không cần khâu. Các vết rách có lấp ở hai bên cạnh hoặc ở phần lưng của lưỡi thì cần phải khâu (Hình 5.11). Khâu phần nắp bằng các mũi khâu liền với chỉ tự tiêu (Hình 5.12). Nên gây mê tại chỗ. Chỉ dẫn bệnh nhân súc miệng thương xuyên cho đến khi lành vết khâu.



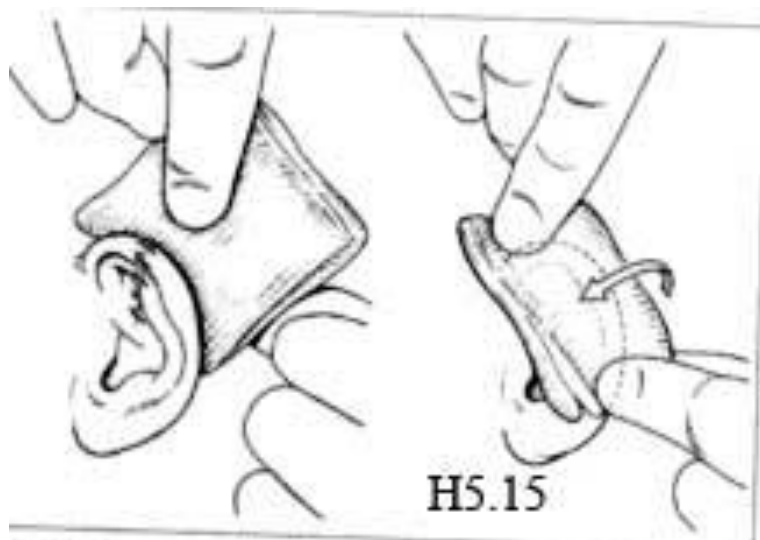
VẾT RÁCH Ở TAI VÀ Ở MŨI

Hình cong 3 chiều của loa tai và lỗ mũi và sự có mặt của sụn gây ra những khó khăn nhất định khi tai và mũi bị tổn thương. Các vết thương này thường ít gặp và bị trơ sụn do mất da.

Sử dụng các nếp gấp ở tai hoặc ở mũi như những ranh giới giúp giữ gìn đường giải phẫu. Đóng vết thương theo lớp bằng chỉ tự tiêu dành cho khâu sụn (Hình 5.13; 5.14)

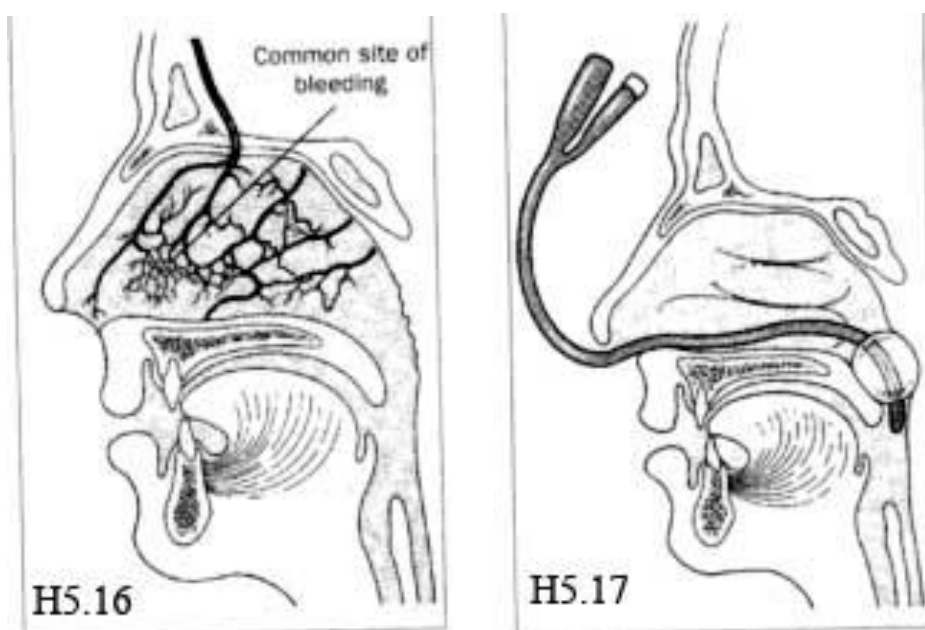


Việc băng vết thương rất quan trọng. Đắp gạc ẩm vào loa tai ở cả hai bên rồi băng kín lại để hạn chế việc hình thành máu tụ (Hình 5.15). Phủ phần sụn bị lộ khi khâu vết thương hoặc sử dụng miếng da ghép dày. Vết thương ở tai và ở mũi có thể ảnh hưởng đến sự dị dạng hoặc hoại tử của sụn.



CHẢY MÁU MŨI (CHẢY MÁU CAM)

Chảy máu cam thường xuất hiện từ đám rối của ven ở phần trong vách ngăn của mũi (Hình 5.16). Ở trẻ em, chảy máu cam thường do ngoáy mũi, các nguyên nhân khác như chấn thương, dị vật, u limphô Burkitt và ung thư biểu bì mũi hầu.



Xử lý chảy máu cam bằng cách cho bệnh nhân ở tư thế ngồi. Loại bỏ các cục máu mũi và họng để nhìn thấy khu vực chảy máu và kiểm tra chẩn đoán. Kẹp mũi bằng ngón cái và các ngón tay trong khi đặt túi đá lên mũi và trán. Tiếp tục tạo áp lực như thế và máu sẽ ngừng chảy trong vòng 10 phút. Nếu máu vẫn chảy, đặt gạc dài có thấm thuốc mỡ vào hai lỗ mũi. Nếu máu vẫn chảy sau khi đã đặt gạc thì nguồn gây chảy máu có thể là mũi-hầu sau. Tạo áp suất bằng

cách dùng quả bóng của ống thông Foley. Làm trơn ống thông, đưa qua mũi cho đến khi đầu ống chạm vào phần họng miệng. Lùi một chút để đưa quả bóng vào mũi hầu. Làm phồng quả bóng bằng nước đủ để tạo áp suất nhưng không gây khó chịu (5-10 ml nước cho người lớn nhưng dưới 5ml nước đối với trẻ em). Nhẹ nhàng kéo ống về phía trước cho đến khi quả bóng được giữ lại tại khoang hình phiễu sau (lỗ mũi sau). (Hình 5.17)

Buộc ống thông vào trán hoặc gò má theo cách giống như ống mũi-dạ dày. Với ống thông ở vị trí đó, đặt gạc có tẩm thuốc mỡ vào lỗ mũi trước.

Xả hơi ống thông sau 48 tiếng và nếu máu không chảy nữa thì tháo ống ra.

CHẤN THƯƠNG Ở MẮT

Chấn thương ở mắt là khá phổ biến và là nguyên nhân quan trọng dẫn đến mù loà. Để phòng ngừa hậu quả này cần chẩn đoán sớm và điều trị cẩn thận.

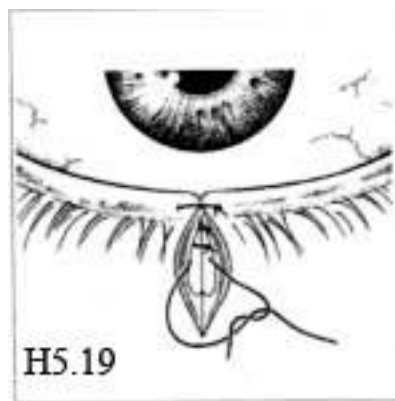
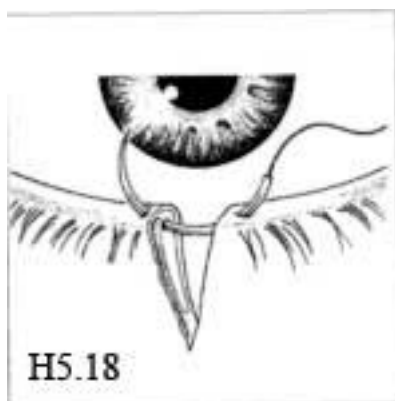
Các tổn thương bề mặt

Các vết rách bề mặt của màng kết và giác mạc không cần can thiệp bằng phẫu thuật. Nếu không có dị vật chỉ cần rửa mi mắt với thật nhiều dung dịch muối tiệt trùng, dùng thuốc mỡ tra mắt tetracycline 1% và đắp gạc che mắt lên mi mắt đóng. Để trong 24 tiếng sau đó kiểm tra lại mắt và mi mắt. Nếu tổn thương đã được giải quyết và tiến triển tốt thì tiếp tục dùng mỡ kháng sinh 3 lần một ngày trong 3 ngày.

Rách mi mắt

Vệ sinh vết rách và mở ổ tối thiểu, cố gắng giữ mô khi có thể. Không được cạo lông mày hoặc làm rớt da có lông vào vết thương. Nếu vết rách bao gồm cả mép mi thì khâu một mũi phía sau lông mi để đảm bảo hai bờ tự do thật khớp (Hình 5.18). Thực hiện việc sửa chữa theo lớp: màng kết và mi mắt dùng chỉ tự tiêu cỡ 6/0, da dùng chỉ không tiêu cỡ 6/0 và cơ dùng chỉ tự tiêu cỡ 6/0 (Hình 5.19). Buộc chỉ cách xa ổ mắt.

Vết rách bao gồm cả tiểu quản nước mắt thì cần điều trị tiểu quản. Điều trị bệnh nhân tại chuyên khoa về phẫu thuật ống những trước đó phải điều trị vết rách ở mi.



Mắt

Mục tiêu đầu tiên trong xử lý các chấn thương mắt là cứu thị lực và phòng ngừa sự tiến triển của tình huống có thể gây thêm các hư hại khác.

Chấn thương kín

Xuất huyết tiền phòng do các chấn thương tù gây ra. Kiểm tra nhãn áp. Nếu nhãn áp tăng lên hoặc cho thấy xuất huyết tiền phòng hoặc đau thì cho dùng acetazolamide 250mg qua đường miệng 6 tiếng một lần. Nếu bệnh nhân bị xuất huyết tiền phòng thì phải cho nhập viện, đặt nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường và đắp cả hai mắt. Kiểm tra và thay băng hàng ngày. Nếu xuất huyết tiền phòng không hết trong vòng 5 ngày thì phải chuyển viện

Vết rách và chấn thương buột

Xử lý vết thủng của giác mạc không bị sa đồng tử và tiền phòng còn nguyên vẹn bằng atropine tại chỗ (1% giọt hoặc mỡ) và kháng sinh tại chỗ (1% giọt). Đắp mắt bị thương bằng băng tiệt trùng và kiểm tra hàng ngày. Sau 24 giờ nếu tiền phòng vẫn còn thì dùng atropine 1% và thuốc mỡ kháng sinh hàng ngày trong tuần tiếp theo.

Nếu tiền phòng bằng phẳng, băng mắt 24 giờ. Nếu tiền phòng không thay đổi thì cho bệnh nhân chuyển viện.

Chuyển viện cho những bệnh nhân thủng giác mạc bị biến chứng nghẹt đồng tử hoặc đứt phía sau cầu mắt. Nghi ngờ đứt phía sau cầu mắt nếu có nhãn áp thấp và tầm nhìn kém. Nhỏ atropine 1%, bảo vệ mắt bị thương bằng băng tiệt trùng và tẩm chắn và đưa bệnh nhân đến bác sĩ nhãn khoa.

Đo nhãn áp

Đo nhãn áp bằng phương tiện của áp kế mắt Schiötz. Nhỏ thuốc gây mê vào hai mắt. Chỉ dẫn bệnh nhân nhìn lên giữ cho mắt cố định. Dùng tay kia nhẹ nhàng tách hai mi mắt mà không ấn vào nhãn cầu rồi đặt áp kế mắt ở góc phải so với giác mạc (Hình 5.20). Ghi chép những thông tin trên cần áp kế và thu những giá trị tương đương bằng milimét thủy ngân (mmHg) hoặc kilopascals (kPa) từ bảng quy đổi. Kiểm tra lại những thông tin đọc được ở đầu trên của cần áp kế bằng cách đo lại, sử dụng trọng lượng bổ sung được cung cấp trong bộ dụng cụ. Nhắc lại quy trình này đối với mắt bên kia. Nhãn áp trên 25mmHg (3.33kPa) là cao hơn bình thường nhưng không có gì đặc biệt. Những kết quả trên 30mmHg (4.00kPa) cho thấy khả năng bị bệnh glaucome và bệnh nhân phải ngay lập tức được chuyển viện để điều trị.



CÁC CHỖ GẤY MỠ

Các chỗ gãy mỡ, có thể gọi là các chỗ gãy hỗn hợp, là những tổn thương bao gồm cả xương và mô mềm. Tổn thương mô mềm dẫn đến những ô nhiễm tại vùng gãy. Tất cả các chỗ gãy mỡ đều bị nhiễm bẩn, so đó, đóng vết thương kì là hoàn toàn chống chỉ định. Đóng vết thương dẫn đến nhiễm trùng kị khí và viêm xương tuỷ mãn tính. Điều trị bằng cách vệ sinh vết thương, mở ổ và cố định chỗ gãy. Trước khi mở ổ cần làm kháng sinh đồ.

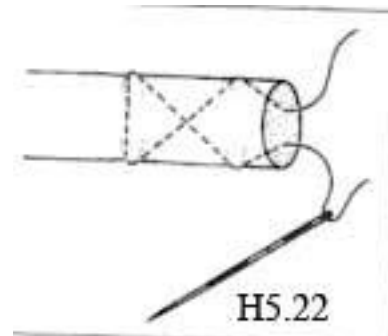
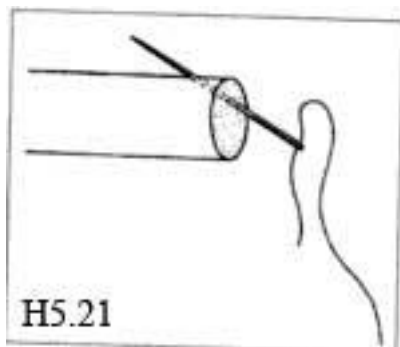
Khi mở ổ một chỗ gãy hỗn hợp, loại bỏ các mảnh xương vụn. Không được gỡ cơ và màng xương khỏi xương bị gãy. Để lại các mạch máu, dây thần kinh và gân còn nguyên vẹn. Vệ sinh phẫu thuật cho những vết thương như thế này là việc làm khẩn cấp. Thực hiện mở ổ trong vòng 6 giờ và nhanh chóng cho

bệnh nhân chuyển viện. Viêm xương tuỷ là một biến chứng vô cùng nghiêm trọng có thể tránh được bằng việc vệ sinh vết thương cẩn thận và nhanh chóng.. Cố định chỗ gãy sau khi mở ổ; sau đó thực hiện điều trị chỗ gãy

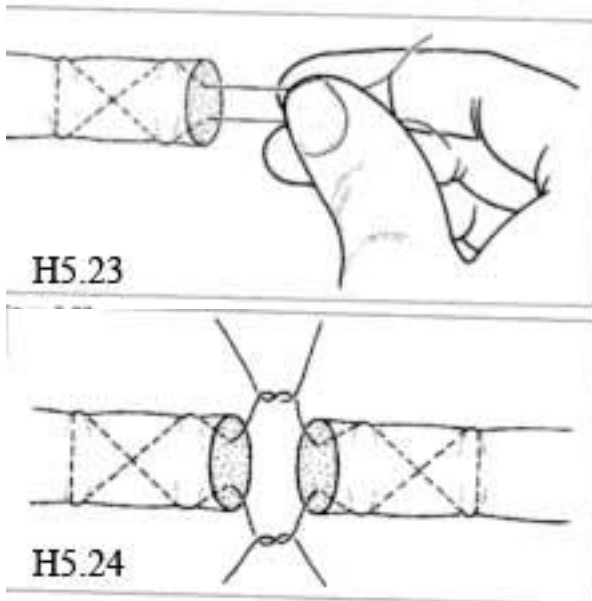
Bất động chỗ gãy bằng một tấm nẹp thạch cao quấn giấy thấm, bó bột toàn bộ khi cần. (xem Bài 17: Kỹ thuật chỉnh hình)

CÁC VẾT RÁCH Ở GÂN

Ngay lập tức phải sửa những vết rách gân bằng chỉ dành đối với các gân xơ gấp ở cánh tay; các gân cơ duỗi ở cánh tay, cổ tay, ngón tay; gân cơ duỗi ở mu mắt cá và mu bàn chân và gân Asin. Trì hoãn việc sửa các gân cơ gấp ở các ngón tay có màng hoạt dịch đến khi vết thương được làm sạch và đóng vết thương với tay nghề của một bác sĩ chuyên khoa.



Để thực hiện việc sửa chữa, sử dụng gậy mê toàn thân hoặc gậy mê tê tạ chỗ. Sau khi mở vết thương, luồn chỉ khâu vòng (3/0 không tiêu hoặc 3/0 acid polyglycolic) vào một kim khâu thẳng, xuyên qua gân ở mặt bị cắt sang bên kia khoảng 0.5 cm và tiếp tục thực hiện như theo hình vẽ (Hình 5.21, 5.22, 5.23). Kéo hai đầu chỉ để nâng phần chùng nhưng không được bó gân lại. Thực hiện tương tự với đầu bên kia rồi buộc các đầu của chỉ khâu tương ứng với nhau rồi dấu nút buộc vào giữa (Hình 2.24). Cắt ngắn chỉ. Giữ các gân vừa được khâu trong tư thế thoải mái bằng nẹp trong 3 tuần.



CÁC VẾT THƯƠNG DO SÚC VẬT CẮN

Các nguy cơ do bị súc vật cắn bao gồm:

- Trực tiếp tổn thương đến mô
- Phản ứng dị ứng
- Nhiễm trùng
- Nhiễm độc
- Lây truyền bệnh

Sơ cứu ban đầu bao gồm rửa vết thương để loại bỏ độc tố toxin, băng tiệt trùng, phòng bệnh bằng kháng sinh và tiêm ngừa uốn ván. Điều trị dị ứng bằng adrenaline hoặc antihistamines

Vết cắn do chó, mèo và người.

Vết cắn do chó thường ở đầu và cổ trẻ em và gây nên tổn thương mô nghiêm trọng. Các vết cắn do người thường ở tay hoặc ở cánh tay, ngực hoặc cơ quan sinh dục. Các khớp xương bàn tay hoặc các gân cơ duỗi cũng thường bị tổn thương. Điều trị vết cắn do người bằng mở ổ và dùng kháng sinh ngăn ngừa nhiễm trùng.

Kiểm tra thần kinh, gân và chức năng mạch máu. Rửa vết thương bằng dung dịch muối, loại bỏ dị vật và các mô bị hỏng. Kiểm tra xem vết thương có bị nhiễm bẩn không và cho phủ kháng sinh lên các tổ chức ưa khí và không ưa khí. Các vết cắn do người và mèo thường bị nhiễm trùng. Đóng sơ bộ vết thương trên mặt; đóng vết thương ngoài rìa và vết thương bị lâu hơn 6 tiếng bằng đóng kì một hoặc kì II. Bất động và nâng phần bị thương. Nếu các cấu trúc cơ bản

bao gồm xương, khớp và gân đều bị ảnh hưởng thì cần phải có sự chăm sóc đặc biệt. Xác định nhu cầu tiêm phòng bệnh dại.

Tiêm phòng bệnh dại.

Vết cắn do các động vật hoang dã và vật nuôi trong nhà đều là nguồn nhiễm trùng bệnh dại, đặc biệt là do chó chưa được tiêm phòng. Nếu bắt được súc vật nuôi trong nhà thì theo dõi trong vòng 10 ngày xem có dấu hiệu của bệnh dại không. Nếu không có thì súc vật được coi là không bị bệnh dại và bệnh nhân được an toàn.

Khi không bị khiêu khích mà con vật đó vẫn cắn thì nhiều khả năng nó bị mắc bệnh dại. Cần quan tâm đến tiêm phòng bệnh dại, rửa và mở ổ vết thương. Tiêm phòng bệnh dại sau khi mở bao gồm cả HRIG(Globulin miễn bệnh dại cho người) và vắc-xin. Có hai loại vắc-xin:

- Vắc-xin dại nhệ bội dành cho người
- Vắc-xin dại tự tiêu

Tiêm 1ml vắc-xin(một trong hai loại trên) vào cơ delta (đối với người trưởng thành) và trong bắp đùi (đối với trẻ em) vào các ngày thứ 1,3,7,14 và 28 . Dùng HRIG với liều lượng 20IU/kg. Thâm nhiễm một nửa vòng theo vết thương và dùng lượng còn lại tiêm vào cơ.

HRIG không được chỉ định dùng cho các cá nhân đã được tiêm chủng hoặc sau khi mở 7 ngày. Cơn đau tại chỗ và sốt nhẹ có thể gây ảnh hưởng đến HRIG hay vắc-xin dại.

Rắn cắn

Thường xảy ra tình trạng bị rắn độc cắn. Nọc độc là một hỗn hợp của các hợp chất enzymes và các hợp chất không chứa enzymes. Nhiễm độc thần kinh gây lên ngừng thở, nhiễm độc tim gây lên hiện tượng tim ngừng đập và nhiễm độc tế bào gây lên sự phá huỷ các mô mềm, nhiễm trùng và suy thận do myoglobin-niêu. Vết rách gây chảy máu.

Không phải tất cả các vết rắn cắn đều gây lên hiện tượng nhiễm độc. Vết cắn đầu không phải lúc nào cũng đau và có thể không có hai vết răng nanh. Nếu không đau và không sưng sau 30 phút thì không bị nhiễm nọc độc. Các vết cắn không bị nhiễm độc ít đau hơn và thường xuất hiện các hàng vết thủng có liên quan đến phản ứng mô tại chỗ.

Cách điều trị bao gồm:

- Sơ cứu ban đầu
- Chăm sóc vết thương

- Hỗ trợ toàn thân
- Chống độc

Sơ cứu ban đầu

Nọc độc lan ra thông qua hệ thống bạch huyết và có thể được phòng ngừa bằng cách đặt băng áp suất (không dùng garô) lên vết thương và nẹp lại cẩn thận. Không cho phép bệnh nhân đi lại.

Chăm sóc vết thương

Không thực hiện các vết cắt gần vết thương; Cho tiêm phòng uốn ván đối với người chưa tiêm phòng. Nếu có nhiễm trùng, cho sử dụng kháng sinh và nếu vết thương bị sưng to thì thực hiện cắt mạc. Nếu cần, vệ sinh vết thương và mở ổ mô bị hoại. Một số trường hợp có thể phải cắt cụt.

Hỗ trợ toàn thân

Cho bệnh nhân nhập viện để theo dõi. Lấy mẫu máu để xác định sự phù hợp về máu của người cho và người nhận, đánh giá tình trạng đông máu, lượng urine máu và thực hiện ECG. Theo dõi dấu hiệu của suy hô hấp. Điều trị suy hô hấp bằng đặt ống nội khí quản và lọc máu bằng oxy. Nếu bệnh nhân bị tê liệt thần kinh sọ não thì dùng neostygmine để phòng ngừa suy hô hấp. Ổn định huyết áp và lượng nước tiểu bài tiết. Sử dụng hỗ trợ ionotropic chỉ khi có sự giảm huyết áp gây nguy hiểm đến tính mạng.

Chống độc

Nếu nghi ngờ có sự lan rộng toàn thân thì cần chống độc. Nếu biết được loại rắn thì tiêm tĩnh mạch thuốc chống độc đơn trị đặc thù sau 30 phút. Nếu không biết rõ thì dùng thuốc chống độc đa trị. Nếu bệnh nhân trước đó đã truyền huyết thanh ngựa thì cho dùng liều thử. Nếu nghi ngờ, cho dùng chất kháng histamin và steroid trước khi dùng thuốc chống độc để tránh phản ứng dị ứng. Sử dụng một ống tiêm (50ml) thuốc chống độc là phù hợp nhưng tiêm nhắc lại cho đến khi loại trừ được ảnh hưởng của chất độc. Ở các trung tâm nhỏ, dự trữ ít nhất 2 ống tiêm thuốc chống độc để sử dụng cho các trường hợp rắn cắn tại địa phương.

5.3. VẾT BỎNG

Vết bỏng do nhiệt là một tổn thương rất nghiêm trọng có thể dẫn đến tổn thương mô mềm cũng như sự thay đổi về trao đổi chất ảnh hưởng đến sự cân

bằng dịch. Trong khi phần lớn vết bỏng là tổn thương nhỏ và không cần đưa đến bệnh viện thì các vết bỏng rộng lại gây nguy hiểm đến tính mạng. Tuổi tác cũng ảnh hưởng đến đầu ra; những người quá trẻ và những người cao tuổi đều không chịu đựng được các vết bỏng. Chấn thương do bỏng thường kéo theo các tổn thương liên quan khác.

Bắt đầu điều trị bằng thông khí và hồi sức bằng dịch truyền. Sử dụng lượng dung dịch muối hoặc Ringer lactate theo công thức 9's. Hoàn tất đánh giá kì một và kì hai rồi sau đó bắt đầu điều trị vết thương. (xem Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*).

Nhiệt năng làm cho lớp biểu bì, hạ bì và các mô dưới da bị đông và chết ở các mức độ khác nhau. Các mô còn sống ở ngoại biên vết bỏng có thể được cứu nếu sự tưới máu tới mô được duy trì và nhiễm trùng được kiểm soát.

Phân loại các vết bỏng sâu

Độ sâu của vết bỏng phụ thuộc vào nhiệt độ của các nguồn nhiệt và khoảng thời gian bị bỏng. Bỏng có thể được phân loại như vết bỏng bề mặt, da, hoặc vết bỏng nặng. Những vết bỏng nhẹ thông thường ở bề mặt; chất carbon từ khói có thể là nguyên nhân gây xém cháy bề mặt. Cháy nhà, cháy quần áo, cháy dầu mỡ, bỏng hơi nước và các chất hóa học thường xuyên gây ra những vết bỏng nặng và bỏng da; trong khi kim loại nóng chảy, nguồn điện và các máy nén nóng thông thường là nguyên nhân gây ra bỏng nặng.

Bỏng độ 1 (bề mặt)

Các mô bị phá hủy được giới hạn ở các lớp biểu bì và lớp trên của da. Các đầu dây thần kinh ở da trở nên nhạy cảm và bề mặt vết bỏng đau. Các vết bỏng này thường bị phỏng giộp. Nếu vết bỏng không bị nhiễm bẩn thì sẽ lên da non sau 5 đến 7 ngày.

Bỏng độ 2 (bỏng da).

Lớp thấp nhất của lớp biểu bì, lớp phôi nhận sự hỗ trợ và nuôi dưỡng từ da. Phần của lớp phôi vẫn còn sống ở trong da và có thể tái phủ đầy biểu mô vết thương. Khi vết bỏng sâu hơn thâm nhập vào trong da thì số lượng biểu bì còn sống trở nên ít hơn. Một lượng sẹo trên da tương đương với mật độ của các biểu bì còn sống sót. Các vết bỏng sâu có thể lâu lành hơn, kéo dài hơn 21 ngày và thường để lại sẹo, do đó nên thực hiện việc cấy ghép da. Bởi các mạch máu và đầu dây thần kinh trên da bị phá hủy, phần da bỏng trở nên xám và ít đau hơn bỏng bề mặt.

Bỏng độ 3 (bỏng nặng)

Bỏng nặng phá hủy tất cả các biểu bì và cấu trúc da. Protein đông tụ làm bề mặt da có màu trắng và dẫn đến mất khả năng lưu thông và cảm giác. Sau khi tạo thành vảy chết, quá trình lên da non rất chậm từ rìa vết thương. Lúc này việc cấy da là cần thiết trừ khi vùng bị thương rất nhỏ. Việc để lại vết sẹo xấu là không trách khỏi.

Bỏng hỗn hợp

Các vết bỏng thường có độ nông, sâu hỗn hợp. Ước tính độ sâu trung bình căn cứ vào bề mặt vùng da bị bỏng và cảm giác. Sự hồi phục tùy thuộc vào độ bỏng hai hay ba và việc điều trị tại chỗ vết bỏng tại các vị trí đặc thù.

Chăm sóc vết thương

Sơ cứu

Nếu bệnh nhân đến cơ sở y tế không có các phương tiện sơ cứu, cần làm ướt vết bỏng bằng nước lạnh để tránh bị phá hủy thêm và lột bỏ tất cả quần áo bị cháy. Nếu vết bỏng hẹp, ngâm vào nước lạnh trong 30 phút để giảm đau, giảm phù nề và giảm thiểu sự phá hủy mô.

Nếu vết bỏng rộng, sau khi dội nước lạnh, cuốn khăn sạch quanh chỗ bị bỏng (hoặc cuốn cả người bệnh nhân) để tránh mất nhiệt toàn thân và giảm thân nhiệt. Sự giảm thân nhiệt đặc biệt nguy hiểm đối với trẻ em. 6 giờ đầu sau chấn thương là rất nguy hiểm; chuyển bệnh nhân bỏng nặng tới bệnh viện càng sớm càng tốt.

Điều trị ban đầu

Ban đầu, tất cả các vết bỏng đều vô trùng. Tập trung điều trị nhanh và tránh nhiễm trùng. Nên cho tiêm phòng uốn ván trong tất cả các trường hợp.

Ngoại trừ các vết bỏng nhỏ, cắt bỏ bóng giộp hoại tử. Trước tiên, cắt bớt phần mô chết dính trong vài ngày đầu. Sau khi cắt bỏ hoại tử, nhẹ nhàng làm sạch vết bỏng với 0,25% (2,5g/lit) dung dịch chlorhexidine, 0,1% (1g/lit) dung dịch cetrimide, hoặc nước đã khử trùng. Không sử dụng dung dịch chứa cồn. Rửa nhẹ nhàng loại bỏ các mô yếu dính. Bôi một lớp kem mỏng chất kháng sinh (sulfadiazine bạc). Băng vết bỏng với gạc mỡ và gạc khô đủ dày để tránh rò rỉ ra lớp bên ngoài.

Điều trị hàng ngày

Hàng ngày, thay quần áo chỗ bông (có thể 2lần/ngày) hoặc thường xuyên nếu cần thiết để tránh rò rỉ ra quần áo. Với mỗi lần thay đồ, loại bỏ tất cả mô bông ra. Kiểm tra vết thương, nếu đổi màu hoặc chảy máu thì đó là dấu hiệu của nhiễm trùng. Sốt không phải là dấu hiệu đầy đủ tuy rằng nó có thể vẫn còn dai dẳng đến khi vết thương lành. Dùng kháng sinh toàn thân trong trường hợp vết thương nhiễm liên cầu khuẩn hoặc nhiễm trùng máu. Sự nhiễm trùng *Pseudomonas aeruginosa* thường xuyên dẫn đến nhiễm trùng máu và tử vong. Điều trị với aminoglycosides toàn thân.

Dùng kháng sinh tại chỗ hàng ngày. Nitrate bạc (0,5%) là rẻ nhất, cuốn băng hút giữ nhưng không thấm vào vảy. Nó làm tan chất điện phân và làm biến màu vùng xung quanh. Sử dụng sulfadiazine bạc (1% hỗn hợp thuốc mỡ) ở một lớp băng. Hạn chế thấm vào vảy da và có thể gây giảm bạch cầu tế bào. Mafenide acetate (11% trong hỗn hợp thuốc mỡ) được sử dụng mà không cần băng. Nó thấm vào vảy da nhưng lại gây nhiễm axit. Xen kẽ những tác nhân này là một chiến lược phù hợp.

Điều trị bàn tay bị bỏng với việc chăm sóc đặc biệt giúp giữ gìn chức năng của bàn tay. Bôi sulfadiazine bạc và đeo găng tay polythene lỏng hoặc túi bó chặt cổ tay bằng băng kép. Nâng cao tay trong 48 giờ đầu, sau đó yêu cầu bệnh nhân tập các bài tập tay. Thay găng, rửa tay ít nhất ngày một lần, kiểm tra chỗ bông và bôi sulfadiazine bạc, đeo găng tay. Nếu cần thiết cấy da, cân nhắc trong việc chọn chuyên gia điều trị sau khi mô liên kết khỏe mạnh xuất hiện

Giai đoạn lên da non

Độ sâu của bỏng và bề mặt liên quan đến quá trình lên da non. Không có nhiễm trùng, bỏng bề ngoài lành nhanh chóng. Ghép một miếng da lên phần da bị bỏng nặng sau khi cắt lọc vết thương.

Lên kế hoạch chăm sóc lâu dài cho bệnh nhân. Các vết sẹo ban đầu sẽ có màu đỏ, lan rộng và rất khó chịu. Chúng thường trở nên phì đại và hình thành sẹo lồi. Chúng sẽ trở nên phẳng, mềm và mờ dần với thời gian nhưng quá trình là không thể đoán trước được và có thể mất đến 2 năm.

Ở trẻ em, các vết sẹo không thể lan rộng bất kịp sự phát triển của cơ thể nên có thể dẫn đến sự co cứng. Cần sớm can thiệp bằng phẫu thuật trước khi nó ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ.

Sẹo do bỏng trên mặt dẫn đến dị dạng về mặt thẩm mỹ, tật lộn mi mắt và co cứng môi. Tật lộn mi mắt có thể dẫn đến viêm giác mạc và mù loà, còn dị dạng môi ảnh hưởng đến ăn uống và chăm sóc miệng. Cần có sự chăm sóc

chuyên biệt cho các bệnh nhân này vì cấy ghép da thường không mang lại hiệu quả.

Dinh dưỡng

Yêu cầu về năng lượng và protein của bệnh nhân sẽ rất cao do sự di hoá của chấn thương, mất nhiệt, nhiễm trùng và nhu cầu tái tạo mô. Nếu cần thiết, cho bệnh nhân ăn qua ống mũi-dạ dày để đảm bảo sự hấp thu năng lượng (lên đến 6000kcal mỗi ngày). Thiếu máu và suy dinh dưỡng sẽ làm vết bỏng lâu lành và làm hư hại các miếng da được cấy ghép. Trứng và dầu lạc rất tốt và lại dễ mua ngay tại địa phương.

5.4. DỊ VẬT

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Loại bỏ dị vật có thể rất khẩn cấp vì trong trường hợp suy hô hấp hay khi có những mảnh vỡ bằng kim loại.
- Loại bỏ dị vật có thể phức tạp hoặc mất thời gian, do đó bệnh nhân cần được gây mê
- Khi loại bỏ các dị vật có tính cản quang cần cho chụp X - quang
- Dị vật trong sọ, ngực, ổ bụng hoặc gần các cấu trúc quan trọng của cơ thể cần được loại bỏ trong phòng mổ để chuẩn bị đối phó với những biến chứng có thể xảy ra.

CÁC VỊ TRÍ ĐẶC BIỆT CÓ DỊ VẬT

Mắt

Màng kết

Sử dụng dung dịch muối tiệt trùng rửa cho dị vật ra ngoài hoặc sau khi gây mê cục bộ, dùng cọ có đầu bằng bông lấy dị vật ra. Có thể lộn mi mắt để làm cho rõ dị vật.

Giác mạc

Nếu bệnh nhân nói rằng cảm thấy có dị vật nhưng nhìn không thấy thì nhỏ 2 giọt sodium fluorescein 2%. Xước giác mạc, mà bệnh nhân không thể

phân biệt được với việc có dị vật trong mắt, sẽ được xác định bằng sự lưu lại của chất màu xanh lá cây trong vết xước. Để loại bỏ dị vật ở bề mặt giác mạc, sử dụng kim số 27. Dùng mỡ kháng sinh và bông che mắt trong 24 giờ. Chuyển viện đối với bệnh nhân bị dị vật giác mạc không thể lấy ra được và những người bị bỏng giác mạc quá 3 ngày.

Dị vật trong mắt

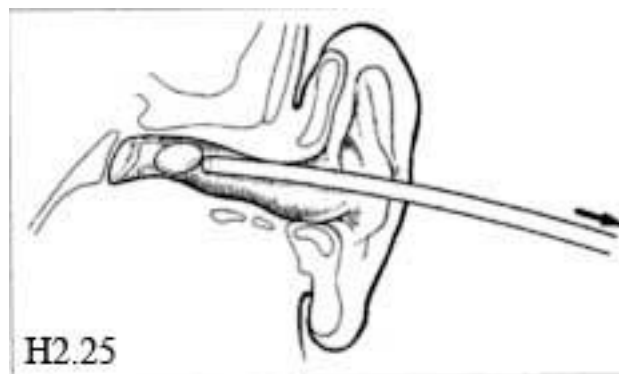
Dị vật trong mắt có thể được xác định bằng chụp X-quang hoặc khám lâm sàng. Dùng atropine 1%, đắp mắt bằng gạc tệt trùng, băng lại và đưa bệnh nhân đến bác sĩ mắt. Tiêm chủng ngừa uốn ván cho tất cả các bệnh nhân bị tổn thương cầu mắt.

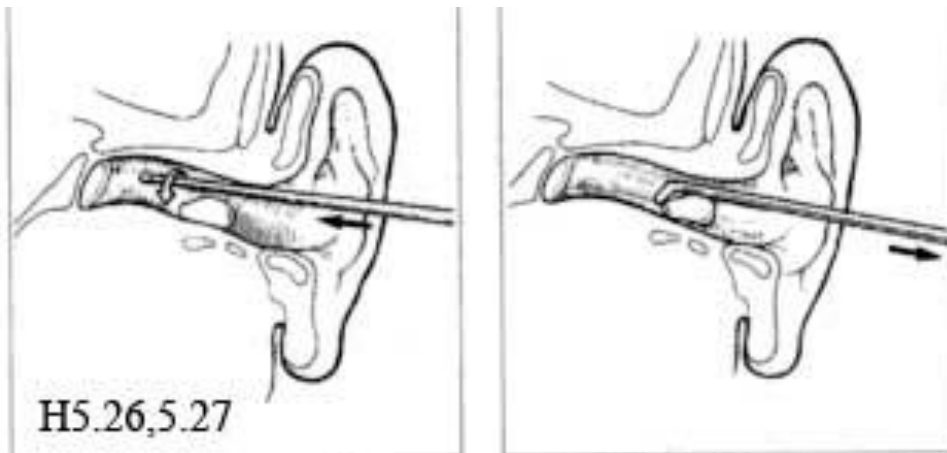
Tai

Trẻ em thường cho các dị vật như hạt đỗ, hạt đậu, gạo, bánh mì, hạt trái cây hay những viên đá nhỏ vào tai của chúng. Các cục ráy tai đôi khi cũng bị nhầm là dị vật. Cần bộc lộ ống tai để có thể phát hiện ra dị vật. Dùng bơm tiêm để bơm nước rửa tai. Cách này có thể loại bỏ phần lớn dị vật nhưng vô tác dụng nếu dị vật thấm được nước, ví dụ như hạt giống. Nếu cần, sử dụng ống cao su mềm hút nhẹ dị vật ra. Đặt ống đối diện với dị vật (Hình 5.25)

Một lựa chọn khác là cho một chiếc thìa nạo tai hoặc một cái móc vượt qua dị vật rồi kéo lại để dị vật lọt ra ngoài cùng chiếc móc (Hình 5.26, 5.27). Việc này đòi hỏi kỹ thuật nhẹ nhàng và một bệnh nhân biết chịu đựng; đối với trẻ em thì có thể phải gây mê. Để loại bỏ một con côn trùng đang di chuyển từ trong tai ra, phải bắt động nó bằng cách rửa bằng glycerol sau đó rửa bằng cách bơm nước vào tai.

Để lấy ráy tai, bơm nước ấm vào tai. Nếu ráy tai vẫn còn, hướng dẫn bệnh nhân nhỏ glycerol hoặc dầu thực vật hai lần một ngày trong 2 ngày sau đó bơm nước vào tai để rửa lại.





Mũi

Làm cho rõ các dị vật trong mũi để xác định xem nó là loại gì và nằm ở chỗ nào. Loại bỏ dị vật có bề mặt xù xì bằng kẹp góc hoặc đưa móc qua nó, xoay móc và kéo dị vật ra. Có thể sử dụng ống hút bằng cao su.

Đường khí

Dị vật đường khí thường hay gặp ở trẻ em; hạt đậu là vật phổ biến nhất. Chúng thường ở trong phế quản chính bên phải và tiếp theo là bị nghẹn khi ăn. Tiếng khò khè khi hít vào có thể bị chẩn đoán nhầm với bệnh hen và làm chậm quá trình chẩn đoán. Chỉ định loại bỏ dị vật bằng nội soi phế quản.

Nghẹt đường hô hấp trên khi nuốt thức ăn thường xuất hiện do nhai không kĩ. Nó có thể liên quan đến sự sắp xếp răng trong miệng. Bệnh nhân bị sự tấn công bất ngờ của sự khó thở trong khi ăn. Phương pháp điều trị là Heimlich manoeuvre (xem bài 13: *Hồi sức và chuẩn bị cho gây mê và phẫu thuật*)

Đường dạ dày ruột

Dị vật thực quản và dạ dày ở trẻ em thường là đồng xu, trong khi ở người lớn thường là xương hoặc là miếng thức ăn. Dị vật thường mắc tại các đoạn hẹp tự nhiên của thực quản trên, phần hình cung động mạch chủ ở thực quản giữa và điểm nối dạ dày-thực quản.

Loại bỏ dị vật ở thực quản trên bằng kính soi thanh quản và kẹp Magill. Kính soi thanh quản cứng hay linh hoạt là cần thiết đối với các dị vật thực quản giữa và dưới và bệnh nhân cần chuyển sang dạng điều trị này. Các vết rách nông ở miệng thực quản do xương cá làm cho bệnh nhân cảm giác thấy dị vật. Vấn đề này sẽ được giải quyết trong 24 tiếng nhưng có thể cần đến khám bằng nội soi.

Các vật trơn, nhẵn vào dạ dày thường đi qua đường dạ dày -ruột và không yêu cầu phải thu hồi lại. Chỉ dẫn bệnh nhân hoặc cha mẹ kiểm tra các chất trong ruột (các thức đã ăn) để xác định đường đi của dị vật. Các dị vật sắc phải được lấy ra bằng nội soi. Người lớn bị rối loạn thần kinh có thể ăn vào bụng các dị vật lớn mà phải mở ổ bụng mới lấy ra được. Điều trị dị vật trong dạ dày bằng cách trộn lẫn chúng với proteolytic enzymes (chất làm mềm thịt)

Các dị vật tù ở ruột non thường đi ra ngoài theo đường dạ dày ruột không khó khăn gì. Các vật sắc thì đòi hỏi phải xem xét kỹ bằng một loạt X-quang và loại bỏ bằng cách phẫu thuật nếu các dấu hiệu lâm sàng cho thấy có nguy cơ bị thủng ruột. Dùng cách tẩy nhẹ là chống chỉ định.

Ruột kết và ruột thẳng

Các dị vật sắc có thể làm thủng ruột kết trong khi di chuyển. Loại bỏ các dị vật trong ruột thẳng bằng cách gây mê rồi nới lỏng cơ.

Mô mềm

Xác định dị vật (thường là ghim hoặc kim) trong bàn chân hoặc đầu gối bằng chụp X-quang. Thử loại bỏ chúng trong khi gây tê tại chỗ. Nếu thất bại, thực hiện thủ thuật với gây mê khu vực hoặc gây mê bằng ketamine với sự trợ giúp của quang tuyến.

Loại bỏ đạn trong mô dưới da hoặc cơ nếu chúng nhiễm bẩn nhiều hoặc nếu vết thương cần phải được khám nghiệm vì các lý do khác. Để nguyên những viên đạn nằm sâu hoặc các mảnh vỡ nếu các cấu trúc quan trọng của cơ thể không bị nguy hiểm. Loại bỏ đạn khỏi ổ khớp.

Các khoang cơ thể

Tiến hành loại bỏ dị vật xuyên qua đầu, ngực hoặc ổ bụng trong phòng mổ sau khi đường khí của bệnh nhân đã được ổn định và đã chuẩn bị cho những vấn đề có thể xảy ra sau khi loại bỏ dị vật, có thể bao gồm cả xuất huyết.

5.5.VIÊM TẾ BÀO VÀ ÁP-XE

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Nếu không thành công trong việc điều trị nhiễm trùng thì có thể là do hiện tượng kháng thuốc kháng sinh hoặc sự hình thành ổ áp-xe
- Nếu xác định đã hình thành ổ áp-xe, phải dẫn lưu nó bằng vết rạch phẫu thuật
- Dẫn lưu phẫu thuật phù hợp yêu cầu gây mê để đảm bảo rằng tất cả các phần của ổ áp-xe đều được bộc lộ.

NGUYÊN TẮC CHUNG

Viêm tế bào và viêm mạch bạch huyết

Viêm tế bào là nhiễm trùng bề mặt lan rộng trên da hoặc các mô dưới da và thường kéo theo nó là các vết rạch và vết thương cần phẫu thuật.

Vi sinh vật gây bệnh thường gặp nhất là streptococci mẫn cảm với penicillin. Viêm tế bào được đặc trưng bởi tình trạng viêm (sung, nóng, đỏ, đau). Ranh giới giữ vùng da bị viêm và vùng da không bị viêm thường khó phân biệt và sự nhiễm bệnh toàn thân được đặc trưng bởi sốt, ớn lạnh, khó chịu và nhiễm độc đôi khi cũng xuất hiện.

Viêm mạch bạch huyết là hiện tượng viêm kéo dài dọc theo các mạch bạch huyết ở các mô dưới da. Điều trị viêm tế bào và viêm mạch bạch huyết bằng kháng sinh. Nếu không thành công có thể dẫn đến việc hình thành áp-xe và phải cần đến dẫn lưu phẫu thuật.

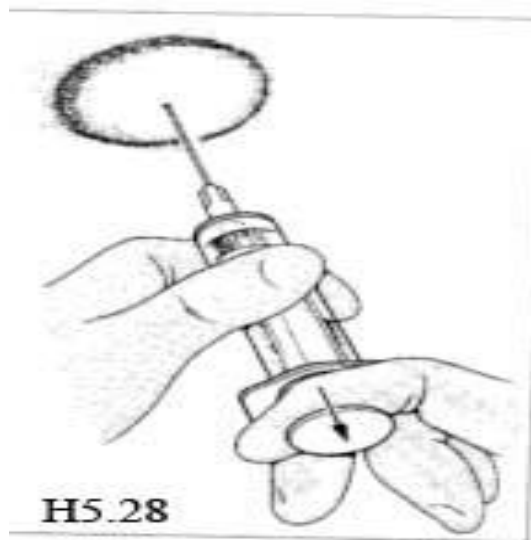
Áp-xe

Điều trị áp-xe bằng cách rạch và dẫn lưu để loại bỏ lượng mủ tồn đọng. Chẩn đoán áp –xe thông qua các dấu hiệu như: rất mềm và đau, nóng tại chỗ, sưng và da bị căng và bóng. Khi có sự thay đổi bất thường thì đó là một dấu hiệu đáng tin cậy mặc dù thiếu nó cũng không ảnh hưởng gì đến áp xe sâu hay áp xe ở các mô do các xơ tạo thành. Các mô này bao gồm ngực, vùng hậu môn và đầu ngón tay. Cần nghi ngờ những cơn đau nhói hoặc những cơn đau ảnh hưởng đến giấc ngủ.

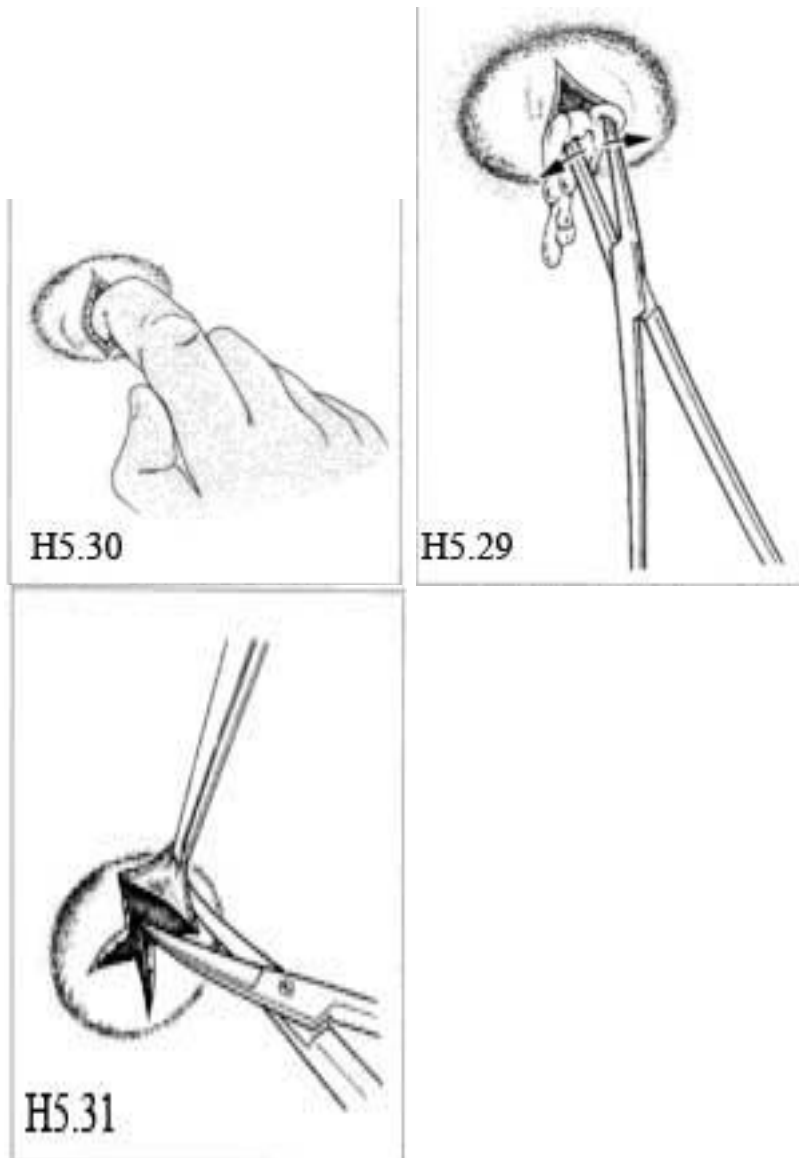
Kĩ thuật

1. Nếu nghi ngờ chẩn đoán về áp-xe,

xác định xem có mũ hay không bằng cách dùng kim hút. Khử trùng cho da, gây mê thích hợp. Thực hiện việc hút mũ, sử dụng kim cơ 18 hoặc lớn hơn để xác định nơi trú của mũ (Hình 5.28). Rạch một đường tại điểm thích hợp nhất của ổ áp-xe. Thực hiện một đường rạch để tạo ra một đường dẫn lưu thoải mái và hoàn thiện. Nếu đường rạch quá nhỏ sẽ dẫn đến sự phát sinh lại của áp-xe.



2. Dùng hai đầu của kẹp động mạch đưa vào ổ áp xe để mở các miệng của nó (Hình 5.29). Mở ổ áp-xe bằng một ngón tay để phá toàn bộ vách ngăn (Hình 5.30)
3. Mở rộng vết rạch nếu cần thiết để hoàn tất việc dẫn lưu (Hình 5.31), nhưng không được mở các mô lành.
4. Dùng kháng sinh cho viêm tế bào da, sốt hoặc nếu ổ áp-xe ở bàn tay, tai hay họng.
5. Rửa ổ áp xe bằng dung dịch muối, dẫn lưu hoặc để mở. Mục đích là để làm cho các mép vết thương không đóng lại để làm liền từ dưới lên trên. Để thực hiện dẫn lưu, đặt một ống dẫn lưu bằng cao su latex vào sâu trong ổ. Điều chỉnh và giữ để ống chạm đáy vết thương bằng cách dùng chỉ và để nguyên như thế cho đến khi dẫn lưu hoàn tất.
6. Một sự lựa chọn khác là để ổ mở, đặt vài lớp gạc thấm dung dịch muối hoặc gạc mỡ vào trong ổ, để một đầu thò ra phía ngoài vết thương. Kiểm soát chảy máu.



CÁC VÙNG ĐẶC BIỆT

Viêm tế bào trên mắt

Viêm tế bào do vết thương trên mắt mang theo nguy cơ của chứng nghẽn mạch do rò khoang. Khi có dấu hiệu tăng phù nề trên mắt phải cho bệnh nhân điều trị bằng kháng sinh. Giữ bệnh nhân ở lại bệnh viện nếu cần. Giải thích cho bệnh nhân không được nặn hay véo ổ nhiễm trùng trên mắt, kể cả khi nó còn nhỏ. Để tránh chứng nghẽn mạch do rò khoang cho sử dụng heparin bằng cách truyền tĩnh mạch liên tục.

Nhiễm trùng mắt

Viêm toàn mắt là biến chứng của vết thương buốt ở mắt mà không được điều trị kịp thời. Khi tất cả những nỗ lực cứu mắt đều thất bại và mắt không dùng được nữa, phải quan tâm đến khả năng phải moi hoặc khoét mắt. Nếu có

thể, đưa bệnh nhân đến bác sĩ nhãn khoa. Khoét mắt là sự loại bỏ toàn bộ cầu mắt bằng phẫu thuật và phải do bác sĩ nhãn khoa thực hiện.

Móc mắt là sự loại bỏ thành phần bên trong của cầu mắt bằng phẫu thuật và không cần chuyên gia. Thủ thuật này bao gồm việc cắt lọc bên trong cầu mắt và nạo toàn bộ các chất bên trong. Khi viêm toàn mắt không thể kiểm soát được phải nghĩ đến khả năng phải moi mắt. Cầu mắt bị móc được để mở và điều trị giống như điều trị ổ áp-xe. Sau khi lành, chuyển bệnh nhân đến cơ sở làm mắt giả.

Nhiễm trùng tai

Nhiễm trùng tai giữa có biểu hiện là hiện tượng chảy mủ ra tai ngoài. Vệ sinh tai, đặt một miếng băng và băng lại. Tiếp tục cho dùng kháng sinh và giảm đau nếu cần. Giữ ống tai khô ráo và thay băng khi cần.

Viêm xương chũm cấp tính thường là biến chứng của viêm tai giữa. Bệnh nhân bị sốt và đau ở bên tai bị viêm, nghe không rõ. Có thể có dịch chảy ra từ tai. Bị sưng ở vùng chũm làm vãnh tai ra phía trước và ra ngoài. Điều trị xác định là bóc lột các tế bào khí vùng chũm bởi một bác sĩ ngoại khoa lành nghề. Nếu không thể thì điều trị ban đầu là giảm đau bằng cách rạch và dẫn lưu ổ áp-xe xuống màng xương.

Kĩ thuật

1. Gây mê toàn thân hoặc tại chỗ, rạch một đường cong qua phần sưng to nhất của ổ áp-xe hoặc, nếu không rõ, sau loa tai 1,5cm. Rạch sâu xuống màng xương hoặc cho đến khi tìm thấy mủ.
2. Lấy mẫu để xét nghiệm vi sinh và thực hiện dẫn lưu tự do. Đặt gạc tẩm thuốc mỡ hoặc một ống dẫn lưu latex nhỏ rồi băng lại.
3. Tiếp tục cho dùng kháng sinh và giảm đau, thay băng nếu cần
4. Tháo dẫn lưu sau 24-48 giờ.

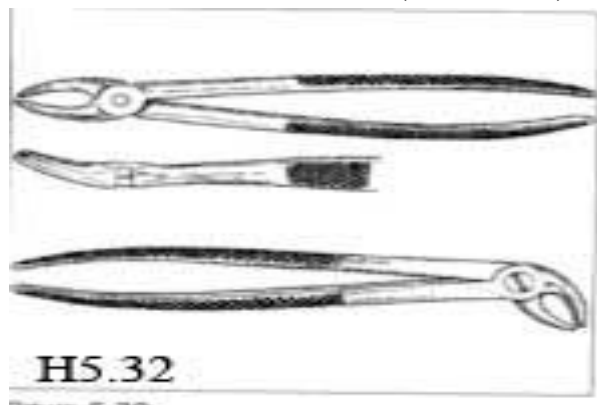
Áp-xe răng

Điều trị đau răng ban đầu bằng cách vệ sinh ổ hoặc khoang đau, sau đó lấp lại bằng bông tẩm dầu đinh hương hoặc hỗn hợp dầu đinh hương với zinc oxide.

Nhổ răng là cách tốt nhất để dẫn lưu ổ áp xe khi không có phương tiện để điều trị ống chân răng. Loại bỏ răng nếu nó không thể giữ được, lỏng lẻo, yếu hoặc gây ra những cơn đau không kiểm soát được.

Giải thích thủ thuật cho bệnh nhân và nhận được sự đồng ý nhổ răng của họ. Kìm nhổ răng được thiết kế vừa khít với kích thước của răng bao gồm cả chân

răng. Một người chưa có kinh nghiệm sẽ thấy đơn giản hơn khi dùng kim chung cho hàm trên và một kim khác cho hàm dưới (Hình 5.32).



Các răng hàm trên có 3 chân, 2 bên ngoài và một bên trong vòm miệng, răng hàm dưới có hai chân, một ở giữa, một ở ngoại biên. Các răng cửa hàm trên đầu tiên có hai chân cạnh nhau, một bên trong, một bên ngoài vòm miệng. Tất cả răng còn lại đều có một chân

Dùng gây tê thâm nhiễm tại chỗ để nhổ răng, trừ các răng hàm dưới vì chúng có rất nhiều dây thần kinh. Đôi khi gây mê toàn thân cũng phù hợp.

Kĩ thuật:

1. Đặt bệnh nhân trên ghế có tựa cao để đỡ đầu. Sau khi bệnh nhân súc miệng, đặt gạc tẩm ethanol 70% vào lợi. Cho kim cỡ 25, 25mm tại đường giao nhau của mucoperiosteum của nướu và má, song song với trục răng (Hình 5.33).

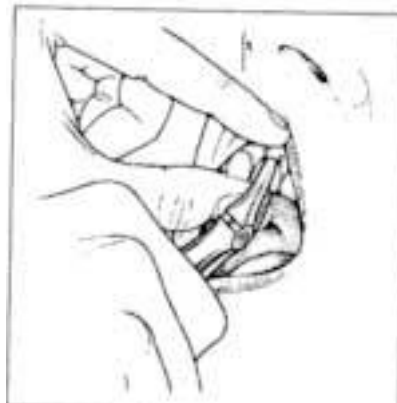
Đưa kim 0.5 đến 1 cm, ngang với đỉnh của răng, ngay trên phần vỏ xương. Góc xiên của kim nên đối diện với răng. Thâm nhiễm các mô bằng 1 ml lidocaine 1% và adrenaline (epinephrine) và nhắc lại quy trình với mặt kia của răng. Xác nhận mức độ gây tê trước khi xử lý răng.

2. Nếu bạn là người thuận tay phải, đứng phía sau bên phải bệnh nhân khi nhổ răng phải hàm dưới. Đứng đối diện với bệnh nhân về phía bên phải khi xử lý các răng khác. Tách nướu khỏi răng bằng bộ chỉnh thẳng. Trong khi đỡ ổ răng bằng ngón cái và ngón tay của bàn tay kia, đưa kìm sang mé bên kia của đỉnh, song song với trục của chân răng. Đặt gọng kìm khoang miệng và lưỡi trước. Đẩy hai gọng kìm lên và xuống theo màng nha chu trên mặt kia của răng, căn cứ vào từng hàm (Hình 5.34). Nếu bạn điều khiển gọng kìm càng xa dọc theo màng nha chu bao nhiêu thì việc nhổ răng càng dễ thành công bấy nhiêu. Kẹp chặt chân răng bằng kìm và làm cho răng lỏng ra bằng động tác lay nhẹ nhàng từ khoang miệng giáp với má ra phía lưỡi hoặc vòm miệng. Nếu răng

không di chuyển, nới lỏng kìm, đẩy sâu hơn và nhắc lại chuyển động lay. Tránh tập trung lực vào răng vì có thể làm mẻ, vỡ răng.

3. Kiểm tra chiếc răng được nhổ một cách kỹ lưỡng. Nếu chân răng bị gãy phải loại bỏ bằng cách làm long các mô giữa chân răng và xương với bộ chỉnh cong. Sau khi răng đã được nhổ hoàn toàn, bóp các mé của hốc răng trong khoảng một hoặc hai phút và đặt gòn vào hốc răng. Chỉ dẫn bệnh nhân cắn vào gòn trong một thời gian ngắn. Sau khi bệnh nhân xúc miệng, kiểm tra xem khoang có bị chảy máu không. Cầm máu khi máu không n. chảy bằng các mũi khâu có đệm với chỉ tự tiêu ngang khoang răng

4. Cảnh báo bệnh nhân không được xúc miệng lại trong vòng 24 giờ, nếu không, các cục máu sẽ bị cuốn theo ra và để lại ổ răng bị khô. Trong những ngày tiếp theo, yêu cầu bệnh nhân thường xuyên xúc miệng bằng dung dịch muối. Có thể dùng thuốc giảm đau. Cảnh báo bệnh nhân không được nhổ răng bằng tay. Nếu nhiễm trùng máu xuất hiện, cho dùng penicillin trong 48 giờ và tiêm phòng uốn ván.



Áp-xe họng và cổ

Các loại phẫu thuật không cấp cứu ở họng, bao gồm cả cắt amidan, nên được thực hiện bởi các bác sĩ phẫu thuật có chuyên môn.

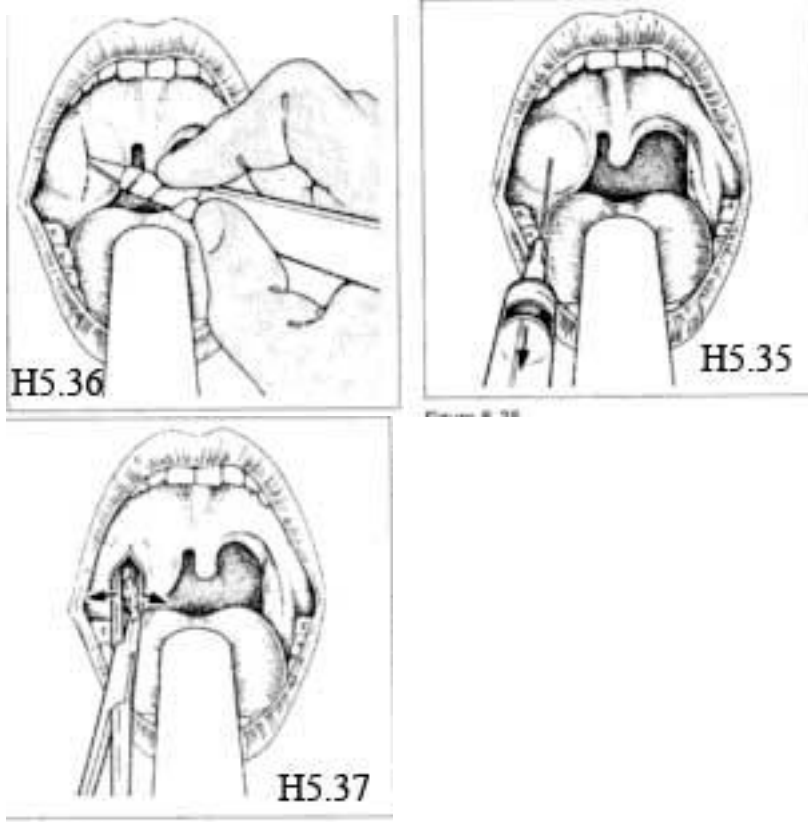
Chích và dẫn lưu áp-xe quanh amidan

Áp-xe quanh amidan (viêm amidan có mủ) là biến chứng của viêm amidan cấp. Các triệu chứng thực thể bao gồm: lưỡi trắng, miệng khô, niêm mạc họng đỏ, Amidan sưng to và đỏ, có khi gần sát nhau ở đường giữa, một số tổ chức lympho ở thành sau họng to và đỏ: đó là thể viêm Amidan ban đỏ thường do virus gây nên. Có khi thấy hai Amidan sưng đỏ và có những chấm mủ trắng ở miệng các hốc, dần biến thành một lớp mủ phủ trên bề mặt Amidan, không lan đến các trụ, không dính chắc vào Amidan, dễ chùi sạch không chảy máu để lộ niêm mạc Amidan đỏ và nguyên vẹn: đó là thể viêm Amidan mủ do vi khuẩn gây nên (liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn).

Kĩ thuật

1. Cho dùng kháng sinh và giảm đau, đặt bệnh nhân ở tư thế ngồi, đầu có chỗ dựa. Phun lidocaine 2-4% vào vùng áp-xe. Gây mê tại chỗ an toàn hơn gây mê toàn thân

2. Kéo lưỡi ra bằng một miếng ấn lưỡi rộng hoặc nhờ một trợ lý giữ nó. Thực hiện chích hút mủ lần đầu, sau đó rạch gần hết phần nhô lên của chỗ sưng (Hình 5.36). Đưa hai đầu kẹp động mạch hoặc kẹp tĩnh mạch vào vết rạch, mở hai gọng kẹp ra để tạo điều kiện cho dẫn lưu (Hình 5.37). Hút khoang bằng ống hút và dội rửa bằng dung dịch muối.



Chỉ dẫn bệnh nhân ngâm nước muối ấm vài lần một ngày trong 5 ngày. Cho sử dụng tiếp kháng sinh trong 1 tuần và dùng giảm đau nếu cần.

Áp-xe sau họng

Áp-xe sau họng xuất hiện ở trẻ em và làm giảm đường khí. Chúng là kết quả của nhiễm trùng do sùi vòm họng hoặc mũi họng và cần được phân biệt với viêm tế bào. Trẻ không ăn được, thay đổi giọng nói, dễ bị kích thích, bị sốt. Cổ bị cứng và thở ồn. Trong các giai đoạn đầu, phía sau họng bị sưng. Chụp X-quang thấy khoảng sau họng lan rộng. Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh lao. Cho sử dụng kháng sinh và thuốc giảm đau. Phun vào mặt sau của họng để gây

mê tại chỗ. Trong khi một trợ lý cố định đầu bệnh nhân, kéo lưỡi bằng dụng cụ đè lưỡi. Chạm đến đỉnh phần lõi ra theo chiều dọc. Đặt đầu kẹp động mạch và mở hốc để dẫn lưu. Loại bỏ mủ bằng cách hút. Chỉ dẫn bệnh nhân súc họng thường xuyên bằng nước muối ấm. Cho dùng kháng sinh và thuốc giảm đau.

Áp-xe cấp ở cổ

Các ổ áp xe sâu ở cổ xuất hiện trong các u bạch huyết. Kiểm tra miệng và họng của bệnh nhân để xác định trọng điểm ban đầu. Nếu áp xe cấp và rõ, thực hiện chích và dẫn lưu thông thường. Ở trẻ em, điều trị áp xe ở cổ bằng cách hút lặp đi lặp lại. Đối với áp xe nhỏ ở bề mặt, hút khoang bằng bơm tiêm có kim lỗ rộng.

Thực hiện chích và dẫn lưu khi gây mê toàn thân đối với các ổ áp xe lớn. Vì sự phức tạp của cổ, sự can thiệp bằng phẫu thuật đòi hỏi một bác sĩ phẫu thuật có tay nghề cao và sự hỗ trợ đầy đủ. Thực hiện vết chích ở da tại phần nổi nhất của ổ áp xe. Làm rộng vết chích bằng hai đầu kẹp động mạch hoặc tĩnh mạch để dẫn lưu. Lấy mẫu mủ để xét nghiệm vi khuẩn, bao gồm cả kiểm tra vi khuẩn lao. Loại bỏ mô chết. Chèn ống dẫn lưu cao su mềm. Tháo ống dẫn lưu sau 24-48 giờ. Đặt gạc và băng lại.

Viêm vú và áp-xe vú

Nhiễm trùng vú, thường xảy ra trong thời gian cho con bú, hầu hết là do vi khuẩn kháng penicillin có tên gọi là staphylococcus aureus. Các vi khuẩn tìm được lối vào thông qua kẽ nứt ở núm vú gây viêm vú (viêm tế bào vú) và có thể tiến tới hình thành ổ áp-xe vú. Áp-xe vú có các dấu hiệu là đau, sưng và sốt. Da trở nên bóng và căng nhưng trong các thời kì đầu sự biến động là bất thường. Khi điều trị viêm vú bằng kháng sinh không mang lại kết quả thì phải nghĩ đến áp-xe vú. Nếu nghi ngờ chẩn đoán, cần thực hiện hút bằng kim để xem có mủ hay không.

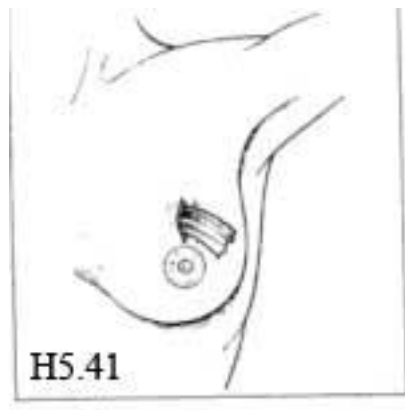
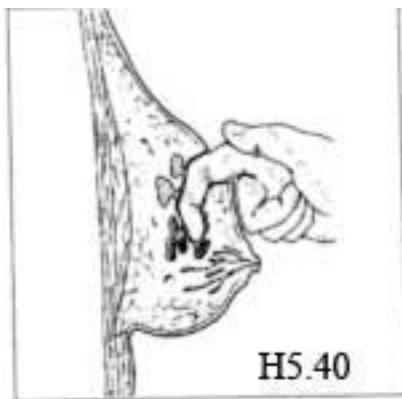
Chẩn đoán phân biệt của viêm vú là ung thư vú thể cấp dạng viêm. Bệnh nhân có biểu hiện vú sưng to, vùng da phía trên ổ áp xe thường nóng, căng, xung huyết đỏ hoặc phù tím. Da cũng có thể vẫn bình thường nếu ổ áp xe nằm ở sâu. Các tĩnh mạch dưới da nổi rõ, núm vú tụt. Sờ có thể thấy dấu hiệu ba động. Nếu ổ áp xe thông với các ống dẫn sữa thì có thể thấy sữa lẫn mủ chảy qua đầu núm vú. Khi chọc hút ổ áp-xe phải gây mê phù hợp; ketamine, gây mê vùng rộng hoặc gây mê toàn thân. Khử trùng da và đắp drap. Thực hiện một nét rạch xuyên tâm ở phần nổi nhất của ổ áp-xe (Hình 5.38)

Đưa đầu kẹp động mạch chủ hoặc kéo để làm rộng phần vừa mở để cho mủ thoát ra (Hình 5.39). Mở rộng vết rạch nếu cần. Nuôi cấy vi khuẩn, nấm và lao. Dùng ngón tay phá huỷ toàn bộ các ô ngăn để tạo thành một khoang duy nhất (Hình 5.40). Rửa khoang bằng dung dịch muối, sau đó cho gạc tẩm dung dịch muối hoặc đặt ống dẫn lưu cao su đi qua vết thương (Hình 5.41)



Băng vết thương bằng gạc. Cho dùng giảm đau nếu cần nhưng điều trị bằng kháng sinh là không cần thiết trừ khi bị viêm tế bào. Thay băng khi cần, tháo dẫn lưu khi hết chảy dịch.

Bệnh nhân có thể tiếp tục cho con bú trừ khi bị dương tính với HIV. Đứa trẻ có thể bú cả hai bên vú nhưng nếu mẹ quá đau có thể hút sữa từ bên vú bị đau.



Viêm mủ màng phổi

Viêm mủ màng phổi là hiện tượng viêm và ứ mủ trong khoang màng phổi. Đây thường là biến chứng của bệnh viêm phổi do vi trùng (chiếm 5 – 10 %) Hầu hết vi khuẩn trong viêm mủ màng phổi sau chấn thương, vết thương xuyên thành ngực hoặc phẫu thuật lồng ngực đều là *S.aureus*. Một số bệnh

khác như suy tim, bệnh thận, chấn thương, ung thư di căn, phẫu thuật... cũng có gây tràn dịch, tràn máu, hoặc dưỡng trấp tại màng phổi.

Do viêm mủ màng phổi hầu hết là biến chứng của viêm phổi do vi khuẩn nên vào lúc khởi đầu, triệu chứng của viêm mủ màng phổi thường lẫn lộn với các triệu chứng của bệnh nhiễm trùng phổi trước đó. Ngoài ra, viêm mủ màng phổi còn là biến chứng tiếp theo của áp xe phổi, vết thương ngực, áp xe dưới cơ hoành hoặc áp xe gan vỡ vào màng phổi, thủng thực quản và các phẫu thuật lồng ngực... vì vậy cần tìm các triệu chứng của viêm mủ màng phổi bên cạnh các nguyên nhân này.

Triệu chứng X quang:

-Tràn dịch lượng ít : góc sườn hoành mất nhọn. Có thể phát hiện tràn dịch lượng ít bằng cách chụp trước-sau ,bệnh nhân nằm nghiêng bên bệnh xuống giường (như vậy tia X song song với mặt thoáng của dịch ứ đọng)

-Tràn dịch lượng vừa nhưng khoang màng phổi chưa tràn khí : trên phim X quang có hình ảnh đường cong Damoiseau (bề lõm hướng lên trên và vào trong; Nếu đã có tràn khí phối hợp thì có hình ảnh mức khí dịch.

- Tràn dịch lượng nhiều :mờ toàn bộ 1 bên phổi, cơ hoành bên bệnh bị đẩy xuống thấp, trung thất bị đẩy về bên đối diện, khoảng gian sườn giãn rộng.

Chọc dò màng phổi: chọc tại khoảng gian sườn 7 đường nách giữa. Chọc dò giúp chẩn đoán xác định, lấy dịch làm xét nghiệm sinh hóa, vi sinh, tế bào

Điều trị:

1. Kháng sinh: Chọn kháng sinh dựa vào kết quả cấy và kháng sinh đồ. Trước khi có kết quả kháng sinh đồ, nên dùng 2 loại kháng sinh kết hợp, trong đó có 1 loại tác dụng lên vi khuẩn Gram dương. Khi có kháng sinh đồ, dùng kháng sinh sớm, liều cao nhất có thể, đường tĩnh mạch, chỉ ngưng kháng sinh sau 1 tuần hết sốt và công thức máu trở về bình thường. Thời gian sử dụng kháng sinh 3-4 tuần

2. Dẫn lưu mủ màng phổi:

- Nếu mủ ít và loãng : chọc hút 2 ngày 1 lần để trẻ ít đau, chọc hút xong theo dõi 2 giờ liền để phát hiện biến chứng của chọc dò như tràn khí, chày máu, đau...
- Nếu mủ nhiều, đặc hoặc áp lực cao, đặt ống dẫn lưu màng phổi tại khoảng liên sườn 7 đường nách giữa, chọn ống lớn nhất có thể đặt qua khoảng gian sườn , ống phải đủ cứng để không bị bẹp ; nếu cần, đặt nhiều ống ở các vị trí cần thiết. Đặt xong phải nối ống dẫn lưu vào hệ thống

kín, hút với áp lực -10 đến -20cm nước để dẫn lưu được tốt và để phổi dần nở tốt, Không được hút với áp lực quá lớn làm mất cân bằng áp lực trong khoang màng phổi, gây cản trở sự hấp thụ bình thường của phổi. Thời gian đặt ống dẫn lưu khoảng 5-10 ngày. Đặt ống quá lâu sẽ có nguy cơ nhiễm trùng từ môi trường ngoài vào màng phổi.

- Nếu mũ quá đặc hoặc nghẹt ống dẫn lưu, có thể bơm rửa khoang màng phổi với nước muối sinh lý chú ý lượng nước bơm vào và lượng dịch chảy ra, hoặc thay ống dẫn lưu khác phù hợp
- Rút ống dẫn lưu : Khi dịch màng phổi đã trong, lượng thoát ra dưới 30ml/ngày, lượng dịch còn lại sẽ thoát ra tại chỗ đặt ống trong vài ngày nữa, vì vậy không cần may lại da chỗ đặt ống, chỉ cần băng kín là đủ.

Viêm mũ cơ

Viêm mũ cơ là một ổ áp-xe trong bắp xảy ra tại những bắp thịt lớn ở tay chân và thân, phổ biến nhất ở nam giới vị thành niên. Biểu hiện của nó là cơ bị yếu, đau và sốt. Nó thường xảy ra đơn lẻ nhưng cũng có thể xảy ra ở các nhóm cơ cách xa nhau. Staphylococcus aureus là nguyên nhân chính. Nuôi cấy máu thường âm tính và không thấy xuất hiện leukocytosis. Ở các bệnh nhân bị suy giảm hệ miễn dịch, bao gồm cả bệnh nhân có HIV dương tính và bệnh nhân tiểu đường, có thể xuất hiện gram âm và viêm mũ cơ do nấm.

Hút mũ bằng kim lỗ lớn (cỡ 14 hoặc 16) để chẩn đoán. Điều trị bằng chích, rạch và dẫn lưu. Đặt ống dẫn lưu cao su trong 48 tiếng.

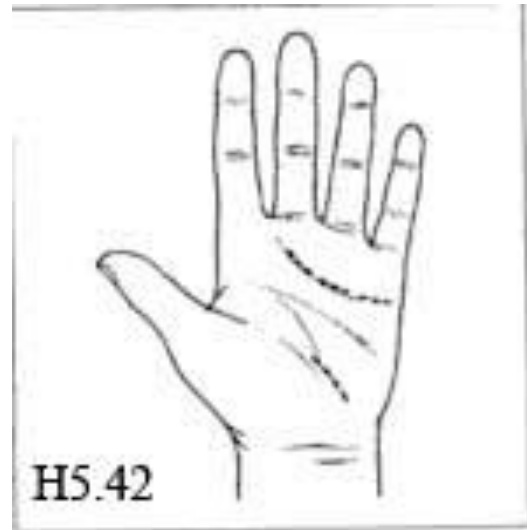
Nhiễm trùng bàn tay

Staphylococci là nguyên nhân gây lên các loại nhiễm trùng cấp ở tay. Có thể xử lý nhiễm trùng sớm bằng kháng sinh nhưng rạch và dẫn lưu cũng cần thiết. Cần cho dùng kháng sinh đến khi kiểm soát được nhiễm trùng máu.

Bệnh nhân có biểu hiện đau nhói, sưng, những chỗ cong của ngón tay bị dị dạng và đau khi cử động. Để xác định áp-xe cần chọc hút bằng kim. Cho chụp X-quang tay để xác định xem có xương nào bị ảnh hưởng và có vết Gram trong mũ không.

Thực hiện gây mê toàn thân hoặc gây mê theo vùng, sau đó rạch và dẫn lưu. Rạch

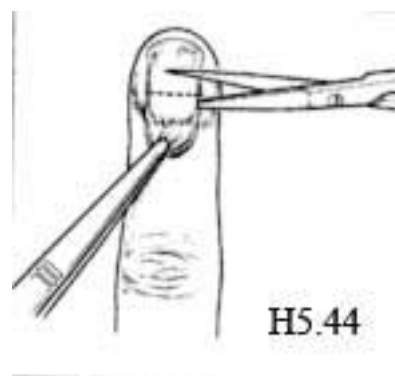
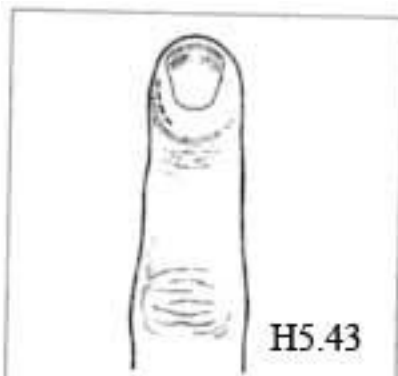
một đường dọc theo nếp gấp da trên vùng sung rõ nhất (Hình 5.42)



Hút và rửa sạch mủ. Mở ô ngăn sâu hơn bằng kẹp động mạch và đặt ống dẫn lưu cao su. Băng vết thương lỏng bằng gạc khô, cho dùng kháng sinh và nâng cao tay.

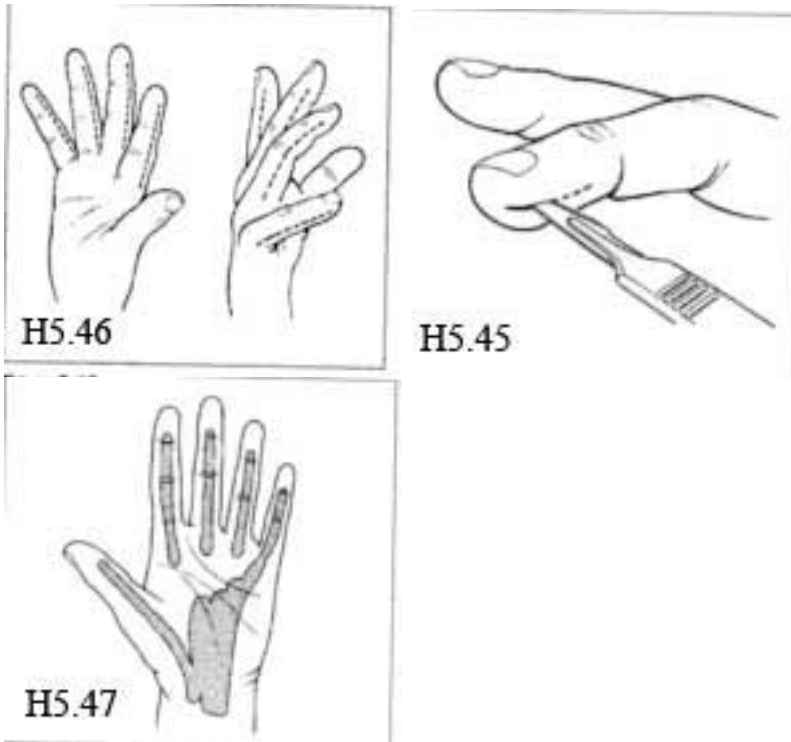
Chỗ sưng trên mu bàn tay thường do phù nề bạch huyết và không cần dẫn lưu. Nhiễm trùng ở xung quanh móng tay cần phải rạch tại một phần của móng để cho mủ chảy ra.

Điều trị viêm mé móng ở ngón tay giữa bằng cách rạch quanh phần bị viêm (Hình 5.43) hoặc cắt lọc một phần móng tay (Hình 5.44)

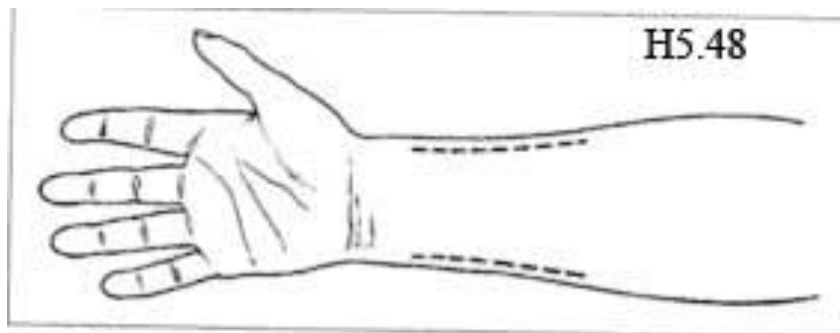


Điều trị áp-xe đầu ngón tay bằng vết rạch “gậy hockey”(Hình 5.45)

Điều trị sự co cứng nhiễm khuẩn cấp tính bằng kháng sinh và dẫn lưu phẫu thuật của màng gân thông qua vết rạch dọc theo các mé ngón tay, tốt hơn là giữa da gan bàn tay và lưng bàn tay (Hình 5.46). Nhiễm trùng màng gân của ngón cái và ngón út có thể lan rộng đến búi ở trung tâm hay xương trụ (Hình 5.47), cần dẫn lưu bằng vết rạch ngắn, ngang cơ ở nếp gấp da lòng bàn tay và/hoặc ở góc gan bàn tay.



Các nhiễm trùng tại gan bàn tay là kết quả của các nhiễm trùng màng gân lan rộng. Dẫn lưu khu vực nhiễm trùng bằng cách rạch da tại vùng sung và mềm nhất. Mở sâu hơn bằng kẹp. Thực hiện các vết rạch để dẫn lưu dọc theo nếp gấp da gan bàn tay, dọc theo mép các ngón tay hoặc dọc theo mép cánh tay (Hình 5.48)



Nếp tay. Khuyến khích việc chủ động tập luyện càng sớm càng tốt. Cho dùng kháng sinh và giảm đau, tháo dẫn lưu sau 24-48 giờ.

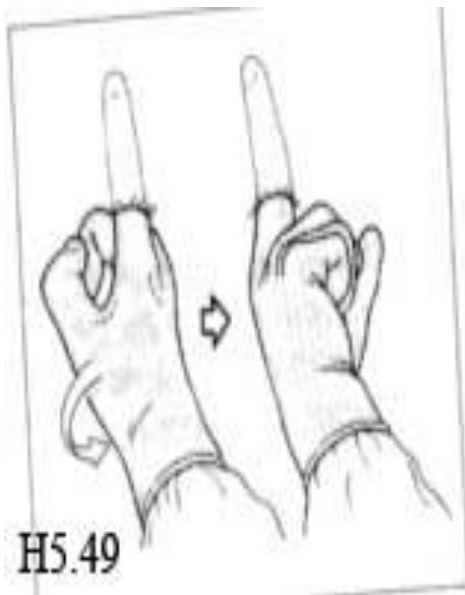
NHIỄM TRÙNG MÁU QUANH HẬU MÔN, TRỰC TRÀNG VÀ Ổ LÔNG

Hậu môn và trực tràng

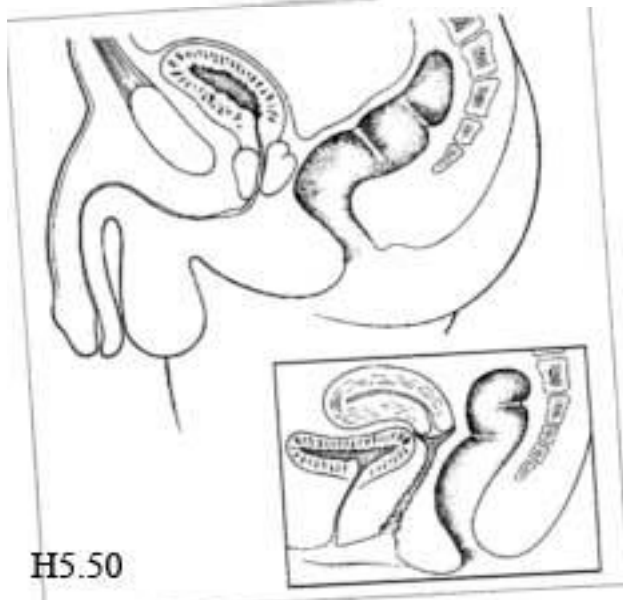
Triệu chứng cơ bản của nhiễm trùng quanh hậu môn là đau nhói ở hậu môn kèm hoặc không kèm theo sốt. Loại trừ sự hiện diện của ổ áp-xe trong tất

cả các trường hợp đau quanh hậu môn. Áp-xe quanh hậu môn, áp xe ụ ngồi trực tràng ,áp-xe liên cơ thắt hay áp-xe dưới cơ được xác định theo vị trí. Bệnh nhân có thể không ngồi được. Có thể khám trực tràng để chẩn đoán. Đối với bệnh nhân nữ, khám trực tràng kèm theo khám âm đạo. Có thể cho gây mê toàn thân hoặc gây mê cục bộ trong khi thực hiện loại thăm khám này vì chúng sẽ gây khó chịu. Hậu môn khép chặt cho thấy sự co thắt do tình trạng hậu môn bị đau. Sờ nắn bất kì thương tổn nào ở khu vực này.

Đưa ngón tay đeo găng đã được bôi trơn vào hậu môn, bề mặt lòng bàn tay quay ra phía sau. Sờ nắn vách sau hậu môn và tất cả những phần nào của hậu môn đối diện với phần cong của xương cụt. Quay ngón tay để kiểm tra bất kì chỗ phình hay đau nào gợi ý cho sự tổn tại của áp-xe chậu (Hình 5.49). Tuyến tiền liệt ở nam giới và cổ tử cung ở nữ giới có thể sờ thấy trước (Hình 5.50). Lùi ngón tay lại và kiểm tra phân, chất nhầy hoặc máu. Lấy mẫu để xét nghiệm. Khi khám trực tràng bệnh nhân bị áp-xe quanh hậu môn sẽ bị đau ở mép hậu môn trong khi bệnh nhân bị áp-xe ụ ngồi trực tràng sẽ bị đau sâu. Nếu nghi ngờ chẩn đoán cần thực hiện chẩn đoán bằng chích hút.

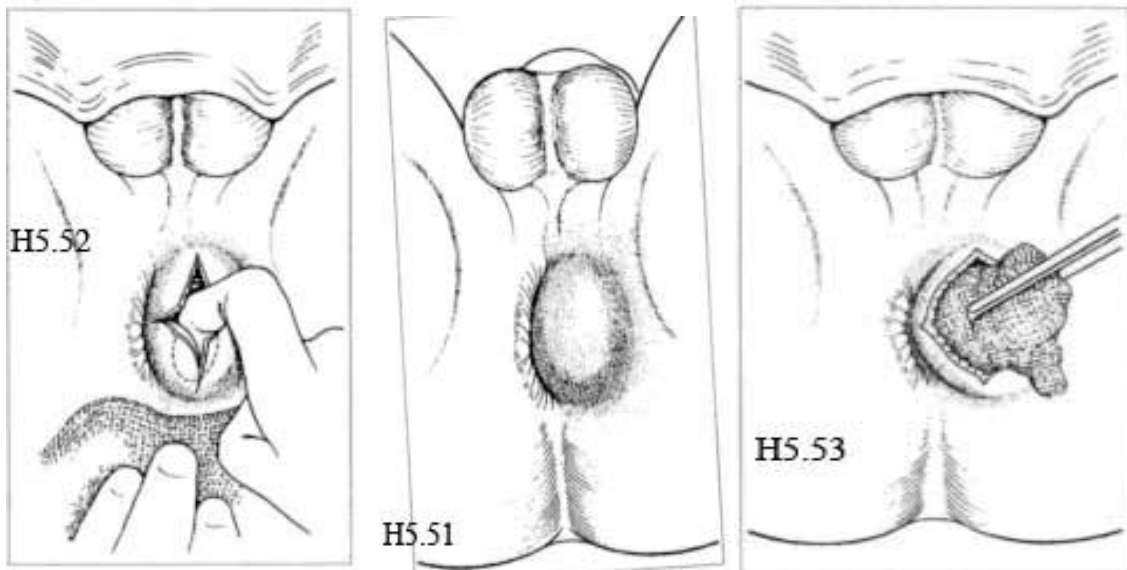


H5.49



H5.50

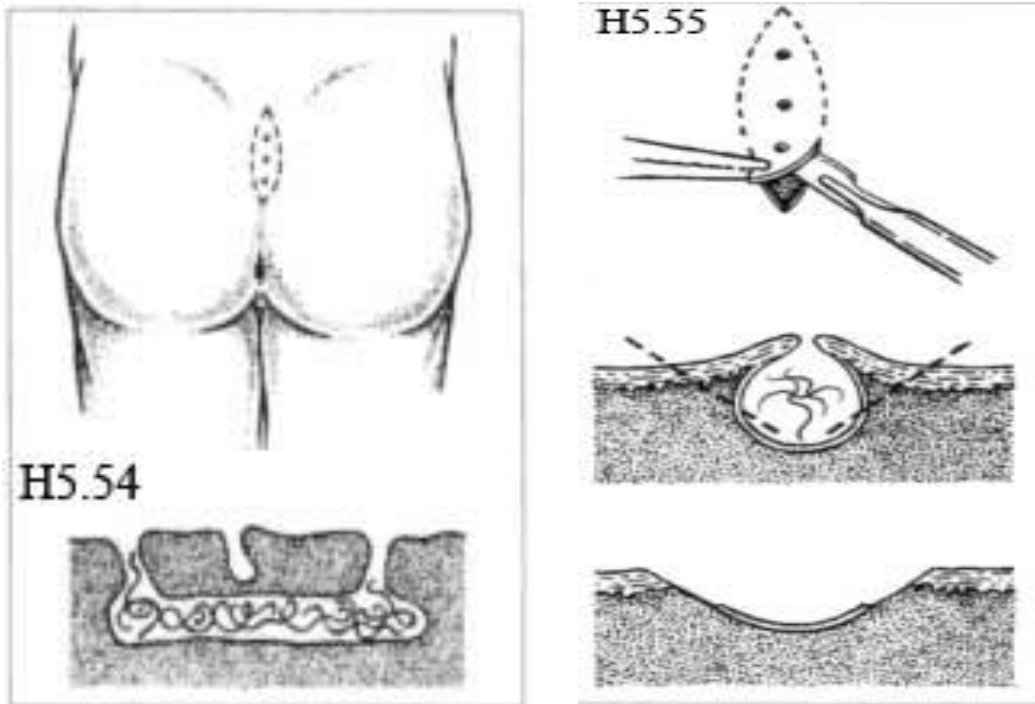
Áp-xe quanh hậu môn có biểu hiện rất đau, viêm, sưng tại chỗ ở vùng ven hậu môn. (Hình 5.51). Áp-xe ụ ngồi trực tràng có biểu hiện bị đau lan rộng cứng lại ở hố ụ ngồi trực tràng. Sự biến đổi của những thương tổn này thường ít gặp ở giai đoạn đầu và có thể không bao giờ xuất hiện. Sự đau đớn là dấu hiệu đáng tin cậy của áp-xe quanh hậu môn hay áp-xe trực tràng. Cho dùng kháng sinh và giảm đau. Để dẫn lưu ổ áp-xe, đặt bệnh nhân ở vị trí giống như để cắt sỏi. Rạch một đường giữa trung tâm phần nổi lên nhất của ổ áp-xe. Lấy mẫu để cấy ghép và soi kính hiển vi. Phá huỷ toàn bộ các ổ bằng một ngón tay (Hình 5.52). Rửa khoang bằng dung dịch muối và sơ bôi đóng lại bằng gạc tẩm dung dịch muối, để thò ra một ít (Hình 5.53). Đậy vết thương lại bằng gạc khô và băng.



Chỉ dẫn bệnh nhân ngồi để rửa trong dung dịch muối khoảng 15-30 phút hai lần một ngày cho đến khi vết thương lành, thay băng sau mỗi lần rửa. Không được để cho các mép vết thương đóng lại. Cho dùng thuốc nhuận tràng như paraffin lỏng (dầu khoáng) hàng ngày cho đến khi có nhu động ruột và tiếp tục điều trị bằng kháng sinh trong 5 ngày. Tiếp tục dùng giảm đau cho đến 72 giờ. Việc tái phát sinh các ổ áp-xe thường do dẫn lưu không tốt hoặc do da vùng vết thương liền sớm.

Rò hậu môn xuất hiện như một biến chứng muộn. Bệnh nhân bị rò hậu môn nên được đưa đi can thiệp bằng phẫu thuật. Lý do cần cho bệnh nhân chuyển tuyến là vì việc thực hiện thủ thuật mở đường rò trong rò hậu môn nặng sẽ dẫn đến tình trạng bệnh nhân không tự kiểm chế được đại tiện nếu không được xử trí tốt, do đó cần có được sự xử trí chuẩn xác.

Bệnh ổ lông và áp-xe



Bệnh ổ lông là kết quả của hiện tượng lông mọc vào trong tạo nên lỗ rò ở da và dưới da tại khe sau xương cụt. Lỗ rò có thể là một, có thể là nhiều, biểu hiện ở sự xuất hiện một hay nhiều lỗ (Hình 5.54). Bệnh gây ra viêm cấp hoặc mạn tính. Bệnh nhân bị đau, sưng và chảy mủ hoặc có ổ áp-xe. Áp-xe ổ lông không thể chỉ điều trị bằng kháng sinh. Điều trị ban đầu bằng chích và dẫn lưu. Để điều trị dứt điểm, loại bỏ toàn bộ lỗ rò và lông chứa mô bằng cách rạch một hình ellip mô xuống băng trước xương cụt (Hình 5.55). Gây mê cục bộ với lidocaine 1% và epinephrine (adrenaline).

5.6. RẠCH VÀ SINH THIẾT

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Cắt lọc những thương tổn để điều trị và chẩn đoán xác định
- Thực hiện chẩn đoán bệnh ác tính bằng sinh thiết trước khi điều trị dứt điểm
- Lấy chất liệu cho kiểm tra mô bằng cách:
 - Sinh thiết rạch khi phần của u được loại bỏ (sinh thiết một phần)
 - Sinh thiết cắt khi toàn bộ u được loại bỏ (sinh thiết trọn)
 - Sinh thiết chọc khi nhân khối u được loại bỏ
- Lấy chất liệu cho kiểm tra tế bào bằng hút qua kim; nếu sinh thiết không đúng chỗ tổn thương hoặc tổn thương bị hoại tử thì sẽ cho kết quả âm tính không chính xác.
- Hoại tử xuất hiện khi dùng cách đốt bằng điện, do đó nên cắt khối u bằng dao mổ
- Trong sinh thiết chọc và hút, kết quả âm tính không chính xác là do lỗi khi lấy mẫu; Sinh thiết lại nếu kết quả không tương ứng với trạng thái lâm sàng
- Không đưa bệnh nhân đi xa nhà nếu họ bị bệnh di căn không thể chữa được

CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN

Kiểm tra mô và tế bào

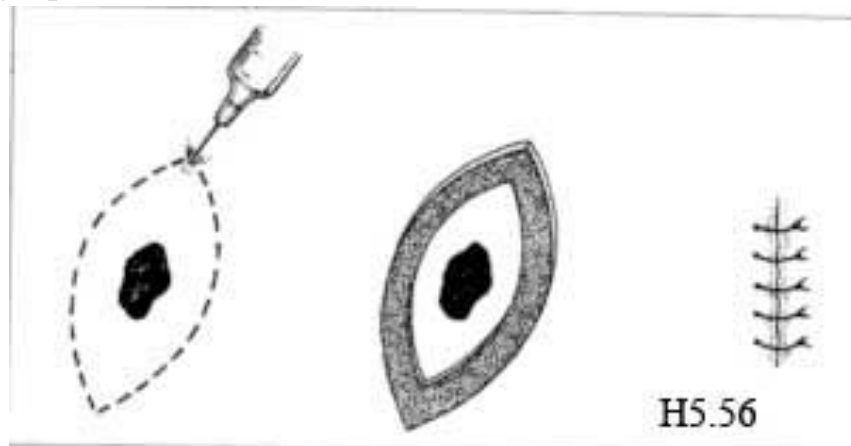
Sinh thiết đòi hỏi kiểm tra mô và tế bào. Ở các cơ sở nhỏ có thể không có nhà nghiên cứu bệnh học tại chỗ thì có thể gửi đến những đơn vị nghiên cứu bệnh học, nơi sẽ nhận mẫu và trả lại kết quả. Mẫu phải được chuyển đến trong điều kiện có thể chấp nhận được, do đó cần liên hệ với phòng xét nghiệm về cách chuẩn bị, bảo quản mẫu, thuốc hãm và các giải pháp tốt nhất đối với điều kiện của cơ sở. Thông thường, các mẫu từ trung tâm xa xôi được các nhà nghiên cứu bệnh học quan tâm và vui lòng đón nhận. Gửi mẫu đến đơn vị nghiên cứu bệnh học qua đường bưu điện hoặc nhân viên bệnh viện khi họ có việc lên trung

tâm lớn. Quá trình này có thể gây chậm chễ nhưng cũng không ảnh hưởng nhiều đến kết quả trong 3-5 tuần. Để đóng gói cả mẫu sinh thiết và những chuẩn bị về tế bào, viết tên bệnh nhân, cơ sở gửi, ngày lấy mẫu bằng bút chì lên một miếng giấy dán. Đặt miếng giấy đó vào lọ đựng mẫu. Lấp lại cẩn thận bằng băng dính và đặt lọ trong ống (hoặc hộp) bằng thủy tinh cùng với những ghi chép tổng hợp về bệnh nhân, tình trạng lâm sàng, chẩn đoán dự kiến, loại mô được gửi và yêu cầu xét nghiệm. Đặt ống vào hộp gỗ hoặc bìa cứng, đóng gói cẩn thận và gửi đi. Nếu được chuẩn bị kĩ, mẫu sẽ không bị hư hại kể cả thời gian vận chuyển có lâu đi nữa.

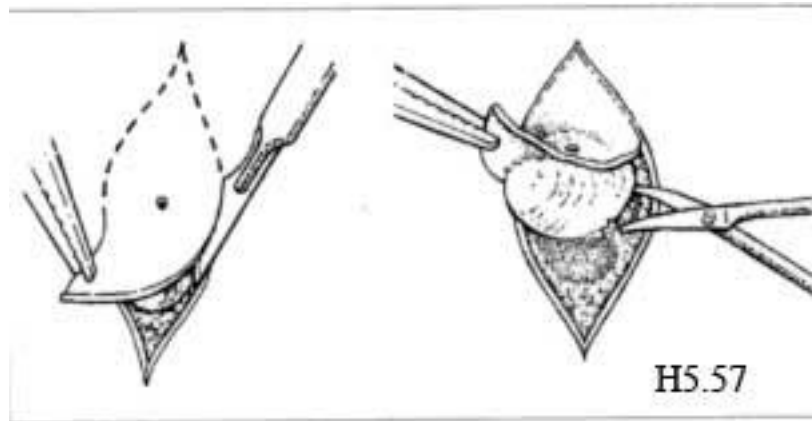
CÁC QUY TRÌNH ĐẶC THÙ

Thương tổn ở da và dưới da

Rạch da bằng dao song song với hướng nếp da. Thực hiện đường rạch hình ellip theo trục, đủ rộng để mở da mà không bị biến dạng. Để thực hiện việc này, làm cho các trục dài gấp đôi chiều dài của trục ngắn và đóng vết rạch với hai mũi khâu khoảng cách bằng nhau. Đối với vết rạch dài, đặt mũi khâu đơn ở hai đầu trước khi đóng. Bố trí đường rạch như thế nào đó để tránh phải xoay nắp hoặc miếng ghép (Hình 5.56)



Cắt các tổn thương dưới da sau khi vào được bên trong vết rạch (Hình 5.57). Không được loại bỏ da trừ khi nó bị phân dưới da dính chặt. Các u nang thể vùi dưới da về mặt vị trí là ở dưới da nhưng ở thể lõm với những nốt trông thấy xuất hiện trên bề mặt da nơi chúng tồn tại. Thất bại trong việc loại bỏ những nốt đó có thể làm cho u bị gãy khi cắt và có thể dẫn đến việc tái phát sinh do việc cắt không được hoàn thiện.



U lipo, u mỡ lành tính thường xuất hiện dưới da và làm bệnh nhân cảm thấy khó chịu vì chúng thường ở những vị trí không thuận tiện và có kích thước lớn. Cắt bỏ bằng cách cắt từng mảnh khối u từ những mô dưới da xung quanh.

Nếu khối u lớn thì thường khó có thể đóng các mô dưới da mà không làm dị dạng da. Trong trường hợp đó, sử dụng ống dẫn lưu cao su nhỏ hoặc băng áp suất để đóng chỗ chết thay vì khâu dưới da.

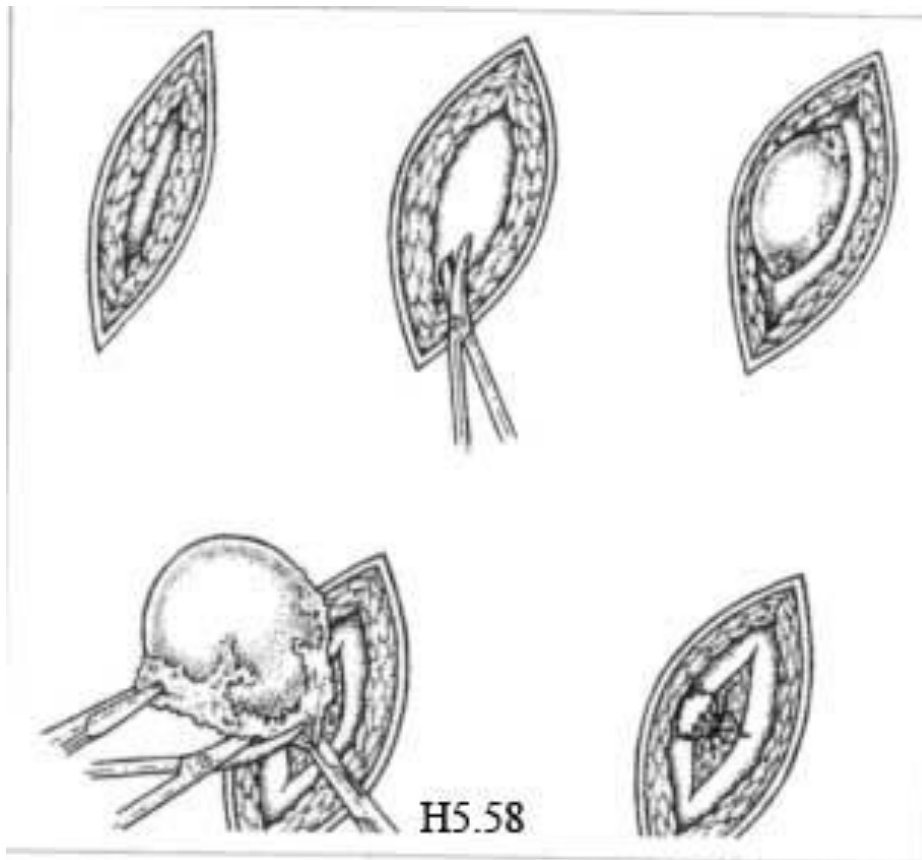
Gửi mẫu sinh thiết đi kiểm tra bệnh học để xác định mô ác hay lành. Các u lipo rõ, u nang thể vùi dưới da, hạch ở cổ tay có thể loại trừ khả năng là u ác. Ung thư biểu bì tế bào cơ sở và tế bào hình vẩy thường do sự da quá mỏng cảm với ánh mặt trời. Những người Bắc Âu và người bạch tạng đặc biệt hay bị bệnh này. Ung thư biểu bì tế bào cơ sở không cần phải cắt bỏ rộng. Ung thư biểu bì tế bào hình vẩy thì nguy hiểm cho tính mạng. Điều trị bằng cách cắt bỏ toàn bộ ở vùng rộng.

Chàm là một loại u lành hình thành do tăng sắc tố da. U hắc tố là một loại u ác có cùng một đường tế bào. Cả hai đều liên quan đến ánh nắng mặt trời nhưng u hắc tố có thể xuất hiện ở bề mặt bàn chân. U hắc tố rất nguy hiểm cho tính mạng. Cần sinh thiết tất cả các tổn thương nghi ngờ và đưa đến kiểm tra bệnh học. Nếu xác định là u ác phải sắp xếp để can thiệp bằng giải phẫu đặc thù.

Sinh thiết u bạch huyết

Đây là u ác tính của các bạch huyết bào, sau khi di chuyển ra khỏi tủy xương. U bạch huyết xuất hiện ở hạch bạch huyết hay ở các mô mềm trong cơ thể, vì thế khi sinh thiết cần cắt sâu hơn so với các loại sinh thiết da và dưới da. Cần gây mê toàn thân. Thực hiện một đường rạch thẩm mỹ theo nếp da, cắt nhỏ các mô dưới da, kiểm soát chảy máu trong khi làm. Tìm u bạch huyết bằng đầu ngón tay và rạch qua mặt u. Cắt nhỏ khối u từ các mô xung quanh mà không được trực tiếp kẹp nó. Thay vào đó, kẹp mô dính vào bằng kẹp động mạch nhỏ hay đặt mũi chỉ hình số 8 vào khối u để kéo. Tách toàn bộ mô dính ra khỏi khối

u. Kiểm soát các mạch bằng kẹp và nối chúng lại bằng chỉ tự tiêu sau khi lấy khối u ra(Hình 5.58)



Cổ và tuyến giáp

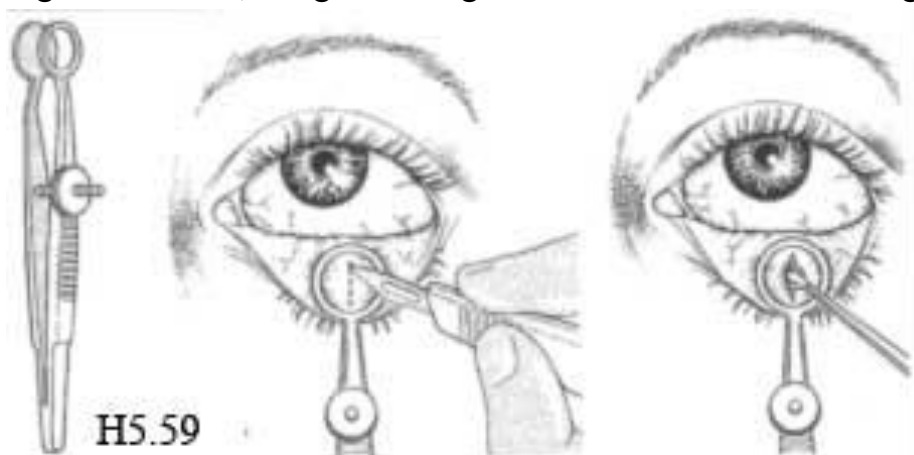
Loại bỏ các thương tổn trên da cũng như ở bất kì vị trí nào trên cơ thể. U bạch huyết, u bẩm sinh, u tuyến giáp và bướu là phức tạp nhất và phải cần đến bác sĩ phẫu thuật có chuyên môn. Sử dụng cách hút dò bằng kim (FNA) để chẩn đoán những tổn thương này. FNA không hữu hiệu đối với việc chẩn đoán u lympho. FNA các u tuyến giáp thoái hoá thường là để chữa bệnh.

Xoang miệng

Các thương tổn ở đường tiêu hoá biểu hiện ở các nốt trắng (chứng bạch sản) hoặc các nốt đỏ (chứng hồng sản) mà có thể là ung thư biểu bì tế bào hình vảy hoặc loạn sản. Sự lạm dụng rượu, thuốc lá hoặc hội chứng suy giảm miễn dịch làm tăng cơ hội cho các bệnh ác tính đường miệng. Cần kiểm tra tổng thể đầu, cổ, bao gồm cả kiểm tra khẩu hầu. Sinh thiết những thương tổn nghi ngờ. Cắt phần hồng sản và khâu lại phần khuyết lõm bằng chỉ tự tiêu. Nếu tổn thương quá lớn, loại bỏ một nệm mô bao gồm một vòng mô bình thường bên cạnh.

Mắt

Mụn lẹo là một u nang bị viêm mạn tính có kích thước 2-5mm tại một trong số các tuyến nâng đỡ mi mắt. Cần can thiệp bằng phẫu thuật nếu bị sưng trong thời gian dài và điều trị tại chỗ bằng thuốc không hiệu quả. Nó có thể tái phát ở các tuyến hỗ trợ mi bên cạnh. Sau khi gây mê cục bộ bằng tetracaine 0.5%, tiêm 1-2 ml lidocaine 2% vòng quanh mụn lẹo qua da. Đặt kẹp mụn lẹo để tẩm đặc trên da và tẩm tạo cửa sổ vòng quanh mụn lẹo, vặn ốc vít và lộn mi. Rạch khối lẹo ở các góc phải so với bờ mi và nạo nội dung bên trong lẹo (Hình 5.59). Bỏ kẹp và ấn bờ mi cho đến khi máu ngừng chảy. Cho dùng thuốc mỡ kháng sinh tra mắt, băng lại. Dùng thuốc mỡ đến khi vết thương liền da.



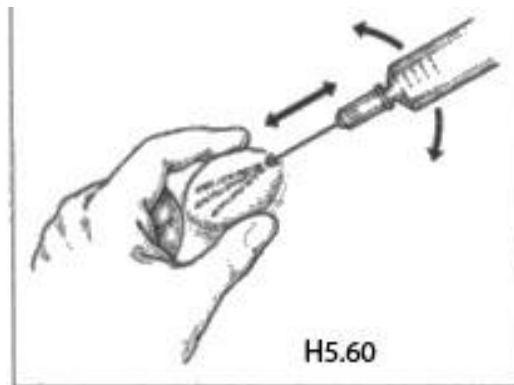
Không được điều trị các mụn thịt nhỏ. Nếu các mụn thịt lan rộng đến vùng trung tâm quang của giác mạc thì cần tham vấn bác sĩ nhãn khoa.

Sinh thiết ngực

Sinh thiết ngực được chỉ định cho các thương tổn vú có thể sờ thấy và các thương tổn nhìn thấy bằng cách chụp X-quang tuyến vú. Gây mê tại chỗ để thực hiện cắt thương tổn sờ thấy được. Các thương tổn không sờ thấy được đòi hỏi kỹ thuật phẫu thuật chuyên khoa với các thiết bị quang tuyến để xác định vị trí của thương tổn. Dùng kim hút các khối u vú. Nếu có sự tái phát sinh sau khi hút u, thực hiện tiếp sinh thiết cắt bỏ.

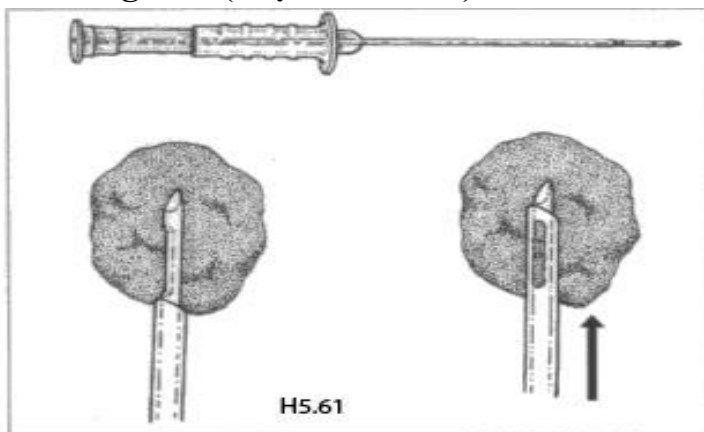
Hút bằng kim

Dùng FNA và kiểm tra tế bào để chẩn đoán các u rắn ở vú là lành tính hay ác tính. Chọc kim cỡ 21 vào u và hút vài lần rồi rút kim ra. Tháo kim khỏi bơm tiêm và hút vài ml không khí vào bơm. Nắm kim trở lại vào bơm tiêm và sử dụng không khí để làm rộng các tế bào. Điều chỉnh lại các tế bào bằng phun tế bào hoặc theo chỉ dẫn của nhà nghiên cứu bệnh học. (Hình 5.60)



Một kết quả dương tính xác định u ác và kết quả âm tính có thể không mang tính chẩn đoán và có thể do lỗi trong khi lấy mẫu. Thực hiện lại quy trình trên hoặc thực hiện sinh thiết mở nếu kết quả là âm tính.

Sinh thiết bằng kim (chọc sinh thiết)



Sinh thiết bằng kim tương tự như FNA ngoại trừ việc lõi của mô được lấy ra từ tổn thương. Đây là một phương pháp tốt để xác nhận sự nghi ngờ các u ác tính nhưng, giống như tất cả các thủ thuật bằng kim khác, nó chỉ thực hiện khi đã xác định được tính lành hay ác của khối u. (Hình 5.61)

Sinh thiết mở

Sử dụng sinh thiết cắt hoặc sinh thiết rạch để lấy mô vú đi kiểm tra mô. Rạch da theo nếp gấp của da. Chú ý đến việc đảm bảo tính thẩm mỹ của vết rạch khi nó ở các vị trí nhạy cảm. Cần quan tâm đến các phẫu thuật tiếp theo, cắt bỏ toàn bộ vú hay cắt bỏ rộng.

Sinh thiết cắt bỏ

Loại bỏ toàn bộ khối u và một vòng các mô bình thường. Đây là cách chữa bệnh đối với các tổn thương lành tính.

Sinh thiết rạch

Sử dụng khi chỉ cần lấy ra một phần khối u lớn. Tránh sinh thiết khối u đã bị chết hoại vì nó không cho kết quả chẩn đoán. Khâu các lớp sâu bằng chỉ tự tiêu và khâu da bằng chỉ không tiêu. Khâu dưới da sẽ cho kết quả mang tính thẩm mỹ hơn. Đặt một ống dẫn lưu cao su nhỏ vào trong vết rạch. Tháo ra sau 48 giờ.

SINH THIẾT PHỤ KHOA

Sinh thiết âm hộ

Sinh thiết các thương tổn ở âm hộ được chỉ định trong các trường hợp bị chứng bạch sản, ung thư biểu bì và bướu Condylom. Thỉnh thoảng, sinh thiết có thể xác định được lao hay schistosomiasis như là nguyên nhân của thương tổn. Để bệnh nhân ngồi theo tư thế thực hiện thủ thuật phá sỏi, vệ sinh và đắp ga vùng đáy chậu. Gây mê tại chỗ bằng thâm nhiễm lidocaine 1%. Nếu tổn thương âm hộ quá lớn, cắt một phần, nối các mạch máu và gắn với da. Tách các tổn thương nhỏ khu trú khỏi mép da lành. Biến chứng có thể là chảy máu.

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung

Xét nghiệm tế bào để chẩn đoán các thương tổn tiền ung thư. Xét nghiệm tế bào cổ tử cung được tiến hành bằng cách lấy tế bào cổ tử cung, nhuộm, soi dưới kính hiển vi. Đặt mỏ vịt nhỏ vào âm đạo để quan sát cổ tử cung, dùng một que gỗ nhỏ (que chuyên lấy bệnh phẩm) quét lấy tế bào cổ tử cung. Những tế bào này được rải lên một phiến kính nhỏ rồi cố định bằng một dung dịch đặc biệt, sau đó gửi đến phòng xét nghiệm chuyên khoa.

Sinh thiết cổ tử cung

Sinh thiết cổ tử cung luôn luôn được thực hiện dưới hướng dẫn của máy soi để hạn chế tối đa kết quả âm tính giả do sinh thiết không đúng chỗ. Soi và sinh thiết cổ tử cung là xét nghiệm quan trọng trong việc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Sinh thiết là phương tiện sau cùng và cho kết quả chính xác hơn cả. Đôi khi sinh thiết, ngoài để chẩn đoán còn là một phương pháp điều trị đối với giai đoạn sớm của bệnh, đó là trường hợp khoét chóp cổ tử cung sinh thiết 24 giờ trước khi tiến hành thủ thuật soi và sinh thiết cổ tử cung không nên thực hiện rửa bên trong âm đạo hay giao hợp.

Trước khi làm thủ thuật, bệnh nhân nên đi tiêu tiểu. Bác sĩ có thể cho một

ít thuốc giảm đau trước khi soi và sinh thiết cổ tử cung (Hình dưới).



Nếu khi sinh thiết cổ tử cung bác sĩ chỉ lấy đi một mẫu mô (không phải khoét chóp cổ tử cung) thì không ảnh hưởng đến việc mang thai sau này vì mẫu mô này thường rất nhỏ. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân đang mang thai hay nghi ngờ có thai có thể sẽ thay đổi cách thức tiến hành thủ thuật. Bệnh nhân có thể bị xuất huyết nhẹ nếu đã sinh thiết, nhưng thường không có tác dụng phụ nào khác. Tuy nhiên, nếu sau thủ thuật sinh thiết cổ tử cung có biểu hiện các triệu chứng như: xuất huyết nhiều (thấm ướt hơn một băng vệ sinh trong một giờ); đau bụng dưới; sốt, ớn lạnh hay dịch tiết có mùi hôi phải báo ngay cho bác sĩ.

Sốt cổ tử cung

Sốt cổ tử cung là một tên gọi không chính xác cho hiện tượng biểu mô nội mạc cổ tử cung màu đỏ tươi lan ra ngoài cổ tử cung. Nó có thể liên quan đến hiện tượng chảy máu khi va chạm. Khi khám có thể dễ nhận ra một vùng đỏ tươi kéo dài ra ngoài cổ tử cung. Nó có một mép ngoài dễ xác định nhưng không có lỗ trên bề mặt. Khi xét nghiệm kỹ thuật số, nó có cảm giác mềm với bề mặt có hạt tạo cảm giác gai gai khi sờ bằng đầu ngón tay. Nếu chạm vào sẽ bị chảy máu.

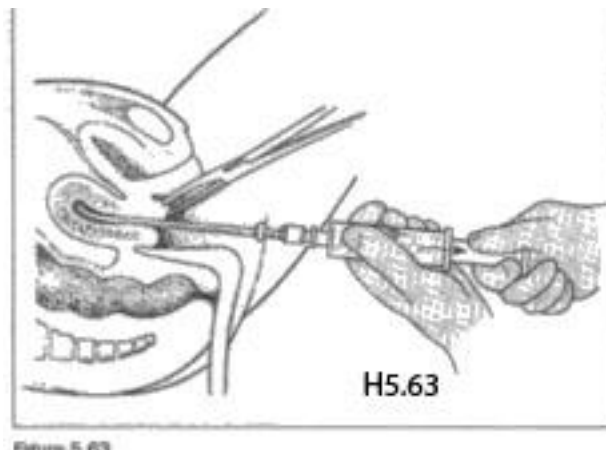
Thực hiện phết cổ tử cung để xét nghiệm tế bào. Nếu có biểu hiện bị mắc thì điều trị thương tổn bằng cách đốt điện. Không cần gây mê nhưng có thể dùng giảm đau. Cùng với việc thực hiện đốt điện, đánh dấu các đường viền đồng tâm tại vùng niêm mạc bị bệnh nhưng không được chạm vào ống cổ tử cung. Bệnh nhân tránh giao hợp trong 3-4 tuần. Các biến chứng có thể xảy ra bao gồm hẹp cổ tử cung (đặc biệt là nếu nội mạc tử cung đã từng vô tình bị đốt) và xuất huyết.

Sinh thiết nội mạc tử cung

Sinh thiết nội mạc tử cung được thực hiện hầu hết để giúp xác định nguyên nhân của chảy máu tử cung bất thường. Nó cũng có thể được làm để giúp đánh giá nguyên nhân của vô sinh, test để kiểm tra sự nhiễm trùng tử cung, và thậm chí là sự đáp ứng với một số thuốc.

Sinh thiết nội mạc tử cung được thực hiện trước kì kinh nguyệt.

Bệnh nhân nằm trên một bàn xét nghiệm theo một vị trí thích hợp để có thể sử dụng để lấy mẫu phết Pap. Sử dụng một mỏ vịt để mở ống âm đạo và hình dung cổ tử cung, mở tử cung. Trong suốt quá trình sinh thiết nội mạc tử cung, cần chèn vào một thiết bị hình ống bằng chất dẻo hay kim loại ngang qua cổ tử cung vào trong tử cung để lấy ra một mảnh nhỏ của lớp mô lót bên trong (Hình 5.63)



Thường không đòi hỏi gây tê, nhưng dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) 30 đến 60 phút trước khi thực hiện có thể giúp giảm chuột rút và đau. Trong một số trường hợp, một lượng nhỏ thuốc tê lidocaine có thể được thêm vào trong khoang tử cung để giảm sự bất tiện

Có rất ít nguy cơ với sinh thiết nội mạc tử cung. Nguy cơ hàng đầu là đau hay chuột rút, nhưng đặc điểm này nhanh chóng biến mất theo phẫu thuật. Những nguy cơ ít phổ biến khác là cảm giác chóng mặt hay mê sảng, có thể nhiễm trùng, chảy máu và hiếm hơn là thủng tử cung

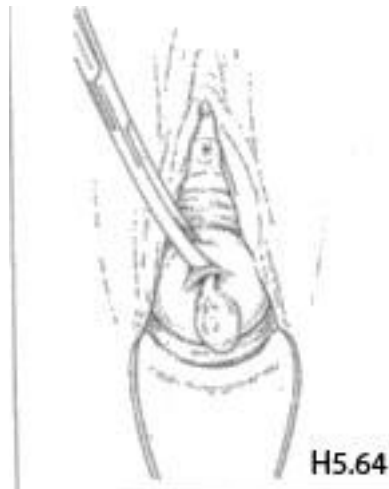
Cắt bỏ polip

Polip cổ tử cung là u có cuống mọc ra từ cổ tử cung, nằm trong âm đạo, có hình tròn hoặc hình bầu dục, kích thước to nhỏ khác nhau (có trường hợp polip to như quả trứng vịt hoặc to hơn nữa, làm chật cả âm đạo). Thường người bệnh không phát hiện được mình bị polip nếu không đi khám phụ khoa thường

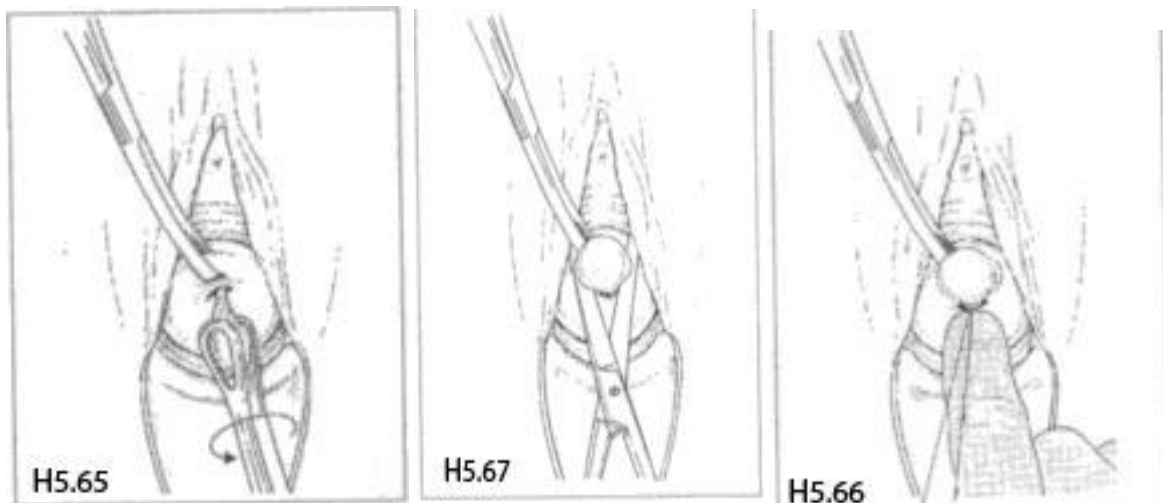
xuyên. Tuy là u lành tính, nhưng có một số ít chuyển thành ung thư, và phải làm sinh thiết thì mới có kết quả chính xác.

Đặt bệnh nhân theo tư thế cắt sỏi, vệ sinh và đắp ga vùng làm thủ thuật.

Làm lộ cổ tử cung và kẹp lấy môi trước của nó bằng kẹp có rung (Hình 5.64).



Kẹp polyp bằng cái kẹp gạc và lấy ra bằng cách thắt rồi cắt chân polyp. (Hình 5.65,5.66,5.67)



Sau khi cắt bỏ polyp thực hiện tiếp việc nong và nạo khi bệnh nhân được gây mê. Tìm các thương tổn khác trong dạ con như ung thư biểu bì và điều trị các polyp mới xuất hiện trong cổ tử cung hoặc trong thân dạ con. Gửi mẫu đi xét nghiệm mô.

NỘI SOI RUỘT THẲNG VÀ CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Ống soi ruột thẳng

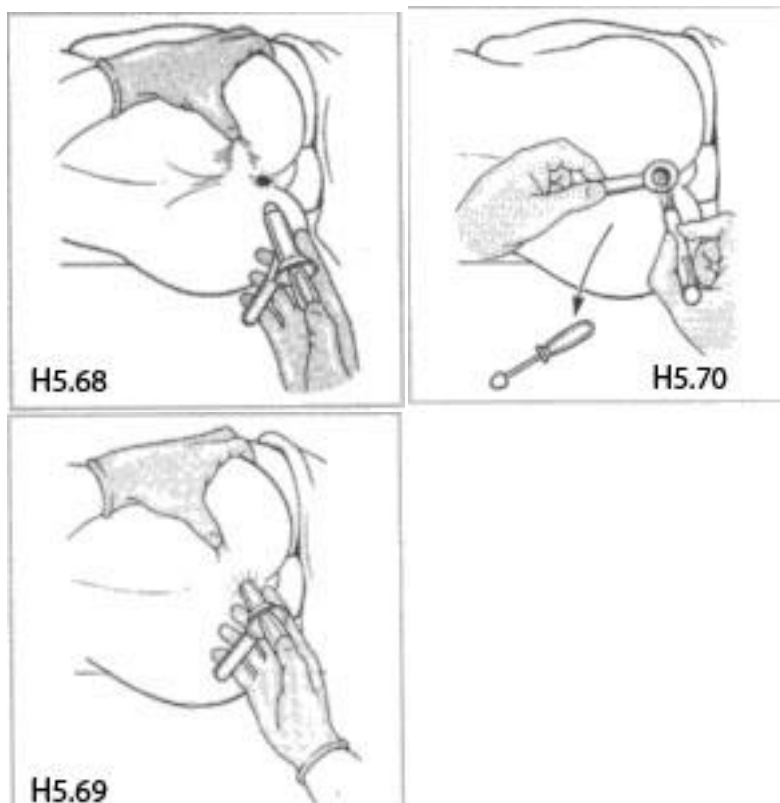
Ống soi ruột thẳng cho phép nhìn thấy và sinh thiết toàn bộ ống hậu môn nhưng chỉ một phần ruột thẳng có thể nhìn thấy. Ánh sáng tốt là rất cần thiết. Sự

tự tin và hợp tác của bệnh nhân rất hữu ích. Nói chuyện với họ trong khi thực hiện thủ thuật. Giải thích quy trình và mục đích của nó, nhấn mạnh rằng thủ thuật chỉ gây khó chịu không đáng kể. Không được chỉ định thực trừ khi bệnh nhân bị táo bón hoặc cần làm thêm nội soi đại tràng sigma.

Kỹ thuật

1. Thực hiện xét nghiệm kỹ thuật số ban đầu. Sau đó, vẫn để bệnh nhân ở vị trí cũ, đưa ống soi ruột thẳng vào để nhìn thấy các thương tổn có thể có. Bôi trơn rồi đưa ống soi vào, giữ tay cầm bằng các ngón tay và ấn ngón cái lên đầu vật để bịt (Hình 5.68). Bằng cách này sẽ kẹp giữ được hai đầu của dụng cụ.

2. Khi đưa ống soi vào hết cỡ (Hình 5.69), chỉ dẫn bệnh nhân thở sâu, miệng há ra. Bỏ vật để bịt ra và điều chỉnh ánh sáng vào trong ống soi (Hình 5.70). Loại bỏ chất cặn, chất nhầy và máu. Chỉnh ống soi để lumen của ruột có thể nhìn thấy được rõ ràng. Chậm chậm rút dụng cụ ra trong khi tiếp tục duy trì ống soi trong ruột để có thể nhìn thấy bất kỳ thương tổn niêm mạc nào bao gồm u polyp và trĩ. Ghi chép hình ảnh của niêm mạc



3. Nếu có đủ thiết bị xét nghiệm mẫu, lấy mẫu sinh thiết từ các khu vực bất thường có thể nhìn thấy, sử dụng kẹp sinh thiết đặc dụng. Lấy mẫu mô qua ống soi. Nhớ rằng việc lấy mẫu sinh thiết từ niêm mạc ruột thẳng thường gây khó

chịu và việc lấy mô từ lớp lót hậu môn sẽ gây đau dữ dội. Khi thực hiện việc này, không được lấy mô từ khối trĩ hoặc bất kì thương tổn thuộc mạch máu nào.

4. Ngay sau khi được lấy ra từ cơ thể bệnh nhân, ngưng kết mẫu mô trong dung dịch muối formaldehyde: 10 ml hỗn hợp formaldehyde 37% + 90 ml dung dịch muối sinh lý ; quá trình ngưng kết mất khoảng 48 tiếng. Có thể sử dụng cách ngưng kết do nhà nghiên cứu bệnh học địa phương chỉ dẫn.

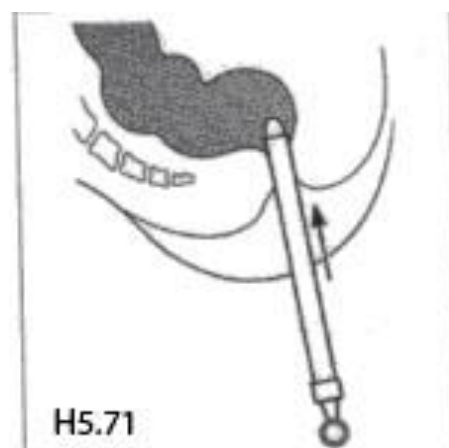
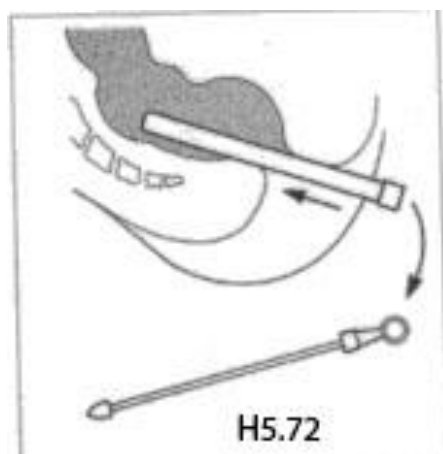
Nội soi đại tràng sigma

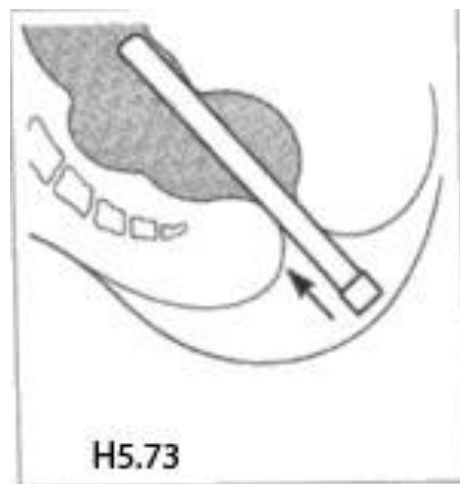
Nội soi đại tràng sigma được chỉ định cho bệnh nhân có triệu chứng tràng bệnh và kết quả soi đại tràng bằng ống soi không xác định. Nó cũng được chỉ định dùng tiếp sau soi đại tràng bằng ống soi để xác định những thương tổn bổ sung như bệnh polyp hoặc schistosoma ruột thẳng. Đối với viêm kết tràng amip, nội soi đại tràng sigma rất hữu hiệu trong việc đánh giá phản ứng của ống soi kết tràng đối với việc điều trị. Nó cũng tạo điều kiện cho việc gợi ý sử dụng một ống trực tràng để giải nén và giảm bớt xoắn ruột sigma. Hình thức kiểm tra này thường tiếp sau kiểm tra ruột thẳng và soi ruột.

Kĩ thuật

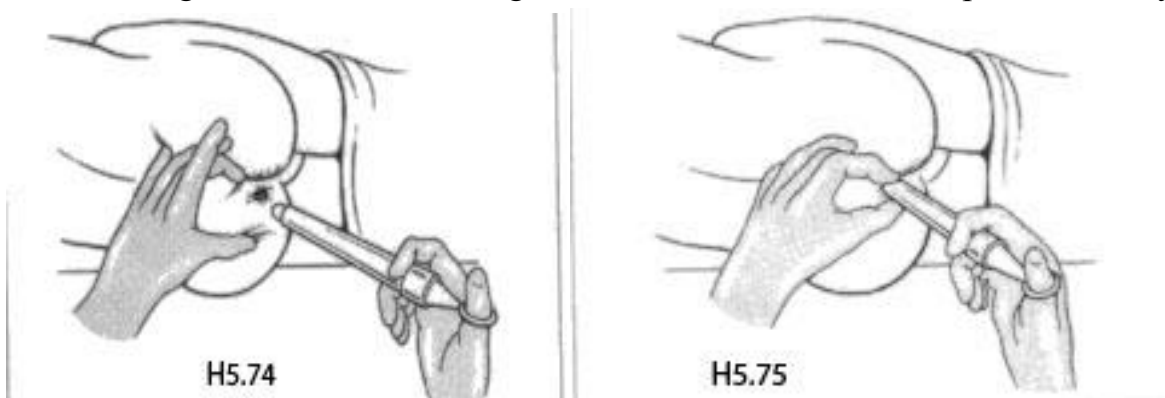
1. Yêu cầu bệnh nhân thắt rửa trực tràng. Nếu họ không thể thực hiện được điều này ngay, cho dùng thuốc xổ. Kiểm tra thiết bị, đặc biệt là đầu-ánh sáng, thị kính (cửa sổ) và bơm lạm phát (bellows) để đảm bảo rằng chúng thích hợp với nhau và đủ ánh sáng đến cuối ống.

2. Bôi trơn ống nội soi trước khi bắt đầu và đưa nó vào với vật nút lại đúng vị trí. Ở các giai đoạn đầu, nội soi đại tràng sigma tương tự như soi ruột thẳng (Hình 5.71). Tiếp theo, đưa ống về phía sau và lên phía trước (Hình 5.72,5.73). Giữ chặt vật để lắp để tránh bị bật ra (Hình 5.74)





3. Sau khi đưa ống soi vào khoảng 10cm, bỏ vật để lắp ra (Hình 5.75). Nếu có sự tắc nghẽn trước khi đưa ống soi vào 10 cm, tháo vật để lắp tại điểm này.



Sau đó lắp thị kính (bộ phận chứa nguồn sáng và điểm nối với bơm). Để nhìn thấy thành ruột và lumen ruột, cho một ít không khí và chỉnh ống soi. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ lên, giữ nó cẩn thận trong khoảng lumen ruột. Cho không khí vào tại các khoảng để mở lumen ruột dần dần vượt ra ngoài ống soi. Khi các nội dung trong ruột che khuất tầm nhìn, tháo thị kính và thật rửa các chất đó bằng cách sử dụng cuộn nha khoa được giữ chặt bằng kẹp sinh thiết.

4. Thay đổi liên tục hướng của ống soi để giữ nó trong phạm vi lumen.

Không được đưa ống lên trừ khi lumen ruột được nhìn thấy. Khoảng cong sigma có thể khó đi qua được cho nên không được vội vã. Nếu quá khó khăn thì dừng lại. Không được sử dụng lực để ấn ống soi vào hay lấy mẫu sinh thiết ra khỏi thành ruột. Điều này có thể gây ra tổn thương, thậm chí là thủng trực tràng.

Nếu bệnh nhân cảm thấy khó chịu trong khi thực hiện thủ thuật, kiểm tra lại ống soi, tháo không khí bằng cách tháo thị kính hoặc ngắt bơm, sau đó lắp lại dụng cụ và tiếp tục thực hiện quy trình. Khi sắp kết thúc, cho không khí trong ruột ra ngoài trước khi rút ống soi ra.

Tụ huyết quanh hậu môn

Tụ huyết quanh hậu môn thường khá đau. Vùng bị viêm bị căng, đau và dễ dàng nhìn thấy khi kiểm tra bờ hậu môn. Nó giống như một chỗ sưng nhỏ bằng hạt đậu và đau.

Điều trị cơ bản bằng cách giảm đau tại chỗ hoặc qua đường miệng bằng analgin và bằng cách giúp bệnh nhân tránh bị táo bón. Thương tổn sẽ ổn định sau vài ngày hoặc một tuần. Nó có thể được giải quyết bằng nén dung dịch muối ưu trương. Trong thời gian này, ổ xung huyết có thể bị vỡ ngay làm chảy máu cục và giảm đau. Trong các giai đoạn đầu hình thành ổ xung huyết có thể thực hiện thụt rửa khi gây mê tại chỗ để giảm đau. Dẫn lưu không được chỉ định trong giai đoạn hậu cấp và mạn tính của xung huyết quanh hậu môn.

Nứt hậu môn

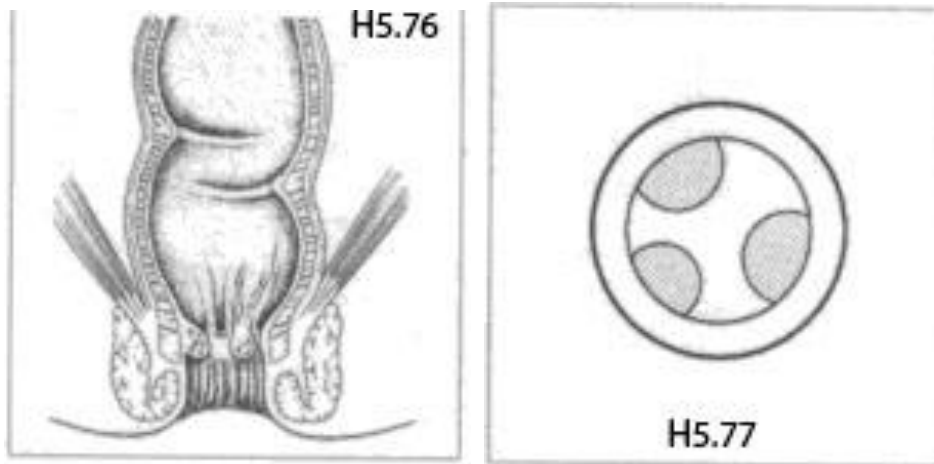
Nứt hậu môn là một vết rách niêm mạc ống hậu môn dưới. Nó thường rất đau, đặc biệt là trong và sau khi đại tiện. Các cục phân cứng làm tình trạng trở nên xấu hơn. Hậu môn khép kín do co thắt vì vậy cần sử dụng gel giảm đau tại chỗ, thi thoảng phải cho gây mê toàn thân, nếu cần phải kiểm tra cẩn thận. Vết nứt có thể cấp hoặc mạn tính.

Không cần can thiệp bằng phẫu thuật, đặc biệt đối với vết nứt cấp tính. Nên đề nghị bệnh nhân sử dụng thực đơn có nhiều chất xơ, dùng giảm đau tại chỗ bằng thuốc mỡ. Vết nứt mạn tính có thể được điều trị với cách giãn nở hậu môn bằng tay.

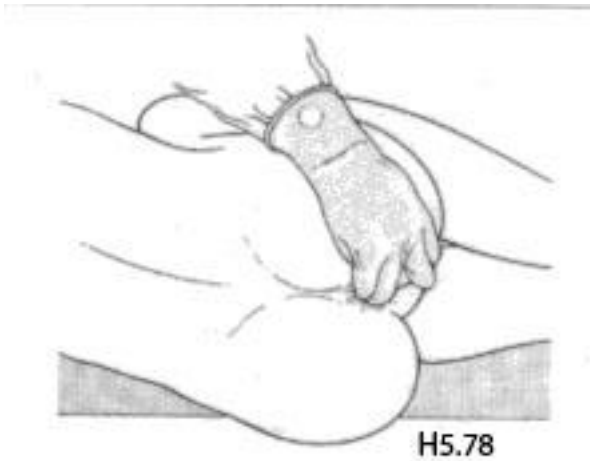
Giãn nở hậu môn: Kỹ thuật

1. Trước khi thực hiện, làm rỗng trực tràng bằng thụt. Gây mê toàn thân cho bệnh nhân mà không giãn cơ bắp, sử dụng trương lực trong cơ thắt hậu môn để đánh giá mức độ mà cơ thắt hậu môn nên được kéo ra. Thực hiện kiểm tra bằng kỹ thuật số và sau đó là kiểm tra bằng ống soi trực tràng để xác nhận sự tồn tại của trĩ (Hình 5.76,5.77). Sự thành công của quá trình điều trị phụ thuộc rất nhiều vào sự giãn nở hậu môn tương thích tại vùng “đai bóp lại”. Điều này đạt được bằng cách dùng các ngón tay ấn nhưng để tránh làm giãn nở quá nhiều hay

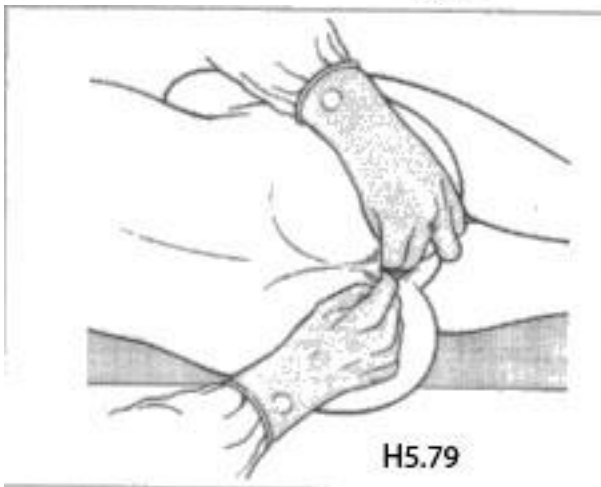
biến chứng khác, chỉ nên sử dụng nhiều nhất là 4 ngón tay. Không được sử dụng bất kì dụng cụ nào.



2. Đầu tiên, cho ngón trỏ và ngón giữa của tay trái vào trong hậu môn và ấn vào thành hậu môn (Hình 5.78). Tiếp theo, giãn nở hậu môn bằng cách đưa ngón trỏ của tay phải vào và ấn vào thành hậu môn theo hướng đối diện với hai ngón tay kia (Hình 5.79). Cho ngón tay giữa của tay phải vào và nhắc lại quy trình trên.



H5.78



H5.79

3. Cuối cùng, đưa bông hoặc gạc thấm chất khử khuẩn không trôi hoặc dung dịch muối đẳng trương vào hậu môn và vắt ra hoặc một miếng gạc tẩm thuốc mỡ. Để một đầu bông hoặc gạc thò ra ngoài.

4. Chỉ định dùng thuốc giảm đau cho chăm sóc hậu thủ thuật. Cho bệnh nhân dùng thuốc nhuận tràng loại nhẹ như paraffin lỏng (dầu khoáng) để kích thích việc thải phân mềm và to. Chỉ dẫn bệnh nhân ngồi vào nước ấm, tốt hơn là cho một chút muối trong khoảng 15-30 phút ít nhất một ngày một lần trong 14 ngày.

Biến chứng có thể là hình thành ổ tụ huyết, không kiểm chế được và sa niêm mạc. Nếu không dùng quá 4 ngón tay cho việc làm giãn nở hậu môn thì sẽ hạn chế được tối đa các biến chứng trên

Trĩ (Lòi dom)

Triệu chứng thường gặp là có cảm giác khó chịu, đau, có khi kèm chảy máu mỗi khi đại tiện. Đau không phải lúc nào cũng là một đặc điểm quan trọng. Trĩ được phân loại trên cơ sở xem chúng có bị sa hay không, khối trĩ sa có tự giảm không hay phải can thiệp bằng tay. Cần khám trực tràng, soi trực tràng và

soi đại tràng để chẩn đoán trĩ và bất kì hiện tượng nào khác có liên quan, đặc biệt là ung thư biểu mô trực tràng.

Biến chứng của trĩ là thiếu máu và chứng huyết khối.

Điều trị:

- Trường hợp nhẹ: Tránh dùng để bị táo bón bằng cách uống nhiều nước, ăn nhiều rau, tập thói quen đi cầu đều đặn. Dùng thuốc bôi tại chỗ và các loại kem có chứa corticoid, các chất chống co thắt, các chất bảo vệ mạch máu và chích gây tê tại chỗ để giảm viêm và giảm đau. Cụ thể, có thể dùng Proctolog nhét hậu môn ngày 1- 2 viên; hoặc bôi thuốc mỡ Preparation-H lên vùng bị trĩ bất cứ lúc nào có triệu chứng, 3 - 5 lần/ngày.

- Nếu trường hợp nặng hơn thì tiêm thuốc gây xơ hoặc phẫu thuật lạnh bằng chất cực lạnh như khí carbonic, nitrogen lỏng làm lạnh búi trĩ, sau vài ngày thì búi trĩ hoại tử vô trùng không đau, 3 - 6 tuần thì lành sẹo, sẹo mềm và đẹp.

- Thắt búi trĩ bằng dây thun với dụng cụ đặc biệt.
- Mổ cắt trĩ nếu là trĩ sa. Việc cắt trĩ nếu do bác sĩ không có kinh nghiệm thực hiện có thể bị biến chứng thành hẹp hậu môn. Nếu cần cắt trĩ thì đưa bệnh nhân đến bác sĩ ngoại khoa có tay nghề tốt.

Không bao giờ được thực hiện cắt trĩ hay dẫn hậu môn cho bệnh nhân mang thai hoặc sau khi sinh. Dùng gạc tẩm muối ưu trương sẽ làm giảm sự khó chịu và hiện tượng trĩ sẽ được cải thiện vài tuần sau khi sinh.

Phần 3

Ổ bụng

Mở bụng và các chấn thương vùng bụng

6

6.1. MỞ BỤNG

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Những bệnh nhân trong tình trạng có thể nguy hiểm đến tính mạng do bệnh thuộc ổ bụng, bao gồm cả chấn thương, cần được điều trị cấp cứu tại bệnh viện tuyến huyện, đặc biệt là nếu họ có vẻ như có thể chết trước khi chuyển được lên tuyến trên.
- Phần lớn các ca cấp cứu ổ bụng được chăm sóc ban đầu tại bệnh viện tuyến huyện và việc chuẩn bị để chẩn đoán và hồi sức cần được thực hiện tại đó.
- Bệnh viện tuyến huyện nên chuẩn bị điều kiện để thực hiện các thủ thuật như cắt bỏ ruột thừa, dẫn lưu ổ bụng và áp-xe khung chậu, nối ruột non, mở thông ruột kết và khâu vùng thoát vị theo kế hoạch.
- Mở ổ bụng được sử dụng để mở các cơ quan trong ổ bụng để xác minh chẩn đoán và điều trị chấn thương ổ bụng và các tình trạng cấp cứu ổ bụng.
- Tại các bệnh viện tuyến huyện, các bác sĩ thực hành không phải là chuyên gia nhưng khi được đào tạo theo chuyên đề vẫn có thể thực hiện được thủ thuật mở ổ bụng và thậm chí có thể thực hiện được thủ thuật này đối với những ca phức tạp để cứu sống bệnh nhân.
- Trong trường hợp cấp cứu, khi rạch ổ bụng nên chọn đường rạch giữa
- Đối với các bệnh nhân có tình trạng ổn định, cần gây mê toàn thân khi thực hiện đường rạch giữa trên, cần gây mê cột sống khi thực hiện đường rạch giữa dưới.
- Nếu còn nghi ngờ chẩn đoán, có thể thực hiện đường rạch nhỏ song song với rốn và mở rộng lên hoặc xuống tại đường giữa.

Sử dụng thủ thuật mở bụng để bộc lộ các cơ quan bên trong ổ bụng. Đây cũng là cách xác nhận hoặc điều chỉnh chẩn đoán trước mổ đối với bệnh nhân bị bệnh cấp ở ổ bụng.

Tránh mở bụng khi bệnh nhân bị viêm tụy.

Thực hiện đường rạch tại bụng trên để bộc lộ:

- Các túi mật
- Dạ dày
- Tá tràng
- Lách
- Gan

Thực hiện đường rạch tại bụng dưới đối với bệnh nhân bị:

- Tắc ruột
- Các vấn đề về khung chậu

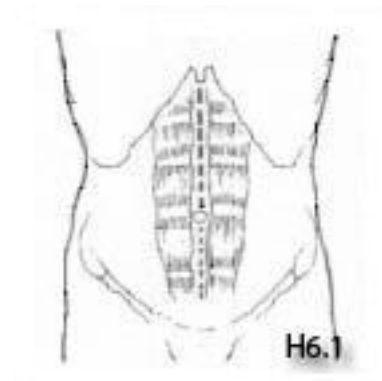
Thực hiện đường rạch từ trên xuống dưới bụng để:

- Đánh giá các cơ quan nội tạng khi phải mở ổ bụng do chấn thương

Đường rạch giữa

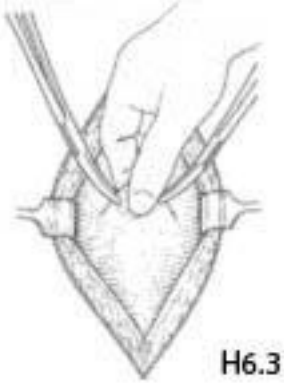
1. Để bệnh nhân nằm ngửa, chuẩn bị vùng da và đắp ga từ ngang núm vú đến mu và rộng đến sườn. Rạch da tại đường giữa, giữa ức và rốn. Mở rộng vết rạch dưới rốn ở mức độ cần thiết đủ để bộc lộ thêm (Hình 6.1)

2. Rạch qua lớp dưới da đến phần mô dưới da qua đường giữa. Kiểm soát chảy máu bằng gạc áp với mép vết thương và thắt những điểm chảy máu. Nhận diện đường trắng giữa. Đường trắng giữa là nơi có các sợi cơ đan chéo nhau. Rạch đường trắng giữa. Đường trắng giữa, sau khi được rạch, sẽ phô bày lớp mỡ tiền phúc mạc. Vén lớp mỡ tiền phúc mạc ra hai bên bằng bóc tách cùn. Các mạch máu trong lớp mỡ tiền phúc mạc sẽ được kiểm soát bằng buộc hay đốt điện (Hình 6.2)

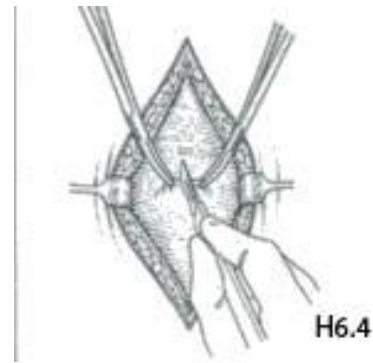


3. Cần chú ý nếu đường rạch đi qua vết sẹo của lần mổ ổ bụng trước vì ruột có thể bị dính với mặt dưới của thành bụng và gây tổn thương. Làm sạch mỡ ngoài màng bụng bằng dụng cụ cắt có đầu tù, giữ gìn các dây thần kinh.

4. Nhấc màng bụng làm thành hình “cái lều” bằng cách dùng kẹp bên cạnh kia của đường trung tuyến. Bóp nhẹ “đỉnh lều” giữa các ngón tay và ngón cái để đẩy ruột và mạc nối lớn ra khỏi “lều”. (Hình 6.3,6.4)

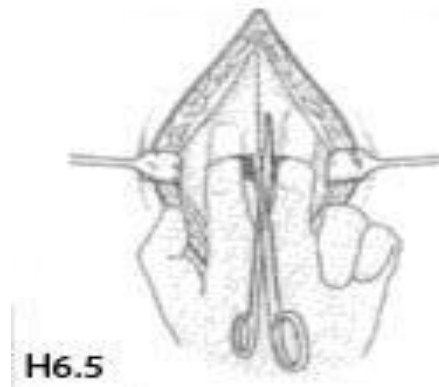


H6.3



H6.4

5. Nếu màng bụng được mở xong, ổn định bề mặt dưới bằng ngón trỏ và ngón giữa rồi mở rộng đường rạch bằng kéo (Hình 6.5). Mở rộng vết rạch màng bụng ra hết chiều dài của vết mổ



H6.5

6. Kiểm tra các cơ quan nội tạng để xác nhận chẩn đoán.

Kết quả kiểm tra ổ bụng

- Dịch và khí hơi xanh
- Ổ màng bụng có những chất bên trong ruột và khí
 - Màng bụng có máu: do chấn thương
 - Màng bụng có máu: nữ giới, không có dấu vết của chấn thương
 - Rỉ dịch như mủ
- Vòng ruột sưng phồng

Nguyên nhân

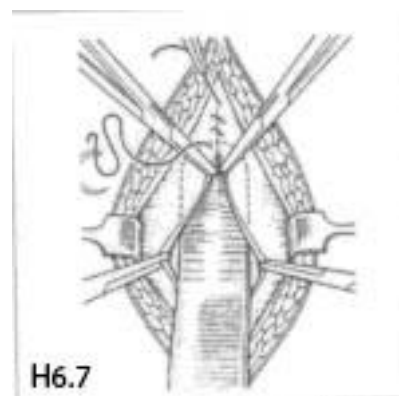
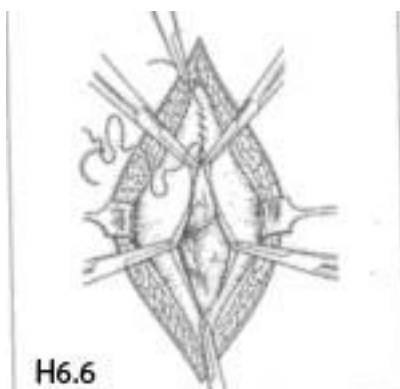
- Thủng dạ dày hoặc ruột tá
- Thủng ruột
 - Tổn thương gan, lách hoặc màng treo ruột
 - Thai lạc vị bị vỡ
 - Ruột thừa, viêm túi thừa hay thủng ruột
 - Tắc ruột hoặc phần tắc bị liệt

7. Kiểm tra một cách có hệ thống các cơ quan trong ổ bụng để phát hiện dấu hiệu của tổn thương hoặc các biểu hiện bất thường khác:

- Bắt đầu bằng kiểm tra ruột non, sau đó kiểm tra ruột già và ruột thẳng
- Ở phần bụng dưới, kiểm tra bàng quang và dạ con
- Ở phần bụng trên, kiểm tra dạ dày, ruột tá và lá lách
- Làm lộ rõ và sờ nắn gan, cơ hoành và cuối cùng là kiểm tra sau màng bụng bao gồm tụy và thận.
- Lên kế hoạch phẫu thuật sau khi hoàn chỉnh đánh giá.

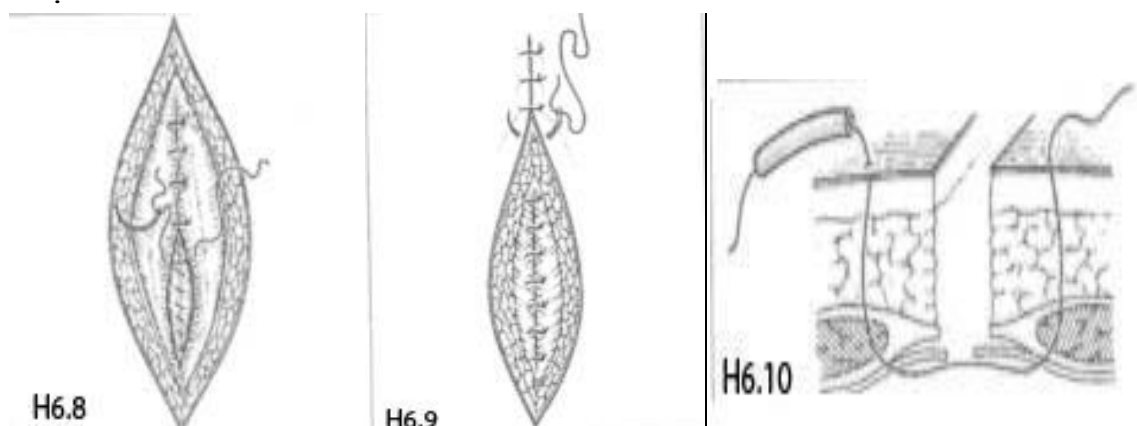
8. Thực hiện các thủ thuật cần thiết trên cơ sở các kết quả bệnh học. Những thủ thuật này sẽ được giải thích ở các phần tiếp theo

9. Khi kết thúc, đóng vết mổ từng lớp một. Sử dụng vài chiếc kẹp động mạch để giữ các đầu và mép vết rạch màng bụng. Khâu màng bụng bằng mũi khâu liên tục với chỉ tự tiêu số 0 và kim thân tròn (Hình 6.6). Duy trì ruột trong vòng khoang bụng trong quá trình đóng vết mổ thường là một vấn đề khó. Nếu cần, sử dụng thuốc giãn cơ hoặc một tấm đờ mỏng bằng kim loại để uốn đặt dưới màng bụng (Hình 6.7)



10. Đóng đường trắng bằng mũi khâu cách với chỉ polyglycolic acid số 1 hoặc mũi khâu liên tục với chỉ nylon sợi đơn và kim tròn hoặc kim đầu tam giác (Hình 6.8). Nếu vết mổ bị nhiễm bẩn hoặc nhiễm trùng, dùng chỉ nylon số 1 buộc lỏng. Đóng da bằng mũi khâu cách, chỉ cỡ 2/0, các mũi khâu cách nhau 1cm và cách mép vết thương 1cm (Hình 6.9). Đặt 2 lớp gạc. Nếu gặp khó khăn khi đóng ổ bụng, kiểm tra sự phù hợp của gậy mê để giảm mức độ căng của thành bụng và làm rộng dạ dày bằng ống mũi-dạ dày. Có một lựa chọn khác để thay thế cách đóng ổ bụng theo lớp là dùng mũi khâu đơn chịu lực tất cả các lớp để đóng. Mũi khâu chịu lực được chỉ định cho những bệnh nhân bị suy dinh dưỡng, nhiều tuổi, từng bị ung thư, HIV/AIDS mà vết thương sẽ rất khó lành. Chỉ nylon sợi đơn là phù hợp. Khâu mũi khâu chịu lực qua xuyên qua toàn bộ độ dày của thành bụng trước khi đóng màng bụng, lúc đầu không buộc (Hình 6.10).

Nếu không thể hoặc khó có thể đóng đường trắng do dư áp suất trong ổ bụng thì chỉ được đóng da. Chuyển bệnh nhân đến chuyên gia phẫu thuật khi bệnh nhân ổn định.



6.2.CHẤN THƯƠNG BỤNG

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Chấn thương bụng có hai loại là kín và xuyên thấu
- Chảy máu trong ổ bụng hoặc thủng dạ dày-ruột có thể xảy ra mặc dù không có tổn thương thành bụng.
- Chảy máu trong ổ bụng có thể được xác nhận bằng cách thụt rửa màng bụng bằng dung dịch muối đẳng trương, nhưng khi kết quả là âm tính thì cũng chưa hẳn là không có tổn thương, đặc biệt trong chấn thương sau màng bụng.
- Nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng trong các trường hợp đa chấn thương, đặc biệt là khi có hiện tượng tụt huyết áp không giải thích được.
- Khi có hiện tượng giảm dung lượng máu, ngực, khung chậu và xương đùi là những nơi mất máu nhiều.

Các ca bệnh nhân nhi:

- Nhiều chấn thương cùn có thể được xử lý mà không cần đến phẫu thuật
- Không xử lý bằng phẫu thuật nếu trẻ ổn định về chức năng máu và có thể điều khiển gần được.
- Đặt ống mũi-dạ dày nếu ổ bụng bị căng phồng vì trẻ nuốt phải một lượng lớn không khí.

Chấn thương bụng xuất hiện như một tổn thương biệt lập hoặc liên quan

đến đa chấn thương do va đập mạnh. Các nguyên tắc của chăm sóc chấn thương ban đầu bao gồm đánh giá ổ bụng như một phần của quy trình hồi sức cấp cứu sẽ được trình bày trong Bài 16: *Xử trí chấn thương cấp* và phần Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*

Khi bệnh nhân bị các tổn thương bụng cần ưu tiên thực hiện đánh giá ban đầu:

1. Thiết lập đường thở
2. Đảm bảo thông khí
3. Cầm máu bên ngoài
4. Truyền dung dịch muối thường hoặc Ringer lactate.
5. Đặt ống mũi-dạ dày, bắt đầu hút và điều khiển dịch hút ra
6. Gửi mẫu máu để đo globin huyết, loại máu và nhóm máu.
7. Đặt ống thông niệu, xét nghiệm nước tiểu và điều khiển lượng nước tiểu ra.
8. Thực hiện đánh giá kì II: khám sức khoẻ tổng thể để đánh giá ổ bụng và các tổn thương khác
9. Kiểm tra bụng bằng nhu động ruột, cơn đau, sự co cứng, các xương gập hay vết thương hở.
10. Sử dụng những liều nhỏ thuốc giảm đau bằng cách tiêm tĩnh mạch, kháng sinh dự phòng và tiêm phòng uốn ván.

Nếu chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng là chưa chắc chắn, thực hiện tiếp tục rửa màng bụng để chẩn đoán. Mở ổ bụng được chỉ định khi chấn thương bụng có liên quan đến những phản ứng rõ nét, chảy máu nhiều khi thực rửa hoặc huyết áp giảm. Một loạt các hoạt động thăm khám, siêu âm và X-quang sẽ rất hữu ích trong trường hợp còn nhiều nghi ngờ. Ngay cả những bác sĩ thực hành giàu kinh nghiệm cũng nên hỏi ý kiến của đồng nghiệp để hỗ trợ trong việc đánh giá các kết quả tìm được trong những ca chấn thương bụng chưa rõ. Chụp X-quang ngực, bụng, khung chậu và các bộ phận bị tổn thương khác nếu bệnh nhân trong tình trạng ổn định. Nếu nghi ngờ vỡ nội tạng thì phim chụp X-quang bụng ở tư thế ngang có thể cho thấy khí trong phúc mạc.

Thụt rửa phúc mạc để chẩn đoán

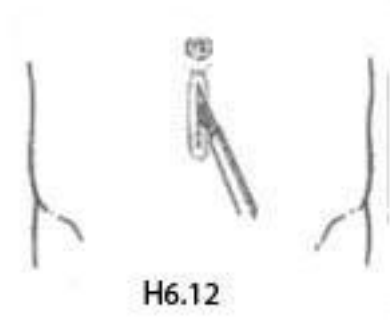
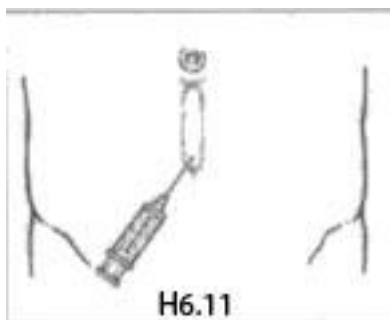
NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

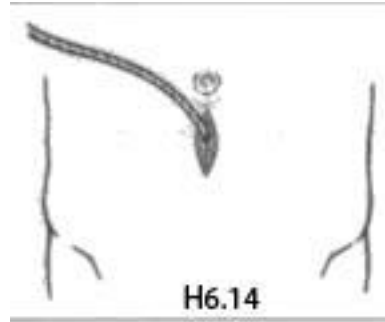
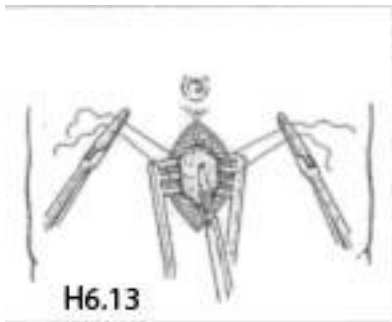
Thụt rửa phúc mạc chẩn đoán

- Được chỉ định khi các kết quả tìm được chưa rõ trong trường hợp bệnh nhân bị chấn thương bụng.
- Không nên thực hiện nếu có chỉ định mở bụng gấp
- Chỉ nên thực hiện sau khi đặt ống mũi-dạ dày và ống thông niệu Foley
- Đây là thủ thuật nhanh, nhạy cảm và không đắt tiền.
- Đánh giá tổng lượng dịch phải được thực hiện và ra quyết định dựa trên đánh giá đó nếu không có điều kiện đánh giá bằng xét nghiệm.
- Bỏ qua kết quả âm tính trong thụt rửa phúc mạc chẩn đoán nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục bị đau bụng cấp, khi đó cần thực hiện mở ổ bụng

Sau khi kiểm tra sơ bộ, hồi sức và kiểm tra kì II đã hoàn thành, các kết quả tìm được chỉ ra rằng có sự chảy máu trong ổ bụng hoặc phủ tạng bị rách có thể không tương đương với chẩn đoán. Khi đó, nên thực hiện một loạt thăm khám hỗ trợ với thụt rửa phúc mạc chẩn đoán (DPL) để ra quyết định xem có nên thực hiện mở ổ bụng hay không. Ở các tuyến trên, chụp cắt lớp quanh trục được vi tính hoá đã làm giảm việc sử dụng DPL nhưng nó không bị lỗi thời và các bệnh viện tuyến huyện nên có.

Kĩ thuật

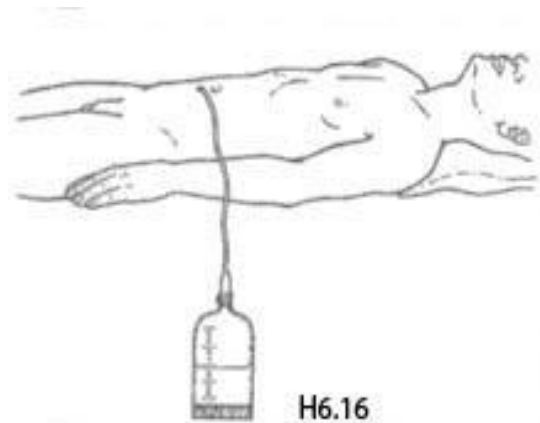
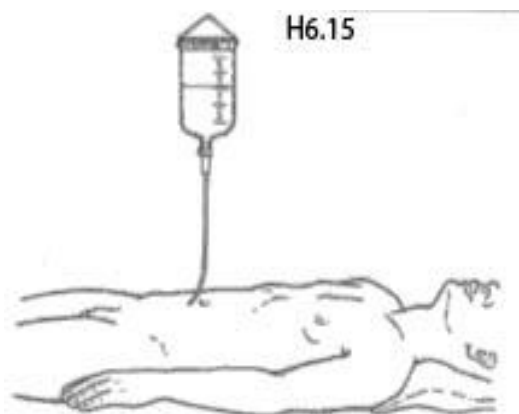




1. Gây tê tại chỗ bằng epinephrine (adrenaline) vào thành bụng và phúc mạc tại vùng dưới rốn (Hình 6.11). Epinephrine làm giảm chảy máu thành bụng.

2. Thực hiện một đường rạch giữa dài 2,5cm xuyên qua lớp mô dưới da đến đường trắng (Hình 6.12). Thực hiện việc kéo ngược đến cân mạc của đường trắng bằng các mũi chỉ hai dây nẹp và rạch một đường dài 3-5cm qua cân mạc (Hình 6.13). Nhẹ nhàng đưa ống thông niệu ở trong một cái thông vào phúc mạc và đưa ống thông niệu qua ống thông vào khung chậu (Hình 6.14)

3. Nếu không còn máu chảy, rót 20ml/kg (1lít đối với người lớn) hỗn hợp tĩnh mạch (dung dịch muối đẳng trương hoặc ringer lactate) vào ống thông niệu (Hình 6.15). Cắm ống thông niệu vào một lọ được nút kín và đặt lên sàn. Khoảng 100ml dịch sẽ chảy ngược lại lọ (Hình 6.16). Nếu lượng dịch chảy ngược lớn hơn 100 000 hồng cầu trên ml hoặc 500 bạch cầu trên ml, cần cho mở ổ bụng.



Đếm lượng hồng cầu và bạch cầu có thể được thực hiện trong phòng xét nghiệm cùng với xét nghiệm vi khuẩn và amylase. Khi không thể thực hiện việc đánh giá trong phòng xét nghiệm, dấu hiệu của nhu cầu mở ổ bụng có thể được xác định bằng cách nhìn vào độ trong của dịch. Nếu không thể đọc được “giấy in báo” qua hỗn hợp được hút ngược lại do màu đỏ có nghĩa là có một lượng máu nhất định và cần chỉ định mở ổ bụng. Nếu dịch mờ do các chất lẫn vào thì có vẻ như có hiện tượng tổn thương ruột và cũng cần chỉ định mở ổ bụng.

Các tổn thương xuyên thấu

- Các tổn thương xuyên thấu do súng bắn và vết thương do các vật sắc như dao hoặc giáo, mác.
- Mở ổ bụng để thám sát trong bụng được chỉ định khi bụng bị tổn thương xuyên thấu, căn cứ vào các kết quả thăm khám
- Dấu hiệu của giảm dung lượng máu hoặc phúc mạc bị kích ứng có thể là tối thiểu ngay sau tổn thương nhọn tại phủ tạng.

Các tổn thương kín

- Các tổn thương kín là kết quả của lực đập vào bụng trực tiếp mà không gây lên vết thương mở; chúng thường do tai nạn giao thông đường bộ hoặc do bị hành hung.
- Sau khi xảy ra tổn thương kín, mở ổ bụng để thám sát được chỉ định nếu có:
 - Đau và cứng bụng
 - Nhiều khí trong ổ bụng, được nhìn thấy qua phim chụp X-quang
- Tiếp sau chấn thương tù ở bụng, các dấu hiệu có thể chỉ ra hiện tượng chảy máu trong bụng bao gồm:
 - Đau lan lên vai
 - Huyết áp giảm
- Thiêu niệu liên quan đến cơn đau trên xương mu có thể do thủng bàng quang

Tổn thương cơ hoành

- Chấn thương xuyên thấu ở bụng trên và dưới ngực có thể gây ra lỗ thủng nhỏ trên cơ hoành. Lỗ thủng này có thể đóng bằng mũi khâu đơn hoặc khâu có đệm với chỉ cỡ 2/0.
- Chấn thương tù có thể gây ra kẽ hở rộng ở cơ hoành trái; sự xuất hiện của phủ tạng ở trên ngực, được xác định bằng cách nghe bệnh hay X-quang ngực, mang tính chẩn đoán cao.

VỠ LÁCH

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Cắt bỏ lách là biện pháp điều trị tổn thương lách nghiêm trọng nhưng cần cố giữ lá lách nếu máu không chảy quá nhiều
- Lách được cung cấp máu từ động mạch lách và động mạch dạ dày ngán
- Tiêm vắc-xi bằng pneumovax và kháng sinh dự phòng được chỉ định do hiện tượng giảm miễn dịch ở các bệnh nhân bị cắt lách

Ở các nước nhiệt đới, lách to do bệnh sốt rét hoặc leishmaniasis phổ biến thường hay gặp. Lách bị ảnh hưởng rất dễ bị tổn thương hoặc vỡ do những chấn thương rất bình thường. Lách có thể bị vỡ sau khi bị thương 3 tuần.

Các biểu hiện của vỡ lách bao gồm:

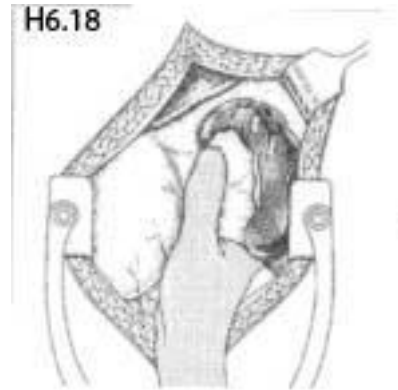
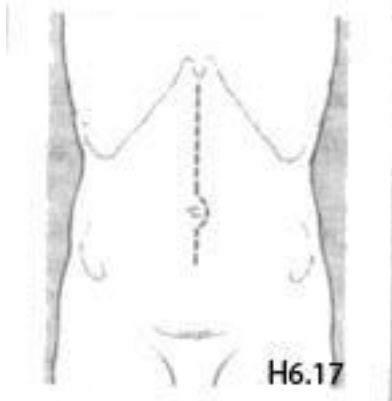
- Có chấn thương, bị đau ở bụng trên trái (thường lan lên vai)
- Buồn nôn và nôn
- Các dấu hiệu của giảm dung lượng máu
- Bụng đau và cứng
- Hình ảnh tổn thương lách trên CT:
 - Khối tụ máu:
 - Đậm độ: thấp hơn, bằng hay cao hơn đậm độ chủ mô lách (tùy thuộc vào “tuổi” của khối tụ máu- khối tụ máu càng “non”, đậm độ càng c
 - Không tăng quang.
 - Rách lách: giảm đậm độ, không tăng quang, đường bờ không đều.
 - Thuốc cản quang thoát mạch: hiếm khi thấy.

Chỉ định can thiệp phẫu thuật:

- Sinh hiệu không ổn định
- Truyền 2 đơn vị máu trở lên để duy trì Hct > 26%
- Có phản ứng phúc mạc toàn diện
- Có tổn thương phối hợp cần can thiệp phẫu thuật.

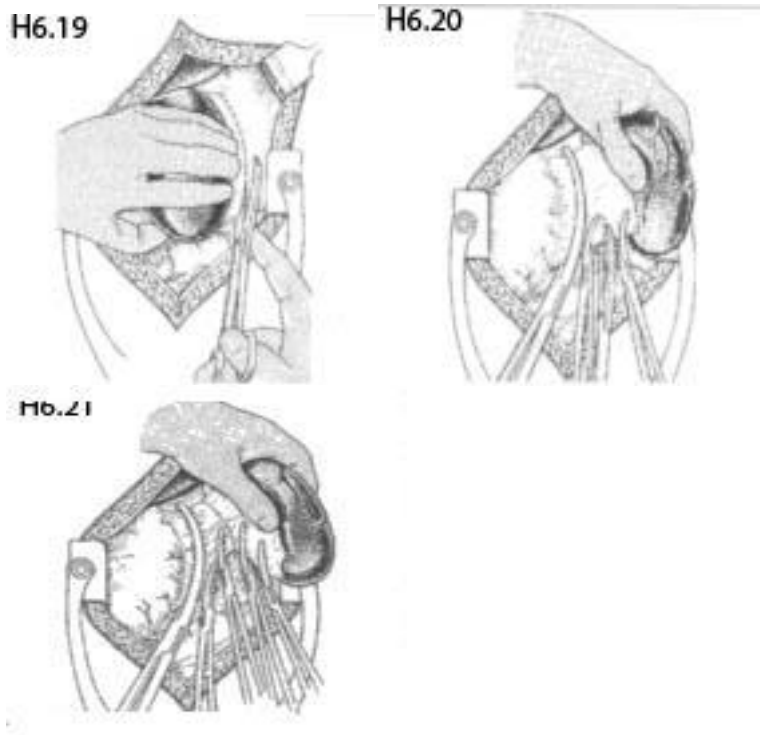
Kĩ thuật

1. Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên bàn mổ với một chiếc gối hoặc túi cát dưới ngực dưới trái. Mở ổ bụng bằng một đường rạch giữa dài (Hình 6.17). Loại bỏ các cục từ khoang bụng để đặt lại lách. Nếu máu tiếp tục chảy thì túm lấy các mạch lách giữa ngón trỏ và các ngón tay khác (Hình 6.18) hoặc sử dụng kẹp ruột. Đánh giá tình trạng tổn thương mạch và thám sát các cơ quan khác.

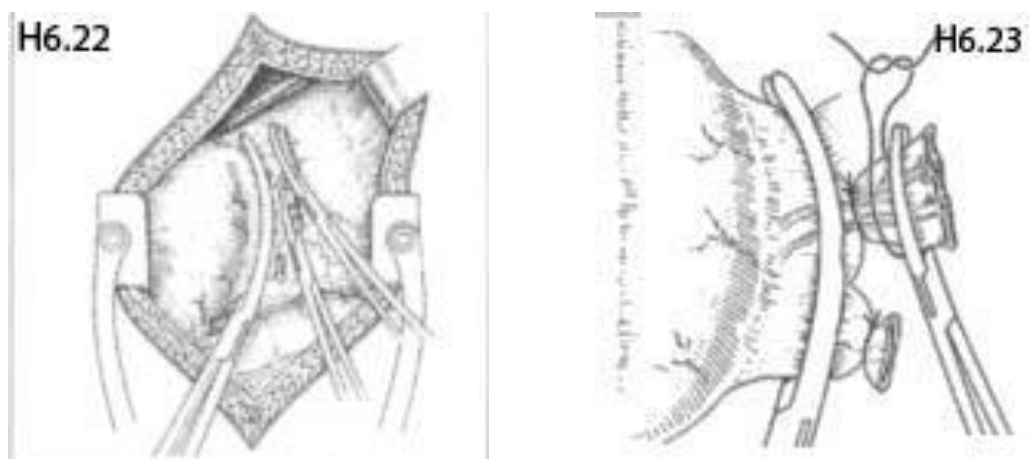


2. Quyết định xem nên giữ hay cắt bỏ lách. Nếu máu ngừng chảy thì không được động vào khu vực đó. Nếu vết rách nhỏ còn chảy máu, cố gắng kiểm soát nó bằng các mũi khâu có đệm với chỉ tự tiêu cỡ số 0. Đặc biệt nên làm như thế với trẻ em.

3. Để cắt bỏ lách, nhấc nó vào vết mổ và chia dây chằng nách-thận căng bằng kéo (6.19). Mở rộng sự phân chia lên đến cực trên của lách. Đặt một chiếc kẹp lớn vào màng nối dạ dày-lách bên cạnh (chứa các mạch dạ dày ngắn) và chia màng nối đó bằng kẹp động mạch (Hình 6.20,6.21)



4. Thắt các mạch dạ dày gần cách xa thành dạ dày. Cắt phần sau của cuống, xác định phần đuôi của tụy và ống lách. Thắt những mạch này ba lần, nếu có thể thì thắt động mạch trước và chia chúng giữa một cặp mối thắt ngoại biên (Hình 6.22,6.23). Sau đó, chia màng nối dạ dày-lách còn lại bằng vài chiếc kẹp và cuối cùng chia lớp trước của dây chằng nách.



5. Nếu có máu chảy, đặt ống dẫn lưu cao su để đưa máu ra ngoài. Tháo ống dẫn lưu sau 24 giờ nếu có thể. Đóng ổ bụng theo từng lớp.

VỠ GAN

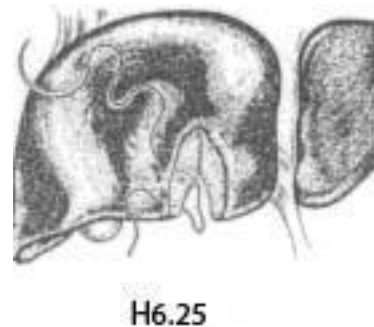
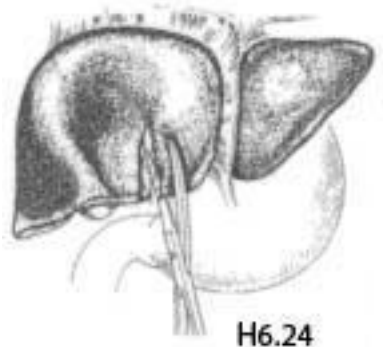
NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

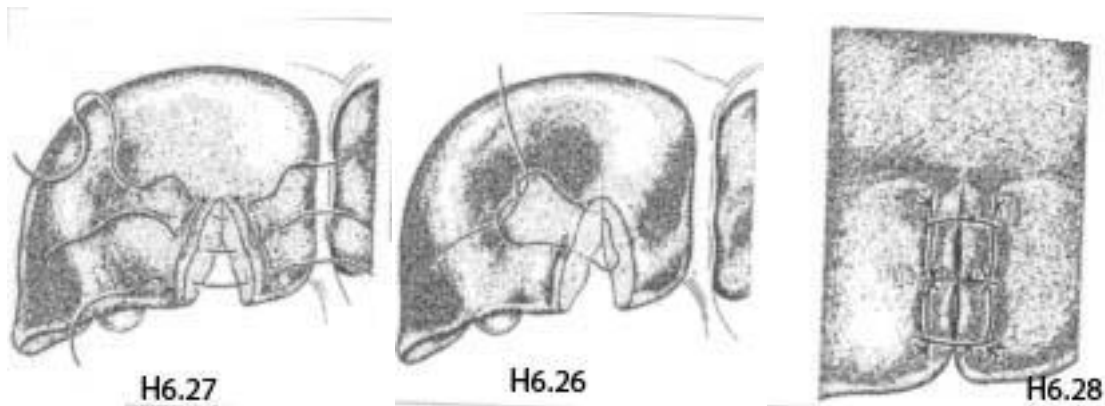
- Tổn thương gan do chấn thương kín tại phần tư trên bên phải ổ bụng và có thể gây ra chảy máu đáng kể
- Nhiều tổn thương gan có thể dừng chảy máu ngay và không nên khâu chúng lại vì điều này có thể gây ra hiện tượng chảy máu không thể cầm được
- Không nên đóng các vết rách lớn ở gan; Các mạch máu chảy nên được thắt lại và tổn thương gan được khu trú lại với màng nối hoặc gạc, nếu có thể.
- Nên sử dụng ống dẫn lưu to đối với bệnh nhân bị rách gan. Nên tháo ống dẫn lưu sau 48 tiếng trừ khi mật tiếp tục chảy dịch.

Kỹ thuật

1. Rạch một đường rạch giữa, kiểm tra gan và túi mật. Các vết thương nhỏ có thể dừng chảy máu trước khi thực hiện phẫu thuật và không nên làm gián đoạn.

2. Đối với các vết thương nhẹ hoặc vết rách không chảy máu, không được khâu hay mở gan. Nếu một vết thương nhẹ chảy máu, loại bỏ tất cả mô bị hỏng và khâu vết rách bằng các mũi khâu có đệm với chỉ crômíc cỡ số 0 và kim thân tròn to (Hình 6.24,6.25). Đầu tiên, đặt các mũi khâu có đệm trùm cả hai bên vết thương (Hình 6.26,6.27). Sau đó buộc hai đầu lại với nhau (Hình 6.28)





3. Nếu vết rách lớn thì không nên khâu. Thất từng mạch hoặc khu trú vết rách bằng một miếng gạc dài tẩm dung dịch muối ấm. Chỉ được bỏ miếng gạc sau 48 tiếng với tay nghề của một chuyên gia phẫu thuật trong lần mở ổ bụng nhắc lại khi gây mê toàn thân cho bệnh nhân. Bố trí chuyển bệnh nhân dạng này lên tuyến trên càng sớm càng tốt.

RUỘT NON

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Kỹ thuật cắt ruột non tương tự như đối với chấn thương hay hoại thư thứ cấp ổ thoát vị hay dính.
- Lượng vi khuẩn trong ruột non ít nên nối ruột gần như lúc nào cũng có thể là thích hợp

Trong ruột non bị hỏng:

- Ruột sẽ có màu đen hoặc xanh thẫm, không có nhu động
- Tĩnh mạch màng treo có vẻ như bị nghẹt
- Tiếng đập động mạch có thể không có
- Màng thanh dịch mất đi độ bóng bên ngoài

Sau khi thám sát toàn bộ ruột, quyết định cắt một phần ruột non. Nếu có lỗ thủng ở ruột non thì sửa chữa vết thương bằng mũi khâu vòng tròn hoặc đóng hai lớp ngang.

Khi có nhiều vết thương gần nhau hoặc nếu ruột bị thiếu máu cục bộ, cắt nhánh bị hư hại và thực hiện nối hai đầu

Cắt ruột khi có các lí do sau:

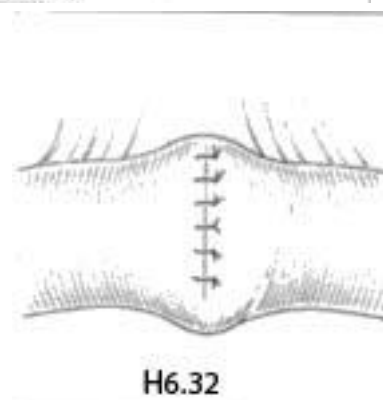
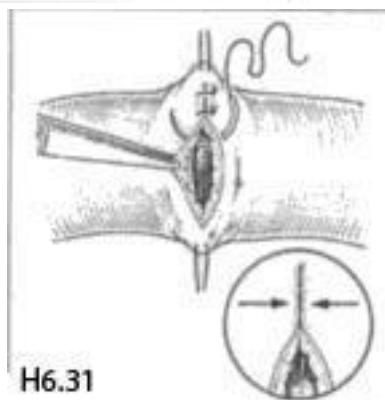
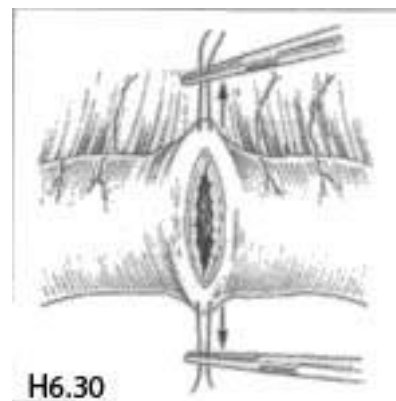
- Thủng do chấn thương
- Hoại tử

- Rách màng treo ruột với một nhánh ruột bị thiếu máu cục bộ

Kĩ thuật

Đóng vết thương nhỏ

1. Bộc lộ phần ruột bị thương (Hình 6.29) và kéo ruột sang ngang bằng các mũi chỉ néo (Hình 6.30)
2. Lòng vào lớp thứ nhất của các mũi khâu bao để bao gồm tất cả các lớp của thành ruột (Hình 6.31). Lớp thứ hai, từ màng thanh dịch đến màng thanh dịch, sẽ hoàn tất thủ thuật (Hình 6.32)

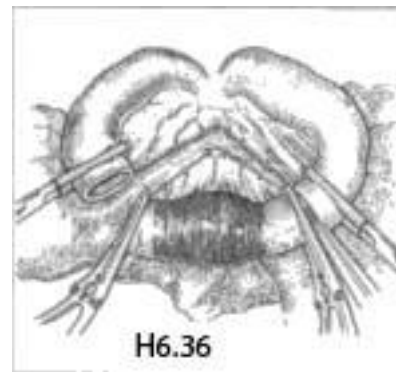
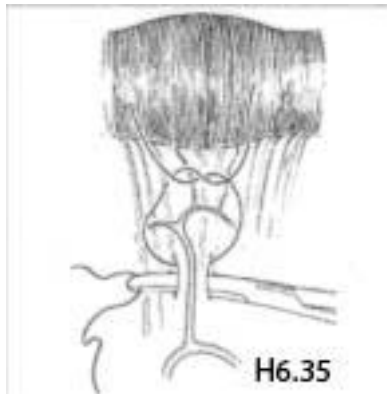
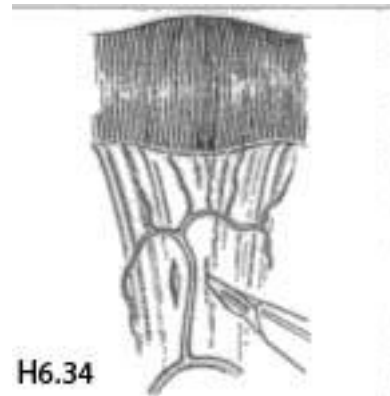
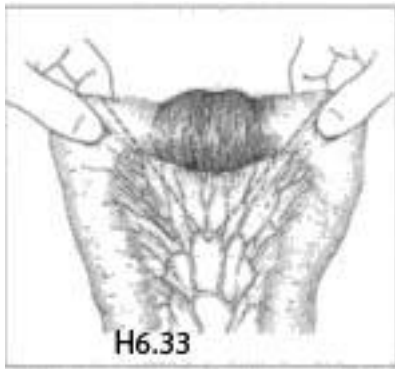


Cắt

1. Xác định phạm vi cần cắt bao gồm mép nhỏ của ruột lành bên phía bên kia (Hình 6.33). Giữ đoạn ruột như thế nào đó để có thể nhìn thấy các mạch máu treo dưới ánh sáng. Sắp xếp để chia màng trong mẫu chữ V hoặc tách nó ra từ thành ruột, phụ thuộc vào độ dài của màng treo.
2. Cô lập các mạch máu treo bằng các hồ tù trong màng treo ở phía bên kia mạch. Thắt mỗi mạch hai lần và sau đó chia nó bằng các nút thắt (Hình 6.34, 6.35). Tiếp tục chia màng treo cho đến khi đã biệt lập được phần ruột định cắt.
3. Đặt kẹp nghiền ở cả hai đầu của đoạn ruột bị cô lập và nhẹ nhàng bóp phần ruột bình thường phía trên và phía dưới để đẩy các chất bên trong ruột ra ngoài

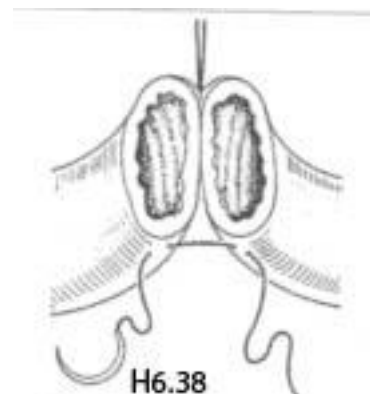
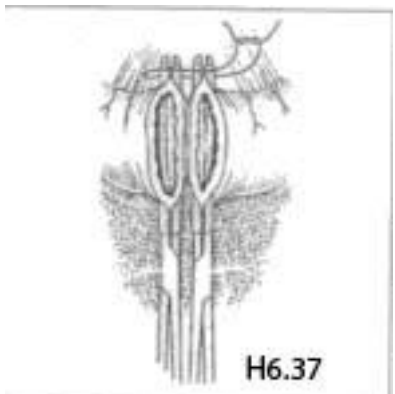
điểm dự kiên sẽ cắt. Khi đã thực hiện xong công đoạn này, đặt kẹp lấp bít nhẹ xa kẹp nghiền 3-4cm.

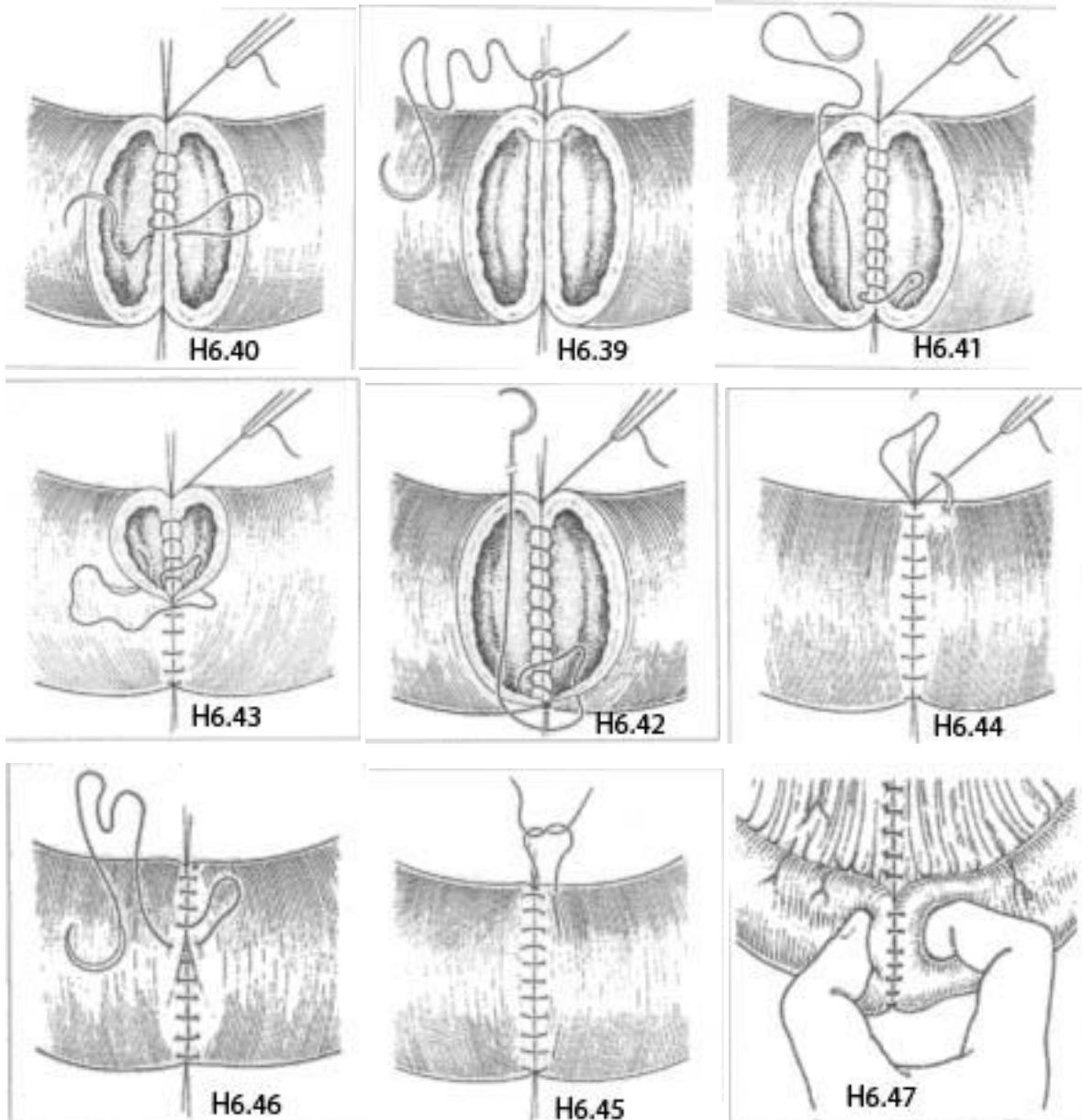
4. Dưới đoạn ruột định cắt, đặt một miếng gạc đã được ngâm trong dung dịch muối và vắt ra ngoài. Giữ lưới dao áp sát một trong số các kẹp nghiền rồi chia ruột (Hình 6.36)



5. Vệ sinh phần lumen được bộc lộ và vớt bỏ bằng gạc đã sử dụng. Tạm thời bỏ kẹp lấp bít và kiểm tra xem máu có chảy tự do ở vết cắt ruột không. Nếu có, lại kẹp lại. Nếu không, cắt ruột tiếp cho đến khi máu chảy tự do. Việc liền các đường nối ruột phụ thuộc vào sự tưới máu có đủ hay không. Xác nhận xem phần ruột giữa kẹp thứ hai cũng được tưới máu đầy đủ.

Nối ruột (Hình 6.37 - 6.47)





Có bốn điều cần phải được đảm bảo trước khi tiến hành khâu nối ruột:

- Sự tưới máu của hai đầu ruột phải đầy đủ
- Di động tốt đoạn ruột ở hai đầu để cho sau khi khâu nối, miệng nối không bị căng
- Hai mép ruột khâu nối phải càng sạch càng tốt
- Khi tiến hành khâu nối, phải cách ly thật tốt vùng khâu nối với phần còn lại của xoang bụng.

Các nguyên tắc căn bản của khâu nối ruột:

- Sử dụng dụng cụ khâu nối riêng biệt với các dụng cụ còn lại trong cuộc phẫu thuật.

- Mũi khâu rời, mũi khâu lấy thanh mạc-dưới niêm mạc là “tiêu chuẩn vàng” trong khâu nối ống tiêu hoá.
- Các mũi khâu phải lộn hai mép ruột vào trong.
- Các mũi khâu không quá chặt, các nơ xiết không quá chặt để có thể làm thiếu máu miệng nối
- Sau khi khâu nối, miệng nối phải đảm bảo kín với nước (watertight).

Kỹ thuật khâu nối ruột non:

1. Xác định giới hạn đoạn ruột cần cắt bỏ bằng hai kẹp mô Babcock.. Trình bày đoạn ruột cần cắt bỏ và mạc treo ruột theo hình quạt để quan sát rõ các mạch máu mạc treo.

2. Rạch nếp phúc mạc trên mạc treo hình chữ V. Thắt từng nhánh mạch máu mạc treo một bằng quan sát trực tiếp. Chú ý: nếu không thấy rõ các nhánh mạch máu mạc treo, không cắt mạc treo theo hình chữ V, tốt nhất là cắt mạc treo dọc theo bờ mạc treo của ruột. Kẹp hai đầu đoạn ruột bỏ với clamp ruột (kẹp chết), giữ hai đầu ruột còn lại bằng các mũi khâu chờ hay bằng kẹp Babcock. Cắt ruột ở ngay phía ngoài clamp kẹp ruột Đảm bảo hai đầu ruột sắp được khâu nối không thiếu máu, áp tốt với nhau và không bị xoắn (bờ mạc treo và bờ đối diện của đầu ruột này phải áp tương ứng với bờ mạc treo và bờ đối diện của đoạn ruột kia)

3. Trước tiên đặt hai mũi khâu ở bờ mạc treo và bờ đối diện. Mũi khâu lấy từ thanh mạc đến lớp dưới niêm mạc (không xuyên qua niêm mạc ruột)

4. Bắt đầu khâu nối từ phía bờ ruột xa bạn nhất. Các mũi khâu cách nhau 0,5 cm, bằng chỉ tự tiêu loại nhiều sợi 3-0. Sau khi khâu hết mặt trước, cắt chỉ nhưng chừa lại hai nơ chỉ ở hai bờ. Dùng hai nơ chỉ này xoay ruột mặt sau ra trước. Tiếp tục khâu nối mặt sau ruột. Sau khi kết thúc khâu nối, đóng lại lỗ mạc treo ruột.

RUỘT KẾT

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

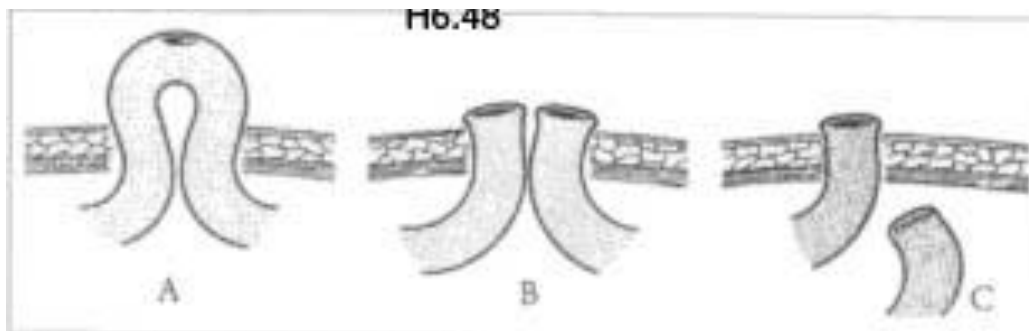
- Điều quan trọng đối với các bác sĩ thực hành ở bệnh viện tuyến huyện là phải thực hiện được thủ thuật mở thông ruột kết.
- Đóng lại phần ruột kết được mở có thể rất phức tạp và nên được thực hiện bởi các chuyên gia phẫu thuật
- Đóng lại phần ruột kết được mở không nên thực hiện trước 3 tháng

Điều trị các tổn thương ruột kết phụ thuộc vào vị trí:

- Mở thông ruột kết ngang được mở ra ở bụng trên
- Mở thông ruột kết trái (ruột kết chân) được mở ra trên vùng bụng dưới bên trái.
- Mở thông ruột kết phải là cắt toàn bộ ruột kết phải; Thực hiện mở thông hồi tràng và ruột kết ngang-không được sửa chữa thủ vùng bị tổn thương một cách trực tiếp.
 - Có thể thay thế việc điều trị tổn thương hay thủng ruột kết bằng cách vô hiệu hoá tổn thương nhờ việc tạo ra mở thông ruột kết và mở thông hồi tràng ngược dòng tổn thương và đặt ống dẫn lưu cao su gần tổn thương.
 - Cho bệnh nhân bị chấn thương ruột kết sử dụng kháng sinh

Chọn lựa loại mở thông ruột kết

- Thông thường, mở thông ruột kết vòng là dễ nhất (Hình 6.48A)
- Nếu cần phải cắt một mẫu ruột kết thì thực hiện mở thông ruột kết kép với hai đầu tự do (Hình 6.48B)
- Sử dụng mở thông ruột kết một đầu (Hình 6.48C) khi góc ngoại biên quá ngắn để có thể đưa ra ngoài sau khi cắt vòng bị hoại tử và tổn thương; Phương pháp này đặc biệt thích hợp với ruột kết sigma và trực tràng ở đầu gân.



- Sử dụng mở thông hồi tràng ngay sau khi cắt ruột kết khi không thực hiện nối ruột.

Kĩ thuật

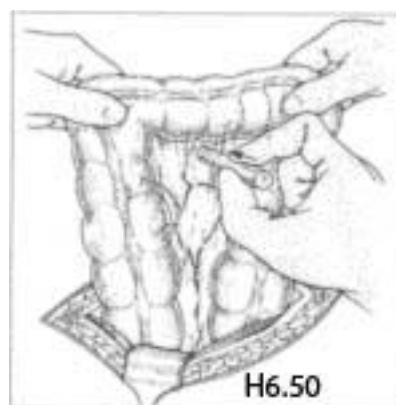
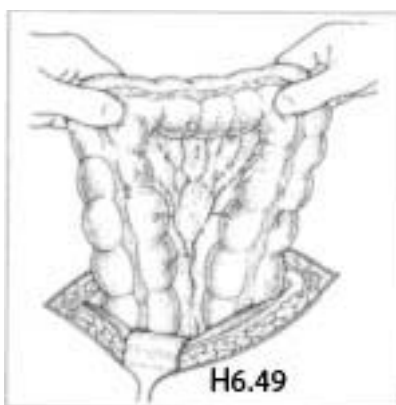
Xác định vùng mở thông ruột kết khi phẫu thuật. Rạch một đường tách riêng so với vết thương chính ở góc toạ độ của bụng gần với vòng ruột kết định cắt nhất. Sử dụng màng nối lớn hơn để chỉ dẫn việc định vị ruột kết ngang.

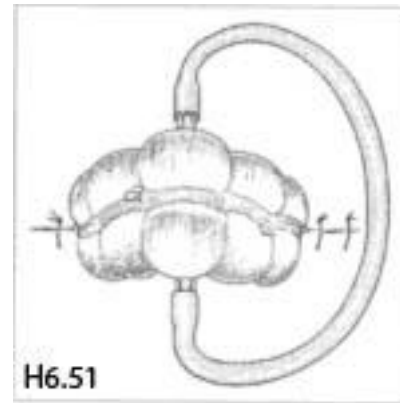
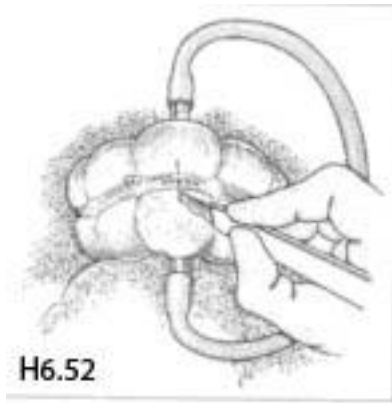
Mở thông ruột kết vòng

1. Đưa vòng ruột kết ra, không làm nó bị xoắn hay va đập (Hình 6.49). Thực hiện một đường mở trong màng treo đại tràng vừa đủ rộng để cho lọt thanh thủy tinh. Đẩy thanh thủy tinh hết một nửa đường qua vết mở và gắn ống politen vào hai đầu của nó (Hình 6.50, 6.51). Có thể thay thế bằng cách đặt ống dẫn niệu qua màng treo đại tràng và nối hai đầu bằng chỉ cỡ số 2/0. Đóng vết thương vòng quanh vòng ruột vừa cắt.

2. Đường mở ở ruột kết có thể được thực hiện ngay lập tức khi đã thực hiện sự chăm sóc đặc biệt để tránh nhiễm bẩn vết thương.

Có thể có cách làm khác là mở trong khoảng thời gian từ 8 đến 24 tiếng khi nguy cơ nhiễm bẩn vết thương ít hơn. Rạch một đường hình chữ thập trên đỉnh vòng bằng dao hoặc điện nhiệt (Hình 6.52). Bó bằng gạc vòng quanh.

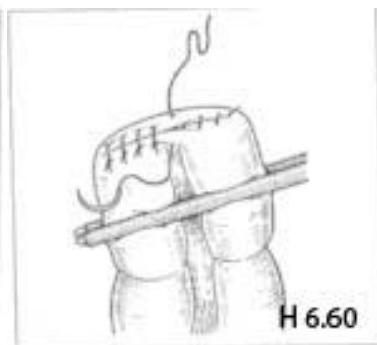
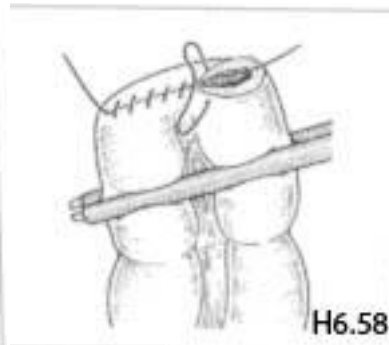
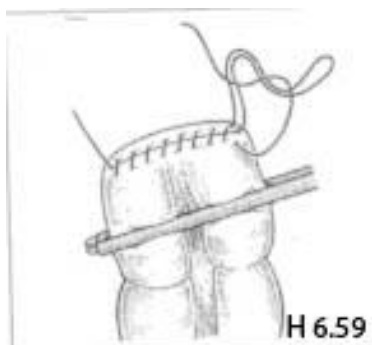
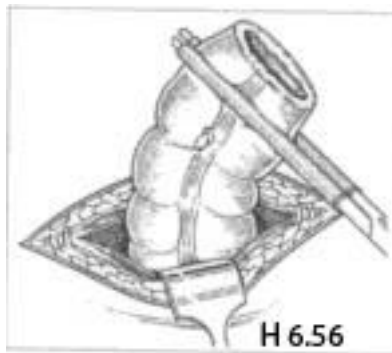




Mở thông ruột kết kép

1. Cắt vòng ruột kết bị hoại tử như đã mô tả ở phần cắt ruột non. Di chuyển phần ruột kết còn lại để xương sườn sẽ dùng trong mở thông ruột kết được nằm thoải mái.
2. Mang hai đầu ruột được kẹp ra ngoài thông qua vết mổ hoặc đường rạch và giữ chúng như thế cho đến khi đóng đường rạch ổ bụng (Hình 6.53). Sau đó bỏ kẹp và điều chỉnh mép ruột khít với mép vết thương. Gắn niêm mạc vào mép da bằng các mũi khâu đứt đoạn với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 (Hình 6.54,6.55). Nếu không có túi thì đặt kết tràng được mở bằng nhiều băng đệm.

Kết thúc mở thông kết tràng



1. Đưa đầu gân của kết tràng qua vết mổ (Hình 6.56). Khâu cuống kết tràng còn lại mà không làm nó di chuyển bằng các mũi khâu hai lớp với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 hoặc chỉ không tiêu (Hình 6.57 - 6.60). Gắn chỉ dài không tiêu cỡ 5-6 vào cuống kết tràng để có thể dễ dàng tìm thấy trong lần nối lại ruột.

2. Bỏ phần cuối ruột vào khung chậu. Cuối cùng, gắn đầu gân vào mép vết thương. Túi mở thông ruột kết sẽ tạo điều kiện cho việc chăm sóc lỗ mở dài hạn.

PHÚC MẠC CỦA THÀNH BỤNG SAU

Ổ tụ huyết

Ổ tụ huyết tại phúc mạc của thành bụng sau có thể do chấn thương một mạch chủ. Nếu bệnh nhân trong tình trạng ổn định thì không nên mở hoặc làm gián đoạn. Tuy nhiên, để cứu sống họ, cần kiểm soát và thử sửa chữa mạch chủ tại bệnh viện tuyến huyện

Tá tràng

Chấn thương kín tại vùng bụng trên có thể gây ra vỡ phúc mạc sau của tá tràng. Có thể chẩn đoán bằng hiện tượng tồn khí trong phúc mạc sau. Phúc mạc sau được mở bằng đường cắt tù và lỗ thủng tá tràng được vá ngang theo hai lớp. Khi thực hiện cần đặt ống mũi-dạ dày sau khi rửa sạch tá tràng, ống dẫn lưu nên được đặt gần nhưng không được đặt trên phần tá tràng cần xử trí.

Tụy

Xác nhận tổn thương tụy bằng cách mở túi nhỏ hơn thông qua màng nối dạ dày -đại tràng. Ở bệnh viện tuyến huyện thì an toàn nhất là đặt ống dẫn lưu tại vùng tổn thương. Ống dẫn lưu nên nằm ngang túi nhỏ hơn và đi ra ở hông. Có thể cần đến phẫu thuật chuyên ngành. Bố trí chuyển viện khi bệnh nhân trong tình trạng ổn định.

Thận

Không được bộc lộ thận trừ khi có hiện tượng chảy máu nguy hại đến tính mạng. Ổ tụ huyết lan rộng hay có nhịp đập là chứng cứ của sự chảy máu như thế. Cầm máu tại vùng rách bằng các mũi khâu. Suy nghĩ về sự cần thiết phải thực hiện phẫu thuật chuyên khoa.

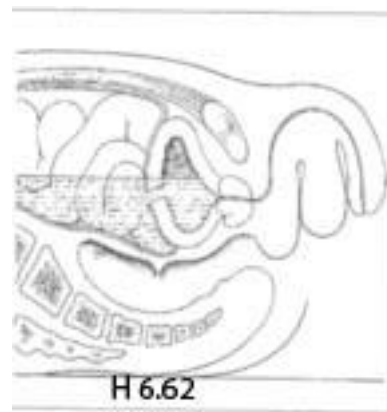
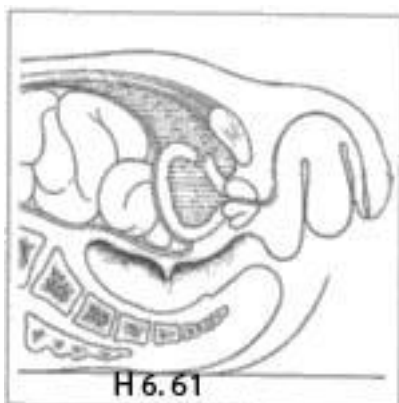
VỠ BÀNG QUANG

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Vỡ bàng quang thường do chấn thương và có thể là trong hoặc ngoài phúc mạc
- Vỡ ngoài phúc mạc thường liên quan đến gãy xương chậu
- Vỡ trong phúc mạc thường là kết quả của sự va đập trực tiếp vào bàng quang hoặc bị hãm lại đột ngột

Vỡ ngoài phúc mạc

Vỡ ngoài phúc mạc thường liên quan đến gãy xương chậu, gây ra hiện tượng khó hoặc không đi tiểu được (Hình 6.61). Bệnh nhân có thể ra những giọt máu nhỏ khi thử đi tiểu. Đặc trưng là các mô mềm phân háng bị sưng lan rộng đến bìu dái do không đi tiểu được.



Vỡ trong phúc mạc

Vỡ trong phúc mạc thường do va đập trực tiếp vào bàng quang hoặc sự kìm hãm bất ngờ của bệnh nhân khi bàng quang đang căng, ví dụ như trong tai nạn giao thông đường bộ (Hình 6.62). Vỡ trong phúc mạc xuất hiện như đau bụng cấp với cơn đau vùng hạ vị, đi tiểu ra máu toàn thể, khó khản hay không thể đi tiểu được.

Nếu có thể nên đưa ngay bệnh nhân bị vỡ bàng quang đến chuyên gia phẫu thuật.

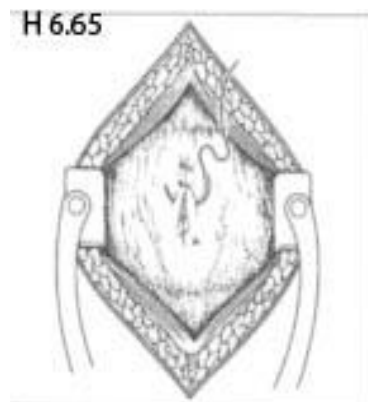
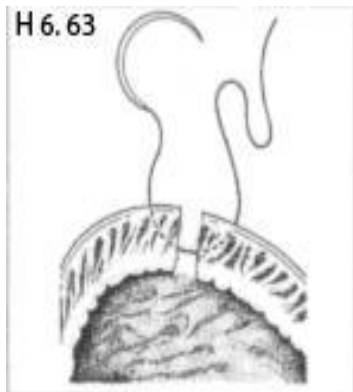
Nguyên tắc điều trị:

- Vỡ bàng quang ngoài phúc mạc, chỗ vỡ nhỏ: thông niệu đạo 7-10 ngày. Sau đó chụp bàng quang kiểm tra, nếu thấy lành tốt thì rút thông. Thực tế tất cả các vết thương nhỏ của bàng quang đều lành sau 3 tuần.

- Vỡ bàng quang trong phúc mạc, vỡ bàng quang ngoài phúc mạc chỗ vỡ to: phẫu thuật.

XỬ TRÍ VỠ BÀNG QUANG

Kĩ thuật (Hình 6.63, 6.64, 6.65)



1. Mở bàng quang
2. Quan sát hai lỗ niệu quản để bảo đảm chúng còn nguyên vẹn
3. Cắt lọc, khâu chỗ vỡ bàng quang 2-3 lớp, bằng chỉ tự tiêu. Nếu chỗ vỡ gần lỗ niệu quản, đặt thông niệu quản trước khi khâu
4. Mở thông bàng quang ra da
5. Khâu đóng lại bàng quang. Bơm nước kiểm tra để bảo đảm các chỗ khâu đều kín
6. Đặt dẫn lưu túi cùng Douglas

Những biến chứng có thể xảy ra:

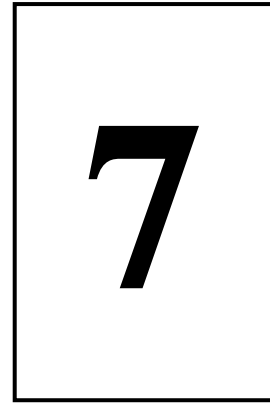
- Dò nước tiểu qua chỗ khâu
- Chảy máu trong bàng quang

- Nhiễm trùng vùng chậu
- Hội chứng bàng quang nhỏ

Chăm sóc hậu phẫu:

- Dùng kháng sinh cho đến khi các thông được rút
- Rút dẫn lưu xoang bụng khi lượng dịch ra tối thiểu
- Chụp bàng quang vào ngày hậu phẫu 10-14. Nếu bình thường, rút thông niệu đạo
- Kẹp thông bàng quang trên xương mu, nếu BN đi tiểu bình thường thì rút thông

Các trường hợp bụng cấp



7.1. ĐÁNH GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Đau ruột trước (dạ dày, tá tràng, túi mật) thuộc về đau bụng trên
- Đau ruột giữa (ruột non, ruột thừa, ruột kết phải) thuộc về đau bụng giữa
- Đau ruột sau (giữa ngang, đi xuống, kết tràng sigma và trực tràng) nằm ở phần bụng dưới.
- Tổn thương các cơ quan phúc mạc sau (thận, tụy) có thể gây ra đau phía lưng
- Đau niệu quản lan đến dái hoặc môi âm hộ
- Sự phản ứng của cơ hoành biểu hiện như đau ở đầu vai.

Tắc dạ dày-ruột, thủng và bị kẹt là những trường hợp quan trọng thường gây ra đau bụng, mặc dù cơn đau có thể qua đi. Việc xác định vị trí đau bụng được dựa trên nguồn gốc phôi sinh học của cơ quan bị ảnh hưởng, trong khi sự xác định vị trí của phản ứng màng bụng phụ thuộc vào vị trí giải phẫu của cơ quan bị bệnh. Trong các trường hợp mà chẩn đoán chưa rõ thì nên khám sức khỏe tổng thể để làm rõ nhu cầu phẫu thuật. Việc tìm kiếm ý kiến người khác tư vấn trong các trường hợp chưa rõ là một việc làm thận trọng và khôn ngoan.

Phẫu thuật thăm dò

Điều trị các trường hợp bụng cấp bao gồm cả phẫu thuật thăm dò ổ bụng. Sử dụng thủ thuật mở ổ bụng để làm bộc lộ các cơ quan bên trong ổ bụng có thể giúp việc chẩn đoán và xác định vùng rạch. Tránh thực hiện mở ổ bụng trong trường hợp viêm tụy. Nếu có chỉ định phẫu thuật thì vẫn phải thực hiện kể cả

đối với những bệnh nhân dễ bị tổn thương như trẻ em, người cao tuổi và phụ nữ mang thai. Bào thai được bảo vệ tốt nhất khi các bà mẹ mang thai được hưởng sự chăm sóc tối ưu. Sử dụng đường rạch giữa để không gây chảy máu nhiều và dễ thực hiện. Đường rạch giữa ổ bụng được mô tả trong bài 6: "Mở ổ bụng và chấn thương bụng". Đường rạch để cắt bỏ ruột thừa và đường rạch thoát vị ở háng trong bài 8 : Thoát vị thành bụng. Các bác sĩ thực hành tại bệnh viện tuyến huyện có thể thực hiện thành công các thủ thuật này.

Kích ứng phúc mạc

Kích ứng phúc mạc có thể định vị và tổng quát hoá được. Các biểu hiện quan trọng để chỉ định phẫu thuật bao gồm:

- Đau bụng, viêm cơ quan nằm ở bên dưới
- Khi gõ bụng bị đau và điều này xác nhận sự kích ứng phúc mạc
- Thành bụng không tự động co lại được là dấu hiệu của kích ứng phúc mạc

Thăm khám

Thăm khám và kiểm tra bệnh sử là việc làm thiết yếu để xác định các ca đau bụng cấp. Vị trí đau bụng là mức độ đau giúp bác sĩ thực hành đưa ra những chẩn đoán phân biệt. Mặc dù có nhiều tình trạng đau bụng cấp nhưng chỉ có một số trường hợp thường xảy ra. Bệnh viêm ruột và ung thư khá hiếm gặp ở bệnh viện tuyến huyện trong khi chấn thương, thoát vị và tắc ruột rất thường xảy ra.

Cần làm quen với mô hình bệnh tật tại địa phương mình làm việc

Khi thực hiện thăm khám :

- Xác định các dấu hiệu nguy hiểm
 - Hơi thở gấp có thể là dấu hiệu của viêm phổi
 - Hạ huyết áp và tim đập nhanh có thể cho thấy bệnh nhân bị giảm áp
 - Nhiệt độ tăng lên khi bị thủng dạ dày-ruột và bình thường khi bị tắc dạ dày-ruột
- Nhìn để tìm kiếm hiện tượng sung bụng
 - Gõ khám để phân biệt khí với dịch
- Sờ nắn bụng
 - Bắt đầu từ điểm cách xa vị trí đau
 - Kiểm tra các khối u
 - Xác định vùng bị đau nhiều nhất
 - Kiểm tra xem bụng có bị cứng không
- Nghe âm thanh của ruột

- Không có âm thanh là dấu hiệu của viêm phúc mạc hoặc tắc ruột
- Tiếng leng keng có âm lượng cao cho thấy tắc ruột
- Luôn phải kiểm tra:
 - Bện để chẩn đoán thoát vị bẹn
 - Trực tràng để tìm dấu hiệu của chấn thương, áp-xe, tắc
 - Âm đạo để chẩn đoán áp-xe hồ chậu, có thai ngoài dạ con, túi bị căng của Douglas

7.2.TẮC RUỘT

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Khi điểm tắc ruột nhỏ sẽ bị đau ở bụng giữa, khi điểm tắc ruột rộng sẽ bị đau ở hạ vị và mu
- Điểm tắc ruột càng cao bao nhiêu thì càng bị nôn nhiều bấy nhiêu
- Điểm tắc ruột càng thấp bao nhiêu thì bụng càng bị bí và chướng nhiều bấy nhiêu
- Đối với tắc ruột liệt:
 - Đặt ống hút mũi - dạ dày và truyền dịch trong tĩnh mạch cho đến khi các chức năng bình thường trở lại
 - Duy trì cân bằng dịch và chất điện giải
 - Điều trị các nguyên nhân

ĐÁNH GIÁ

Tắc ruột là sự đình trệ lưu thông của ống tiêu hóa do nguyên nhân cơ học hay cơ năng.

Tắc ruột cơ học: Tác nhân cơ học là một cản trở vật chất, đây là nguyên nhân đa phần gây tắc ruột. vật gây tắc có thể là trong lòng ruột: búi giun, bã thức ăn; thành ruột có u lành, ung thư, lao, viêm, sẹo, dị dạng, hẹp miệng nối; ngoài ruột có u sau phúc mạc, u mạc treo, dính ruột, u tụy, u buồng trứng; Tắc ruột do thắt có thể do bị xoắn ruột, lồng ruột, thoát vị nghẹt, tắc ruột do dây chằng ...

Tắc ruột cơ năng.: Do tổn thương phó giao cảm như trong viêm phúc mạc, sau phẫu thuật bụng, tổn thương tủy sống, rối loạn chuyển hóa; Tắc cơ năng do co thắt: ngộ độc chì, tổn thương thần kinh trung ương.

Triệu chứng của tắc ruột bao gồm:

- Đau bụng từng cơn.
- Bí trung đại tiện.
- Bụng có dấu hiệu rắn bò.
- X Q có hình ảnh tắc ruột.

Chẩn đoán vị trí tắc:

Tắc cao (ruột non)	Tắc thấp (ruột già)
<ul style="list-style-type: none"> • Tiến triển cấp tính , rầm rộ 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiến triển bán cấp, đau nhẹ
<ul style="list-style-type: none"> • Đau và nôn nhiều, sớm 	<ul style="list-style-type: none"> • Đau và nôn ít , muộn
<ul style="list-style-type: none"> • Bí và chướng vừa 	<ul style="list-style-type: none"> • Bí và chướng nhiều
<ul style="list-style-type: none"> • Chân rộng (bề rộng lớn hơn bề cao) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chân hẹp
<ul style="list-style-type: none"> • Xếp hình bậc thang từ HS T đến HC F 	<ul style="list-style-type: none"> • Theo khung đại tràng
<ul style="list-style-type: none"> • Chụp nghiêng mức nước mức khí phía trước cột sống 	<ul style="list-style-type: none"> • Sau cột sống

XỬ TRÍ TẮC RUỘT KHÔNG DÙNG PHẪU THUẬT

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

Đối với các ca tắc ruột cơ năng việc điều trị nhằm hai mục đích:

- Điều trị các rối loạn toàn thân do tắc gây nên.
- Phẫu thuật giải quyết nguyên nhân gây tắc.

Điều trị tắc ruột cơ học đơn giản ban đầu không cần phẫu thuật. Nếu sau 48 tiếng mà điều trị cách này không hiệu quả thì phải chỉ định mở ổ bụng. Tắc ruột cơ năng nên được điều trị không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu tắc ruột do các vấn đề cơ bản như áp-xe bụng hay viêm phúc mạc tổng thể thì cần được phẫu thuật. Điều trị không cần phẫu thuật (điều trị nội khoa) bao gồm những việc sau:

1. Bồi phụ chất điện giải: Truyền dịch dựa vào mạch, huyết áp, lượng nước tiểu, bù điện giải theo điện giải đồ.
2. Đặt xông hút dịch dạ dày, tá tràng liên tục.
3. Giảm đau
4. Đặt xông hậu môn.
5. Kháng sinh, trợ tim, trợ lực.
6. Nuôi dưỡng bằng đường truyền tĩnh mạch.

Các dấu hiệu tiến triển bao gồm

- Giảm chướng bụng
- Giảm sóng nhu động (khó nhìn thấy hơn)
- Giảm lượng dịch hút từ ống mũi-dạ dày

Các dấu hiệu tình trạng xấu đi bao gồm:

- Đau bụng nặng hơn, dai dẳng hơn
- Nhìn thấy sóng nhu động
- Chướng bụng nhiều hơn
- Bụng bị cứng, đau và không có âm thanh

XỬ LÝ TẮC RUỘT BẰNG PHẪU THUẬT

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Hoại tử là dấu hiệu cho chỉ định cắt ruột
- Thoát vị nghẹt và tắc ruột non sau khi dính ruột có thể dẫn đến hoại tử
- Kỹ thuật nối ruột non là như nhau đối với tất cả các trường hợp có chỉ định

Xử trí tắc ruột bằng phẫu thuật phải thực hiện mở ổ bụng với những biện pháp can thiệp đặc thù căn cứ vào chẩn đoán. Mở ổ bụng nên được thực hiện với đường rạch giữa. Tách dính để giải phóng chỗ tắc thường được dùng để điều trị tắc ruột cơ học khi điều trị nội khoa không mang lại kết quả.

Nếu ruột non bị hoại tử thì phải cắt và thực hiện nối ruột sau đó.

Nếu tắc ruột non do thoát vị bẹn thì cần phải điều trị thoát vị (xem Bài 8: Thoát vị thành bụng). Điều này không dễ thực hiện qua đường rạch ở háng mà phải dùng đường rạch giữa thấp hơn và cắt ruột bằng phương pháp ổ bụng.

Xử trí tắc ruột bằng phẫu thuật nhằm giải quyết nguyên nhân tắc, phục hồi lưu thông ruột.

- Gây mê nội khí quản, vào bụng theo đường trắng giữa, xác định vị trí tắc. Khi vào bụng kiểm tra góc hồi manh tràng, nếu xẹp tức là tắc ruột non, căng là tắc ruột già.
- Chỉ giải quyết nguyên nhân gây tắc nếu ruột còn hồi phục tốt, phẫu thuật cắt đoạn ruột nếu ruột đã hoại tử. Đặt dẫn lưu khi cần thiết.

7.3. VIÊM PHÚC MẠC

Viêm phúc mạc là tình trạng nguy hiểm đến tính mạng do vi khuẩn hoặc các chất nhiễm bẩn ở khoang phúc mạc. Nếu không điều trị kịp thời thì viêm phúc mạc hoá học sẽ tiến triển thành viêm phúc mạc vi khuẩn. Điều trị viêm phúc mạc là điều trị nguyên nhân cơ bản

Có 2 loại viêm phúc mạc là viêm phúc mạc toàn thể (viêm phúc mạc tiên phát và viêm phúc mạc thứ phát) và viêm phúc mạc khu trú

Viêm phúc mạc toàn thể: thường do nhiễm khuẩn nhưng cũng có thể do tác nhân hoá học. Viêm phúc mạc tiên phát ít gặp và thường được điều trị nội khoa chỉ mỗi khi tạo thành ổ mủ trong bụng.

- Vi khuẩn thường gặp Pneumococcus, Streptococcus hemolytique
- Xét nghiệm dịch ổ bụng chỉ có 1 loại vi khuẩn gram âm.
- Thể viêm phúc mạc tiên phát do lao

Viêm phúc mạc thứ phát là một bệnh ngoại khoa phải mổ cấp cứu và phải hồi sức nội khoa tích cực.

Viêm phúc mạc khu trú

- Áp-xe dưới cơ hoành: các ổ mủ nằm trong khoang trên là cơ hoành, dưới là mạc treo đại tràng ngang.
- Áp-xe túi cùng douglas: viêm ruột thừa, viêm vòi trứng,...

- Áp-xe giữa bụng: ruột thừa nằm sau hồi tràng vỡ...

Điều trị:

Viêm phúc mạc tiên phát do vi trùng:

- Dùng kháng sinh điều trị: Ampicillin & sulbactam 1,5g hoặc Cephalosporin III 1g,
- Nếu sau đó có ổ mủ thì phải dẫn lưu
- Nếu do lao thì dùng thuốc kháng lao đặc hiệu. Nếu có biểu hiện tắc ruột thì nên chiếu tia tử ngoại trong khi mổ bụng.

Viêm phúc mạc thứ phát, khu trú đều phải mổ cấp cứu, giải quyết nguyên nhân triệt để, rửa sạch ổ bụng và dẫn lưu.

- Đánh giá tình trạng trước mổ: Tình trạng tuần hoàn, hô hấp, nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan.
- Điều chỉnh các thăng bằng trên.
- Hút dạ dày và ruột.
- Phối hợp 3 loại kháng sinh Cephalosporin 2 hoặc 3 Aminoglycosid và Metronidazole.

7.4. DẠ DÀY VÀ TÁ TRÀNG

LOÉT TIÊU HOÁ

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Loét tiêu hoá do bị nhiễm vi khuẩn helicobacter pylori
- Điều trị vi khuẩn helicobacter pylori bằng phác đồ 3 thuốc gồm
 - Thuốc chống loét Bismuth
 - Ức chế bơm proton
 - Kháng sinh
- Phẫu thuật được chỉ định khi có hiện tượng nghẹt, chảy máu và thủng
- Điều trị bằng phẫu thuật các biến chứng của loét tiêu hoá như chảy máu hay nghẹt phải do chuyên gia thực hiện

Hiện tượng loét tiêu hoá xuất hiện trong dạ dày và tá tràng và thường dẫn đến chảy máu, thủng ruột trong khoang bụng và nghẹt môn vị. Xử trí ban đầu ổ loét chảy máu bằng phẫu thuật chỉ được chỉ định nếu xử trí bằng nội khoa bị thất bại.

Các vết loét tá tràng gây thủng thường nằm ở đằng trước trong khi vết loét dạ dày có thể ở đằng trước hoặc đằng sau. Lỗ thủng sẽ hình thành nên viêm phúc mạc hoá chất sau 12 tiếng do nhiễm bản kỉ II và nhiễm khuẩn.

Điều trị các vết loét chảy máu

Để điều trị các vết loét chảy máu:

- Đặt ống lớn số IV và hồi sức bằng dung dịch muối thường hoặc ringer lactate.
- Hút máu từ ổ dạ dày ra bằng ống mũi-dạ dày
- Ghi huyết áp và mạch
- Truyền nếu bệnh nhân bị giảm huyết áp hoặc mất nhiều hơn 1 lít máu.

Máu thường sẽ ngừng chảy mà không cần can thiệp bằng phẫu thuật. Cần chuyển viện cho bệnh nhân nếu máu không cầm hoặc lại bị chảy máu lại sau khi cầm.

Phẫu thuật các vết loét chảy máu phải được chuyên gia phẫu thuật thực hiện

Loét tiêu hoá thủng

Chẩn đoán

Cơ năng:

- Đau đột ngột dữ dội như giáo đâm ở vùng thượng vị, đau bệnh nhân không giảm thở mạnh. Sau đó đau lan khắp ổ bụng. Đau liên tục, không lúc nào bn cảm thấy dễ chịu. Đau lan lên vai, lên ngực và ra sau lưng.
- Nôn :thông thường ở giai đoạn sớm bệnh nhân không nôn, chỉ khi có kèm chảy máu hoặc giai đoạn muộn nôn khi có liệt ruột.
- Bí trung đại tiện:Triệu chứng này bao giờ cũng có và khi phát hiện được thì cũng đã muộn và ít có giá trị.

Thực thể.

- Bụng không tham gia nhịp thở, các múi cơ thẳng nổi rõ.

- Sờ thấy các cơ thành bụng trước co cứng toàn bộ, có cảm giác như sờ vào tấm gỗ. Triệu chứng này là khách quan mà cả thầy thuốc và bệnh nhân cố làm cho mất đi cũng không được
- Ấn đau khắp ổ bụng nhất là vùng thượng vị, dấu hiệu Blumberg (+)
- Vùng trước gan gõ vang do hơi trong dạ dày lan vào giữa gan và thành bụng trước. Gõ đục vùng thấp do dịch chảy ra đọng lại.
- Nghe giai đoạn đầu nhu động ruột giảm, sau khi có liệt ruột nhu động ruột mất.
- Thăm trực tràng túi cùng Douglas căng phồng và ấn đau.

Toàn thân.

- Lúc mới thủng có biểu hiện sốc, bệnh nhân hốt hoảng, mặt tái vã mồ hôi, chân tay lạnh. Mạch nhanh, huyết áp bình thường hoặc tụt.
- Bệnh nhân lúc đầu không sốt, giai đoạn muộn có sốt do nhiễm trùng. Bệnh nhân đến muộn biểu hiện nhiễm độc rõ, sốt cao 38 – 39° mạch nhanh, môi khô, lưỡi bự bắn hơi thở hôi

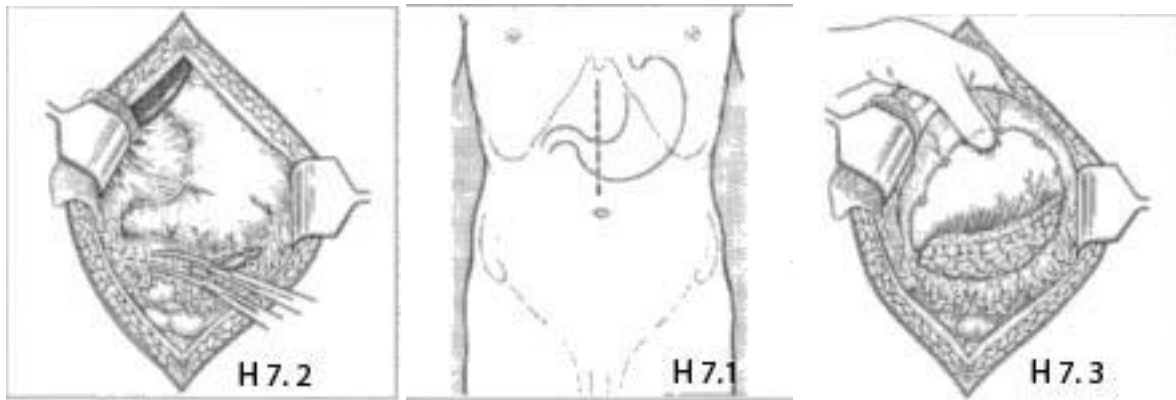
Điều trị

Loét tiêu hoá gây thủng cần phải mổ cấp cứu. Việc chậm trễ hơn 6 tiếng sau thủng sẽ gây hậu quả không lường.

Mục đích của phẫu thuật là đóng lỗ thủng và loại bỏ dịch bị rỉ ra bằng vệ sinh ổ bụng và hút dịch.

Kĩ thuật

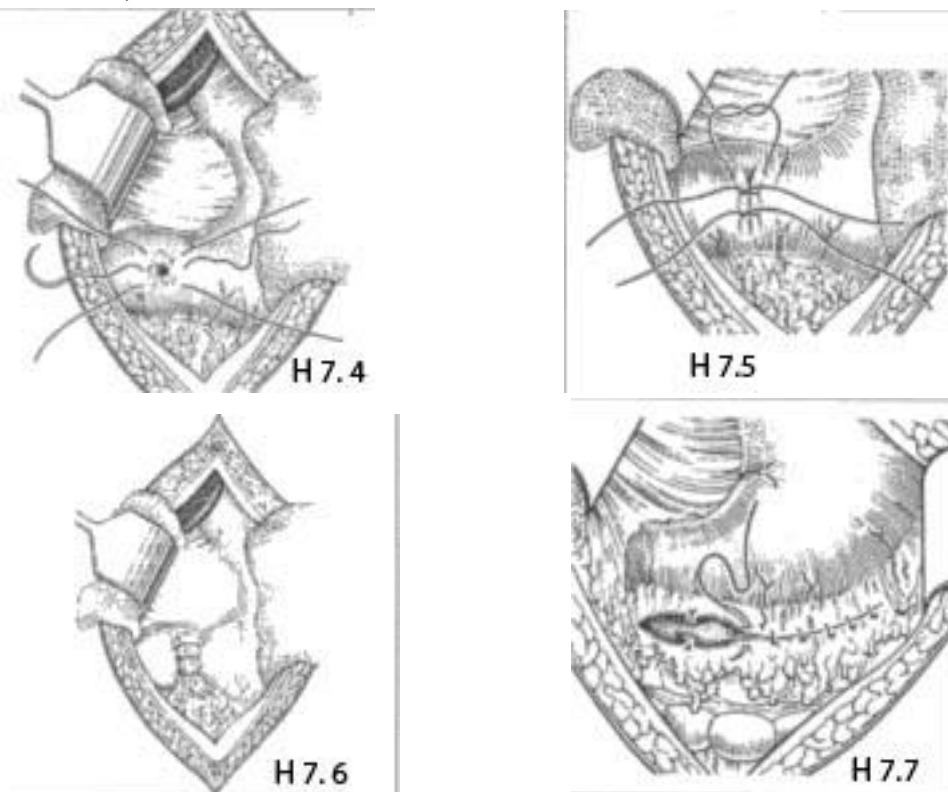
1. Trước khi mổ thực hiện gây mê, đưa ống mũi-dạ dày vào để hút các chất trong dạ dày và đặt một đường tĩnh mạch. Cho bệnh nhân dùng kháng sinh phổ rộng nếu lỗ thủng đã hình thành hơn 6 tiếng.
2. Trong phòng mổ, chuẩn bị sẵn dụng cụ để hút và 5 lít dung dịch muối ấm để vệ sinh phúc mạc.
3. Mở ổ bụng bằng đường rạch ngang trên (Hình 7.1). Loại bỏ tất cả dịch và các mảnh vụn thức ăn trong khoang phúc mạc bằng ống hút và các gói ổ bụng ấm và ẩm. Nhẹ nhàng kéo gan lên trên để dạ dày sang bên trái bằng cách kéo qua gói ấm và xác định vị trí lỗ thủng. Hút dịch nếu cần. Ghi nhớ hình ảnh của thành ruột bên cạnh lỗ thủng, kiểm tra thành trước dạ dày bằng cách mở túi nhỏ hơn của phúc mạc (Hình 7.2 và 7.3)



4. Đặt 3 mũi khâu bằng chỉ polyglycolic acid hoặc chỉ tơ cỡ 2/0 tại góc phần tư phải so với trục tá tràng hoặc dạ dày để mũi chỉ giữa đi ngang qua chính lỗ thủng, bao gồm toàn bộ bề dày của thành ruột khoảng 5mm từ mép lỗ thủng. Các mũi chỉ trên và dưới nên đi qua thành ruột một cách thoải mái. Buộc lỏng các mũi chỉ, để lại một đoạn đuôi dài (Hình 7.4, 7.5). Kéo một mẫu màng nối bên cạnh ngang qua lỗ thủng và buộc ba nút chỉ qua nó (Hình 7.6).

Có thể không thắt 3 nút chỉ cho đến khi mẫu màng nối được đặt ngang qua lỗ thủng

5. Sửa chữa màng nối lớn hơn nếu đã chia nó ra để đặt vào một lỗ thủng đằng trước (Hình 7.7)



6. Rửa sạch khoang phúc mạc bằng dung dịch muối ấm. Đặc biệt lưu ý đến khoang dưới cơ hoành và ổ chậu. Rửa đi rửa lại bằng dung dịch muối cho đến khi các chất hút ra trong hai lần liên tiếp đều trong. Đóng ổ bụng theo lớp, trừ trường hợp bị nhiễm bản tổng thể, khi mà da và các mô dưới da được đắp gạc tẩm dung dịch muối và để mở để thực hiện đóng vết mổ kì II sau 2 ngày.

7. Tiếp tục hút bằng ống hút mũi - dạ dày và truyền dịch qua tĩnh mạch, ghi chép lại sự cân bằng dịch và các dấu hiệu quang trọng. Cho dùng thuốc ngủ. Cho dùng kháng sinh nếu quá trình mở ổ bụng được thực hiện sau khi tá tràng bị thủng hơn 6 tiếng.

Các dấu hiệu hồi phục:

- Có nhu động ruột
- Trung tiện
- Giảm lượng dịch hút từ dạ dày
- Lượng nước tiểu tương thích
- Mạch, huyết áp và nhiệt độ bình thường.

Sau khi hồi phục, điều trị loét tiêu hoá và theo dõi bệnh nhân cho đến khi không còn xuất hiện các triệu chứng tiếp theo. Ở phần lớn bệnh nhân, loét tiêu hoá xảy ra sau khi bị nhiễm vi khuẩn helicobacter và điều trị nhằm mục đích triệt tiêu vi khuẩn này để không bị tái phát ổ loét và tránh nguy cơ phải phẫu thuật tiếp theo.

7.5. TÚI MẬT

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

Viêm túi mật:

- Hình thành do nghẹt túi mật do sỏi mật
- *Đau vùng hạ sườn phải*, cơn đau quặn gan tăng dần
- Có thể điều trị bằng dẫn lưu túi mật
- Nếu bị biến chứng cần thực hiện mổ túi mật gấp và dùng kháng sinh tĩnh mạch
- Nên đưa lên tuyến trên để phẫu thuật nếu bệnh nhân bị vàng da

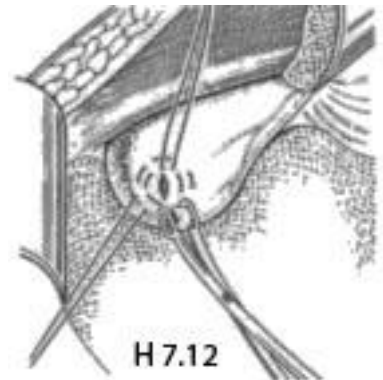
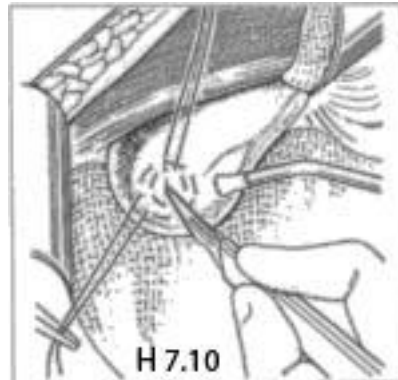
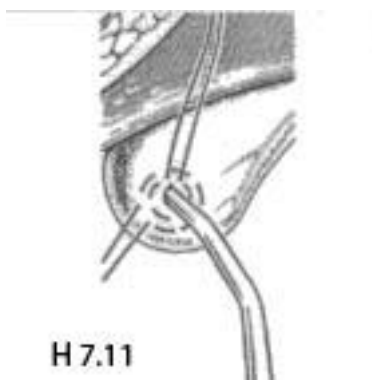
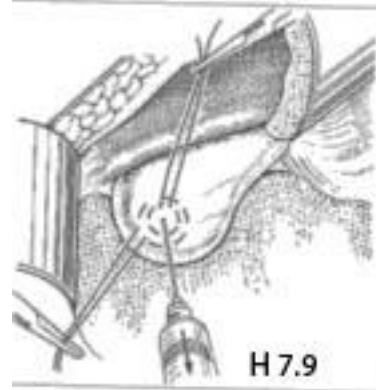
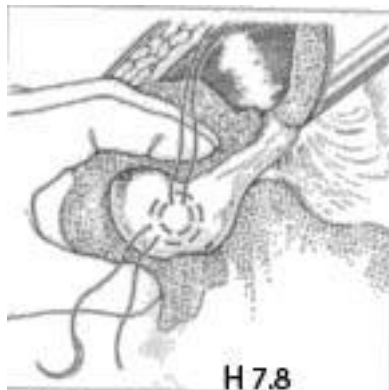
Chỉ định mổ túi mật chỉ dành cho các trường hợp viêm túi mật cấp tính với một túi mật bị căng phồng sấp võ. Một chỉ định có liên quan là viêm túi mật cấp tính không biến chứng được chẩn đoán bởi bác sĩ thực hành trong quá trình mở ổ bụng để điều trị một trường hợp bụng cấp. Túi mật bị viêm, đỏ, sưng, phù nề. Có thể có sỏi. Nếu túi mật bị căng và có biểu hiện như sấp võ thì phải thực hiện

ngay việc mổ túi mật. Mổ túi mật nên do bác sĩ phẫu thuật chuyên ngành thực hiện. Đối với bác sĩ không chuyên khoa thì nên tạm thời đóng ổ bụng và chuyển bệnh nhân lên tuyến trên sau khi cơn đau cấp đã dịu đi.

Kĩ thuật

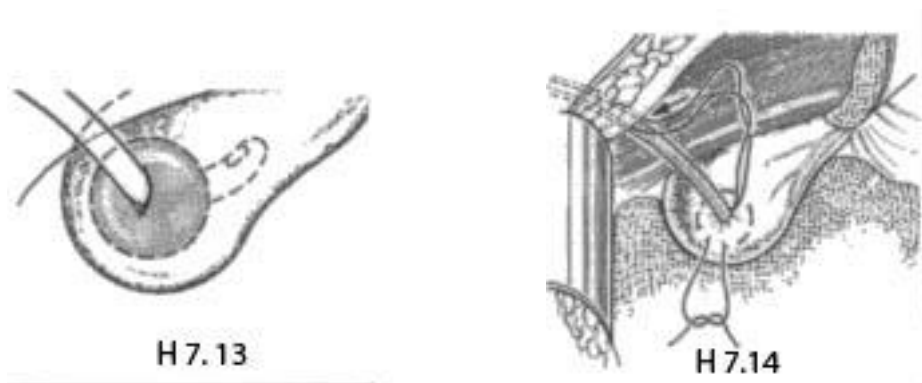
Mổ túi mật

1. Cho sử dụng kháng sinh ngay sau khi chẩn đoán. Gói túi mật bằng gạc để tránh mật tràn ra khoang phúc mạc. Dùng các mũi khâu vòng bằng chỉ tự tiêu cỡ 2/0 để khâu đáy (Hình 7.8). Hút mật bị nhiễm trùng bằng kim và bơm tiêm để làm rộng túi mật (Hình 7.9). Rạch đáy bằng dao nhọn tại trung tâm của mũi khâu vòng (Hình 7.10) và đặt ống hút (Hình 7.11). Lấy sỏi bằng kẹp thích hợp (Hình 7.12)



- Đặt đầu ống thông Foley qua vết thương trên thành bụng rồi vào túi mật (Hình 7.13). Buộc các mũi khâu vòng, bên trong trước, để đuôi dài. Thổi căng quả bóng (Hình 7.14). Đưa hai đầu qua thành bụng với ống thông niệu và neo chúng vào vết thương. Không được ấn lên túi mật. Thủ thuật sẽ an toàn đến chừng nào các mũi khâu vòng xung quanh ống thông niệu Foley có thể đảm bảo việc đóng vết thương kín nước. Có thể đặt ống dẫn

lưu cao su tại túi gan thận và tháo ra qua đường rạch riêng. Có thể tháo dẫn lưu sau 48 giờ



3. Đóng vết rạch ổ bụng. Giữ chắc ống thông niệu bằng hai đầu của mũi khâu vòng thứ hai và nối nó với một hệ thống dẫn lưu kín tiệt trùng.

4. Tiếp tục cho dùng kháng sinh, ống hút mũi-dạ dày, truyền dịch tĩnh mạch trong 2- 3 ngày. Sau 10 ngày liên tục kẹp ống thông niệu để tăng khoảng thời gian. Tháo ống thông khi không còn dịch ra. Vết rò sẽ tự đóng nhanh. Có thể để ống thông niệu tại chỗ và đưa bệnh nhân đến bác sĩ phẫu thuật chuyên khoa để cắt túi mật.

7.6. RUỘT THỪA

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Điều trị ruột thừa cấp, bị thủng hoặc hoại tử bằng cách cắt bỏ ruột thừa
- Điều trị khối ruột thừa bằng nội khoa
- Điều trị áp-xe ruột thừa bằng cách rạch và dẫn lưu
- Khi mới bị viêm ruột thừa, mạch và nhiệt độ bình thường
- Đau bụng ở hố chậu phải là triệu chứng tin cậy nhất
- Viêm ruột thừa ở sau manh tràng và hố chậu trái có thể không bị đau ở hố chậu phải
- Khám trực tràng có thể giúp cho việc chẩn đoán viêm ruột thừa hố chậu
- Khám âm đạo có thể giúp cho việc phân biệt viêm noãn quản và mang thai ngoài dạ con
- Nên thực hiện việc khám trực tràng
- Ở các bệnh nhân trẻ, cao tuổi hoặc phụ nữ mang thai thì đau bụng có thể là dấu hiệu của viêm ruột thừa

Triệu chứng của viêm ruột thừa cấp:

- Đau bụng hố chậu phải, đau thường bắt đầu xuất hiện ở hố chậu phải, cũng có trường hợp bắt đầu đau ở thượng vị, quanh rốn sau đó mới khu trú ở hố chậu phải.
- Đau âm ỉ, đau liên tục và tăng dần. Ít khi đau thành cơn, nếu có giữa các cơn vẫn đau..
- Nôn và buồn nôn, triệu chứng này có trường hợp có hoặc không
- Bí trung đại tiện
- Sốt , thông thường không số cao, nếu số cao 39-40° chú ý có biến chứng
- Phản ứng cơ vùng hố chậu phải: triệu chứng có giá trị, phải thăm khám theo dõi nhiều lần, so sánh hai bên. Chú ý ở những bệnh nhân già, béo, chưa để nhiều lần dấu hiệu này yếu ớt.

Các yếu tố rất có ý nghĩa để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp là:

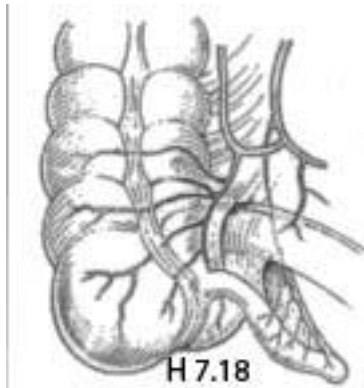
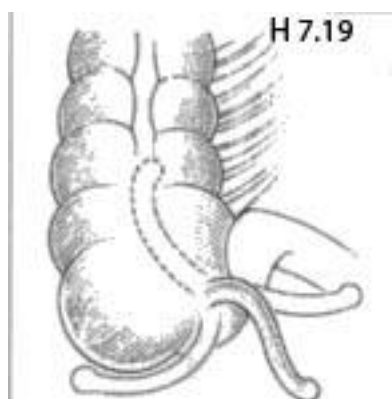
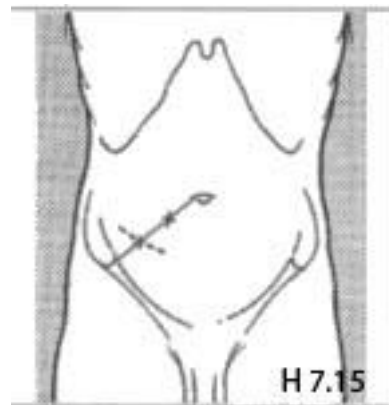
- Bệnh nhân có đau hố chậu phải.
- Phản ứng cơ hố chậu phải
- Điểm đau khu trú, thường là điểm Mac-Burney+
- Có hội chứng nhiễm khuẩn (lâm sàng và xét nghiệm)
- Siêu âm.

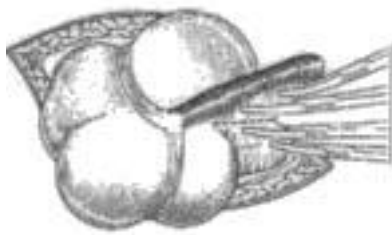
Những trường hợp điển hình chẩn đoán dễ, khi không điển hình cần:

- Khám kỹ phát hiện thêm các triệu chứng kín đáo.
- Khám nhiều lần so sánh quá trình tiến triển.
- Theo dõi sát.

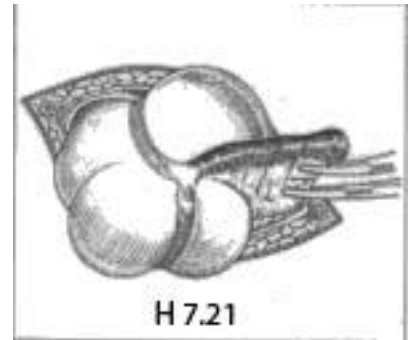
Chẩn đoán phân biệt bao gồm:

- *Cơn đau quặn thận phải*
- *Viêm phần phụ ở nữ*
- *Chửa ngoài dạ con bên phải vỡ*
- *Lồng ruột hồi manh tràng*

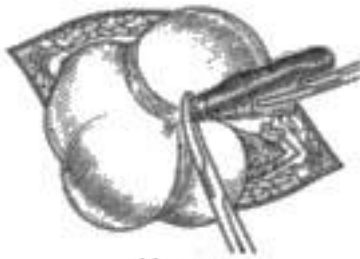
Kĩ thuật**Cắt ruột thừa cấp cứu (Hình 7.15 – 7.27)**



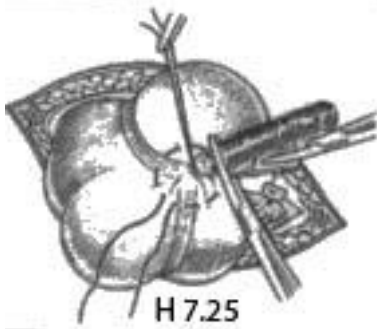
H7.22



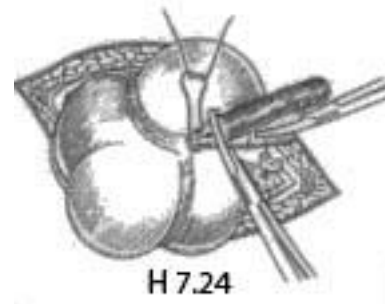
H7.21



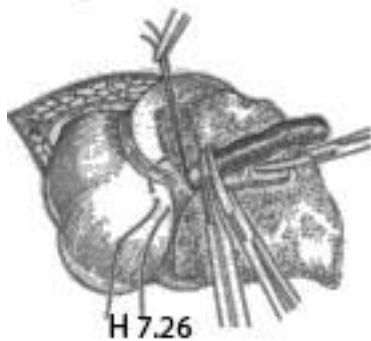
H7.23



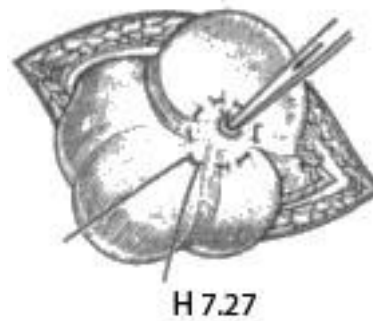
H7.25



H7.24



H7.26



H7.27

Phẫu thuật cắt ruột thừa là phương pháp điều trị duy nhất và được xếp vào loại phẫu thuật khẩn cấp. Điều trị nội khoa với kháng sinh liều cao (hiệu quả có thể đến 60%) chỉ được chỉ định ở bệnh nhân không thể tiếp cận được các cơ sở ngoại khoa

1. Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân nhịn ăn uống, được truyền dịch. Dịch truyền được chọn là Ringer's lactate, hay Ringer-Glucose 5%. Nếu phương

pháp vô cảm được chọn lựa là gây mê toàn thân, bệnh nhân sẽ được đặt một thông dạ dày.

2. Kháng sinh cần thiết để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Việc sử dụng kháng sinh trong trường hợp ruột thừa chưa vỡ mũ là kháng sinh dự phòng. Loại kháng sinh được chọn lựa là cefoxitin hay cefotetan. Kháng sinh thường được cho thêm một liều thứ hai cách liều đầu 12 giờ. Thời gian sử dụng kháng sinh có thể kéo dài hơn, nếu như khi mổ tổn thương là viêm ruột thừa hoại tử, xoang bụng có dịch đục, sốt sau mổ...

3. Đường rạch da: đường chéo ở ¼ bụng dưới phải. Khi vào xoang bụng, chú ý đến tính chất và màu sắc của dịch, nếu có. Tìm manh tràng trước, lần theo ba dải cơ dọc của manh tràng để tìm ruột thừa. Đưa ruột thừa về phía vết mổ. Nếu manh tràng kém di động, có thể phải rạch nếp gấp phúc mạc để di động manh tràng. Kẹp cắt mạc treo ruột thừa trước khi kẹp cắt gốc ruột thừa. Gốc ruột thừa có thể buộc hay khâu buộc, có thể vùi gốc hay không. Nếu vùi gốc ruột thừa, chú ý kiểm tra van hồi manh tràng. Châm sạch dịch trong xoang bụng vùng hố chậu phải. Nếu dịch đục và phúc mạc hố chậu phải bị viêm khu trú, có thể tưới rửa khu trú hố chậu phải. Không dẫn lưu. Đóng bụng, khâu da kỳ đầu

4. Cho bệnh nhân ăn ngay sau khi bệnh nhân tỉnh hẳn. Có thể cho xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2. Thời gian để BN có thể trở lại hoạt động bình thường: từ 2-6 tuần

Các vấn đề trong khi mổ

Các vấn đề trong khi mổ bao gồm:

- Viêm ruột thừa sau manh tràng và viêm ruột thừa dính
- Áp-xe ruột thừa

Viêm ruột thừa sau manh tràng và viêm ruột thừa dính

Tùy mức độ có thể chọn một trong các phương pháp sau: Khâu manh tràng kỳ đầu, dẫn lưu cạnh manh tràng; Mở manh tràng ra da (trực tiếp hay qua ống); Cắt khối hồi-manh tràng

Áp-xe ruột thừa

Nếu ổ áp-xe vách hoá rõ: dẫn lưu mũ đơn thuần là phương pháp được chọn lựa trước tiên. Việc cố gắng cắt ruột thừa có thể dẫn đến nhiều biến chứng và di chứng sau mổ. Nếu thành bụng là một phần của thành ổ áp-xe, có thể điều trị không phẫu thuật bằng cách chọc hút mũ (lưu catheter hay chọc hút nhiều lần

đều được chấp nhận) dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật dẫn lưu ngoài phúc mạc.

Nếu các tạng chung quanh ruột thừa dính lỏng lẻo: cố gắng tìm và cắt ruột thừa và xử trí góc ruột thừa tốt, kết hợp dẫn lưu tại chỗ.

LỒNG RUỘT

Đánh giá và xử trí trước phẫu thuật

Lồng ruột là một bệnh lý cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp ở trẻ em dưới 2 tuổi (Hình 7.28)



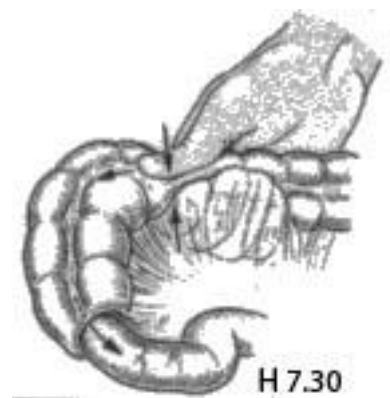
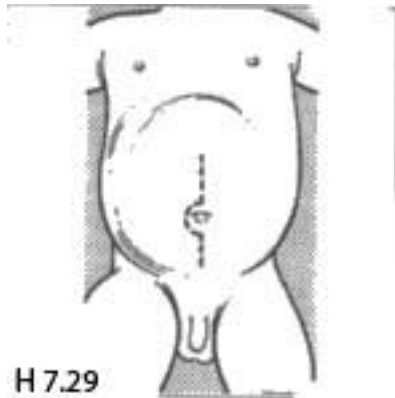
H 7.28

Chẩn đoán:

- Trẻ khóc nhiều
- Ra máu và mủ ở trực tràng
- Sờ nắn thấy có khối trên đường vòi đại tràng (thường ở phần tư bụng trên bên phải)
- Có thể được mô phỏng như kiết lỵ hoặc bị giun

Điều trị nội khoa:

- Truyền dịch tĩnh mạch theo trọng lượng cơ thể
- Đặt ống mũi - dạ dày
- Thụt bari có thể sử dụng để xác nhận chẩn đoán
- Thụt bari có thể làm giảm bệnh ở thời kì đầu của lồng ruột

Kĩ thuật mổ: (Hình 7.29 – 7.32)

Khi lồng ruột có chông chỉ định tháo lồng bằng khí hoặc khi đã tháo lồng bằng khí không có kết quả thì cần thực hiện phẫu thuật để tháo lồng.

1. Vô cảm: Với trẻ em tốt nhất là gây mê, gạc hở Ete-oxy. Nếu tắc ruột non đến muộn nên gây mê nội khí quản.

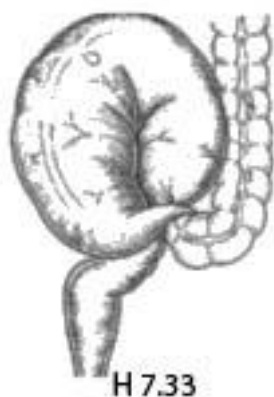
2. Đường rạch: Hợp lý nhất là rạch đường trắng giữa trên và dưới rốn để dễ dàng kiểm tra xử trí cắt đoạn ruột khi cần.

3. Khi thấy khối lồng dùng tay nắn nhẹ nhàng từ dưới lên trên, ngược chiều nhu động ruột, đẩy lùi dần khối lồng. Nếu khó khăn nên đắp huyết thanh ấm hoặc phóng bế Novocain mạc treo ruột và chờ đợi. Khi phải cắt đoạn ruột do đoạn ruột lồng bị hoại tử nên nối ruột ngay hay đưa ra ngoài hiện vẫn chưa có ý kiến thống nhất. Nếu ổ bụng không có biểu hiện viêm phúc mạc nặng, nên nối ruột ngay bằng kỹ thuật nối tận-tận dùng chỉ liên kim, kim tròn loại 4/0 hoặc 5/0. Nếu ổ bụng có biểu hiện viêm phúc mạc nặng nên dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài theo phương pháp Mikulicz.

4. Tử vong sau mổ lồng ruột giảm đáng kể cùng với thời gian. Nguyên nhân tử vong sau mổ chủ yếu là viêm phổi và sốt cao co giật.

XOĂN ĐẠI TRÀNG SIGMA

Xoăn đại tràng xích-ma là loại xoăn đại tràng phổ biến nhất và chiếm khoảng 8% các trường hợp tắc ruột (Hình 7.33). Hình 7.34 là hình ảnh xoăn ruột trên phim X-quang



Chẩn đoán

- Đau bụng, bụng chướng nhanh
- Nôn ói
- Bí trung và đại tiện
- Bụng chướng hơi nhiều và chướng không đều
- Triệu chứng của xoăn đại tràng hoại tử: sốt, bụng ấn đau và có đề kháng. Khi thủng đại tràng: biểu hiện của viêm phúc mạc toàn diện với sốt và dấu nhiễm trùng-nhiễm độc.
- Thăm trực tràng: bóng trực tràng trống

Xử trí

Xử trí không dùng phẫu thuật

Tháo xoăn qua ngả trực tràng: là phương pháp điều trị được cân nhắc đến trước tiên, vì đa số bệnh nhân đã lớn tuổi, có nguy cơ phẫu thuật cao. Tháo xoăn được chỉ định khi xoăn đại tràng xích-ma, chưa hoại tử đại tràng.

Kỹ thuật:

1. Cho bệnh nhân nằm nghiêng trái, luồn ống thông mềm vào trực tràng (dưới sự hướng dẫn của màn huỳnh quang hay nội soi trực tràng). Khi hơi và dịch phân thoát ra thì lưu ống trong 48 giờ.

2. Sau khi tháo xoắn, vẫn phải tiếp tục theo dõi sát bệnh nhân trong vòng 12 giờ đầu để phát hiện sớm hoại tử đại tràng tiếp diễn.

3. Nếu chỉ tháo xoắn đơn thuần, 60% sẽ xoắn đại tràng tái phát. Do đó, nếu bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân nên được sắp xếp phẫu thuật chương trình, sau khi đã được nâng cao thể trạng, điều trị các bệnh lý nội khoa và chuẩn bị tốt đại tràng trước mổ.

4. Phương pháp phẫu thuật được chọn lựa cho xoắn đại tràng xích-ma là cắt đoạn đại tràng xích-ma và nối tận - tận

Xử trí bằng phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật:

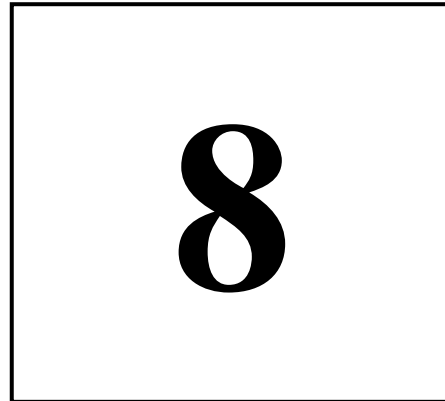
1. Đoạn đại tràng xoắn bị vỡ hay hoại tử:

- Cắt đoạn đại tràng
- Đưa hai đầu ra ngoài (phẫu thuật Mikulicz) hay đóng đầu dưới, đưa đầu trên ra ngoài (phẫu thuật Hartmann)
- Rửa bụng, dẫn lưu Douglas

2. Đoạn đại tràng xoắn chưa bị hoại tử: tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và mức độ ứ đọng phân trong đoạn đại tràng phía trên, có thể thực hiện một trong các phương pháp sau:

- Tháo xoắn, cắt đoạn đại tràng, nối ngay
- Tháo xoắn, cắt đoạn đại tràng, đưa đầu trên hay cả hai đầu ra ngoài làm hậu môn nhân tạo (phẫu thuật Hartmann, Mikulicz)
- Tháo xoắn, làm hậu môn nhân tạo kiểu quai
- Tháo xoắn, dính đại tràng xích-ma vào đại tràng ngang
- Tháo xoắn, dính đại tràng xích-ma vào thành bụng
- Tháo xoắn, cố định mạc treo đại tràng xích-ma
- Tháo xoắn, đưa đại tràng xích-ma ra ngoài phúc mạc thành

Thoát vị thành bụng



NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Thoát vị bẹn hông lên ở trên dây chằng bẹn với cổ thoát vị ở trên và giữa so với mấu củ xương mu
- Thoát vị đùi hông lên ở dưới dây chằng bẹn ở bắp đùi trên với cổ thoát vị ở dưới và bên cạnh mấu củ xương mu
- Thoát vị bẹn thường gặp ở nam giới
- Thoát vị đùi thường gặp ở nữ giới

Thoát vị thành bụng là một trạng thái bệnh lý gây ra do sự di chuyển của các tạng từ trong xoang bụng (thường là ruột non) ra phía ngoài thành bụng, qua một chỗ yếu của thành bụng. Thoát vị bẹn là loại thoát vị thường gặp nhất ở nam giới, chiếm tới 70% trong số các loại thoát vị. Sau đó là thoát vị đùi, thoát vị rốn và thoát vị vết mổ

8.1 THOÁT VỊ BẸN

Trong thoát vị bẹn, tạng thoát vị đi qua chỗ yếu thành bụng vùng bẹn. Có hai chỗ yếu của thành bụng vùng bẹn: lỗ bẹn sâu và tam giác bẹn (tam giác Hessenbach). Lỗ bẹn sâu là nơi xảy ra thoát vị bẹn gián tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên trong túi thoát vị), còn tam giác bẹn là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp (bó mạch thượng vị dưới ở phía bên ngoài túi thoát vị).

Chẩn đoán thoát vị bẹn chủ yếu dựa vào bệnh sử kết hợp thăm khám lâm sàng.

Các hình thái lâm sàng của thoát vị bẹn:

- Không có khối phồng

- Khối phòng xuất hiện thường trực ở vùng bẹn
- Khối phòng xuất hiện ở vùng bẹn khi BN đứng, ho, phình bụng hay vận động mạnh.
- Khối phòng đau vùng bẹn

Nếu bệnh nhân nhập viện vì cảm giác tung tức khó chịu, đau mơ hồ hay dị cảm vùng bẹn, cần nghĩ đến khả năng bệnh nhân có thể có một khối thoát vị bẹn nhỏ. Những bệnh nhân có thành bụng dày mỡ, khối thoát vị, ngay cả khi đạt đến kích thước tương đối lớn, cũng vẫn có thể không quan sát được khi nhìn từ ngoài. Đặt lòng bàn tay áp vào vùng bẹn, yêu cầu bệnh nhân ho hay phình bụng sẽ có cảm giác khối phòng chạm vào bàn tay. Có thể làm nghiệm pháp chạm ngón để phát hiện khối thoát vị, nhưng nghiệm pháp này thường làm cho bệnh nhân khó chịu.

Nếu bệnh nhân nhập viện vì khối phòng vùng bẹn xuất hiện mỗi khi đứng, ho rặn hay làm việc nặng, thoát vị bẹn là chẩn đoán đầu tiên.

Bệnh nhân có thể được thăm khám ở tư thế đứng hay nằm.

Việc thăm khám cần thoả mãn được hai yêu cầu: xác định bệnh nhân có bị thoát vị vùng bẹn không và xác định bệnh nhân bị thoát vị bẹn trực tiếp hay gián tiếp. Đẩy khối phòng vào lại xoang bụng, yêu cầu bệnh nhân ho hay phình bụng. Nếu thấy khối phòng xuất hiện trở lại, chẩn đoán thoát vị bẹn đã được xác định. Dựa vào tính chất xuất hiện của khối phòng, có thể chẩn đoán phân biệt đây là khối thoát vị trực tiếp hay khối thoát vị gián tiếp. Sờ nắn khối thoát vị cũng có thể xác định ruột hay mạc nối lớn bị thoát vị (tuy nhiên điều này không quan trọng): nếu ruột thoát vị, nắn khối sẽ có cảm giác lợc xọc. Trong trường hợp mạc nối lớn, cảm giác sẽ lờn nhón.

Nếu bệnh nhân nhập viện vì khối phòng vùng bẹn xuất hiện thường trực, bệnh nhân có thể bị thoát vị bẹn kẹt. Nếu đúng khối phòng là khối thoát vị kẹt, bóp nhẹ khối phòng, yêu cầu bệnh nhân ho hay phình bụng, sẽ có cảm giác tăng áp lực bên trong khối phòng hay khối phòng to ra.

Nếu bệnh nhân nhập viện vì khối phòng đau vùng bẹn, và khai thác bệnh sử bệnh nhân có khối phòng lên xuống ở vùng bẹn, chẩn đoán thoát vị bẹn nghẹt là hầu như chắc chắn. Nếu bệnh nhân có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt là ruột. Cần chú ý đến thời gian kể từ lúc bệnh nhân bắt đầu khởi đau. Ruột có thể hoại tử nếu bị nghẹt trong túi thoát vị quá 6 giờ. Nếu bệnh nhân không có hội chứng tắc ruột, thành phần bị nghẹt thường là mạc nối lớn.

Chuẩn bị phẫu thuật

Biến chứng có thể xảy ra sau khi điều trị thoát vị là tái phát sinh thoát vị do nhiễm trùng vết mổ, tụ huyết hoặc kĩ thuật kém.

Nghẹt là biến chứng nguy hiểm nhất của thoát vị. Tái phát sinh là biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật thoát vị

8.2. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỤNG

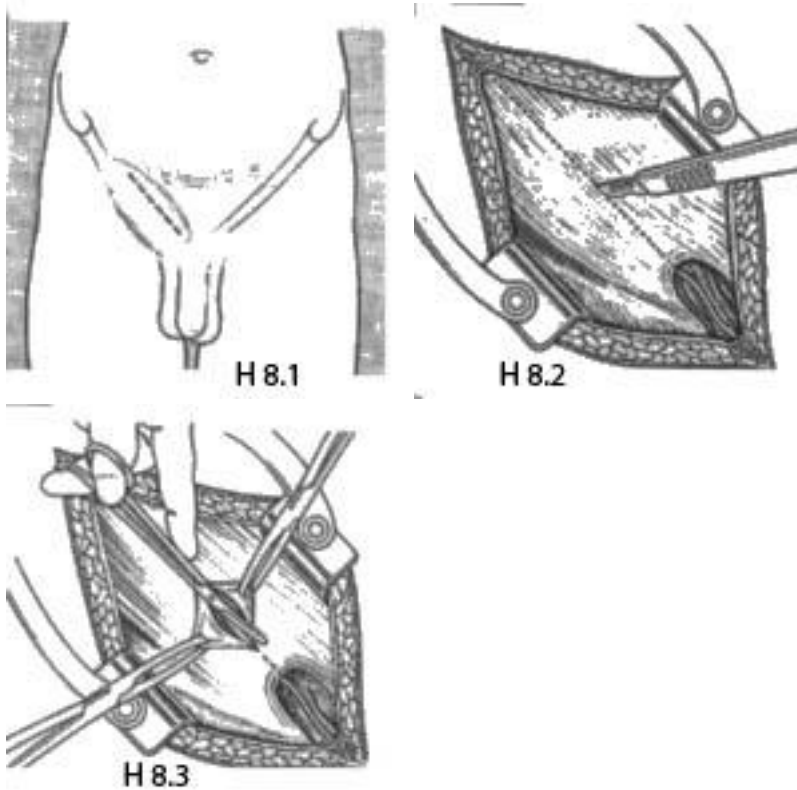
Kĩ thuật được trình bày dưới đây được dùng cho điều trị thoát vị bẹn ở nam giới. Đối với bệnh nhân là nữ giới thì quy trình sẽ khác vì nội dung ống bẹn là dây chằng tròn chứ không phải là dây chằng túi tinh dịch.

THOÁT VỊ BỤNG GIÁN TIẾP

Kĩ thuật

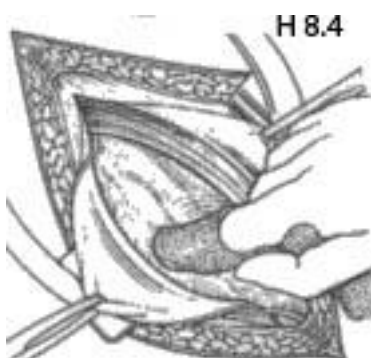
Mục đích của phẫu thuật là để giảm thoát vị, thắt túi và sửa chữa những khuyết tật trong ống bẹn sau.

1. Rạch một đường tại vùng bẹn theo nếp gấp của da dài 1-2cm phía trên dây chằng bẹn, tập trung đường giữa giữa lỗ bẹn sâu và nửa đường giữa các vòng sâu và các mấu củ xương mu (Hình 8.1). Chia và buộc các mạch máu trên các mô dưới da.

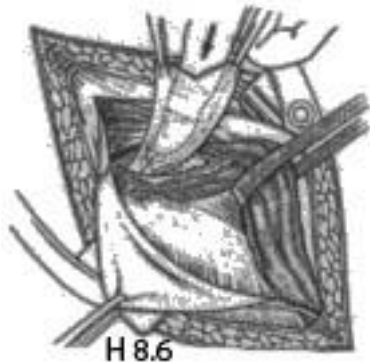


2. Làm cho rõ mạc xiên ngoài với những sợi chạy theo hướng xuống dưới và giữa. Rạch mạc dọc theo sợi, giữ các mép cắt bằng kẹp (Hình 8.2 và 8.3). Dùng những chiếc kẹp đó nhắc và kéo các mép trong khi mở rộng đường rạch đến hết chiều dài của vết thương. Quá trình mở rộng vết mổ cũng mở luôn lỗ bẹn ngoài. Xác định thân kinh hông-bẹn và bảo vệ nó trong quá trình phẫu thuật.

3. Dùng dụng cụ cắt cùn, gộp dây chằng túi tinh dịch cùn với túi thoát vị như một khối và đưa một ngón tay vòng quanh nó (Hình 8.4). Đơn giản nhất là di chuyển khối đó bắt đầu từ giữa ống bẹn. Đặt dẫn lưu cao su và gạc (Hình 8.5). Dùng dụng cụ cắt cùn tách túi khỏi dây chằng, lớp nọ tiếp lớp kia. Không được làm mất cung cấp máu cho dây chằng. Túi thoát vị được đặt tại cạnh giữa trước của dây chằng.



4. Tiếp tục giải phóng túi thoát vị khỏi dây chằng lên trên lỗ bẹn giữa. Mở túi bằng hai chiếc kẹp nhỏ và xác nhận sự liên hệ với khoang bụng bằng cách đưa một ngón tay vào chỗ mở (Hình 8.6)



H 8.6



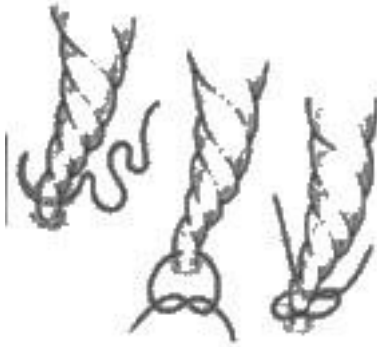
H 8.7

5. Xoắn túi để đảm bảo nó đã rỗng (Hình 8.7). Khâu buộc cổ túi bằng chỉ cỡ 2/0, giữ nút buộc và cắt túi (Hình 8.8 và 8.9). Nếu có ruột bị dính trong túi thì đó có thể là thoát vị trượt. Trong trường hợp này không được cắt túi rỗng.

6. Thăm sát cuống để đảm bảo rằng nó vừa đủ dài để nút buộc không bị trượt. Khi đã cắt nút buộc, cuống sẽ ẩn sâu trong vòng và không nhìn thấy được (Hình 8.10)



H 8.9



H 8.8



H 8.10

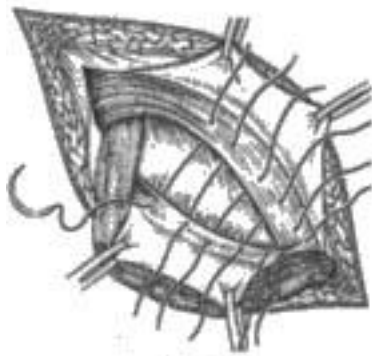
7. Nếu có khiếm khuyết ở thành bẹn sau thì khâu kết hợp cơ, gân với dây chằng bẹn. Không được khâu quá sâu ở giữa vì có thể làm tổn thương mạch đùi.

-
- Sửa chữa thành sau của ống bẹn là cần thiết khi bị thoát vị trực tiếp
 - Nếu khiếm khuyết từ nhỏ đến lớn ở ống bẹn sau trong trường hợp thoát vị gián tiếp thì cần chỉ định sửa chữa.
 - Thoát vị gián tiếp ở trẻ em nên được điều trị bằng cách buộc túi còng cao còng tốt và không được sửa chữa.
 - Thoát vị gián tiếp ở đàn ông trẻ có ống bẹn khoẻ không nên sửa chữa. Buộc chặt lỗ bẹn trong bằng một hoặc hai mũi khâu là đủ. Động mạch thượng vị trong nằm ở đáy dưới của lỗ bẹn và nên tránh nó ra.
-

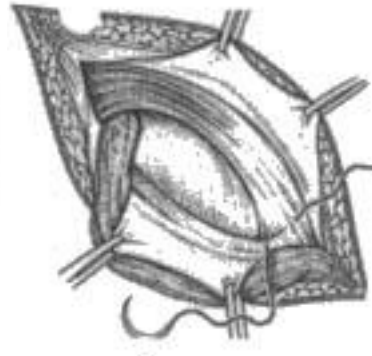
Bắt đầu sửa chữa từ giữa, sử dụng chỉ nylon số 1. Khâu xuyên qua dây chằng bẹn theo các mức độ sợi khác nhau vì các sợi thường tách dọc theo đường dây chằng.

Đặt mũi chỉ đầu vào dây chằng hình răng lược (Hình 8.11). Đặt mũi chỉ tiếp theo xuyên qua gân kết hợp và dây chằng bẹn và tiếp tục khâu theo cách này (Hình 8.12). Không thất cho đến khi đặt xong tất cả các mũi chỉ. Kiểm tra mũi chỉ cuối cùng bên cạnh vòng tròn trước khi bắt đầu buộc các nút chỉ; Nên để đầu ngón tay út qua vòng tròn dọc theo thùng tinh.. Sau đó thắt các nút chỉ, bắt đầu từ ở giữa và cắt chỉ thừa nhiều (Hình 8.13). Khi nút chỉ cuối cùng đã được thắt, điều chỉnh độ căng của nó để lỗ bẹn trong vừa bằng đầu ngón tay út (Hình 8.14). Cuối cùng, kiểm tra âm thanh, khâu thêm nếu cần.

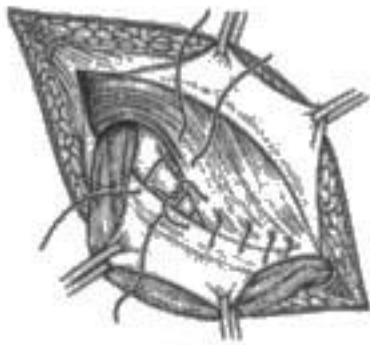
8. Đóng mạc xiên ngoài bằng các mũi khâu liên tục với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 (Hình 8.15). Khâu da bằng mũi khâu rời với chỉ cỡ 2/0 (Hình 8.16). Đặt một lớp gạc và giữ lại trong đó.



H8.12



H8.11



H8.13



H8.15



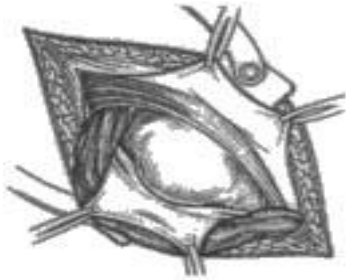
H8.14



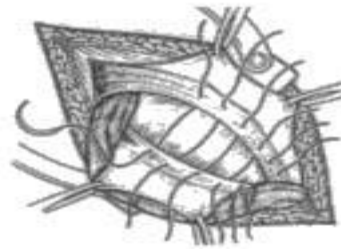
H8.16

Thoát vị trực tiếp

Thoát vị trực tiếp xuất hiện khi tạng chui ra ở hố bẹn giữa, là thoát vị mắc phải (không bao giờ có thoát vị bẩm sinh ở vị trí này), túi thoát vị nằm ngoài bao xơ của thờng tinh. Khi phát hiện trong khi phẫu thuật cần giảm thoát vị chứ không được mở hoặc cắt túi thoát vị. Đóng túi đã được điều chỉnh bằng cách hoàn tất việc sửa chữa thành sau của ống bẹn như đã mô tả trong phần thoát vị gián tiếp (Hình 8.17,8.18)



H 8.17



H 8.18

Thoát vị trượt

Chẩn đoán thoát vị trượt trong khi phẫu thuật ngay khi mở ống bẹn và túi thoát vị. Một phần ruột sẽ xuất hiện dính vào bên trong thành túi: là ruột tịt hoặc ruột thừa nếu thoát vị ở bẹn phải và là ruột già sigma nếu thoát vị ở bên trái. Ruột kết hay ruột tịt (phụ thuộc vào vị trí thoát vị) hình thành một phần của thành sau túi thoát vị. Đôi khi, bàng quang hình thành một phần của túi trong thoát vị trượt.

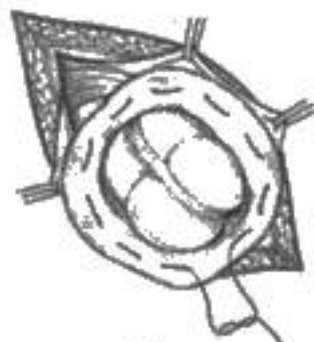
Cắt phần lớn của túi, để lại mép túi dưới và bên cạnh ruột (Hình 8.19, 8.20). Đóng túi bằng mũi khâu vòng (Hình 8.21, 8.22). Khi thắt chỉ, đẩy khối thoát vị lên trong lỗ bẹn sâu.



H 8.19



H 8.20



H 8.21



H 8.22

Thoát vị bẹn-bìu

Thử cắt phần bìu của túi có thể làm bệnh nhân bị tụ huyết bìu. Chặt ngang túi ở ống bẹn và xử trí phần gần giống như đã mô tả ở phần thoát vị gián tiếp. Để phần túi ở xa tại chỗ nhưng phải đảm bảo sự cung cấp máu cho đầu cắt ở xa của túi.

Tái phát sinh thoát vị

Phẫu thuật sửa chữa thoát vị tái phát sinh chỉ khi nó bị nghẹt, hoặc có thể chuyển bệnh nhân đến bác sĩ phẫu thuật. Vì trong lần phẫu thuật trước giải phẫu bẹn đã bị méo mó và gây khó khăn cho việc sửa chữa cũng như tăng nguy cơ tái phát.

8.3. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐÙI

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

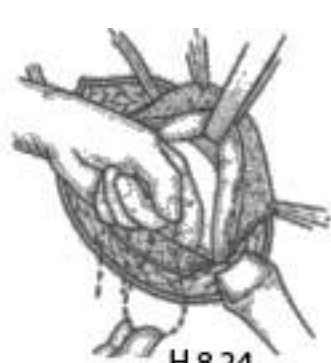
- Thoát vị đùi xuất hiện dưới thành sau của ống bẹn
- Mở thành sau của ống bẹn bằng dụng cụ cắt cùn
- Thoát vị đùi thường xảy ra ở nữ giới

Trong thoát vị đùi, tạng thoát vị đi qua ống đùi, chui qua mạc sàng để nằm dưới da. Trong một số ít trường hợp, thay vì chui qua mạc sàng, khối thoát vị đùi di chuyển ngược lên trên, chui qua giữa dây chằng bẹn và dải chậu mu, nằm dưới cân cơ chéo bụng ngoài trên vùng bẹn. Hình thái hiếm gặp này của thoát vị đùi được xem như một loại thoát vị gian thành. Để phẫu thuật bệnh nhân bị thoát vị đùi, có thể chọn nhiều phương pháp.

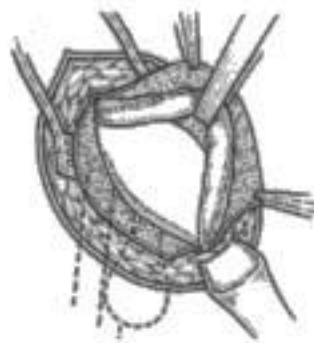
Kĩ thuật

1. Theo đường háng khi xử trí thoát vị đùi, rạch một đường tương tự như khi xử trí thoát vị bẹn. Kéo thừng tinh, cẩn thận để bảo vệ thần kinh hông-bẹn (Hình 8.23).
2. Các kết quả tìm được và quy trình từ giờ sẽ khác với xử trí thoát vị bẹn. trong thoát vị đùi, nền của ống bẹn còn nguyên. Sử dụng dụng cụ cắt cùn nhẹ nhàng mở nền ống bẹn vào khoảng trước phúc mạc và giảm thoát vị đùi (Hình 8.24)
3. Sau khi giảm, có thể dùng mũi khâu vòng để quản lý túi và làm nhỏ đi (Hình 8.25,8.26). Nếu khẳng định rằng các chất trong túi bi hoại tử thì mở túi và thám sát bên trong. Nếu túi thoát vị đùi không thể làm nhỏ lại, dùng kẹp động mạch kẹp cổ túi và chia dây chằng bẹn vắt qua. Nhớ phải cắt dọc theo kẹp động mạch

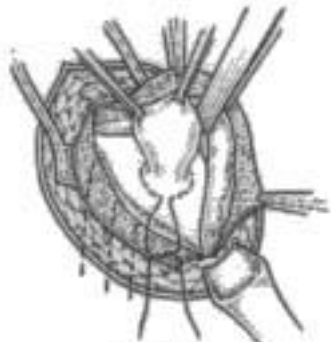
để tránh làm tổn thương các mạch đùi (Hình 8.27). Túi sẽ nhỏ lại một cách dễ dàng.



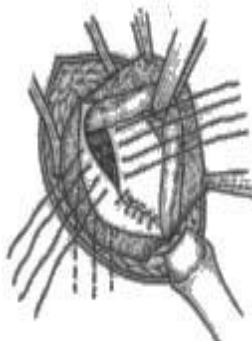
H 8.24



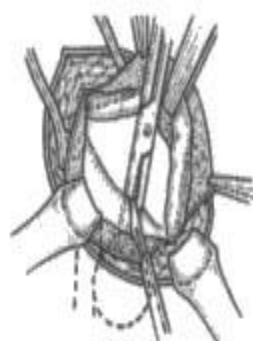
H 8.23



H 8.25



H 8.28



H 8.27



H 8.26



H 8.29

4. Sửa chữa thoát vị đùi bằng cách ghép gân kết hợp với dây chằng Cooper
5. Đóng phần khiếm khuyết của bẹn bằng cách khâu gân kết hợp, dây chằng Cooper và bao đùi. Nên nhớ rằng mạch đùi nằm ngay dưới bao đùi (Hình 8.28). Hình 8.28 mô tả cách xử trí dây chằng Cooper, khâu và buộc mũi khâu.
6. Bên cạnh mũi khâu chưa buộc, sắp xếp lại ống bẹn bằng cách gắn gân kết hợp với phần còn lại của nền và cạnh dây chằng bẹn. Cách sửa chữa này có thể làm tăng sự căng trừ khi sử dụng đường rạch dẫn. Rạch một đường ở mạc xiên trong ngay dưới mạc xiên cao ngoài (Hình 8.29). Khi thoát vị bẹn đã được xử trí, có thể đút được đầu ngón tay vào lỗ bẹn trong. Đóng xiên ngoài và da giống như trong thoát vị bẹn

Bên cạnh việc sử dụng để xử trí thoát vị đùi, việc sửa chữa dây chằng Cooper cũng rất tốt đối với thoát vị bẹn trực tiếp.

8.4. PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN NGHỆT

NHỮNG ĐIỂM MÀU CHÓT:

- Khi xử lý thoát vị bẹn nghẹt, mở rộng đầu đường rạch da qua khối thoát vị
- Đường rạch này sẽ tạo điều kiện để vào được khối bị nghẹt
- Cần luôn nhớ rằng thoát vị bẹn nghẹt và thoát vị đùi nghẹt là nguyên nhân gây ra tắc ruột non

Khi bệnh nhân bị thoát vị bẹn nghẹt cần phải điều trị ngay để giảm nghẹt. Bắt đầu bằng việc truyền tĩnh mạch hỗn hợp điện giải hydrate cho bệnh nhân. Đặt ống mũi -dạ dày và hút dạ dày. Nếu bệnh nhân bị nôn thì thiết lập các mức độ huyết thanh điện giải đường cơ sở và điều chỉnh những biểu hiện bất thường.

Xử trí bằng phẫu thuật

1. Mở da, lớp mô dưới da và mặt xiên ngoài như đã mô tả ở bài trước. Lỗ bẹn trong có thể phải chia ra để giảm nghẹt trong các trường hợp thoát vị gián tiếp và dây chằng bẹn trong thoát vị đùi. Trong cả hai trường hợp, chia lỗ ở mặt lớn để tránh những mạch máu cơ bản.
2. Mở túi, cẩn thận để tránh đưa ruột quay trở lại ổ bụng, sau đó thám sát nó một cách kỹ càng để đánh giá tình trạng. Cần chú ý đặc biệt đến các lỗ bị co lại. Nếu ruột rơi lại vào trong ổ bụng trước khi đánh giá tình trạng thì cần phải mở ổ bụng.
3. Đặt các gói ẩm, ẩm vào ruột trong vài phút. Ruột bị hoại tử hoặc không còn sử dụng được sẽ có màu đen hoặc xanh thẫm và không có nhu động. Các tĩnh mạch màng của vòng có vẻ bị nghẽn. Có thể không có nhịp động mạch và màng sẽ mất đi độ bóng.
4. Cắt bỏ đoạn ruột bị hoại tử và thực hiện nối đầu với đầu. Nếu việc cắt ruột bị hoại tử được thực hiện suôn sẻ bằng đường rạch bẹn thì tiếp tục với cách đó. Nếu không, rạch một đường giữa ở dưới ổ bụng và cắt. Cắt túi thoát vị và hoàn thiện việc sửa chữa. Thực hiện phẫu thuật đối với thoát vị nghẹt có thể sẽ khó khăn ở trẻ em, ở những bệnh nhân bị tái phát sinh thoát vị và ở những bệnh nhân bị các ổ thoát vị bẹn-bìu lớn. Trong các trường hợp đó nên sử dụng cách

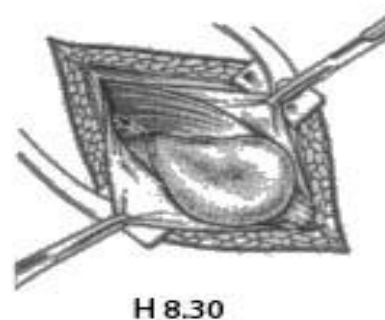
xử trí không cần phẫu thuật nếu bệnh nhân được đưa đến sớm, không có dấu hiệu bị viêm ở vùng thoát vị. Để có được kết quả xử trí không cần phẫu thuật tốt, đặt bệnh nhân ở tư thế Trendelenburg, dùng một tay áp vào cả hai bên cổ thoát vị và nhẹ nhàng, liên tục ấn vào túi bằng tay kia. Có thể dùng thuốc gây mê.

Nếu không thành công thì sau 4 giờ phải chỉ định mổ. Theo dõi bệnh nhân ít nhất 12 tiếng sau khi thực hiện thành công xử trí không cần phẫu thuật.

Chia vòng bị nghẹt

Nếu không thực hiện được việc xử trí không cần phẫu thuật ở trẻ em, đôi khi có thể dùng cách đơn giản là chia vòng thoát vị bị nghẹt (Hình 8.30).

Vòng nghẹt ở trẻ em thường là lỗ bẹn ngoài trong khi ở người lớn lại thường là lỗ bẹn trong. Nếu sử dụng cách điều trị này cần đưa bệnh nhân đến bác sĩ phẫu thuật để xác định điều trị.



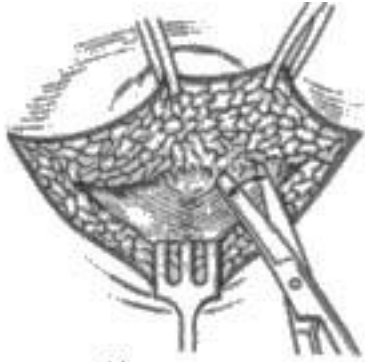
8.5 PHẪU THUẬT THOÁT VỊ RÓN VÀ GÀN RÓN

Thoát vị rốn xảy ra phổ biến ở trẻ sơ sinh, nhưng hầu hết các khiếm khuyết sẽ biến mất sa 2 tuổi. Thoát vị rốn ở người lớn thường là một bệnh lý mắc phải. Thoát vị rốn thường gặp ở phụ nữ. Các bệnh lý làm tăng áp lực trong xoang bụng kéo dài như thai kỳ, béo phì, bàng bụng, chướng bụng... là các yếu tố thuận lợi để thoát vị rốn hình thành và phát triển.

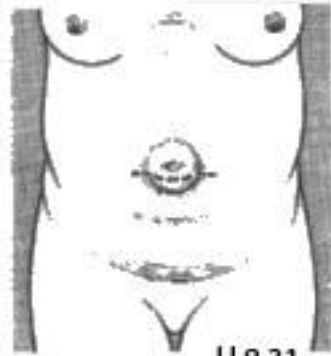
Kĩ thuật

1. Rạch một đường ngang ngay dưới rốn (Hình 8.31).
2. Xác định rõ cổ túi vì nó lẫn vào đường trắng và thực hiện mở cổ. (Hình 8.32, 8.33). Dùng ngón tay để kiểm tra xem khối thoát vị và bên trong túi có dính nhau không. Hoàn chỉnh việc chia cổ túi trong khi bảo vệ nội dung của nó. Kiểm tra nội dung bên trong túi (ruột và màng nối) và làm nhỏ lại (Hình 8.34, 8.35). Nếu khối thoát vị chỉ có màng nối thì chia nó thành nhiều miếng nhỏ bằng kẹp động mạch và xuyên qua mô còn lại. Cắt túi từ dưới da rốn.
3. Sử dụng đường cắt tù để xác định rõ mép sợi của vùng bị hư và làm rộng nó sang bên cạnh (Hình 8.36). Thực hiện xử trí bằng các mũi khâu có đệm với chỉ

tự tiêu cỡ 2/0 qua các lớp vết mổ để các mép đè lên nhau. Không cần đóng phúc mạc tách riêng (Hình 8.37). Khâu tiếp một hàng để gắn các mép đã chồng lên nhau với đường trắng (Hình 8.38). Hoàn tất việc đóng vết mổ bằng khâu da với chỉ cỡ 2/0. Sau đó đặt một lớp gạc.



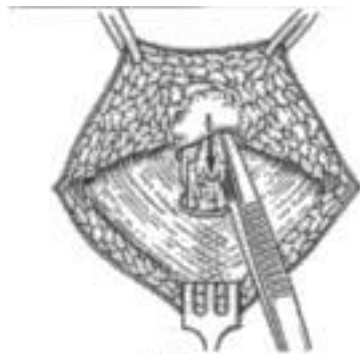
H 8.32



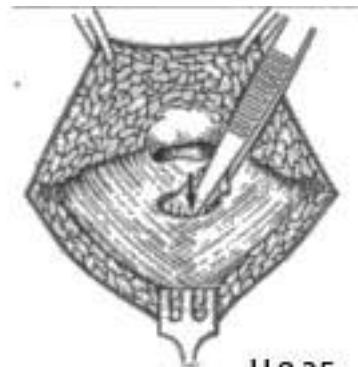
H 8.31



H 8.33



H 8.34



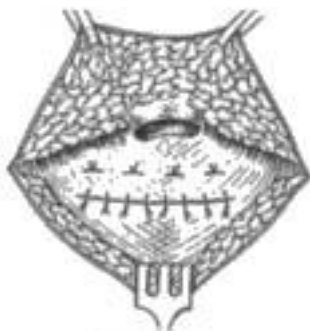
H 8.35



H 8.37



H 8.36



H 8.38

Thực hiện quy trình tương tự đối với trẻ em trong khi thực hiện đường rạch cong dưới rốn. Sử dụng các mũi khâu rời đơn để khâu những tổn thương nhỏ.

8.6. PHẪU THUẬT VÙNG THOÁT VỊ THƯỢNG VỊ

Thoát vị vùng thượng vị xảy ra chủ yếu ở nam giới. Vị trí thoát vị nằm trên đường giữa, giữa mũi ức và rốn. Trong 20% các trường hợp, bệnh nhân có từ hai thoát vị trở lên. Khối thoát vị thường nhỏ và không có túi phúc mạc.

Bệnh nhân thường nhập viện vì một khối phồng nhỏ đau ở vùng thượng vị. Khám thấy có khối nhỏ nằm trên đường trắng giữa, giữa mũi ức và xương mu (hay cách rốn khoảng 3-4 cm), chắc, kém di động, ấn đau vừa. Chẩn đoán phân biệt trước tiên là u mỡ dưới da. Trong trường hợp khó chẩn đoán, có thể cần đến siêu âm chẩn đoán.

Điều trị thường đơn giản: khâu lại chỗ hở của lớp cân thành bụng.

8.7. THOÁT VỊ VẾT MỔ

Thoát vị vết mổ xảy ra với tỉ lệ có thể lên tới 10% các trường hợp mổ bụng.

Nguyên nhân của thoát vị vết mổ có thể là nhiễm trùng vết mổ, chỉ khâu quá chặt, quá thưa, đứt chỉ khâu, suy dinh dưỡng, tiểu đường, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu

Thoát vị vết mổ có thể xảy ra hoàn toàn, trong đó toàn bộ các lớp cân cơ thành bụng bị hở và túi thoát vị nằm ngay dưới lớp mỡ dưới da. Trường hợp này chẩn đoán thoát vị vết mổ dễ dàng (trừ trường hợp bụng bệnh nhân dày mỡ): Bệnh nhân có một khối có tính chất của khối thoát vị thành bụng, xuất hiện cạnh hay bên dưới vết mổ. Trong trường hợp chỉ một phần các lớp cân cơ thành bụng bị hở, khối thoát vị đôi khi khó được phát hiện. Trong các trường hợp khó chẩn đoán, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chọn lựa.

Đối với lỗ thoát vị nhỏ, mổ mở, khâu khếp lại thành bụng.

Đối với lỗ thoát vị lớn (đường kính ≥ 4 cm), có nhiều phương pháp được lựa chọn

- Khâu khếp thành bụng, sau đó tăng cường bằng một mảnh ghép phủ lên trên.
- Khâu mảnh ghép vào mép lỗ thoát vị.
- Khâu mảnh ghép giữa các lớp cân cơ thành bụng.

Cố gắng khâu che phúc mạc bên dưới mảnh ghép. Trong trường hợp ngược lại, dùng mạc nối lớn chèn giữa mảnh ghép và các quai ruột để tránh biến chứng rò ruột. Vật liệu làm nên mảnh ghép đóng vai trò quan trọng khi cân nhắc sử dụng mảnh ghép để điều trị thoát vị vết mổ. Polypropylene được xem là vật liệu tốt nhất hiện nay, do nó cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi giữa các khe, làm cho mảnh ghép “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. PTFE (polytetrafluoroethylene) cũng cho phép sự phát triển của các nguyên bào sợi, nhưng không thể “hoà hợp” vào lớp cân thành bụng chung quanh. Điều này làm cho mảnh ghép PTFE dễ bị vách hoá, dẫn đến nhiễm trùng.

Đường niệu và đáy chậu

9

9.1. BÀNG QUANG

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Khi bị bí tiểu cấp cần thực hiện dẫn lưu bàng quang cấp cứu
- Các nguyên nhân thường gặp của bí tiểu cấp ở nam giới là do niệu đạo bị hẹp và phì đại tuyến tiền liệt lành tính.
- Các nguyên nhân khác của bí tiểu cấp là chấn thương niệu đạo và ung thư tuyến tiền liệt
- Nếu không thể dẫn lưu bàng quang quan niệu đạo được thì phải dẫn lưu trên bìu
- Trong trường hợp bí tiểu mãn tính, do hiện tượng nghẹt phát triển chậm, bàng quang bị chẹt thường xuyên trong một thời gian dài nhiều tuần nên đau không phải là triệu chứng.
- Bàng quang thường bị căng quá mức và bệnh nhân bị bí tiểu mãn tính thường đi tiểu nhỏ giọt.
- Không cần điều trị gấp bí tiểu mạn tính nhưng dẫn lưu từ bàng quang sẽ giúp cho việc xác định lượng nước tiểu tồn tại và tránh suy thận liên quan đến bí tiểu. Sắp xếp đưa bệnh nhân bị bí tiểu mãn tính đi điều trị xác định.

BÍ TIỂU

Khi bị bí tiểu cấp cần thực hiện dẫn lưu bàng quang cấp cứu. Nếu không thể dẫn lưu bàng quang quan niệu đạo được thì phải dẫn lưu trên bìu. Không cần điều trị gấp bí tiểu mạn tính nhưng dẫn lưu từ bàng quang sẽ giúp cho

việc xác định lượng nước tiểu tồn tại và tránh suy thận liên quan đến bí tiểu. Sắp xếp đưa bệnh nhân bị bí tiểu mãn tính đi điều trị tiếp

Dẫn lưu cấp cứu

Dẫn lưu cấp cứu từ bàng quang khi bị bí tiểu cấp có thể được thực hiện bằng:

- Thông tiểu
- Chích trên bìu
- Mở bàng quang

Thông tiểu hay chích trên bìu thường thích hợp với mọi trường hợp còn mở bàng quang có thể chỉ cần thiết khi cần lấy sỏi bàng quang hay dị vật hay dẫn lưu lâu hơn, ví dụ như sau khi bị vỡ niệu đạo sau hay nếu có hiện tượng hẹp niệu đạo bị biến chứng.

Nếu quả bóng dẫn lưu không xẹp được hơi, chích 3ml ete vào ống dẫn đến quả bóng. Quả bóng sẽ bị nổ. Cắt và bỏ nó đi. Trước khi tháo ống dẫn niệu cần rửa bàng quang bằng 30ml dung dịch muối.

THÔNG TIỂU Ở BỆNH NHÂN NAM

Kĩ thuật

1. Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quần vải đắp để vào hai chân. Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gác củ ấu. Trải khăn mỏng có lỗ để lộ dương vật bệnh nhân. Bôi dầu parafin vào ống thông (7 - 10cm).

2. Tay trái kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu, tay phải cầm kim kẹp gác củ ấu thấm dung dịch sát khuẩn lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài. Một tay cầm dương vật thẳng đứng (dương vật thẳng góc 90° với cơ thể bệnh nhân), tay kia cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm, hạ dương vật xuống (song song với thành bụng) là ống thông tự trôi vào bàng quang đến khi thấy nước tiểu chảy ra. Đưa ống thông sâu khoảng 18 - 20cm. Nếu thấy mắc, vướng bảo bệnh nhân thở hít mạnh và hơi dãn ống sẽ dễ vào, nếu khó đưa vào thì không được tiếp tục đẩy ống thông, phải rút ra làm lại. (Hình 9.1)

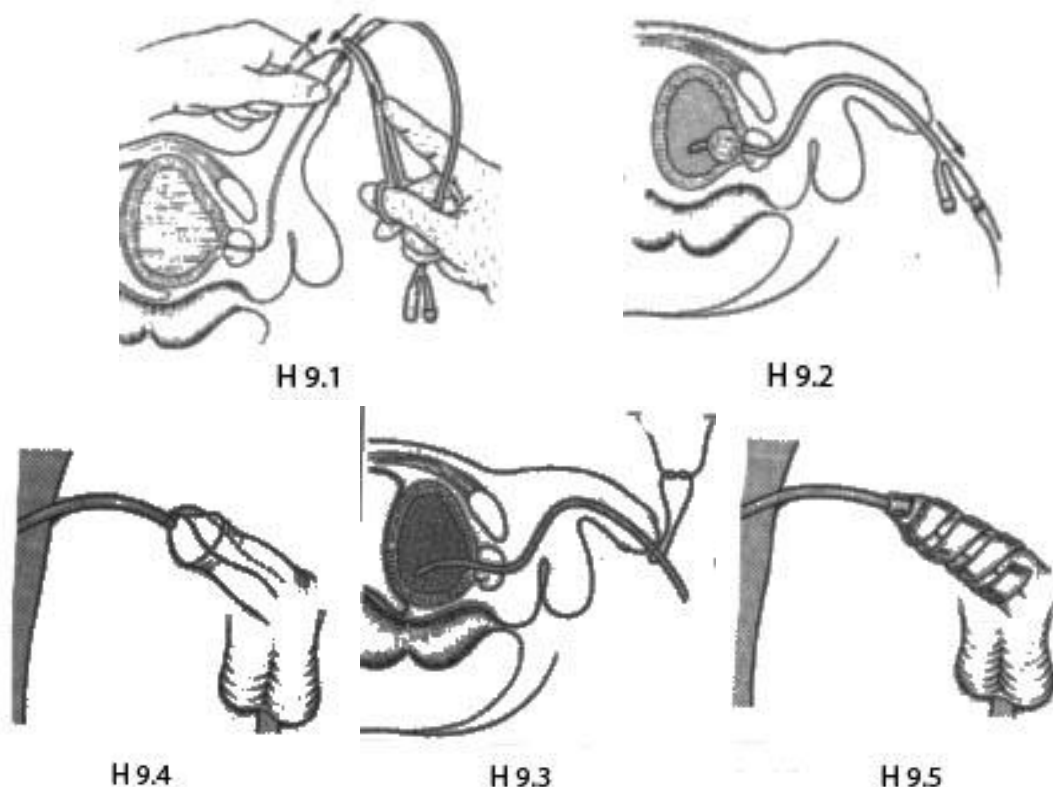
3. Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra. Nếu cần lưu ống thông: Bơm dung dịch nước cất hay nước muối sinh lý vào nhánh thông với bong bóng, số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông (thường là 5ml) cố định thông nối ống thông với hệ thống thu gom nước tiểu (chai hoặc túi thu). Nếu bệnh nhân bị bí tiểu, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy quá 750ml nước tiểu ở bàng quang (dễ gây chảy máu bàng quang).

4. Rút ống thông đê vào khay quả đậu. Dùng bơm tiêm rút nước trong bóng bóng ra hết. Bóp ống lại và từ từ rút ra. Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn, làm vệ sinh vùng sinh dục, lau sạch, khô.

Nếu không đưa được ống dẫn niệu vào thì tiếp tục đến hình chỉ và bộ phận kết nối (Hình 9.2) hoặc dùng ống Foley theo hướng dẫn. Nếu các quy trình này không hiệu quả thì không tiếp tục dùng nữa và thay thế bằng thủ thuật chích trên bìu.

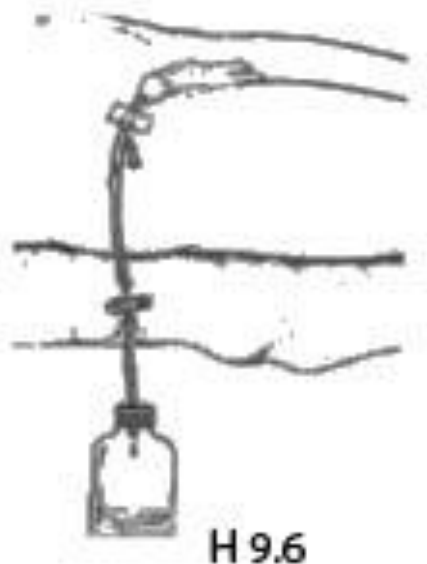
Điều chỉnh ống dẫn liệu

- Nếu sử dụng ống dẫn niệu Foley, bơm vào bóng 10-15ml nước tiệt trùng hoặc nước tiểu sạch (Hình 9.2). Lùi một phần ống cho đến khi quả bóng tiếp giáp với cổ bàng quang.
- Nếu ống dẫn niệu không có bóng thì buộc dây vòng quanh ống ngay qua lỗ ngoài và đưa các đầu dọc theo thân dương vật, giữ chúng bằng cách quấn băng về phía bao quy đầu và nút buộc (Hình 9.3, 9.4, 9.5)



Chăm sóc sau khi thực hiện thủ thuật

- Nếu khi thông tiểu bị chấn thương, cho dùng kháng sinh có phổ gram âm trong 3 ngày
- Luôn nhớ phải giải nén bàng quang bị căng mạn tính một cách từ từ
- Nối ống thông qua một hệ thống kín với một bình tiệt trùng (Hình 9.6)



- Băng quy đầu và ống thông cạnh thành bụng; Điều này sẽ tránh làm cong ống tiểu tại góc dương vật-bìu và trợ giúp tới ngăn ngừa sự lở loét nén
- Thay ống thông nếu nó bị tắc hoặc nhiễm bẩn hoặc khi có chỉ định. Đảm bảo lượng chất lỏng vào thoải mái để tránh sự hình thành sỏi ở các bệnh nhân nằm nhiều, những người thường xuyên bị nhiễm trùng nước tiểu, đặc biệt là ở các nước nhiệt đới.

CHÍCH TRÊN BÌU

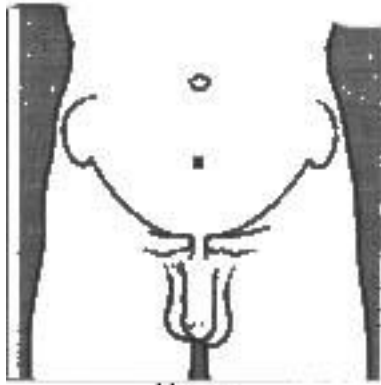
Chích trên bìu có thể là cần thiết nếu thông tiểu bị thất bại. Điều quan trọng là có thể sờ thấy bàng quang khi thực hiện chích trên bìu.

Kĩ thuật

1. Đánh giá độ căng của bàng quang bằng thám sát và sờ nắn
2. Nếu thực hiện chích trên bìu ngay sau khi thông tiểu bị thất bại, cần loại bỏ tấm đã dùng để cô lập quy đầu và đặt vào giữa một tấm mới qua đường giữa trên bìu
3. Chích hai lỗ đơn 2cm trên bìu dính màng ở đường giữa với kim lỗ rộng được nối với một bơm tiêm 50ml. Bệnh nhân sẽ cảm thấy nhẹ ngay nhưng cần chích lại sau vài giờ nếu bệnh nhân không tự đi tiểu được.
4. Tốt hơn là thực hiện chích trên bìu bằng dùi chọc và ống thông hay đặt

ống dẫn liệu. Gây tê tại chỗ tại đường giữa, 2cm trên bìu dính màng, sau đó tiếp tục thâm nhiễm sâu hơn (Hình 9.7). Sau khi thực hiện xong gây tê, chích hai lỗ trên bìu dính màng 2 cm ở đường giữa bằng kim lỗ rộng. Dùng dùi chọc và ống thông và nhẹ nhàng đưa theo đường thẳng (Hình 9.8). Sau khi gập một vài trở ngại chúng sẽ đi vào bàng quang một cách dễ dàng (Hình 9.9).

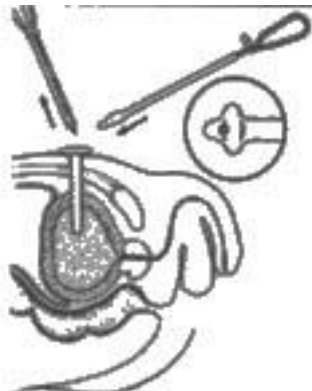
5. Khi nước tiểu chảy ra tự do từ ống thông thì rút ống thông (Hình 9.10)



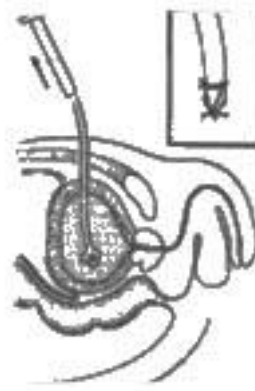
H 9.7



H 9.8



H 9.9



H 9.10

6. Điều chỉnh ống thông sát với da bằng miếng băng dính băng vết thương và nối nó với một cái túi hoặc một cái chai. Lưu ý không để ống thông bị tắc, đặc biệt là nếu bàng quang bị phồng to. Nếu cần, rửa ống thông bằng bơm tiêm với dung dịch muối.

Cách dẫn lưu này cho phép kiểm tra đường tiết niệu sau đó, ví dụ như chụp X-quang bàng quang, để xác định bất kỳ hiện tượng nghẹt nào.

MỞ BÀNG QUANG TRÊN BÌU

Mục đích của mở bàng quang trên bìu là để:

- Làm bộc lộ và nếu cần, thực hiện thám sát bàng quang
- Đặt ống dẫn lưu lớn, thường là ống dẫn niệu tự duy trì.
- Thực hiện dẫn lưu trên bìu khi không chạm được vào bàng quang

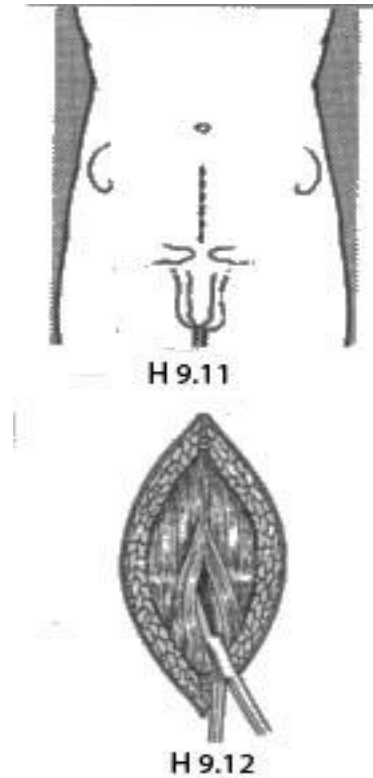
Kĩ thuật

1. Nếu tình trạng của bệnh nhân kém, cần gây mê tại chỗ, ví dụ như dùng lidocaine 0.5% đến 1% với epinephrine (adrenaline) để thâm nhiễm theo từng lớp mô. Nếu không có thể dùng gây mê toàn thân

2. Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế cắt sỏi.

Rạch một đường giữa trên bìu cách bìu dính m 2cm về phía trên (Hình 9.11) và chia các mô dưới da. Cầm máu bằng cách ấn và buộc.

3. Mở bao cơ thẳng, bắt đầu từ phần trên vết mổ. Tiếp tục cắt bằng kéo để bộc lộ khoảng trống giữa các cơ (Hình 9.12). Tại phần dưới của vết mổ, các cơ hình tháp sẽ làm khuất khoảng trống này. Cuối cùng, bộc lộ lớp mỡ ngoài phúc mạc.

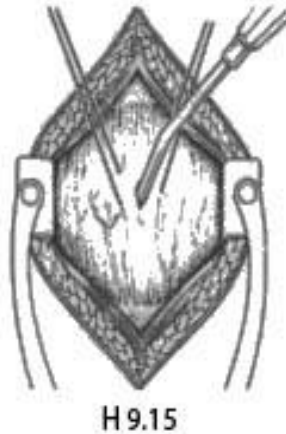
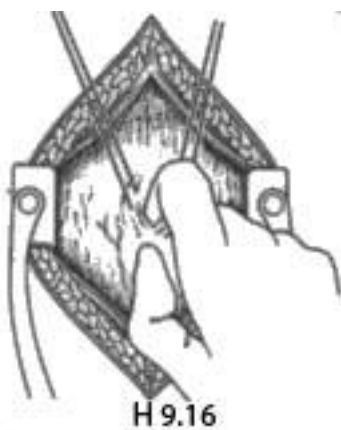
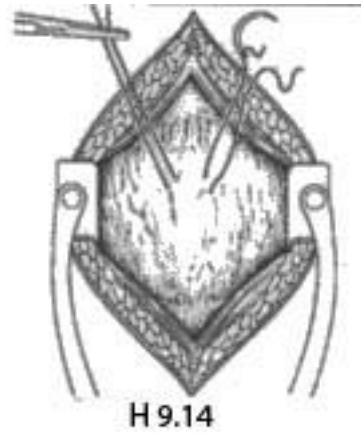
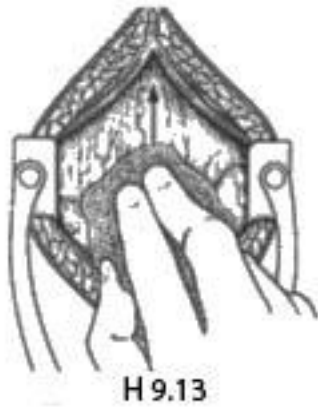


4. Đưa đường rạch trên đường trắng xuống dưới đến bìu, chia các cơ hình tháp. Dùng ngón tay phá cân mạc trước bóng tiểu sau bìu; sau đó quét cân mạc và phúc mạc lên phía trên từ bề mặt bàng quang (Hình 9.13). Không được mở phúc mạc. Bàng quang bị căng có thể được nhận ra qua màu hồng nhạt và các tĩnh mạch dọc theo bề mặt của nó. Khi sờ nắn cảm thấy sự cản trở của túi. Đặt một cái banh miệng vết mổ tự duy trì để giữ.

5. Khâu một mũi chỉ tự tiêu số 1 vào phần trên của bàng quang ở bên kia đường trắng (Hình 9.14). Làm thủng bàng quang ở giữa các mũi khâu và làm rộng nó bằng cách hút (Hình 9.15). Bộc lộ bên trong bàng quang bằng ngón tay để xác định xem có sỏi hoặc u không (Hình 9.16). Ghi nhớ tình trạng lỗ trong (thường bị hẹp do u tuyến tiền liệt hoặc vòng tròn xơ)

6. Nếu cần phải mở rộng vết mổ bàng quang để lấy sỏi thì mở khoảng 1-2cm, đặt mũi khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu cỡ số 2/0 tại đầu cắt nếu cần. Đóng

đường rạch được mở rộng từng phần bằng một hoặc hai mũi khâu số 1 bằng chỉ tự tiêu, chỉ lấy cơ bàng quang. Thăm sát bên trong bàng quang trước khi đặt ống dẫn niệu.



7. Khi đặt ống dẫn niệu, giữ các đầu vết rạch bằng hai kẹp mô để ống không bị trôi xuống dưới niêm mạc (Hình 9.17)

- Nếu sử dụng ống dẫn niệu Pezzer, kẹp đầu của nó bằng kẹp rồi đưa ống vào bàng quang giữa hai kẹp mô
- Nếu sử dụng ống dẫn niệu Foley, đưa nó vào bàng quang và làm căng quả bóng

8. Khâu một mũi khâu vòng bằng chỉ tự tiêu cỡ số 2/0 trên bàng quang để ống không bị ngấm nước hoặc, nếu đã mở rộng đường rạch trên bàng quang thì giữ ống bằng mũi chỉ cuối cùng để đóng vết rạch (Hình 9.18)

9. Nếu cần tiếp tục dẫn lưu trong thời gian dài thì gắn bàng quang với thành bụng để có thể thay đổi ống dẫn niệu. Nếu không, bỏ qua bước này để giúp cho việc lành vết mổ bàng quang diễn ra nhanh hơn. Để điều chỉnh bàng quang, dùng các mũi chỉ kéo trên thành bàng quang qua bao cơ thẳng (Hình 9.19). Buộc chúng lại sau khi đóng lớp này.

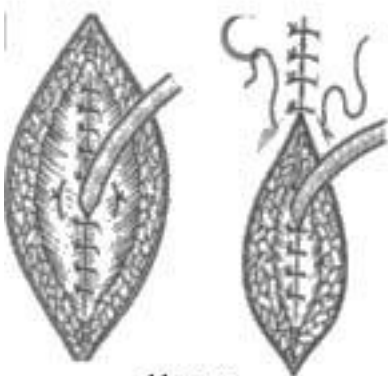
10. Đóng đường trắng bằng chỉ tự tiêu số 0 và khâu da bằng chỉ không tiêu số 2/0 (Hình 9.20). Nối ống với một hệ thống kín, tiết trùng. Thay băng vết mổ hai ngày một lần cho đến khi liền.



H 9.19



H 9.18



H 9.20

9.2. NIỆU ĐẠO CỦA NAM GIỚI

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Hình chỉ và bộ phận dẫn là các phương tiện an toàn nhất để thực hiện dẫn niệu đạo cấp
- Hẹp niệu đạo mạn tính có thể được xử lý an toàn bằng cách sử dụng ống nong kim loại

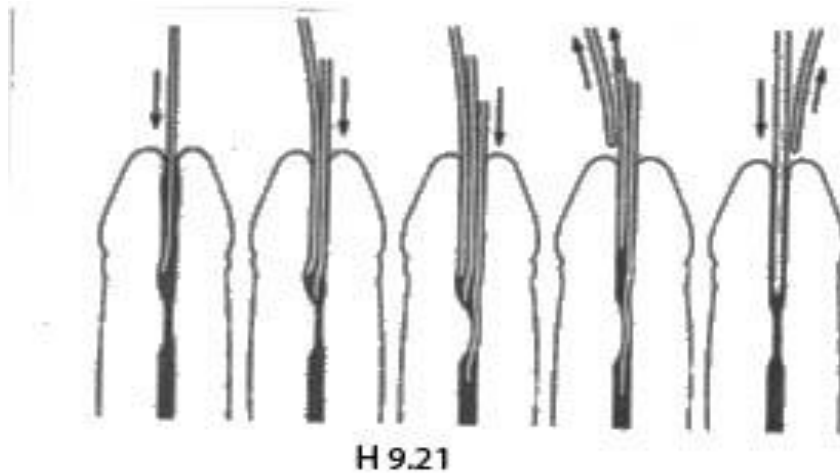
HẸP NIỆU ĐẠO

Làm giãn niệu đạo được chỉ định khi bệnh nhân bị hẹp niệu đạo, một vấn đề thường gặp trên toàn thế giới.

Kĩ thuật

1. Gây mê hoặc dùng thuốc giảm đau phù hợp trước khi bắt đầu thực hiện thủ thuật và điều trị bằng kháng sinh 3 ngày sau đó. Rửa quy đầu và lỗ niệu đạo thật cẩn thận và chuẩn bị da bằng dung dịch sát trùng nhẹ. Nhỏ gel lidocain vào niệu đạo và để trong đó 5 phút. Đắp một khăn mổ có lỗ thủng lên người bệnh nhân để cô lập dương vật.

2. Trong trường hợp hẹp niệu đạo cấp tính, bắt đầu đưa hình chỉ nhỏ và để nó trong niệu đạo rồi tiếp tục đưa hình chỉ cho đến khi một trong số đó chui qua được phần hẹp. Sau đó tiếp tục đưa bộ phận dẫn cỡ vừa và dần dần tăng kích thước (Hình 9.21).

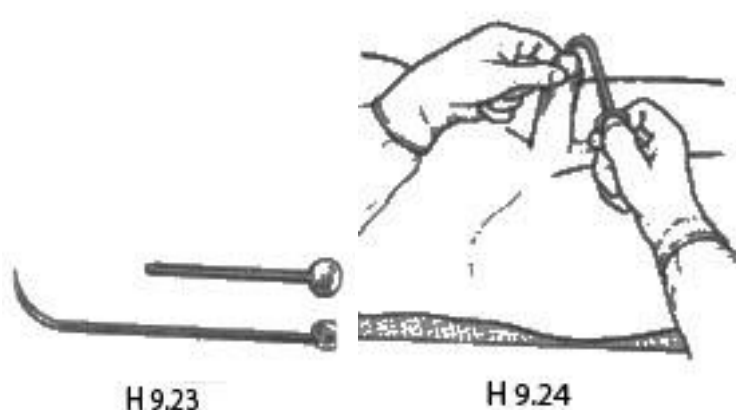


H 9.21

Đối với các ca hẹp niệu đạo sau viêm bắt đầu từ niệu đạo trong thì phải đưa nển nong thẳng trước; điều này sẽ giảm tối đa nguy cơ làm hư niệu đạo (Hình 9.22). Sau khi phân hẹp cấp được nong ra bằng hình chỉ và bộ phận dẫn, việc nong niệu đạo có thể được thực hiện thường xuyên bằng nong kim loại. Thực hiện nong bằng nển nong thẳng có kích thước lớn dần và cuối cùng dùng nển nong cong (Hình 9.23). Nhớ rằng nển nong kim loại cỡ nhỏ rất hay làm rách niệu đạo. Do đó, trong trường hợp này nên dùng hình chỉ và bộ phận dẫn.



H 9.22

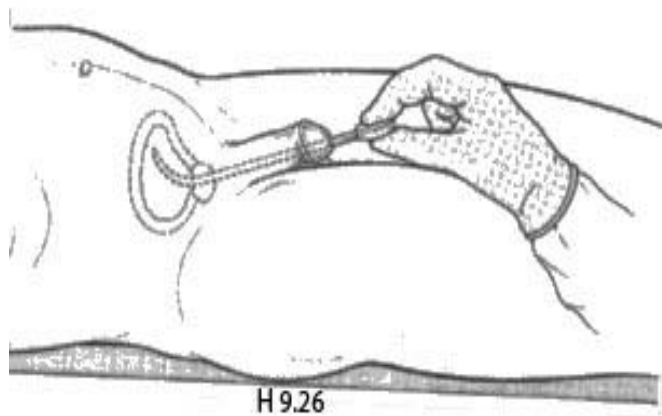
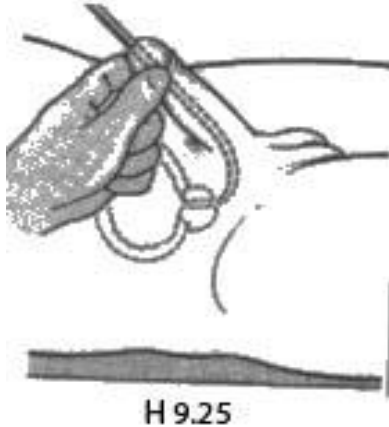


H 9.23

H 9.24

3. Đưa nển nong cong theo ba công đoạn sau:

- Đưa nến nóng song song với nếp gấp háng và giữ dương vật dựng đứng lên (Hình 9.24)
- Trong khi kéo dương vật về phía đường giữa của bụng bệnh nhân, thả nến nóng vào niệu đạo trong và để cho nó tiến triển theo trọng lượng của nó (Hình 9.25)
- Cuối cùng, đưa dương vật về đường giữa, nằm ngang giữa hai chân của bệnh nhân, vì phần cong của nến nóng mang nó lên niệu đạo trên, qua cổ bàng quang (Hình 9.26)



4. Đầu tiên, nong niệu đạo của bệnh nhân hai lần một tuần, sử dụng hai hoặc 3 cỡ nến nóng cho mỗi lần nong. Bắt đầu bằng cỡ nhỏ nhất (ví dụ như cỡ 12) và dừng lại ở cỡ 24Ch. Nếu niệu đạo bị chảy máu thì dừng nong lại để có thời gian cho niêm mạc liền lại. Thực hiện nong tiếp theo:

- Mỗi tuần một lần trong 4 tuần
- Một tháng hai lần trong 6 tháng
- Mỗi tháng một lần sau đó.

Những biến chứng có thể xảy ra:

- Chấn thương - chảy máu hoặc hình thành lõi đi giả
- Máu bị nhiễm khuẩn

- Nhiễm trùng máu và sốc do nhiễm trùng máu
-

Hạn chế biến chứng bằng vô khuẩn và sử dụng kháng sinh

BAO QUY ĐẦU

Bệnh của quy đầu bao gồm:

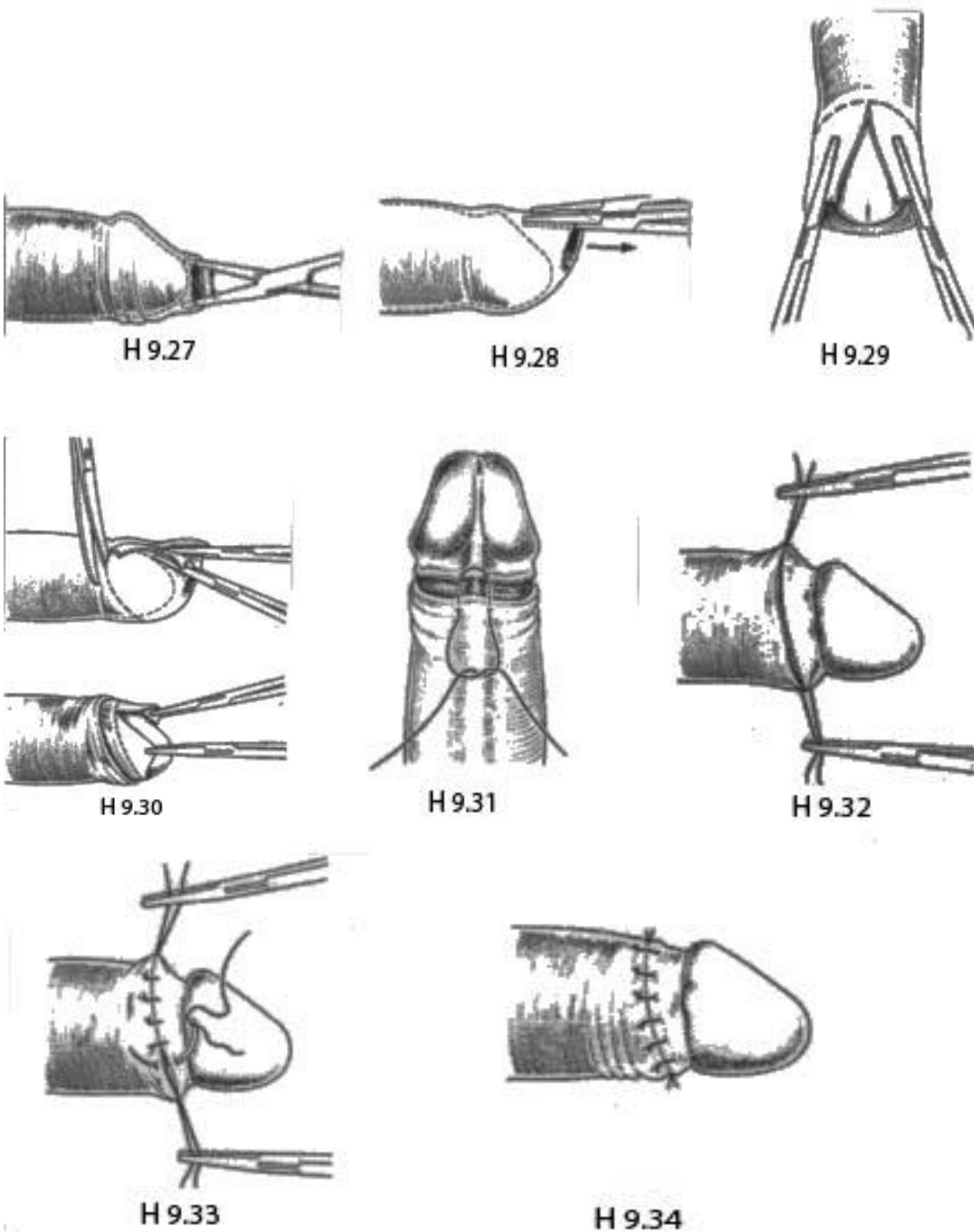
- Hẹp bao quy đầu
- Nghẹt bao quy đầu
- Tái phát viêm quy đầu
- Tổn thương bao quy đầu

Cắt bao quy đầu ở nam giới

Bao quy đầu là nơi tích tụ những chất bài tiết của niêm mạc. Chúng tạo thành từng miếng nhỏ, trắng như sữa, có mùi hôi và dễ gây nhiễm khuẩn. Chính vì vậy, cắt bao quy đầu là điều trị ngoại khoa xác định có mục đích là cắt bỏ phần da thừa để phần quy đầu sạch sẽ hơn

Kỹ thuật

1. Khi cắt bao quy đầu có thể dùng gậy tê. Phong bế thần kinh tuỷ sống được tăng cường bởi sự thâm nhiễm của mặt dưới dương vật giữa thể xốp và thể hang
2. Vô khuẩn tất cả cơ quan sinh dục ngoài. Nếu có thể tụt bao quy đầu vào thì rửa sạch quy đầu và rãnh bằng xà phòng và nước. Nếu không thể được thì nhẹ nhàng căng đầu quy đầu bằng cách đưa đầu kẹp động mạch vào và chậm chậm mở chúng ra cho đến khi toàn bộ vùng đó được rửa sạch (Hình 9.27). Phá vỡ tất cả các mảng dính giữa quy đầu và đặt bao quy đầu về chỗ cũ. Cô lập dương vật bằng khăn đắp có lỗ thủng.
3. Giữ bao quy đầu quay lưng lên tại đường giữa bằng hai chiếc kẹp, dùng kéo cắt giữa hai chiếc kẹp cho đến khi đầu kéo gần chạm tới vành (Hình 9.28.9.29). Kiểm tra xem lưỡi kéo dưới có nằm giữa quy đầu và bao quy đầu và có tình cờ bỏ qua lỗ ngoài hay không. Sau đó cắt da quy đầu bằng cách mở rộng đường rạch lưng xiên vòng sang phía bên kia phanh hãm và cắt lọc lớp da quy đầu bên trong, để lại ít nhất 3mm niêm mạc (Hình 9.30)
4. Tôm lấy đầu của phanh hãm và cầm máu động mạch của phanh hãm bằng chỉ tự tiêu, để chỉ dài vừa đủ để giữ dương vật (Hình 9.31). Dùng một đường chỉ tương tự để ghép các mép của bao quy đầu (Hình 9.32). Giữ và thắt các mạch bị chảy máu bằng các mũi chỉ rời và cắt ngắn chỉ (Hình 9.33, 9.34).



Chăm sóc

Băng dương vật lỏng bằng vải lớp gạc tẩm thuốc mỡ và phủ bằng gạc khô. Có thể xử trí khác bằng cách để mở không cần băng. Các mũi chỉ nên được cắt sau 10-15 ngày.

Biến chứng

Biến chứng nghiêm trọng nhất là tụ huyết

NGHỆT BAO QUY ĐẦU

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Nghẹt bao quy đầu nên được điều trị gấp bằng cách giảm bớt bằng tay da quy đầu hoặc khe hở ở lưng dương vật.
- Hẹp bao quy đầu có thể tránh được bằng cách giảm lượng da quy đầu và làm sạch quy đầu dương vật thường quy
- Hẹp bao quy đầu có thể được điều trị dứt điểm bằng cắt bao quy đầu hoặc rạch đường rãnh giữa lưng

Nghẹt bao quy đầu thường xuất hiện ở trẻ em và được chẩn đoán thông qua nhận biết da quy đầu bị tụt vào, sưng và đau. Quy đầu dương vật có thể nhìn thấy và được bao quanh bởi một vòng tròn phù nề với một vòng tròn hãm bên cạnh (Hình 9.35)

Chẩn đoán phân biệt bao gồm:

- Viêm da quy đầu (viêm quy đầu) do nhiễm trùng (ví dụ)
- Sưng do côn trùng cắn

Trong các trường hợp trên thì không nhìn rõ quy đầu

Điều trị nghẹt bao quy đầu bằng cách giảm lượng da quy đầu, nếu không được thì dùng cách cắt bao quy đầu hay rạch đường giữa lưng dương vật

Giảm lượng da quy đầu

1. Trấn an trẻ và vô trùng phần da cơ quan sinh dục ngoài bằng chất khử trùng nhẹ. Cô lập dương vật bằng khăn mỏng thúng lỗ và tiêm thuốc gây mê tại đường vòng của gốc dương vật (Hình 9.36)

2. Sau khi gây mê có tác dụng, cầm phần phù nề của dương vật bằng một tay và nắm lại, có thể dùng miếng gạc lót để đạt hiệu quả tốt hơn (Hình 9.37). Tiếp tục giữ như thế, có thể đổi tay nếu cần, cho tới khi dịch của phần phù nề chảy ra dưới băng hãm xuống thân dương vật (Hình 9.38). Da quy đầu có thể kéo được qua quy đầu (Hình 9.39)



H 9.36



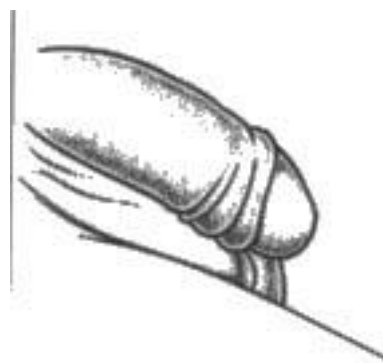
H 9.35



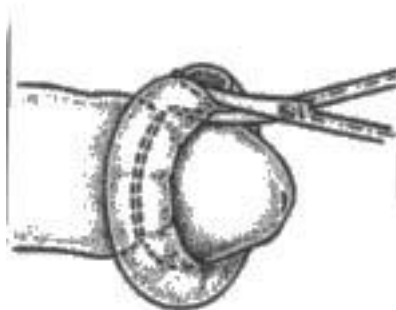
H 9.37



H 9.39



H 9.38



H 9.40

Chăm sóc hậu phẫu

Yêu cầu bệnh nhân dùng băng treo cố định bìu trong 48 tiếng sau phẫu thuật

- *Hẹp bao quy đầu và nghẹt bao quy đầu có thể được điều trị dứt điểm bằng cắt bao quy đầu nhưng cũng có thể được điều trị bằng đường rạch giữa lưng da quy đầu.*
- *Đường rạch lưng có thể được thực hiện bằng thâm nhiễm trực tiếp da quy đầu bằng xylocaine 1% không có epinephrine (adrenaline)*
- *Kẹp da quy đầu bằng hai chiếc kẹp động mạch và rạch một đường giữa hai kẹp đó (Hình 9.40)*

XOẢN TINH HOÀN

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Khi bị xoắn, tinh hoàn có thể bị hoại tử sau 4 giờ; việc điều trị trong tình huống như thế là cấp thiết.
- Khi tinh hoàn bị hỏng cần phẫu thuật cắt tinh hoàn để bảo vệ tinh hoàn bên kia khỏi bị ảnh hưởng lây nhiễm.
- Một tinh hoàn vẫn đảm bảo khả năng sinh sản

Xoắn tinh hoàn thường gặp ở trẻ em và vị thành niên. Các yếu tố gây bệnh là do dị tật bẩm sinh của bìu, bao gồm:

- Mạc treo tinh hoàn dài
- Tinh hoàn lạc vị

Khi bị xoắn tinh hoàn, bệnh nhân sẽ cảm thấy tinh hoàn rất đau đớn, thậm chí là đau cả vùng bụng và tinh hoàn có thể bị sưng to. Đồng thời tinh hoàn cũng bị co rút. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể có cảm giác buồn nôn và toàn thân bị sốt.

Chẩn đoán phân biệt bao gồm:

- Viêm tinh hoàn-mào tinh hoàn: bệnh nhân thường có triệu chứng niệu bao gồm chảy mủ niệu đạo
- U tinh hoàn

Điều trị

Điều trị gấp bằng phẫu thuật để:

- Tháo xoắn tinh hoàn
- Điều chỉnh tinh hoàn

- Bộc lộ bên kia và điều chỉnh tương tự để ngăn ngừa việc tinh hoàn lành bị lây nhiễm bệnh

Không được trì hoãn việc phẫu thuật khi bị xoắn tinh hoàn. Làm tất cả để có thể cứu được tinh hoàn. Không nên vội vàng cắt tinh hoàn ngay cả khi nó đã có vẻ như bị hoại tử. Nên tham vấn ý kiến người khác trong các trường hợp như vậy.

Bọc tinh hoàn bị bệnh bằng băng âm, đợi ít nhất 5 phút và kiểm tra xem có tiến triển gì không thông qua màu sắc. Không được vội vàng khi thực hiện bước này. Từ từ tháo xoắn cho tinh hoàn.

Tuy nhiên, nếu tinh hoàn đã bị hỏng thì cần lấy ra vì nó có thể làm ảnh hưởng đến chức năng của tinh hoàn bên kia

TRÀN DỊCH TINH NÃO BÌU

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

Tràn dịch tinh não khác với thoát vị vì

- Nó không lan rộng trên dây chằng bẹn
- Nó cho ánh sáng xuyên qua
- Nó không giảm được
- Nó không truyền xung lực ho
- Ở trẻ em, tràn dịch tinh não thường liên quan với khoang phúc mạc; Đó là một dạng của thoát vị và được xử lý như đối với thoát vị
- Tràn dịch tinh não không liên quan ở trẻ em dưới 1 tuổi có thể tự điều chỉnh mà không cần phải can thiệp
- Xử lý bằng phẫu thuật tràn dịch tinh não ở người trưởng thành không phù hợp với trẻ em

Tràn dịch tinh não bìu là sự tích tụ bất thường của dịch trong túi màng tinh hoàn (Hình 9.41). Kết quả là nó bị sưng rất to và gây khó chịu. Ở người trưởng thành, dịch tinh não ở trong bìu; điều trị bằng phẫu thuật có thể thực hiện ngay sau khi phát hiện và không cần đến chuyên gia phẫu thuật.

Chẩn đoán

Sờ nắn để xác nhận xem bìu có bị sưng không; bìu sẽ có thể mềm hoặc căng, lên xuống thất thường và có thể che tinh hoàn và mào tinh hoàn.

Điều trị

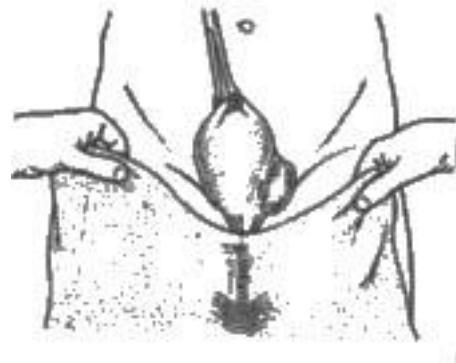
Không được hút vì điều này chỉ giúp giảm tạm thời và việc hút lại sẽ gây ra nguy cơ nhiễm trùng. Tiêm sclerosants cũng không được chỉ định vì nó đau và mặc dù có thể làm giảm viêm nhưng nó không phải là cách chữa. Phẫu thuật là cách điều trị hiệu quả nhất.

Trong số rất nhiều các phương pháp phẫu thuật thì lộn màng tinh là đơn giản nhất mặc dù có khả năng tái phát.

Rửa da bìu và điều trị các tổn thương bằng gạc tẩm dung dịch muối.



H 9.41

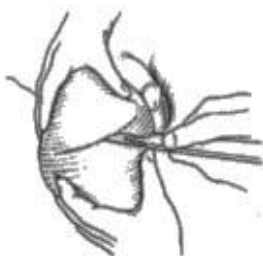


H 9.42

Kĩ thuật

1. Gây tê thâm nhiễm tại chỗ hoặc gây tê tuỷ sống hay gây mê toàn thân. Vô trùng vùng da rộng. Đặt khăn tiệt trùng dưới bìu (Hình 9.42); Kéo bìu bằng kẹp mô.

2. Ấn vào tinh mạc để làm căng nó, rạch một đường xiên qua tinh mạc tại nếp gấp da (Hình 9.43) hoặc tại đường giữa để đỡ bị chảy máu. Tiếp tục đường rạch qua các lớp của thành bìu. Thắt các mạch bằng các mũi khâu với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 (Hình 9.44)



H 9.43



H 9.44

3. Dùng kéo tìm mặt phẳng kẽ nứt giữa túi và lớp phủ dạng sợi. Dùng kéo và gạc tiếp tục việc tách đến cuối thừng tinh nơi gắn với màng tinh (Hình 9.45, 9.46). Nếu túi vô tình bị hở thì túm đầu của vết hở bằng kẹp và đưa một ngón tay vào trong túi để căng nó và lớp mô nằm dưới như một sự hỗ trợ khi cắt. Làm thủng túi và thu dịch vào một cái bát (Hình 9.47). Túm lấy đầu của lỗ bằng kẹp và sau khi chắc chắn rằng mào tinh hoàn không bị dính vào bề mặt sau thì rạch dọc túi bằng kéo (Hình 9.48)



H 9.45



H 9.46



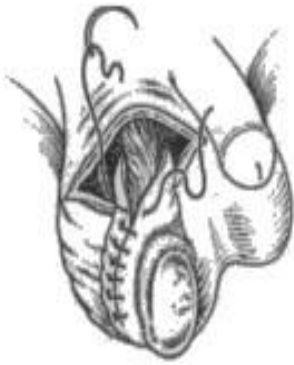
H 9.47



H 9.48

4. Lộn tinh hoàn và mào tinh hoàn qua lỗ và kiểm tra để xét nghiệm lao, sán máng và ung thư. Nếu bị ung thư, không trả tinh hoàn về bìu. Kẹp, chia cấu trúc thừng và lấy tinh hoàn ra. Sinh thiết tinh hoàn sau đó đưa bệnh nhân lên tuyến trên nếu nghi ngờ bị lao hoặc sán máng.

Ghép đầu của túi bị lộn sau thừng tinh và mào tinh hoàn bằng vài mũi khâu rời với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 (Hình 9.49). Duy trì việc cầm máu; điều quan trọng là phải cầm máu dù rất ít để giảm tối đa nguy cơ hình thành ổ tụ máu. Đặt ống dẫn lưu cao su, đưa vào trong qua đường rạch hình chữ thập và gắn nó vào da bằng một mũi chỉ (Hình 9.50, 9.51)



H9.49



H9.50



H9.51

5. Đặt tinh hoàn và thừng tinh về vị trí cũ. Đóng cơ trơn bằng các mũi khâu rời với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 và khâu da bằng mũi khâu rời với chỉ không tiêu cỡ 2/0 (Hình 9.52, 9.53). Băng bằng băng nén và sau đó là băng chữ T.



H9.52



H9.53

Chăm sóc

Treo bùi. Tháo dẫn lưu sau 24-48 tiếng.

Biến chứng

Biến chứng có thể xảy ra bao gồm hình thành ổ tụ huyết, nhiễm trùng và tái phát. Nếu ổ tụ huyết vẫn phát triển mặc dù trong khi mổ đã chú ý đến việc cầm máu thì tháo vài mũi chỉ từ vết mổ, mở các mép bằng kẹp động mạch lớn để các cục máu thoát ra. Có thể thực hiện lại sau vài ngày. Kháng sinh không phải lúc nào cũng ngăn ngừa được nhiễm trùng. Nếu bị nhiễm trùng cần thực hiện liệu pháp kháng sinh và dẫn lưu vết mổ. Mặc dù đã được điều trị nhưng có thể phải mất 2 tháng mới hết được nhiễm trùng.

CẮT ống DẪN TINH

Cắt ống dẫn tinh là biện pháp triệt sản ở nam giới. Giải thích cho bệnh nhân hiểu rằng phẫu thuật là không thể phục hồi và tạm thời. Nhấn mạnh rằng phẫu thuật luôn thành công nhưng việc triệt sản không được đảm bảo hoàn toàn vì vẫn có khả năng bị thất bại và sự triệt sản sẽ không thực hiện ngay mà có thể sau 8 tuần thì bệnh nhân mới được triệt sản hoàn toàn. Cần quan tâm đến các quy định của pháp luật. Sau khi cắt ống dẫn tinh phải thực hiện phân tích tinh trùng tại tuần thứ 6-8 để xác nhận sự triệt sản.

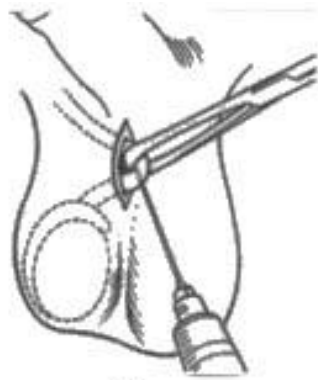
Kĩ thuật

1. Khi cắt ống dẫn tinh thường cần phải gây mê tại chỗ cho bệnh nhân.

2. Đặt bệnh nhân ở tư thế cắt sỏi. Rửa và cao lông bìu và cơ quan sinh dục ngoài. Nếu sử dụng gây mê tại chỗ thì tiêm lidocaine 1% và rạch một đường dài 2-3 cm tại đường rãnh của bìu (Hình 9.54) . Thâm nhiễm các mô ở sâu hơn, lấy từng lớp một để tiêm thuốc. Sau khi xong một lớp thì dừng lại vài phút để cho thuốc tê ngấm.



3. Giữ ống từ một phía bằng một chiếc kẹp mô và thâm nhiễm bao mô nối của nó bằng lidocaine (Hình 9.55). Mở bao, cô lập ống bằng kẹp động mạch (Hình 9.56) và cắt khoảng 1cm (Hình 9.57). Hai đầu cắt sẽ có dạng hình nón với các mô cơ xơ phía ngoài được lấy kéo ra từ ống.



H 9.55



H 9.56



H 9.57

4. Thắt đầu tinh hoàn và để lại chỗ cũ trong bao mô nối (Hình 9.58). Quay đầu gần lại và thắt nó làm sao đó để nó nằm ngoài túi. Nhắc lại quy trình với ống bên kia. Khâu bìu bằng vải mũi chỉ tự tiêu cỡ 2/0, đảm bảo rằng nó bao gồm cả lớp cơ trơn bìu (Hình 9.59)



H 9.58



H 9.59

Kỹ thuật này được sử dụng rộng rãi. Các bác sĩ thực hành ít kinh nghiệm hơn có thể cho rằng cách dễ hơn là tìm ống bằng cách túm nó giữa ngón cái và ngón thường bên cạnh kế bên của cổ bìu, rạch da ngay trên nó, kẹp ống bằng kẹp mô trước khi nó bị trượt mất.

Một cách khác là cố định từng ống dưới da bằng cách đưa kim dưới da sau khi gây mê tại chỗ bằng lidocaine 1% đã có hiệu quả. Rạch 1 cm dưới ống ở một bên và treo nó bằng kẹp. Tiến hành chia và thắt ống như đã mô tả ở trên. Sau đó rạch một đường trên ống bên kia và nhắc lại quy trình.

9.3 ĐÁY CHẬU

TỒN THƯƠNG SINH DỤC NỮ

Tồn thương là do chấn thương không ngờ tới, tấn công tình dục và ở một vài nơi là do cắt một bộ phận cơ quan sinh dục nữ

Kĩ thuật

1. Khám tại chỗ vùng sinh dục. Kiểm tra các tổn thương liên quan. Tìm kiếm thông tin về loại dụng cụ gây tổn thương, các vật sắc có thể đâm thủng các cơ quan bên cạnh.
2. Dẫn lưu bàng quang nếu bệnh nhân bị bí tiểu. Sửa chữa tất cả vết rách trừ khi vết rách đó quá nông. Có thể cần gây mê khi khám và xử trí các tổn thương nghiêm trọng.
3. Kiểm tra các vết rách ở màng trinh, sau đó đưa banh vào để kiểm tra toàn bộ thành âm đạo, cấu trúc hình vòm và cổ tử cung.
4. Vệ sinh da bằng xà phòng và nước, rửa vết rách bằng dung dịch muối và thắt các mạch bị chảy máu. Chỉ cắt các mô bị hỏng.
5. Sửa chữa các vết rách sâu bằng chỉ tự tiêu không cần nén và khâu da bằng chỉ không tiêu.
6. Thực hiện mở bụng nếu phúc mạc bị thủng. Nếu bị tụ máu âm hộ thì thâm nhiễm vùng tổn thương bằng gây mê tại chỗ và lấy các cục máu tụ.

Biến chứng

Có thể có các biến chứng như:

- Nhiễm trùng
- Tụ máu ở mô cận tử cung
- Rò trực tràng-âm đạo
- Đau khi giao hợp

Những biến chứng này có thể được phòng ngừa bằng việc cầm máu và sửa chữa các vết rách tốt.

Hiếp dâm

Nếu có chứng cứ của hiếp dâm cần báo cáo chi tiết về những kết quả khám nghiệm và tuân theo các quy định của pháp luật về vấn đề này. Dùng một liều penicillin để bảo vệ bệnh nhân không bị nhiễm khuẩn. Không để bệnh nhân bị mang thai. sử dụng một IUD hoặc thuốc ngừa thai khẩn cấp với hai viên kiểm soát sinh ngay lập tức và hai viên nữa trong 12 giờ. Chống nôn bằng cách dùng thuốc kiểm soát sinh. Sắp xếp việc tư vấn tâm lý

CẮT BỘ PHẬN SINH DỤC NỮ

Cắt bộ phận sinh dục nữ (FGM) vẫn tiếp tục được thực hiện tại một vài nơi trên thế giới. Đại đa số các trường hợp được thực hiện bằng dao cạo không được tiệt trùng và người thực hiện không qua đào tạo. Tập quán và tôn giáo là nguyên nhân của các hành vi trên. Không có chỉ định y tế cho FGM. Quy trình cắt rất khác nhau và thường chia làm ba loại : Loại một, loại hai và loại ba. Loại ba mang tính huỷ diệt nhất.

Điều trị

1. Điều trị giống như các tổn thương âm đạo khác bằng cách mở ổ vết thương, rửa bằng dung dịch muối và loại bỏ dị vật.

2. Lấy đi lượng biểu bì tối thiểu và dẫn lưu áp-xe. Cho dùng kháng sinh đối với những vết thương bị nhiễm trùng, viêm tế bào hoặc áp-xe

3. Dẫn lưu bàng quang và tiêm phòng uốn ván đối với những bệnh nhân chưa tiêm phòng.

4. Cắt mô biểu bì để giúp nước tiểu thoát ra và giao hợp

5. Đối với việc sinh nở, cần quan tâm đến khu vực Caesarean trong các ca nghiêm trọng. Các vết thương bị cắt đã lành ở âm đạo hay đáy chậu bị chít hẹp có thể cần đến sự chăm sóc phụ khoa chuyên biệt.

ÁP-XE ĐÁY CHẬU

Áp-xe Bartholin

Bệnh nhân kêu đau, nhói và sưng ở âm hộ tại phần giữa và phần sau môi lớn. Chẩn đoán phân biệt của các khối ở môi bao gồm:

- U nang của quá trình âm đạo
- Thoát vị môi

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT

Cắt bộ phận sinh dục nữ:

- Các biến chứng cấp bao gồm:
 - Xuất huyết
 - Sốc
 - Bí tiểu
 - Niệu đạo và hậu môn bị tổn thương
 - Viêm tế bào
 - Áp-xe
- Các biến chứng mãn tính bao gồm:
 - Rối loạn chức năng sinh dục
 - Rối loạn tâm lý
 - Nghẹt đường niệu
 - Sẹo lồi
 - U nang biểu bì rộng
 - Hẹp âm đạo

Các trường hợp này ở bên cạnh tuyến Bartholin. Lấy một mẫu âm đạo để xét nghiệm gonococci và các vi khuẩn khác. Điều trị u nang Bartholin bằng cách mở thông nang nhưng nếu bị áp-xe thì cần chích và dẫn lưu. Can thiệp giắc ngủ được chỉ định trong trường hợp cần can thiệp gấp.

Chẩn đoán áp-xe thông qua các biểu hiện sau:

- Đóng mủ
- Đau nhói
- Mềm trông thấy
- Thay đổi bất thường

Kĩ thuật

Rất dễ thực hiện rạch và dẫn lưu, hầu như không chảy máu và mau lành bệnh.

1. Đặt bệnh nhân ở tư thế cắt sỏi, vệ sinh và đắp đầy chậu
2. Rạch một đường dài gần hết phần nhô lên của ổ áp-xe tại điểm nối giữa âm hộ và âm đạo (Hình 9.60)
3. Làm sâu vết rạch và mở rộng ổ áp-xe. Dẫn lưu mủ và lấy mẫu để xét nghiệm vi khuẩn. Đóng khoang bằng gạc tẩm dung dịch muối và sử dụng băng ngoài.



TỤ HUYẾT ÂM ĐẠO

Tụ huyết âm đạo xuất hiện trong trường hợp màng trinh không bị thủng nhưng cũng có thể xuất hiện trong trường hợp âm hộ bị chít chẹt do sự bộc lộ các chất gây kích ứng hoặc do nhiễm trùng, chấn thương hoặc loạn dưỡng.

Bệnh nhân bị mất kinh và đau bụng theo chu kỳ hoặc bí tiểu cấp. Khám phát hiện một khối ở bụng dưới khó chạm vào được. Đó chính là âm đạo bị phồng với dạ con ở trên đỉnh.

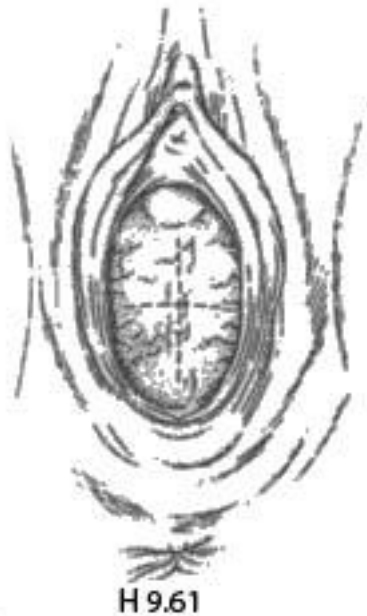
Các chẩn đoán phân biệt bao gồm:

- Có thai
- Lao phúc mạc
- Thận khung chậu
- U nang buồng trứng

Kĩ thuật

Điều trị tụ huyết âm đạo do màng trinh chưa bị thủng bằng phẫu thuật với rạch và dẫn lưu trong khi gây mê cục bộ hoặc gây mê toàn thân

1. Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế cắt sỏi, vệ sinh và đắp đầy chậu
2. Rạch một đường qua màng phình lên. Lộn đáy vết thương và khâu gắn chúng với mô âm đạo bên cạnh bằng các mũi khâu rời với chỉ tự tiêu cỡ 2/0 (Hình 9.61, 9.62)



3. Để cho máu chảy và đắp gạc tiết trùng. Cho dùng kháng sinh trong 48 giờ.
4. Không khám âm đạo sau khi phẫu thuật từ 1-2 tháng.

Biến chứng

Biến chứng bao gồm

- Viêm vòi trứng
- Viêm phúc mạc

NHIỄM TRÙNG ĐÁY CHẬU Ở NAM GIỚI

Hoại tử Fournier

Hoại tử Fournier là một viêm mạc chết hoại vùng đáy chậu, thường ảnh hưởng nhiều nhất đến bìu của người trưởng thành. Nguồn lây nhiễm là đường đục niệu và đường dạ dày-ruột non với khuẩn E coli là vi khuẩn ưa khí và Bacteroides là vi khuẩn kỵ khí.

Nghẹt niệu quản thường liên quan đến nhiễm khuẩn đường niệu. Bệnh nhân bị sưng bìu và đau .

.Có thể xuất hiện vết cặn. Da bìu có thể bình thường nhưng thường mất màu và phù nề. Nếu xuất hiện các vùng đen có thể chắc chắn đó là hoại tử bìu. Hoại tử khí ít khi gặp. Các biểu hiện toàn thân là sốt, mất nước và tim đập nhanh.

Điều trị

Điều trị kháng sinh phổ rộng toàn thân, hút dịch, tiêm phòng uốn ván và mở ổ phẫu thuật hoàn chỉnh, có thể phải mở rộng. Thực hiện đa mở ổ hàng ngày để loại bỏ toàn bộ mô bị hoại.

Nhiễm khuẩn không kiểm soát được có thể gây tử vong. Bìu có nhiều khả năng sẽ hồi phục ở lần liền sẹo kì 2. Sử dụng các miếng da ghép để che các mô còn tốt.

Áp-xe quanh niệu đạo

Các nhiễm trùng của tuyến quanh niệu đạo ở nam giới chuyển hoá thành viêm niệu đạo lậu cầu hoặc nghẹt niệu đạo có thể dẫn đến hình thành áp -xe.

Điều trị

Điều trị bằng kháng sinh và dẫn lưu. Hút băng kim có thể sẽ thích hợp đối với các ổ áp xe nhỏ quanh niệu đạo. Sử dụng chuyển dòng niệu đối với các áp-xe to và rò đường niệu

Phần 4

Chăm sóc cấp cứu sản khoa

Tăng huyết áp khi mang thai

10

10.1. TĂNG HUYẾT ÁP

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Không điều trị tăng huyết áp khi mang thai có thể gây ra tử vong cho mẹ và trẻ khi sinh
- Sinh nở là biện pháp duy nhất chữa bệnh tiền sản giật và sản giật

Tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai và cũng là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng thậm chí cả tử vong cho mẹ và thai nhi. Có tới 15% phụ nữ mang thai bị tăng huyết áp và 25% trường hợp đẻ non là do tăng huyết áp. Tăng huyết áp gặp trong rất nhiều tình huống khác nhau, trong đó tiền sản giật là một biến chứng nguy hiểm nhất.

Các loại tăng huyết áp và hậu quả tim mạch

- Tăng huyết áp thai nghén
- Tăng huyết áp vô căn
- Tiền sản giật
- Sản giật

Tăng huyết áp thai nghén có thể được chẩn đoán dựa vào trị số huyết áp đo được hoặc dựa vào sự tăng huyết áp tương đối so với trước khi mang thai. Khi huyết áp tâm thu trên 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương trên 90 mmHg thì được gọi là tăng huyết áp. Nếu huyết áp tâm thu tăng trên 30 mmHg hoặc huyết áp tâm trương tăng trên 15 mmHg so với mức huyết áp đo được ở thời điểm trước khi mang thai thì cũng được gọi là tăng huyết áp thai nghén.

Tăng huyết áp vô căn

Tăng huyết áp vô căn chiếm 3-5% số lần mang thai của phụ nữ và có xu hướng ngày càng tăng do phụ nữ ngày nay thường sinh con muộn hơn (từ 30 - 40 tuổi). Nếu những phụ nữ này được kiểm soát huyết áp tốt thì quá trình mang thai vẫn có thể diễn ra bình thường. Tuy nhiên nếu tăng huyết áp vô căn nặng

(huyết áp tâm trương trên 110 mmHg) trước tuần thứ 20 của thai kỳ thì nguy cơ tiền sản giật tăng lên đến 46% và cũng tăng nguy cơ cho cả mẹ và thai nhi.

Tăng huyết áp thai nghén

Gọi là tăng huyết áp thai nghén khi tăng huyết áp xảy ra vào nửa sau của thai kỳ ở các phụ nữ có số đo huyết áp trước lúc mang thai hoàn toàn bình thường, không kèm theo protein niệu nhiều (trên 0,3g/24h) và các dấu hiệu của tiền sản giật. Tăng huyết áp thai nghén chiếm 6-7% số lần mang thai của phụ nữ và khỏi hoàn toàn khi hết thời kỳ hậu sản. Nguy cơ tiền sản giật là 15-26%. Nếu tăng huyết áp xuất hiện vào tuần thứ 36 của thai kỳ thì nguy cơ chỉ còn 10%.

Tiền sản giật và sản giật

Tiền sản giật thường xảy ra sau tuần thứ 20 của thời kỳ thai nghén và gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau. Trước đây người ta chẩn đoán tiền sản giật dựa vào ba triệu chứng: tăng huyết áp, phù và protein niệu nhưng quan niệm hiện đại thì cho rằng chỉ cần có tăng huyết áp thai nghén kèm với protein niệu nhiều là đủ để chẩn đoán tiền sản giật. Nguy cơ của thai nhi là chậm phát triển trong bụng tử cung và bị đẻ non.

Hậu quả lâu dài trên hệ tim mạch: Những người bị tăng huyết áp ở lần mang thai đầu có nguy cơ cao bị tăng huyết áp ở lần mang thai sau. Họ còn có nguy cơ bị tăng huyết áp và đột quỵ cao sau này. Những người bị tiền sản giật hoặc chậm phát triển bào thai trong bụng tử cung sẽ tăng nguy cơ bị bệnh và nguy cơ tử vong do bệnh tim thiếu máu cục bộ. Một điều hết sức đặc biệt là với những phụ nữ đã trải qua thời kỳ sinh nở mà không bị tăng huyết áp thì sẽ ít bị nguy cơ mắc bệnh tim mạch hơn những phụ nữ không sinh đẻ. Việc sinh đẻ cũng khiến phụ nữ giảm được nguy cơ mắc bệnh tim mạch về sau này, điều mà nam giới không thể có được.

Những phụ nữ bị tăng huyết áp trước khi mang thai cần được đánh giá kỹ lưỡng để loại trừ những nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát như bệnh lý thận, nội tiết, đánh giá hiệu quả điều trị huyết áp và chỉnh liều thuốc để đạt hiệu quả hạ áp tối ưu, tư vấn cho họ về nguy cơ xuất hiện tiền sản giật và việc phải thay đổi một số thuốc nếu họ đang muốn mang thai an toàn. Phần lớn những phụ nữ bị tăng huyết áp đều có thể mang thai và sinh nở bình thường nếu họ được kiểm soát huyết áp tốt và được theo dõi chặt chẽ.

10.2. ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ: XỬ TRÍ CHUYÊN BIỆT

Tăng huyết áp khởi phát do mang thai

Tăng huyết áp khởi phát do mang thai có thể được xử trí ngoại trú:

- Điều chỉnh huyết áp, nước tiểu (protein niệu) và tình trạng bào thai hàng tuần.
- Nếu huyết áp tăng hoặc có protein niệu cần cho bệnh nhân nhập viện để đánh giá và cho đề chỉ huy nếu cần.
- Tư vấn cho người mang thai và gia đình về những dấu hiệu nguy hiểm của tiền sản giật và sản giật
- Nếu theo dõi các biểu hiện thấy ổn định thì cho phép thực hiện sinh nở bình thường.

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Bảo vệ bà mẹ bằng cách hạ huyết áp và phòng ngừa hoặc kiểm soát co giật
- Magiê sulfat là loại thuốc được ưa dùng để phòng ngừa và điều trị co giật

Tiền sản giật nhẹ

Thai dưới 36 tuần

Nếu các biểu hiện không thay đổi hoặc bình thường trở lại thì theo dõi 2 lần một tuần như đối với bệnh nhân ngoại trú.

- Điều chỉnh huyết áp, nước tiểu (protein niệu) và điều kiện bào thai hàng tuần.
- Tư vấn cho người mang thai và gia đình về những dấu hiệu nguy hiểm của tiền sản giật và sản giật
- Khuyến khích bệnh nhân ăn theo thực đơn bình thường, không khuyến khích việc hạn chế dùng muối.
- Không cho dùng thuốc chống co giật, chống tăng huyết áp, giảm đau hay thuốc an thần.

Nếu việc theo dõi như đối với bệnh nhân ngoại trú không hiệu quả thì cho bệnh nhân nhập viện hoặc ở tại nơi gần bệnh viện để khi xuất hiện nguy cơ có thể ở lại và đến bệnh viện để kiểm tra.

- Cung cấp thức ăn theo thực đơn bình thường, không hạn chế muối
- Điều chỉnh huyết áp (ngày hai lần), nước tiểu (protein niệu) hàng ngày.
- Không cho dùng thuốc chống co giật, chống tăng huyết áp, giảm đau hay thuốc an thần trừ khi huyết áp tăng

- Không cho dùng thuốc lợi tiểu; chúng có hại và chỉ được chỉ định khi bị tiền sản giật với phổi bị phù nề hoặc tim bị xung huyết.

Nếu áp suất tâm trương giảm đến mức bình thường hoặc tình trạng người bệnh ổn định có thể cho về nhà.

- Tư vấn bệnh nhân nghỉ ngơi và theo dõi những triệu chứng của tiền sản giật nghiêm trọng.
- Thăm khám cho bệnh nhân hai lần một tuần để kiểm tra huyết áp, protein niệu và tình trạng bào thai và đánh giá các triệu chứng và dấu hiệu của tiền sản giật nguy hiểm.
- Nếu huyết áp tâm trương lại tăng lên thì cho bệnh nhân tái nhập viện

Nếu các dấu hiệu không thay đổi và không thể theo dõi bệnh nhân ở ngoại trú thì giữ bệnh nhân lại bệnh viện

- Tiếp tục xử trí như và kiểm soát sự phát triển của bào thai bằng chiều cao của đáy khớp dính.
- Nếu các dấu hiệu phát triển bị hạn chế thì cho sinh sớm; nếu không, tiếp tục chăm sóc tại bệnh viện cho đến kì sinh
- Nếu protein niệu tăng cần xử trí như đối với các trường hợp tiền sản giật nặng

Thai hơn 36 tuần

Nếu có dấu hiệu thoái triển của bào thai, đánh giá cổ tử cung và đẻ chỉ huy
 Nếu cổ tử cung tốt (mềm, mỏng, đã mở một phần) thì chọc thủng màng ối bằng một chiếc móc màng ối hoặc clamp Kocher rồi cho đẻ chỉ huy bằng thuốc oxytocin or prostaglandins

Nếu cổ tử cung không tốt (chặt, dày, đóng) thì làm mềm tử cung bằng Prostaglandins hoặc ống dẫn niệu Foley hoặc cho sinh tại khu vực mổ lấy thai.

Tiền sản giật nặng và sản giật

Tiền sản giật nặng xuất hiện khi có ngày càng nhiều các dấu hiệu trong cột thứ 3 của bảng dưới đây

	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tâm trương	<110	110
Protein niệu	Cho đến 2+	3+ hoặc hơn
Đau đầu	Không	Xuất hiện một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu này
Rối loạn nhìn thấy	Không	
Tăng phản xạ	Không	
Lượng nước tiểu <400ml /24 giờ	Không	
Đau thượng vị hoặc phản tư phải trên	Không	
Phù nề phổi	Không	

Tiền sản giật nặng và sản giật được xử trí giống nhau ngoại trừ việc sinh nở diễn ra trong vòng 12 giờ với biểu hiện co giật mạnh khi sản giật.

Xử trí

Cần xử trí gấp đối với các bệnh nhân mang thai hoặc mới sinh có các biểu hiện đau đầu nghiêm trọng hay nhìn bị nhòe hình, các bệnh nhân mang thai hoặc mới sinh bị ngất hoặc co giật:

1. Đánh giá nhanh tình trạng chung của bệnh nhân bao gồm các dấu hiệu quan trọng (mạch, huyết áp, hô hấp) trong khi tìm hiểu bệnh sử các bệnh ở hiện tại hoặc trong quá khứ của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân:

- Kiểm tra đường khí và thở
- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng
- Kiểm tra nhiệt độ và xem cổ có bị cứng không

2. Nếu bệnh nhân ngừng thở hoặc thở nông:

- Mở đường khí và đặt nội khí quản nếu cần
- Hỗ trợ thông khí bằng túi Ambu và mặt nạ dưỡng khí
- Cho dùng Ôxi 4-6 L mỗi phút

3. Nếu bệnh nhân còn thở, cho dùng ôxi 4-6L/phút bằng mặt nạ hoặc ống thông dò mũi

4. Nếu bệnh nhân co giật:

- Bảo vệ bệnh nhân để không bị tổn thương nhưng không được kìm giữ bệnh nhân
- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng để giảm nguy cơ nuốt phải các chất bị nôn ra hoặc máu
- Sau cơn co giật, hút các chất từ miệng và họng bệnh nhân. Kiểm tra xem lưỡi có bị cắn không, có bị sưng không.

5. Cho dùng magiê sulfate. Nếu tiếp tục co giật mặc dù đã cho dùng magiê sulfat thì cho dùng diazepam 10 mg IV.

6. Nếu huyết áp tâm trương trên 110 mmHg, cho dùng thuốc chống tăng huyết áp. Giảm huyết áp tâm trương xuống dưới 100 mmHg nhưng không được thấp hơn 90 mmHg.

7. Dịch

Bắt đầu bằng truyền IV

Duy trì biểu đồ cân bằng dịch và điều khiển lượng dịch, lượng nước tiểu ở mức cho phép

Đặt ống dẫn niệu từ bàng quang để điều khiển lượng nước tiểu và protein niệu

Nếu lượng nước tiểu ít hơn 30ml/giờ:

Kiểm chế magiê sulfat cho đến khi lượng nước tiểu có tiến triển

Truyền liều dịch IV duy trì (dung dịch muối thông thường hoặc lactate Ringer) theo liều lượng 1 L/giờ

Điều chỉnh sự phát triển của phù nề phổi

Không được để bệnh nhân một mình. Cơn co giật sau khi hút chất nôn có thể gây tử vong cho cả người mẹ và thai nhi

8. Quan sát các dấu hiệu quan trọng, phản xạ và nhịp đập của thai nhi từng giờ một

9. Nghe phổi từng giờ một để phát hiện tiếng ran, biểu hiện của phù nề phổi

Nếu phổi có tiếng ran, kiểm chế lượng dịch và cho dùng một liều frusemide 40 mg IV

10. Đánh giá tình trạng đông máu

Thuốc chống co giật

Sử dụng thuốc chống co giật đúng liều lượng là yếu tố cơ bản trong trị liệu chống co giật. Ở các bệnh nhân nhập viện, chống co giật thường xảy ra do điều

trị chưa đúng. Magiê sulfat là dược phẩm được lựa chọn hàng đầu để ngăn ngừa và điều trị co giật đối với các ca tiền sản giật nặng và sản giật.

Phác đồ sử dụng magiê sulfat cho các ca tiền sản giật nặng và sản giật

Liều đầu:

- *Hỗn hợp magiê sulfat 20% 4g IV ngoài 5 phút*
- *Tiếp ngay sau đó dùng 10g hỗn hợp magiê sulfat 50%, mỗi mông 5g, tiêm sâu IM với 1.0ml lidocain 2% vẫn sử dụng bơm tiêm đó.*
- *Cần thực hành kỹ thuật khử khuẩn khi tiêm magiê sulfat sâu IM, làm ấm bệnh nhân để sau khi tiêm xong magiê sulfat bệnh nhân cảm thấy ấm*
- *Nếu co giật lặp lại sau 15 phút, cho dùng tiếp 2g magiê sulfat (hỗn hợp 50%) IV ngoài 5 phút.*

Liều duy trì

- *5g magiê sulfat (hỗn h 50%+1ml lidocain 2%IM 4 tiếng một lần lần lượt vào hai bên mông*
- *Tiếp tục điều trị bằng magiê sulfat trong 24 giờ sau cơn co giật cuối cùng.*
- *Trước khi cho uống thuốc lại, cần đảm bảo rằng:*
 - *Hô hấp: ít nhất 16 lần /phút*
 - *Phản xạ bánh chè xuất hiện*
 - *Lượng nước tiểu ít nhất 30ml/giờ trong 4 giờ liên*
- *Kiểm chế hoặc trì hoãn dùng thuốc nếu:*
 - *Hô hấp: xuống dưới 16 lần/phút*
 - *Không có phản xạ bánh chè*
 - *Lượng nước tiểu dưới 30ml/giờ trong 4 giờ liên*
- *Trong trường hợp ngừng hô hấp*
 - *Hỗ trợ thở (mặt nạ dưỡng khí và túi; gây mê, đặt nội khí quản)*
 - *Cho dùng calcium gluconate 1 gm (10 ml hỗn hợp 10%) IV chậm cho đến khi thuốc có tác dụng và bệnh nhân có thể hô hấp*

Phác đồ sử dụng thuốc an thần trong các trường hợp tiền sản giật nặng và sản giật

Cho dùng thuốc tiêm tĩnh mạch

Liều đầu

- *Diazepam 10 mg IV chậm ngoài 2 phút*
- *Nếu co giật xuất hiện thì nhắc lại liều trên*

Liều duy trì

- Diazepam 40 mg trong 500 ml IV dịch (dung dịch muối thường hoặc lactate Ringer) chuẩn độ
- Không cho dùng quá 100mg trong 24 giờ

Sử dụng diazepam nếu không có magiê sulfat mặc dù sẽ có nhiều nguy cơ suy hô hấp bào thai vì diazepam làm bong nhau thai

Chỉ sử dụng diazepam khi không có magiê sulfat

Thuốc chống tăng huyết áp

Nếu huyết áp tâm trương bằng hoặc lớn hơn 110mmHg thì cho dùng thuốc chống tăng huyết áp. Mục đích là để duy trì huyết áp tâm trương trong khoảng từ 90 mmHg đến 100 mmHg để phòng ngừa xuất huyết não. Tránh để tụt huyết áp.

Hydralazine là dược phẩm thường được lựa chọn

1. Cho dùng 5 mg IV chậm 5 phút một lần cho đến khi huyết áp giảm. Nhắc lại mỗi giờ một lần nếu cần hoặc cho dùng hydralazine 12.5 mg IM hai tiếng một lần nếu cần.

2. Nếu không có hydralazine :

- Cho dùng labetalol 10 mg IV:
 - Nếu phản ứng không tốt (huyết áp âm trương vẫn ở dưới 110mmHg) sau 10 phút, cho dùng labetalol 20 mg IV
 - Tăng liều dùng đến 40mg rồi 80mg nếu vẫn không có phản ứng tốt trong vòng 10 phút sau mỗi liều

Hoặc:

- Nhai và nuốt Nifedipine 5 mg hoặc tiêm vào họng miệng; có thể nhắc lại cách 10 phút.

Hoặc:

- 1-2mg Nifedipine cách nhau mỗi phút cho đến khi kiểm soát được tình hình. Sau đó dùng tiếp 1-2mg mỗi giờ một lần

Dùng thuốc ở trực tràng

1. Dùng diazepam ở trực tràng khi không thể đưa IV vào được. Liều đầu là 20mg trong bơm tiêm 10ml

2. Rút kim tiêm, bôi trơn và đưa bơm tiêm vào trực tràng hết nửa độ dài. Hút các chất bên trong và để bơm tiêm tại chỗ, giữ hai móng ép vào nhau trong 10 phút để tránh thuốc trào ra ngoài. Cũng có thể đưa thuốc vào trực tràng bằng ống dẫn niệu.

3. Nếu không kiểm soát được co giật trong vòng 10 phút thì tiêm bổ sung 10mg mỗi giờ hoặc hơn, căn cứ vào trọng lượng cơ thể và phản ứng lâm sàng của bệnh nhân.

10.3. CHUYỂN DẠ

Ngay sau khi tình trạng bệnh nhân ổn định nên cho chuyển dạ. Trì hoãn chuyển dạ làm ảnh hưởng đến sự an toàn của bệnh nhân và bào thai. Sự chuyển dạ xuất hiện căn cứ vào tuổi thai

- Khám cổ tử cung
- Nếu cổ tử cung thuận lợi (Mềm, mỏng, mở một phần) thì chọc màng ối bằng móc màng ối hoặc clamp Kocher rồi tiêm oxytocin or prostaglandins
- Nếu không đẻ được ở đường dưới (đường âm đạo) trong vòng 12 giờ đối với các ca sản giật và 24 giờ đối với các ca tiền sản giật nặng thì phải mổ lấy thai
- Nếu nhịp tim thai bất thường (dưới 100 hoặc trên 180 nhịp/phút) thì phải mổ lấy thai
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (dày, chặt, đóng) và thai nhi vẫn còn sống thì phải mổ lấy thai

Gây mê tuỷ sống là phù hợp đối với phần lớn các ca tiền sản giật nếu như không có biểu hiện chảy máu bất thường. Gây mê toàn thân làm tăng nguy cơ tăng huyết áp khi đặt nội khí quản hoặc các vấn đề về đường khí do thanh quản bị xung huyết

Nếu không thể gây mê an toàn để mổ lấy thai hoặc thai nhi bị chết hoặc bị đẻ quá non thì phải cho đẻ theo đường dưới.

Nếu cổ tử cung không thuận lợi (chặt, dày, đóng) và thai nhi còn sống thì phải dùng prostaglandins hoặc ống Foley để mở tử cung.

10.4. CHĂM SÓC SAU ĐẺ

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng vẫn có thể xuất hiện sau khi sinh; Cần điều trị cẩn thận cho đến khi bệnh nhân hồi phục hoàn toàn
- Tiếp tục trị liệu chống co giật 24 giờ sau khi sinh hoặc sau lần co giật cuối

- Tiếp tục trị liệu chống tăng huyết áp cho đến khi huyết áp tâm trương bằng hoặc hơn 110mmHg
- Tiếp tục kiểm tra lượng nước tiểu
- Theo dõi sự phát triển của xung huyết phổi, thường xuất hiện sau khi sinh

Chuyển viện để chăm sóc cấp độ III

Nên chuyển bệnh nhân có các biểu hiện sau:

- Giảm niệu (dưới 400ml/24giờ) kéo dài trong 48 giờ sau khi sinh
- Máu không đông
- Hôn mê kéo dài hơn 24 giờ sau co giật

10.5. TĂNG HUYẾT ÁP MÃN TÍNH

Khuyến khích nghỉ ngơi nhiều.

Mức huyết áp cao duy trì sự truyền dịch thận và nhau thai trong tăng huyết áp mãn tính; việc giảm huyết áp sẽ gây ra giảm truyền dịch. Huyết áp không nên dưới mức huyết áp trước khi mang thai. Không có minh chứng nào cho thấy việc điều trị tích cực để giảm huyết áp xuống mức bình thường có thể cải thiện được tình trạng của thai nhi và người mẹ.

- Nếu bệnh nhân đã điều trị chống tăng huyết áp trước khi mang thai và bệnh đã được kiểm soát tốt thì tiếp tục điều trị với loại thuốc đó nếu được chấp nhận đối với việc mang thai
- Nếu huyết áp tâm trương là 110mmHg hoặc hơn hoặc huyết áp tâm thu là 160mmHg thì điều trị bằng thuốc chống tăng huyết áp ví dụ như methyldopa
- Nếu protein niệu và các dấu hiệu, triệu chứng khác xuất hiện, cần nghi ngờ khả năng bị tiền sản giật và xử trí như với các trường hợp tiền sản giật
- Kiểm tra sự phát triển và tình trạng của thai nhi
- Nếu không có biến chứng thì cho sinh đúng kì
- Nếu nhịp tim thai nhi bất thường (dưới 100 hoặc trên 180 nhịp /phút) cần nghi ngờ khả năng thai nhi bị nguy hại.
- Nếu sự phát triển của thai nhi bị nguy hại nghiêm trọng và gần đến kì sinh thì mở cổ tử cung và cho sinh
- Nếu cổ tử cung thuận lợi (mềm, mỏng, mở một phần) thì chọc màng ối bằng móc màng ối hoặc clamp Kocher và kích thích chuyển dạ bằng oxytocin hoặc prostaglandins

- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (chặt, dày, đóng) thì làm rộng cổ tử cung bằng prostaglandins hoặc ống dẫn niệu Foley.
- Quan sát để phát hiện biến chứng

10.6 BIẾN CHỨNG

Biến chứng của các rối loạn tăng huyết áp trong khi mang thai có thể gây ra các hệ lụy bất lợi cho chu kì sinh và người mẹ. Thường khó điều trị biến chứng do đó cần cố gắng hết sức để phòng ngừa chúng bằng chẩn đoán sớm và xử trí triệt để. Cần chú ý là việc xử trí cũng có thể dẫn đến biến chứng

Xử trí

- Nếu sự phát triển của thai nhi bị nguy hại nghiêm trọng thì cho sinh chỉ huy
- Nếu hiện tượng mơ màng hoặc hôn mê tăng cần nghi ngờ khả năng bị xuất huyết não
- Giảm huyết áp chậm để giảm nguy cơ thiếu máu não cục bộ
- Cung cấp trị liệu hỗ trợ
- Nếu nghi ngờ suy tim, thận hay gan thì cung cấp trị liệu hỗ trợ và theo dõi
- Nghi ngờ khả năng bị đông máu nếu:
 - Xét nghiệm các cục máu đông không thành công đối với những cục máu hình thành sau 7 phút hoặc cục máu đông dễ bị vỡ
 - Chảy máu liên tục từ vùng chích ven
- Bệnh nhân đã đặt các đường IV và ống dẫn niệu thường hay bị nhiễm trùng; sử dụng kĩ thuật phòng chống nhiễm trùng triệt để và giám sát kĩ lưỡng các dấu hiệu nhiễm trùng
- Bệnh nhân được truyền dịch IV có nguy cơ bị quá tải lưu thông. Duy trì biểu đồ cân bằng dịch thật chặt chẽ và giám sát lượng dịch và lượng nước tiểu

Xử trí chuyển dạ kéo dài

11

11.1. CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Chuyển dạ kéo dài có thể gây ra tử vong mẹ và thai nhi
- Con co tử cung không tốt là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến chuyển dạ kéo dài
- Xử lý chuyển dạ tốt có thể phòng ngừa được vấn đề liên quan đến chuyển dạ chậm
- Nhận biết chuyển dạ kéo dài bằng biểu đồ chuyển dạ
- Nếu chuyển dạ không bị cản trở, sử dụng oxytocin để điều chỉnh con co tử cung hợp lý.

Chuyển dạ là một sự kiện sinh lý và thường kết thúc bằng sự ra đời của đứa trẻ và xô nhau thai. Trong khi chuyển dạ thông thường kéo dài trong vòng 18 giờ thì có trường hợp chuyển dạ kéo dài. Chuyển dạ kéo dài có thể dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng đối với người mẹ, bao gồm:

Đối với mẹ:

- Làm cho mẹ mệt mỏi, suy kiệt
- Tăng nguy cơ chảy máu
- Tăng nguy cơ nhiễm khuẩn
- Tăng nguy cơ tử vong

Đối với con:

- Tăng tỷ lệ suy thai, thai ngạt, thai chết
- Có thể để lại di chứng như sang chấn sọ não

Những vấn đề này có thể phòng ngừa bằng cách xử trí chuyển dạ tốt

CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ là quá trình trong đó cổ tử cung co bóp dẫn đến việc mở rộng cổ tử cung, sinh con và bong nhau thai.

Nghi ngờ hoặc chuẩn bị đối phó với việc chuyển dạ của bệnh nhân có các biểu hiện sau:

- Đau bụng từng cơn sau tuần mang thai thứ 22
- Chảy dịch nhầy lẫn vết máu
- Chảy dịch âm đạo hoặc bỗng dưng ra nhiều nước kèm hoặc không kèm cơn đau

Những triệu chứng này bản thân chúng không phải là dấu hiệu chuyển dạ. Xác định chuyển dạ chỉ khi sự co bóp tử cung có liên quan đến những thay đổi ở cổ tử cung

- Xoá cổ tử cung: Khi chuyển dạ, cổ tử cung ngắn lại và mỏng đi, chiều dài của cổ tử cung ở cuối thai kì bình thường rất khác nhau (từ vài mm đến 3cm); khi bắt đầu chuyển dạ, chiều dài cổ tử cung giảm đi còn vài mm rồi bị xoá hoàn toàn
- Mở cổ tử cung : Mức độ mở của cổ tử cung được tính bằng cm (Hình 11.1)

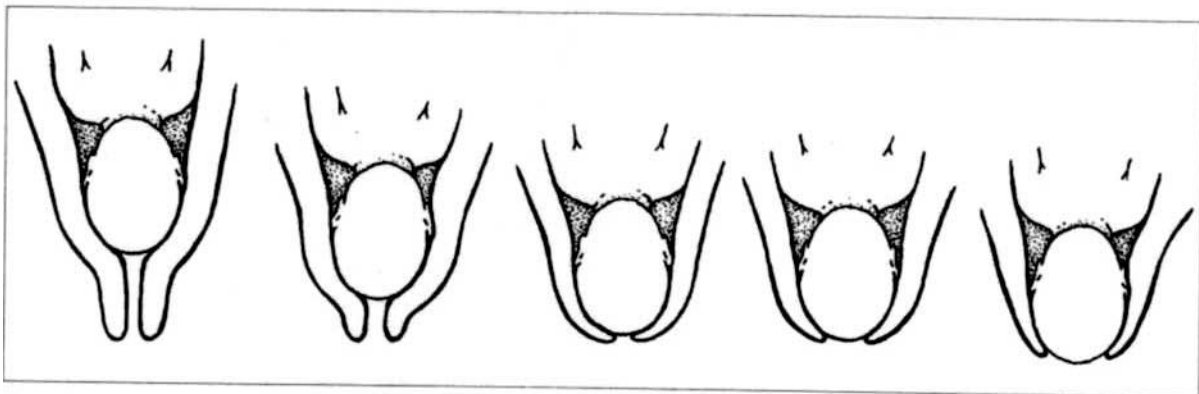


Figure 11.1

Giai đoạn 1

Ở giai đoạn chuyển dạ đầu tiên, cổ tử cung bị xoá và mở chậm. Cổ tử cung bị xoá hoàn toàn khi nó mở được 3-4cm.

Sau giai đoạn này, cổ tử cung mở nhanh (giai đoạn tích cực) cho đến khi nó mở được 10cm (mở hoàn toàn). Kì tiềm tàng và kì tích cực hợp thành giai đoạn 1 của quá trình chuyển dạ.

Giai đoạn 2

Giai đoạn 2 của quá trình chuyển dạ bắt đầu sau khi cổ tử cung mở hoàn toàn. Đầu thai nhi di chuyển dần ra âm đạo qua đường sinh được tạo thành sau

giai đoạn 1 khi cổ tử cung được xoá hoàn toàn. Khi thai chạm khung chậu, bệnh nhân có cảm giác muốn rặn

Sự chuyển dịch đi xuống của thai nhi

Mức độ xuống của thai nhi có thể đánh giá được bằng cách sờ nắn bụng và khám âm đạo

Sờ nắn bụng

Sự dịch chuyển đi xuống của thai nhi được diễn tả bằng những lần vạch được đo bằng cm từ -5 đến +5 (Hình 11.2, 11.3):

- 5/5 là khi đầu của thai nhi bắt đầu chuyển dịch vào khung xương chậu
- 0/5 là khi đầu của thai nhi xuống sâu dưới khung xương chậu

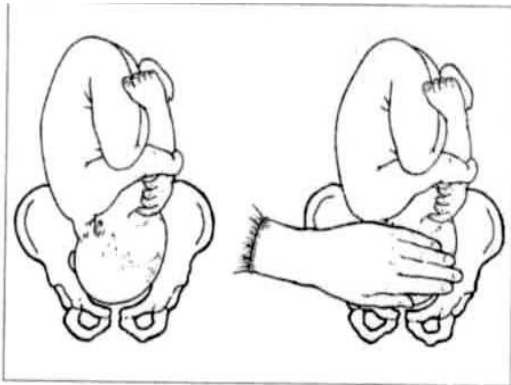


Figure 11.2

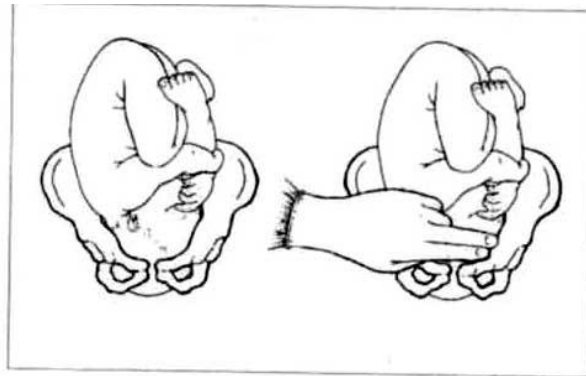


Figure 11.3

Khám âm đạo:

Sự di chuyển xuống của thai nhi có thể được đo bằng sự tương quan với mức độ mở trong khung xương chậu của người mẹ. (Hình 11.4)

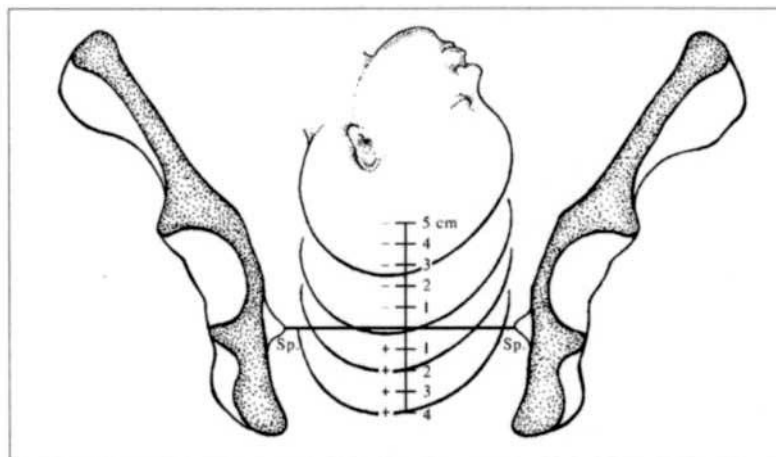


Figure 11.4

Giai đoạn 3

Giai đoạn 3 của quá trình chuyển dạ bắt đầu bằng việc sinh em bé và kết thúc bằng việc xổ nhau thai.

11.2. CHUYỂN DẠ KÉO DÀI

Chuyển dạ kéo dài do các yếu tố sau:

- Tính chất cơn co
- Thai nhi
- Khung chậu của người mẹ
- Tâm lý thai phụ

Các yếu tố này thường liên quan với nhau. Cơn co kém là nguyên nhân thường gặp nhất của chuyển dạ kéo dài

Cơn co tử cung

“Cơn co tốt” có các đặc điểm sau:

- Tần suất từ 2 đến 4 trong 10 phút
- Kéo dài từ 30 đến 60 giây
- Tử cung mỏng, xoá và mở ở kì tiền tàng
- Mở ít nhất 1cm /giờ ở kì tích cực
- Thai nhi dịch chuyển xuống tốt

Cơn co kém không có những đặc điểm trên. Chúng có thể xuất hiện ở bất kì giai đoạn nào của quá trình chuyển dạ. Cơn co kém ở kì tiền tàng có thể là minh chứng cho sự chuyển dạ giả, không được nhầm với chuyển dạ bình thường.

Ngôi thai và vị trí thai bất thường

Ngôi thai bất thường hay gặp nhất là ngôi mặt. Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa hẳn, phần mặt thai nhi trình diện trước eo trên của tiểu khung. Đây là một ngôi thai bất thường, chiếm tỉ lệ khoảng 5/1000 các cuộc chuyển dạ. Mốc của ngôi mặt là mỏm cằm. Ngôi mặt có 2 kiểu cằm-mu (cằm trước) và cằm-cùng (cằm sau) nhưng chỉ có kiểu cằm trước có thể dễ được với đường kính lọt của ngôi là hạ cằm-thóp trước (9,5 cm), còn kiểu cằm sau nếu trong chuyển dạ ngôi không xoay thành cằm trước thì phải mổ lấy thai vì đường kính sỏ là ức-thóp trước quá lớn (15 cm)

Lệch

Hiện tượng lệch xuất hiện do:

- Thai nhi quá to
- Khung xương chậu quá nhỏ

Cần chẩn đoán hiện tượng lệch sớm trong một số trường hợp: ví dụ như thai phụ có khung xương chậu bất thường, bị dị tật hoặc chấn thương xương chậu. Kiểm tra sự tương thích của xương chậu tốt nhất là bằng cách chuyển dạ thử.

Biểu đồ tiến triển ở biểu đồ chuyển dạ (Hình 11.5) có thể cảnh báo được nguy cơ lệch. Khi chuyển dạ kéo dài, lệch đầu-chậu hông dẫn đến nghẹt. Minh chứng của hiện tượng nghẹt khi chuyển dạ bao gồm việc hạn chế mở và di chuyển xuống với:

- Đầu to và khuôn sọ quá mức
- Cổ tử cung có những phần không tốt hoặc cổ tử cung bị xung huyết
- Đoạn tử cung dưới bị phồng lên và hình thành dải kéo lại
- Thai phụ và thai nhi bị kiệt sức
- Chuyển dạ kéo dài mà không sinh được

ĐÁNH GIÁ VÀ CHẨN ĐOÁN

Khi thai phụ bị đau bụng từng cơn hãy đặt một số câu hỏi sau:

- Có phải thai phụ đang chuyển dạ không?
- Nếu thai phụ đang chuyển dạ thì đang ở kì nào?
- Tình trạng thai nhi như thế nào?
- Màng ối đã vỡ chưa? Nếu vỡ thì được bao lâu rồi?

Đánh giá tình trạng chung của thai phụ:

- Thai phụ có bị đau không? có bị kiệt sức không?
- Kiểm tra mạch, huyết áp, lưỡi, lượng nước tiểu, nhiệt độ
- Thai phụ có gặp vấn đề gì về sức khỏe không?

Sờ nắn để kiểm tra cơn co tử cung. Nếu thai phụ có ít nhất 2 cơn co tử cung kéo dài hơn 20 giây ngoài 10 phút thì kiểm tra âm đạo để đánh giá xem cổ tử cung đã bị xoá và mở như thế nào.

Nếu cổ tử cung chưa mở trong lần kiểm tra đầu tiên thì chưa thể chẩn đoán được thai phụ có chuyển dạ hay không. Nếu có cơn co thì kiểm tra lại sau 4 giờ để nhận biết những thay đổi của cổ tử cung. Trong giai đoạn này nếu cổ tử cung đã bị xoá và mở thì có nghĩa là thai phụ đang chuyển dạ; nếu không có sự thay đổi thì có thể là hiện tượng chuyển dạ giả.

Chẩn đoán chuyển dạ chỉ khi có hiện tượng xoá và mở cổ tử cung. Chẩn đoán sai về chuyển dạ trong tình huống này có thể dẫn đến sự lo âu và sự can thiệp không cần thiết.

Giai đoạn 1**Kì tiềm tàng**

- Cổ tử cung mở dưới 4cm

Kì tích cực

- Cổ tử cung mở từ 4 đến 10 cm
- Mức độ mở cổ tử cung ít nhất 1cm /giờ
- Cổ tử cung gần như bị xoá hoàn toàn
- Thai nhi bắt đầu di chuyển xuống dưới đường sinh

Giai đoạn 2**Kì sớm (chưa sổ thai)**

- Cổ tử cung mở hoàn toàn (10cm)
- Thai nhi tiếp tục di chuyển xuống
- Thai phụ chưa muốn rặn

Kì muộn (sổ thai)

Đầu thai nhi xuống tới xương chậu và thai phụ muốn rặn

Thường kéo dài dưới 1 giờ đối với trường hợp sinh lần đầu và dưới 30 phút đối với trường hợp sinh lần thứ hai trở lên

Thực hiện khám âm đạo ít nhất 4 giờ một lần trong giai đoạn 1 và đánh dấu lên biểu đồ chuyển dạ. Biểu đồ chuyển dạ rất có ích trong việc điều chỉnh quá trình chuyển dạ và phòng ngừa sớm những bất thường trong khi chuyển dạ.

SỬ DỤNG BIỂU ĐỒ SINH

1. Ghi các thông tin về bệnh nhân:

- Tên
- Thai phụ
- Para
- Số bệnh viện
- Thời gian nhập viện
- Thời gian vỡ màng ối

2. Đánh giá việc mở tử cung. Nếu cổ tử cung mở được ít nhất là 4cm thì đánh dấu mở vào đường cảnh báo. Sử dụng dấu X để biểu thị rằng cổ tử cung đã mở. Ghi thời gian vào trục X tương đương với điểm đó ở đường cảnh báo

3. Ghi các thông tin dưới đây vào biểu đồ, bắt đầu từ điểm này

Sau mỗi 30 phút, ghi:

- Nhịp tim thai
- Cơn co:

Số lượng cơn có trong 10 phút và chiều xuống số hộp tương đương

Sử dụng biểu đồ dưới đây để biểu thị độ dài cơn co:

Dưới 20 giây

Từ 20 đến 40 giây

Trên 40 giây

- Truyền Oxytocin: Ghi lượng oxytocin theo lượng IV tính bằng giọt/phút khi sử dụng

- Mạch

Sau mỗi 30 phút, ghi:

- Nhiệt độ

Sau mỗi 4 tiếng, ghi:

- Huyết áp

Sau mỗi lần khám âm đạo, ghi:

- Mở cổ tử cung: sử dụng “ X”
- Màu nước ối:

I = màng còn nguyên

C = màng bị vỡ, nước ối trong

M = nước ối có lẫn phân su

B = nước ối có lẫn máu

- Chỉnh khuôn sọ:

1 = Mũi khâu bên cạnh

2 = Mũi khâu trùm qua nhưng có thể nắn lại được

3 = Mũi khâu trùm qua và không nắn lại được

- Đầu thai nhi dịch chuyển xuống: đánh giá sự dịch chuyển trong lần sờ nắn thứ 5 trên khớp xương chậu: ghi số 0

Thuốc: ghi tên thuốc, số lượng thuốc dùng mỗi lần

Lượng nước tiểu, protein niệu và acetone: ghi sau mỗi lần thải nước tiểu

Cần khám âm đạo nhiều hơn khi:

- Thủng màng ối
- Suy thai
- Thai phụ bước vào giai đoạn 2 của quá trình chuyển dạ

Sau mỗi lần khám âm đạo, ghi các thông tin sau:

- Xoá và mở tử cung
- Sự dịch chuyển xuống của thai nhi
- Màu và mùi dịch

Đánh giá tiến triển của quá trình chuyển dạ bằng:

- Đo các thay đổi trong việc xoá và mở của cổ tử cung ở kì tiềm tàng
- Đo tỉ lệ mở cổ tử cung ở kì tích cực
- Đánh giá sự dịch chuyển xuống của thai nhi ở giai đoạn 2

Đánh giá tình trạng thai nhi bằng:

- Kiểm tra nhịp tim thai trong và ngay sau mỗi cơn co
- Nghe tim thai trong đủ một phút:
 - Nửa tiếng một lần ở kì tích cực
 - 5 phút một lần ở giai đoạn 2
- Nghe thường xuyên hơn nếu có dấu hiệu bất thường: khi nhịp tim thai bình thường từ 120 đến 180 nhịp/phút thì nhịp tim dưới 100 và trên 180 là dấu hiệu rằng thai nhi bị suy
- Nghe xem tim thai có hồi phục sau cơn co không: sự hồi phục chậm lặp đi lặp lại là dấu hiệu suy thai

Nếu màng ối đã vỡ thì kiểm tra màu nước ối. Nước ối màu vàng xanh, lẫn máu hay không có nước ối là dấu hiệu nhau thai có vấn đề và khả năng suy thai

Các dấu hiệu cho thấy quá trình chuyển dạ tốt:

- Các cơn co thường xuyên hơn và kéo dài hơn
- Mức độ mở của cổ tử cung là 1cm/giờ ở kì tích cực
- Thai nhi dịch chuyển xuống tốt, thai phụ muốn rặn ở kì sổ thai
- Cổ tử cung áp sát đầu thai nhi

Các dấu hiệu cho thấy quá trình chuyển dạ không tốt:

- Cơn co không theo quy tắc, không thường xuyên và yếu
- Mức độ mở của cổ tử cung dưới 1cm/giờ ở kì tích cực
- Không có sự dịch chuyển xuống của thai nhi ở kì sổ thai
- Cổ tử cung chỉ áp lỏng lẻo một phần vào đầu thai nhi

Các dấu hiệu cho thấy thai nhi bị nguy hại:

- Dịch ối có vết máu
- Dịch ối chuyển màu vàng xanh
- Nhịp tim thai bất thường

11.3 QUÁ TRÌNH CHUYỂN DẠ

CHUYỂN DẠ KÉO DÀI LIÊN QUAN ĐẾN KÌ TIÊM TÀNG KÉO DÀI

Chẩn đoán kì tiêm tàng kéo dài được thực hiện bằng cách kiểm tra lại những việc đã xảy ra:

- Khi các cơn co kết thúc, chẩn đoán như chuyển dạ giả
- Khi các cơn co trở nên thường xuyên và cổ tử cung mở dưới 4cm, chẩn đoán như kì tiêm tàng

Nhằm lẫn chuyển dạ giả ở kì tiêm tàng dẫn đến sự cảm ứng không cần thiết và mổ lấy thai không cần thiết.

Kì tiêm tàng kéo dài khi cổ tử cung mở dưới 4cm sau 8 giờ. Nếu thai phụ ở kì tiêm tàng hơn 8 giờ thì cần đánh giá lại tình hình:

- Nếu việc xoa và mở cổ tử cung không có biến chuyển gì và không có sự dịch chuyển xuống dưới của thai nhi, cần xem xét lại chẩn đoán chuyển dạ, có thể thai phụ chưa chuyển dạ
- Nếu có sự thay đổi trong việc xoa và mở cổ tử cung thì kích thích cơn co bằng oxytocin. Chọc màng ối được chỉ định cùng với hoặc trước khi kích thích chuyển dạ bằng oxytocin. Ở những khu vực có tỷ lệ HIV cao thì cố gắng giữ màng ối càng lâu càng tốt để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV.

Đánh giá 4 giờ một lần:

- Nếu thai phụ chưa vào kì tích cực trong vòng 8 giờ cần nghĩ đến khả năng cho sinh ở đường trên(mổ lấy thai), nhưng phải chắc chắn là thai phụ không chuyển dạ giả
- Nếu màng ối đã thủng thì cần cho sinh chỉ huy ngay
- Ở các vùng có tỷ lệ mắc liên cầu khuẩn nhóm B cao thì cho tiêm phòng kháng sinh bắt đầu vào giờ thứ 12 sau vỡ màng ối để giảm nguy cơ lây nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B sang thai nhi.
- Nếu có bất kì dấu hiệu nào của viêm màng ối phải cho sinh chỉ huy ngay lập tức và điều trị bằng kháng sinh

CHUYỂN DẠ KÉO DÀI LIÊN QUAN ĐẾN KÌ TÍCH CỰC KÉO DÀI

Trong kì tích cực, cổ tử cung mở ít nhất 1cm /giờ. Nếu thấp hơn mức này là dấu hiệu của kì tích cực chậm. Nếu kì tích cực chậm không được quan tâm thích đáng có thể dẫn đến kì tích cực kéo dài. Quá trình chuyển dạ chậm ở kì tích cực có thể do một hoặc vài nguyên nhân sau:

- Con co tử cung không tốt
- Ngôi và vị trí thai bất thường
- Chênh lệch giữa kích thước thai nhi và khung chậu của người mẹ

Các nguyên nhân có thể liên quan lẫn nhau. Khi mức độ mở của cổ tử cung ở kì tích cực chậm hơn 1cm/giờ cần đánh giá lại tình trạng thai phụ để xác định con co kém:

Nếu có dấu hiệu của nghẹt thì cho mổ lấy thai

Nếu không có dấu hiệu nghẹt thì kích thích chuyển dạ bằng amniotomy và oxytocin.

Các phương pháp chung để hỗ trợ chuyển dạ có thể cải thiện được con co và thúc đẩy quá trình chuyển dạ:

- Hỗ trợ tâm lý và động viên thai phụ
- Khuyến khích thai phụ đi lại, ngồi và thay đổi tư thế
- Cho dùng nhiều nước qua đường miệng hoặc đường IV
- Khuyến khích thai phụ đi tiểu
- Chỉ dùng ống dẫn niệu trong trường hợp bất khả kháng

Đánh giá lại quá trình bằng khám âm đạo sau con co tốt 2 giờ:

- Nếu không có tiến triển giữa các lần khám thì cho mổ lấy con
- Nếu có tiến triển thì tiếp tục sử dụng oxytocin và khám lại sau 2 giờ

Tiếp tục theo dõi quá trình cẩn thận

Con co tử cung kém thường ít gặp ở các thai phụ sinh con dạ do đó nên cố gắng để loại bỏ sự chênh lệch trước khi kích thích bằng oxytocin.

Trong kì tích cực của quá trình chuyển dạ, vẽ biểu đồ mở cổ tử cung thường nằm ở trên hoặc bên trái đường cảnh báo trên biểu đồ sinh. Đường hành động là 4 giờ bên phải đường cảnh báo. Nếu sự chuyển dạ đạt tới đường này cần quyết định về nguyên nhân chuyển dạ chậm và thực hiện các biện pháp cần thiết.

CHUYỂN DẠ CHẬM LIÊN QUAN ĐẾN KÌ SỔ KÉO DÀI

Lực đẩy thai nhi ra trong quá trình chuyển dạ là nhờ các con co tử cung. Sự kéo dài ở kì sổ có thể xuất hiện do các nguyên nhân tương tự dẫn đến sự kéo dài ở kì tích cực. Nếu đã loại trừ được ngôi thai bất thường và hiện tượng nghẹt thì việc thai nhi không dịch chuyển xuống có thể được điều trị bằng truyền

oxitocin trừ khi có chống chỉ định. Nếu thai nhi vẫn không dịch chuyển xuống sau khi cho dùng oxytocin thì cần thực hiện hỗ trợ chuyển dạ.

Hỗ trợ chuyển dạ đường âm đạo bằng kẹp hoặc giác hút nếu có thể chạm tới đầu thai nhi hoặc khi xương chỏm của đầu thai nhi dưới xương sống đốt háng ≥ 1 cm khi khám âm đạo.

Nên thực hiện mổ lấy thai nếu đầu thai nhi ở cao hơn

CHUYỂN DẠ CHẬM LIÊN QUAN ĐẾN NGÔI THAI VÀ VỊ TRÍ THAI BẤT THƯỜNG

Ngôi mặt

Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa hẳn, phần mặt thai nhi trình diện trước eo trên của tiểu khung. Mốc của ngôi mặt là móm cằm. Ngôi mặt có 2 kiểu cằm-mu (cằm trước) và cằm-cùng (cằm sau) nhưng chỉ có kiểu cằm trước có thể đẻ được với đường kính lọt của ngôi là hạ cằm-thóp trước (9,5 cm), còn kiểu cằm sau nếu trong chuyển dạ ngôi không xoay thành cằm trước thì phải mổ lấy thai vì đường kính sỏ là ức-thóp trước quá lớn (15 cm).

Ngôi trán

Ngôi trán là ngôi mà phần trán trình diện trước eo trên- là ngôi trung gian giữa ngôi chỏm và ngôi mặt, nghĩa là ngôi đầu cúi không tốt hoặc ngửa không tốt. Mốc của ngôi trán là góc mũi. Đây là ngôi thai bất thường, không thể đẻ đường âm đạo được vì đường kính của ngôi là thượng chẩm - cằm (13,5 cm) không lọt được qua đường kính chéo của eo trên (12 - 12,5 cm), trừ khi thai quá nhỏ, khung chậu bình thường, hoặc ngôi trán cao lỏng cúi thêm để biến thành ngôi chỏm hoặc ngửa thêm để biến thành ngôi mặt trong chuyển dạ, dưới sức đẩy của cơn co tử cung. Người ta cũng coi ngôi thóp trước là một loại ngôi trán đặc biệt. Có thể gọi ngôi thóp trước là ngôi trán hơi cúi, thóp trước trình diện trước eo trên, tiên lượng và cách xử trí giống ngôi trán.

Ngôi mông (Hình 11.6,11.7,11.8)

Đối với các trường hợp này thì cần mổ gấp để cứu con khi thai phụ chuyển dạ kéo dài.



Figure 11.6

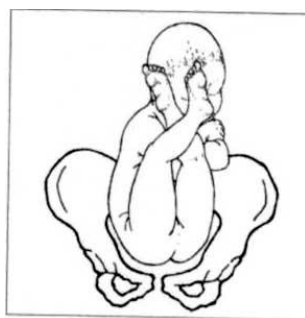


Figure 11.7

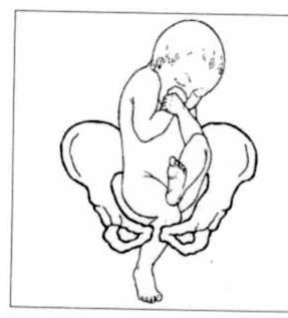


Figure 11.8

Ngôi ngang (Hình 11.9)

Ngôi ngang là ngôi mà thai không nằm theo trục dọc mà nằm ngang trong tử cung. Trong ngôi ngang, không phải lúc nào 2 cực đầu và mông cũng đều ngang nhau mà thường một cực ở hố chậu, còn cực kia ở vùng hạ sườn (thai nằm chéo trong tử cung). Khi chuyển dạ thực sự, vai sẽ trình diện trước eo trên nên người ta còn gọi ngôi ngang là ngôi vai. Mốc của ngôi là móm vai. Ngôi ngang là ngôi không thể đẻ được khi thai sống, đủ tháng hoặc gần đủ tháng, nên không có cơ chế đẻ.

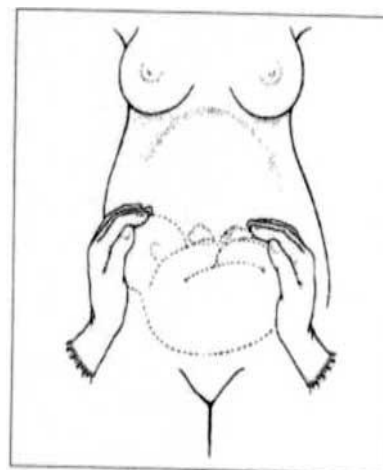


Figure 11.9

11.4. CÁC THỦ THUẬT NGOẠI KHOA

MỔ LẤY THAI

Chuẩn bị

1. Xem xét các chỉ định. Kiểm tra vị trí thai và chắc chắn rằng không thể sinh theo đường âm đạo được
2. Lấy cam đoan của bệnh nhân sau khi đã giải thích quy trình sẽ thực hiện và lí do phải thực hiện.
3. Kiểm tra nồng độ haemoglobin của bệnh nhân nhưng không được chờ kết quả rồi mới mổ nếu thai phụ và thai nhi đang bị nguy hiểm. Gửi mẫu máu đi xét nghiệm loại máu và sàng lọc. Nếu bệnh nhân bị mất máu nghiêm trọng thì cho tiếp 2 đơn vị máu.
4. Bắt đầu truyền IV
5. Cho dùng 30 ml 0.3 sodium citrate và/hoặc ranitidine, 150mg qua đường miệng hoặc 50mg IV để giảm axit trong dạ dày. Sodium citrate sẽ chỉ có tác dụng trong 20 phút nên cần cho dùng ngay trước khi gây mê nếu gây mê toàn thân.

6. Đặt ống dẫn niệu bàng quang và giữ trong suốt thời gian phẫu thuật.
7. Nếu đầu thai nhi còn ở sâu trong khung chậu như trong trường hợp chuyển dạ bị gián đoạn thì chuẩn bị âm đạo để hỗ trợ khi mổ lấy thai
8. Thai phụ nằm nghiêng 15 độ về bên trái hoặc đặt một cái gối dưới hông phải để giảm hội chứng giảm huyết áp khi nằm ngửa.
9. Nghe tim thai trước khi mổ

Lựa chọn phương pháp gây mê

Trong các trường hợp vô cùng khẩn cấp thì gây mê toàn thân có thể nhanh hơn gây tê tuỷ sống và cũng có thể là an toàn hơn nếu thai phụ bị giảm dung lượng máu hoặc bị sốc. Trong các trường hợp ít khẩn cấp hơn thì gây tê tuỷ sống với tay nghề của bác sĩ gây mê có kinh nghiệm sẽ làm giảm tối đa nguy cơ cho thai phụ và thai nhi. Nên có sự bàn bạc thống nhất giữa bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê trong vấn đề này.

Mở ổ bụng và đưa bàng quang xuống

Đường rạch giữa dọc trên xương mu: đường cơ động, rộng, vào tử cung nhanh đồng thời cũng ít chảy máu hơn.

Các đường ngang trên xương mu: thường được làm hơn cả vì ít đau hơn, giảm nguy cơ thoát vị thành bụng, bộc lộ vùng chậu rất rõ ràng và thẩm mỹ hơn.

Đường rạch giữa dọc trên xương mu

1. Rạch một đường dọc trên đường trắng (Hình 11.10)
2. Giữ các mép bằng kẹp và kéo dài đường rạch lên và xuống bằng kéo.
3. Tách các cơ trực tràng (cơ thành bụng) bằng ngón tay hoặc bằng kéo.
4. Dùng tay làm thành một lỗ hồng trên phúc mạc gần rốn. Dùng kéo kéo dài đường rạch để nhìn cho rõ tử cung. Dùng kéo tách các lớp. Mở phần dưới của phúc mạc một cách cẩn thận để phòng ngừa tổn thương bàng quang.

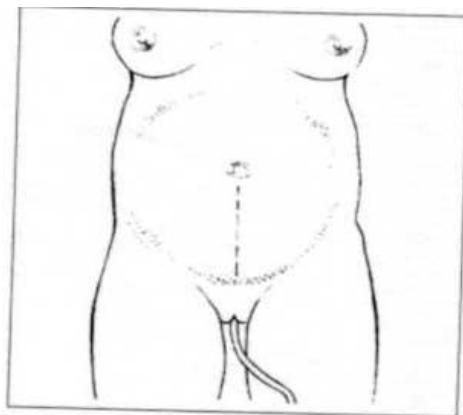


Figure 11.10

Đường rạch ngang

1. Rạch một đường ngang trên da khoảng 3 cm trên xương mu. Độ dài đường rạch khoảng từ 16 đến 18 cm.
2. Làm sâu đường rạch tại đường giữa khoảng 3-4cm qua lớp mỡ dưới bao thẳng.
3. Rạch một đường ngang nhỏ tại bao thẳng. Cho đầu hoặc một phần của một mũi kéo dưới bao và mũi kéo kia qua bao và đẩy ngang để cắt bao.
4. Cho ngón tay trở dưới cơ thẳng ở phía bên này và yêu cầu phụ mổ làm tương tự ở phía bên kia. Kéo các cơ sang bên để bộc lộ phúc mạc
5. Mở phúc mạc đỉnh càng cao càng tốt bằng ngón trở và làm rộng chỗ mở bằng cách kéo căng sang hai bên

Đưa bàng quang xuống

1. Đặt dụng cụ banh bàng quang trên xương mu.
2. Dùng kẹp kéo phúc mạc lỏng che bề mặt trước của phần tử cung dưới và rạch bằng kéo.
3. Mở rộng đường rạch bằng cách đặt kéo giữa tử cung và màng ối giả và cắt khoảng 3cm về mỗi phía theo chiều ngang.
4. Sử dụng hai ngón tay đẩy bàng quang xuống thoát khỏi phần tử cung dưới. Đặt banh bàng quang trên xương mu và bàng quang.

Mở tử cung

1. Dùng dao mổ rạch một đường ngang 3cm ở phần dưới của tử cung, cách đường vừa mở để đưa bàng quang xuống khoảng 1cm (Hình 11.11)
2. Mở rộng đường rạch bằng cách dùng tay đặt ở hai bên mép, kéo và đưa sang hai bên. Nếu phần dưới tử cung dày và hẹp thì mở rộng đường rạch bằng kéo thành hình lưới liềm để tránh mở rộng đến các mạch của tử cung.

Rạch tử cung vừa đủ để đưa đầu và thân nhi ra ngoài mà không làm rách đường rạch.

Lấy thai và nhau thai

1. Để đưa thai nhi ra, đặt một tay bên trong khoang tử cung giữa tử cung và đầu thai nhi.
2. Dùng các ngón tay để giữ đầu thai nhi
3. Nhẹ nhàng đẩy đầu thai nhi qua đường rạch, cẩn thận để không làm rộng đường rạch về phía cổ tử cung(Hình 11.12)
4. Dùng tay kia nhẹ nhàng ấn vào bụng ở phía đỉnh của tử cung để giúp đưa đầu thai nhi xuống
5. Nếu đầu thai nhi đã ở sâu dưới khung chậu hoặc âm đạo thì nhờ phụ mổ đẩy đầu lên qua âm đạo (phải đeo găng tay tiệt trùng) (Hình 11.13)
6. Nhấc và đưa đầu thai nhi ra
7. Hút miệng và mũi đứa trẻ khi đưa ra ngoài sau đó đưa tiếp vai và thân
8. Cho dùng 20 đơn vị oxytocin trong 1 L IV dịch (dung dịch muối thường hoặc Ringer's lactate) theo liều lượng 60 giọt/phút trong 2 giờ
9. Kẹp và cắt dây rốn
10. Đưa đứa trẻ cho phụ mổ để chăm sóc ban đầu
11. Cho dùng một liều đơn kháng sinh dự phòng sau khi cắt dây rốn
12. Nếu nước ối có mùi hôi thì cho dùng kháng sinh điều trị
13. Giữ đầu còn lại của dây rốn và xoa bóp tử cung qua ổ bụng
14. Đưa nhau thai và màng ra

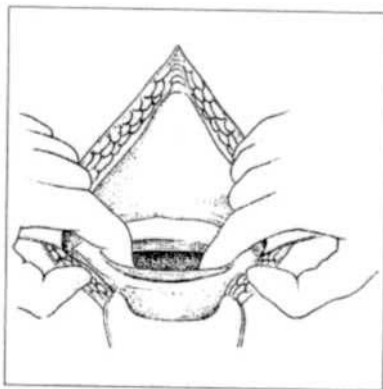


Figure 11.11

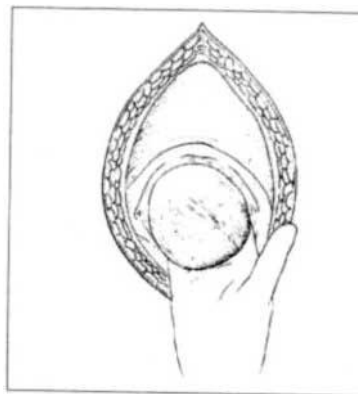


Figure 11.12

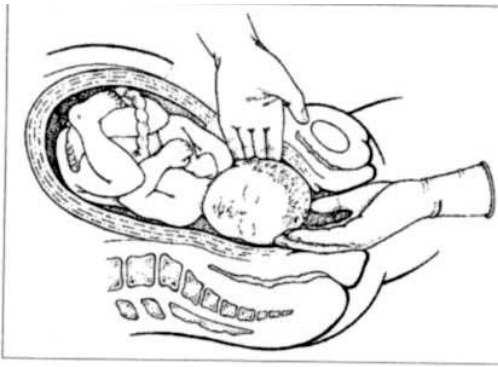


Figure 11.13

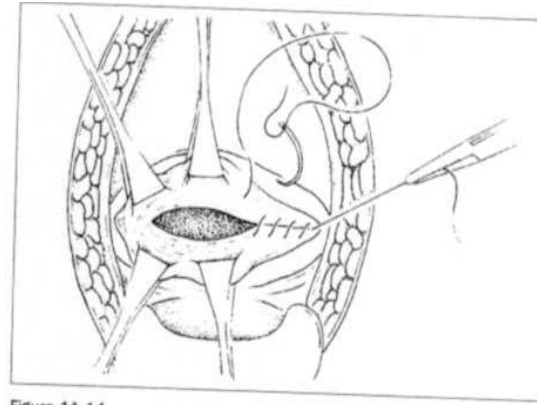


Figure 11.14

Đóng vết rạch tử cung

1. Kẹp các góc đường rạch tử cung
2. Kẹp các mép đường rạch. Đảm bảo rằng nó hoàn toàn tách rời bàng quang
3. Kiểm tra cẩn thận xem đường rạch tử cung có bị rách không
4. Khâu vết rạch và các vết rách bằng các mũi khâu liên tục với chỉ Crôm hoặc polyglycoli không tiêu cỡ số 0 (Hình 11.14)
5. Nếu bị chảy máu thì khâu bằng các mũi khâu hình số 8. Không cần khâu lớp thứ hai.

Đóng ổ bụng

Kiểm tra kỹ đường rạch tử cung trước khi đóng ổ bụng. Cần chắc chắn rằng tử cung không bị chảy máu và kín.

1. Khâu cân mạc bằng các mũi khâu liên tục với chỉ Crôm hoặc polyglycoli không tiêu cỡ số 0. Không cần phải khâu phúc mạc.
2. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng thì gói mô dưới da bằng gạc và khâu lỏng bằng chỉ không tiêu cỡ số 0. Sau khi nhiễm trùng đã hết mới khâu da.
3. Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng thì khâu da bằng các mũi khâu có đệm dọc với chỉ nylon hoặc chỉ tơ cỡ số 3 và băng bằng băng tiệt trùng.
4. Nhẹ nhàng đẩy bụng qua tử cung để loại bỏ các cục máu từ tử cung và âm đạo.

Cần làm gì nếu xảy ra sự cố

Nếu không kiểm soát được chảy máu

1. Xoa bóp tử cung
2. Nếu tử cung bị đờ thì tiếp tục truyền oxytocin và cho dùng ergometrine 0.2 mg và prostaglandins.

3. Truyền dịch nếu cần.
4. Yêu cầu phụ mổ ấn ngón tay qua động mạch chủ để giảm chảy máu cho đến khi tìm được nguồn máu chảy và cầm lại.
5. Nếu không kiểm soát được chảy máu thì thắt động mạch tử cung và động mạch tử cung-buồng trứng hoặc cắt tử cung.

Nếu mông thai nhi ra trước

1. Cầm lấy một chân và đưa ra qua đường rạch
2. Hoàn tất việc đưa bé ra ngoài như trong các ca có ngôi mông được sinh bằng đường âm đạo.
 - Đưa chân và thân lên phía vai, sau đó đưa tay ra
 - Đặt thân bé lên cánh tay trái. Đưa ngón tay giữa của bàn tay trái vào miệng bé. Áp lòng bàn tay lên vai bé. Dùng ngón tay của bàn tay phải uốn đầu bé và đưa ra theo đường rạch.

Nếu thai nhi nằm ngang (xoay ngang)

1. Nếu thai nhi nằm sấp (gần đỉnh của tử cung) thì tìm và túm lấy gót chân thai nhi trong tử cung. Nhẹ nhàng đẩy qua qua đường rạch để đưa chân ra ngoài. Hoàn tất việc đưa bé ra ngoài giống như khi đỡ đẻ cho các trường hợp ngôi mông.
2. Nếu thai nhi nằm ngửa cần rạch một đường dọc, cao ở tử cung để đưa bé ra ngoài. Sau khi rạch, tìm trong tử cung để túm lấy chân bé. Đẩy chúng ra qua đường rạch và hoàn tất việc đưa bé ra ngoài giống như khi đỡ đẻ cho các trường hợp ngôi mông. Khi khâu vết rạch cần khâu bằng vải lớp chỉ (xem ở dưới). Sản phụ không nên đẻ thường trong các lần mang thai sau.

Rau tiền đạo

1. Nếu nhau bám thấp thì rạch qua nó để đưa thai nhi ra
2. Nếu nhau không thể lấy ra bằng tay được sau khi sinh bé thì chẩn đoán là nhau thai bị kết thành một khối và cần mổ cắt tử cung.
3. Thai phụ bị rau tiền đạo thường có nguy cơ chảy máu sau đẻ cao. Nếu chảy máu ở vùng nhau thì kiểm soát vùng chảy máu bằng các mũi khâu với chỉ Crôm hoặc polyglycolic không tiêu.
4. Theo dõi chảy máu ngay sau khi sinh và thực hiện các biện pháp can thiệp cần thiết

Đường rạch dọc cao (cổ điển)

1. Mở ổ bụng bằng đường rạch giữa men vòng theo rốn:
 - Khoảng 1/3 độ dài đường rạch ở trên và 2/3 còn lại ở dưới rốn
 - Rạch một đường rạch giữa ở tử cung qua đáy rốn
 - Đường rạch dài khoảng 12-15cm
 - Giới hạn dưới không nên vượt quá nếp gấp tử cung-bàng quang của phúc mạc
2. Yêu cầu phụ mổ ấn vào chỗ cắt để cầm máu
3. Cắt xuống đến mức phúc mạc rồi mở rộng đường rạch bằng kéo
4. Sau khi phá vỡ phúc mạc, cầm chân thai nhi và đưa bé ra ngoài
5. Lấy nhau thai và màng
6. Kẹp các đầu của đường rạch bằng kẹp Allis hoặc Green Armytage. Khâu đường rạch bằng ít nhất 3 lớp khâu:
 - Khâu lớp gần khoang nhất nhưng tránh không được khâu màng rụng. Sử dụng các mũi khâu liên tục bằng chỉ Crôm không tiêu hoặc chỉ polyglycolic cỡ số 0
 - Khâu lớp thứ hai của cơ tử cung bằng các mũi khâu rời với chỉ Crôm không tiêu số 1.
 - Khâu các thớ trên cùng và màng ôi giả bằng các mũi khâu liên tục với kim không gây chấn thương và chỉ Crôm không tiêu cỡ số 0.
 - Khâu ổ bụng

Kháng sinh

Sử dụng kháng sinh dự phòng khi mổ lấy thai sẽ giảm được nhiễm trùng sau mổ. Sử dụng kháng sinh dự phòng sau khi kẹp dây rốn với liều lượng như sau:

Cefazolin 1 gm IV

Hoặc

- Ampicillin 1–2 g IV: một liều duy nhất.

Nếu đã có biểu hiện nhiễm trùng vào thời điểm mổ lấy thai thì cho dùng

- Ampicillin 1–2 g IV 6 theo từng giờ
- Cộng gentamicin 5 mg/kg/ngày IV
- Cộng metronidazole 500 mg 8 mỗi giờ cho đến khi thai phụ hết sốt trong 24-48 giờ

Thắt vòi trứng khi mổ lấy thai

Có thể thực hiện thắt vòi trứng ngay sau khi mổ lấy thai nếu điều này được thai phụ đề nghị trước khi chuyển dạ.

1. Xác nhận lại ý kiến của thai phụ
2. Kẹp mạch, đoạn giữa vòi bằng kẹp Babcock hoặc Allis
3. Giữ vòi theo hình mái nhà dài 2,5cm (Hình 11.15)
4. Kẹp nghiêng chân của mái nhà bằng kẹp động mạch và thắt bằng mũi khâu thường với chỉ không tiêu cỡ số 0 (Hình 11.16, 11.17)
5. Cắt phần trên mái nhà (dài 1cm) qua vùng bị kẹp nghiêng (Hình 11.18)
6. Nhắc lại tương tự với bên kia vòi

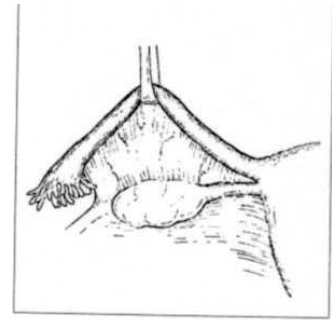


Figure 11.15

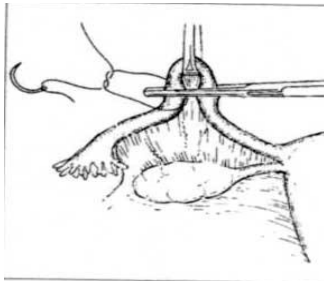


Figure 11.16

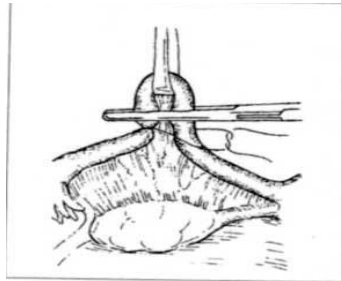


Figure 11.17

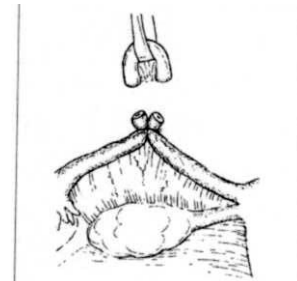


Figure 11.18

Chăm sóc sau khi mổ lấy thai

1. Quan sát và ghi lại những biểu hiện liên quan đến tính mạng bệnh nhân, hiện tượng chảy máu và lượng nước tiểu. Sẵn sàng can thiệp khi cần.
2. Nếu bị chảy máu cần xoa bóp tử cung để tổng máu và các máu cục ra ngoài. Máu cục trong tử cung sẽ ngăn cản các cơn co tử cung.
3. Cho dùng:
 - 20 đơn vị Oxytocin trong 1 L IV dịch (dung dịch muối thường hoặc lactate Ringer) 60 giọt/phút.
 - Ergometrine 0.2 mg IM
 - Prostaglandins, nếu có
4. Dùng đường IV thứ hai để thay thế phác đồ trên
5. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc sản phụ hiện bị sốt thì cho dùng liệu pháp chống vi trùng phù hợp
6. Cho dùng thuốc giảm đau hiệu quả
7. Cho dùng dịch qua đường miệng một ngày sau khi mổ. Cho ăn khi sản phụ có thể uống được các chất lỏng

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ VÀ TĂNG CƯỜNG CHUYỂN DẠ

Khởi phát chuyển dạ và tăng cường chuyển dạ được thực hiện bởi những chỉ định khác nhau nhưng phương pháp thì giống nhau

- Khởi phát chuyển dạ: kích thích tử cung để bắt đầu chuyển dạ
- Tăng cường chuyển dạ: kích thích tử cung trong khi chuyển dạ để tăng tần suất, độ dài và độ mạnh của các cơn co

Một mô hình cơn co tốt được thiết lập khi có 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài hơn 40 giây

Khởi phát

Kết quả của khởi phát chuyển dạ liên quan đến tình trạng cổ tử cung khi bắt đầu khởi phát:

Cổ tử cung thuận lợi nếu nó mềm, ngắn và mở một phần prostaglandin hoặc ống dẫn niệu Foley trước khi khởi phát

Prostaglandin E2 được đặt cao tại vòm âm đạo và có thể lặp lại sau 6 giờ nếu cần

Nếu không có prostaglandin thì dùng ống Foley.

1. Nhẹ nhàng đặt một chiếc banh tiệt trùng vào âm đạo
2. Dùng kẹp giữ ống và đưa vào qua cổ tử cung.
3. Bơm 10ml nước vào quả bóng của ống dẫn niệu. Cuộn ống và đặt vào âm đạo. Để ống trong âm đạo cho đến khi cơn co bắt đầu hoặc trong ít nhất 12 giờ
4. Làm xẹp bóng trước khi lấy ra khỏi ống và sau đó thực hiện bấm màng ối (ARM) và dùng oxytocin.

Không được cho ống vào nếu có bệnh sử chảy máu, màng ối đã bị vỡ hoặc bị nhiễm trùng âm đạo rõ.

Bấm ối (ARM)

Nếu màng ối còn nguyên thì nên bấm ối (ARM) trước khi thực hiện khởi phát và tăng cường chuyển dạ.

Vỡ màng ối, dù là tự phát hay có sự can thiệp (bấm ối) cũng thường bao gồm các sự kiện sau:

- Nước ối chảy ra
- Lượng nước tiểu tăng lên
- Dùng Prostaglandins để kích thích tử cung co bóp
- Các cơn co tử cung bắt đầu và mạnh dần lên

Kĩ thuật

1. Xem xét các chỉ định
2. Nghe và ghi lại nhịp tim thai
3. Yêu cầu thai phụ nằm ngửa, hai chân cong, bàn chân chụm và đầu gối tách ra.
4. Đeo găng tiệt trùng, dùng một tay khám cổ tử cung. Ghi chép lại tình trạng cổ tử cung: độ chắc, vị trí, mức độ xoá và mở.
5. Dùng tay kia đưa một chiếc móc màng ối hoặc kẹp Kocher vào âm đạo. Đưa móc hoặc kẹp về phía màng dọc theo ngón tay trong âm đạo
6. Đặt hai ngón tay áp vào màng và nhẹ nhàng phá vỡ màng ối bằng dụng cụ ở bên tay kia. Để nước ối chảy chậm quanh ngón tay
7. Ghi nhớ màu nước ối (có trong không, có chuyển màu xanh không, có vẩn máu không). Nếu phân su dây xuất hiện cần nghi ngờ thai nhi bị nguy hiểm
8. Sau khi bầm ối, nghe nhịp tim thai trong và sau cơn co. Nếu nhịp tim thai thấp hơn 100 hoặc cao hơn 180/phút thì thai nhi có thể bị nguy hiểm.
9. Nếu chuyển dạ không bắt đầu sau khi bầm ối 1 giờ thì cho truyền oxytocin. Nếu chuyển dạ khởi phát do bệnh nguy hiểm của thai phụ (ví dụ nhiễm trùng hay sản giật) thì cho truyền oxytocin cùng lúc với bầm ối.

Ở những vùng có tỷ lệ lây nhiễm HIV cao thì nên giữ màng ối nguyên vẹn càng lâu càng tốt để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV khi sinh.

Kích thích bằng Oxytocin

Dùng oxytocin cần hết sức cẩn thận vì có thể bị suy thai do bị kích thích quá độ hoặc vỡ tử cung. Phụ nữ sinh đẻ nhiều lần có nguy cơ vỡ tử cung cao.

1. Ghi những quan sát dưới đây vào biểu đồ sinh 30 phút một lần:
 - Mức truyền: những thay đổi ở vị trí tay của thai phụ có thể làm thay đổi mức độ chảy.
 - Độ dài và tần suất các cơn co
 - Nhịp tim thai nhi. 30 phút nghe một lần ngay sau cơn co. Nếu nhịp tim thai nhi dưới 100/phút thì dừng truyền
2. Truyền 2,5 đơn vị oxytocin trong 500ml dextrose hoặc dung dịch muối, mỗi phút 10 giọt. Như thế sẽ khoảng 2,5mIU/phút.
3. Tăng mức truyền lên mỗi 30 phút là 10 giọt/phút cho đến khi mô hình cơn co tốt được thiết lập (cơn co kéo dài hơn 40 giây và xuất hiện 3 lần trong 10 phút). Tử cung nên thư giãn giữa các cơn co.
4. Duy trì mức truyền cho đến khi chuyển dạ xong.
5. Nếu bị kích thích quá độ (có cơn co kéo dài hơn 60 giây) hoặc có hơn 4 cơn co trong 10 phút thì dừng truyền, thư giãn tử cung bằng tocolytics (ví dụ 250 microgram terbutaline 250 IV chậm qua 5 phút)

6. Nếu không có đủ 3 cơn co trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài hơn 40 giây với mức truyền là 60 giọt/phút:
 - Tăng nồng độ oxytocin lên 5 đơn vị trong 500ml dextrose hoặc dung dịch muối và điều chỉnh mức truyền ở 30 giọt/phút(15mIU/phút)
 - Tăng mức truyền lên 30 giọt/phút cho đến khi mô hình cơn co tốt được thiết lập hoặc đạt mức truyền tối đa là 60 giọt/phút
7. Nếu vẫn chưa chuyển dạ mặc dù đã sử dụng nồng độ oxytocin cao hơn:
 - Đối với các thai phụ sinh con nhiều lần hoặc đã mổ sinh trước đó thì sự khởi phát đã bị thất bại và cần mổ lấy thai.
 - Đối với thai phụ đẻ con so, cho truyền 10 đơn vị oxytocin trong 500 ml dextrose hoặc dung dịch muối ở mức 30 giọt/phút
 - Tăng mức truyền mỗi 30 phút là 10 giọt/phút cho đến khi mô hình cơn co tốt được thiết lập
 - Nếu vẫn không có được cơn co tốt mặc dù mức truyền đã là 60 giọt/phút(60mIU/ph) thì mổ lấy thai

Không được để thai phụ đang được truyền oxytocin một mình.

Hỗ trợ chuyển dạ bằng dụng cụ

Có thể trợ giúp sinh bằng cách kéo đầu thai nhi. Các phương pháp được sử dụng là:

- Dùng máy hút thai
- Dùng forceps

Khi sử dụng bất kì phương pháp trợ giúp sinh nào cũng phải chuẩn bị như chuẩn bị cho mổ lấy thai ở khía cạnh chuẩn bị gây mê và truyền máu

Dùng giác hút

Hình 11.19 giới thiệu các bộ phận của giác hút Ventouse.

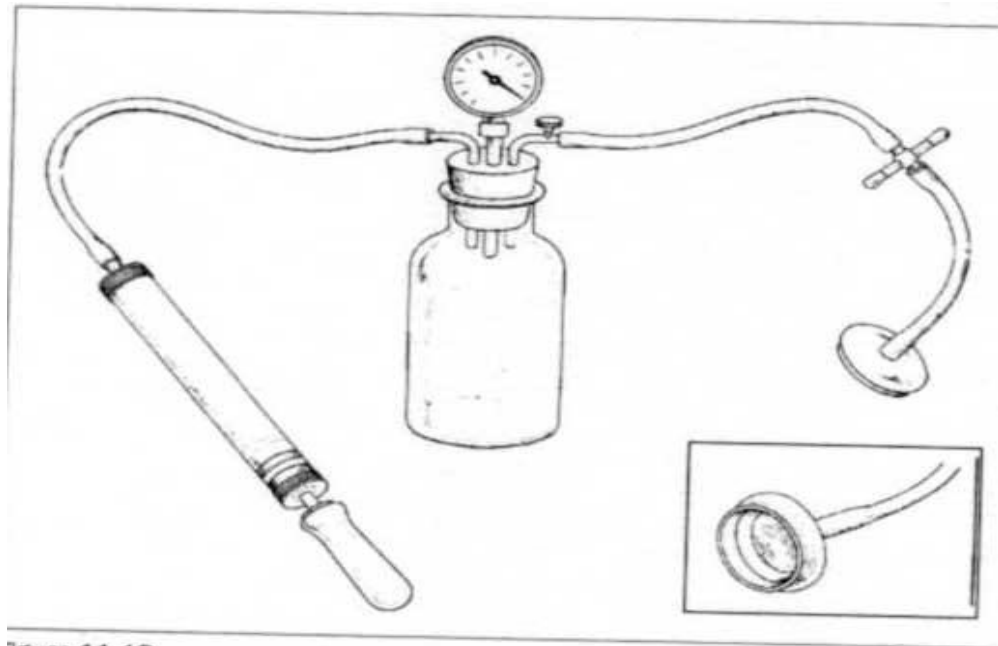


Figure 11.19

1. Kiểm tra tình trạng thai phụ để chuẩn bị cho việc dùng giác hút:
 - Ngôi chỏm
 - Tình trạng thai nhi
 - Cổ tử cung mở hoàn toàn
 - Đầu ở mức thấp nhất với cột sống và không quá 2/5 ở trên khớp đỉnh xương mu
2. Kiểm tra kết nối và thử bộ phận hút trên tay đeo găng
 3. Nếu cần thì sử dụng một cái phong bế môi âm hộ
 4. Đánh giá vị trí đầu. Xác định thóp sau
 5. Đặt chiếc giác to nhất vừa với thóp, điểm cong của thóp áp vào giữa giác cách thóp sau 1cm về phía trước. Đặt kiểu này sẽ hỗ trợ tốt cho việc kéo thai nhi ra ngoài (Hình 11.20)

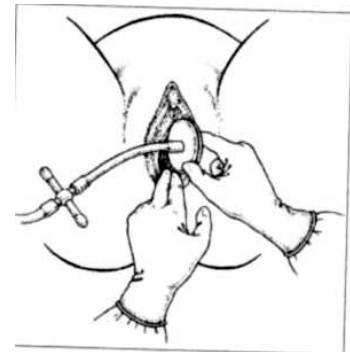


Figure 11.20

6. Có thể phải cắt tầng sinh môn để việc đặt giác được chính xác hơn. Nếu chưa cần cắt tầng sinh môn để đặt giác thì đợi đến khi đầu thai nhi được

kéo ra đến đáy chậu hoặc đáy chậu giao thoa với trục của đường kéo. Điều này sẽ tránh được sự mất máu không cần thiết

7. Kiểm tra việc đặt giác hút. Chắc chắn rằng mô mềm của thai phụ (cổ tử cung hoặc âm đạo) ở trong vòng vành giác.
8. Dùng bơm tạo lực hút chân không ở mức 0,2kg/cm² áp lực âm và kiểm tra ứng dụng.
9. Tăng lực hút chân không lên 0,8kg/cm² và kiểm tra ứng dụng.
10. Sau áp lực âm tối đa, bắt đầu kéo trên đường trục xương chậu vuông góc với chiếc giác. Nếu đầu thai nhi bị nghiêng sang một bên hoặc không vừa với giác thì hướng đường kéo theo đường có thể điều chỉnh được độ nghiêng (ví dụ như sang bên này hoặc sang bên kia chứ không nhất thiết phải ở đường giữa)

11. Với mỗi cơn co, kéo theo đường vuông góc với mặt của đường vành giác (Hình 11.21)

12. Đeo găng tiệt trùng, đặt một ngón tay vào da đầu cạnh giác trong khi kéo để tiên lượng khả năng trượt và lọt của đỉnh đầu.

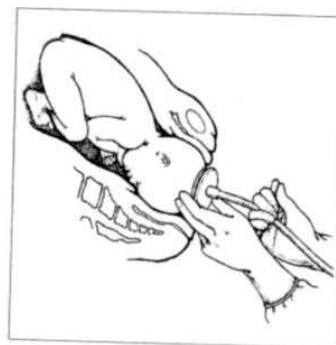


Figure 11.21

13. Giữa các cơn co:

- Kiểm tra nhịp tim thai
- Kiểm tra giác

Dùng bộ phận nâng giác hút

- Không được dùng giác để xoay đầu thai nhi
- Lần kéo đầu tiên giúp tìm ra hướng kéo
- Không tiếp tục kéo giữa các cơn co và dùng lực để kéo
- Khi thai nhi có hiện tượng kiệt sức tiếp tục kéo thăm dò tối đa 30 phút

Các biến chứng

Cho thai nhi

- Gia tăng tỷ lệ bứu huyết thanh

- Xuất huyết võng mạc.

Cho sản phụ

- Rách tầng sinh môn

Sử dụng forceps

Kiểm tra điều kiện sử dụng forceps:

- Ngồi chồm hoặc ngồi mặt với chân ở phía trước
- Cổ tử cung mở hoàn toàn
- Khi kiểm tra bụng không sờ thấy phần nào của đầu thai nhi

Mũi khâu dọc giữa nên ở đường giữa và thẳng, đảm bảo vị trí chồm đầu trước (OA) và chồm đầu sau (OP)

Kĩ thuật

1. Kiểm tra forceps trước khi sử dụng. Chắc chắn rằng các bộ phận đã được lắp ráp tốt vào chốt tốt
2. Dùng phong bế môi âm hộ
3. Bôi trơn các lưỡi forceps
4. Đeo găng tiệt trùng, cho hai ngón tay của bàn tay phải vào âm đạo về phía bên này đầu thai nhi. Nhẹ nhàng đẩy trượt lưỡi trái của forceps giữa đầu thai nhi và các ngón tay (Hình 11.22, 11.23)

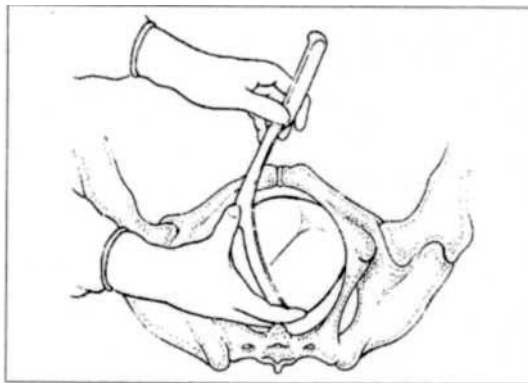


Figure 11.22

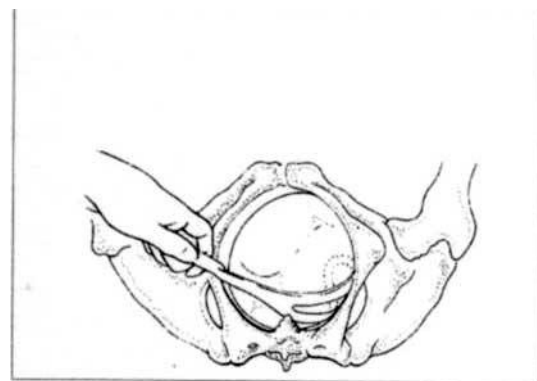


Figure 11.23

5. Nhắc lại tương tự với phía bên kia đầu, sử dụng tay trái và lưỡi phải của forceps (Hình 11.24).

6. Nhả tay cầm và chốt forceps. Nếu thấy khó chốt thì có thể do đã thực hiện không chính xác. Trong trường hợp đó thì bỏ lưỡi forceps ra và kiểm tra lại vị trí đầu thai nhi.

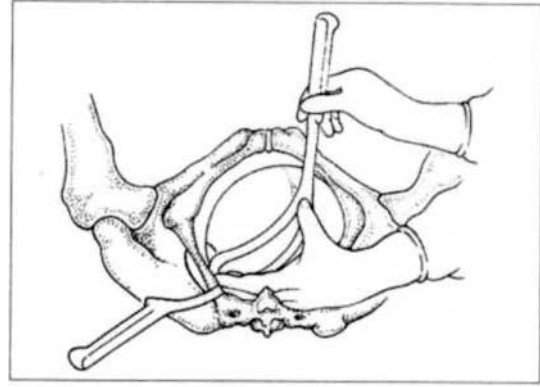


Figure 11.24

7. Sau khi chốt, sử dụng kéo áp lực về phía dưới và ra đằng sau với mỗi cơn co. Với mỗi lần kéo, đầu phải lớt xuống thêm một chút. Chỉ cần 2 đến 3 lần kéo (Hình 11.25 – 11.28)

8. Giữa các cơn co cần kiểm tra:

- Nhịp tim thai nhi
- Việc áp dụng forceps

9. Khi đầu đã lớt hẳn thì rạch mạnh tầng tầng sinh môn

10. Nhấc đầu thai nhi chậm chậm ra khỏi âm đạo giữa các cơn co

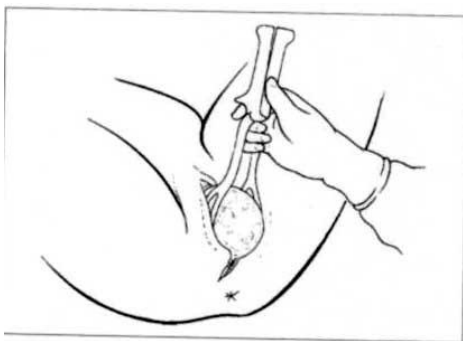


Figure 11.25

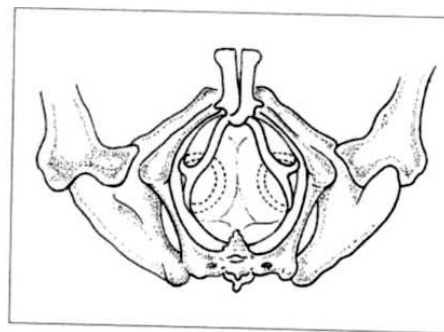


Figure 11.26

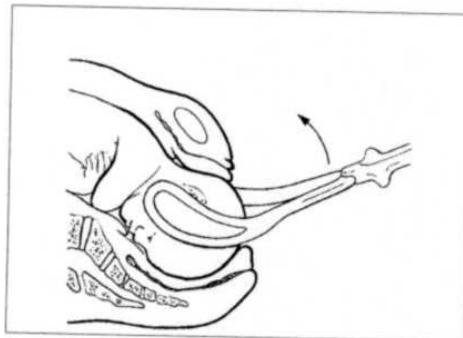


Figure 11.27



Figure 11.28

Thất bại

Dùng forceps bị thất bại nếu:

- Đầu thai nhi không lớt xuống sau mỗi lần kéo

- Thai nhi không ra được sau 3 lần kéo

Mỗi lần ứng dụng cần được coi như là một sự thử nghiệm forceps. Không nên cố duy trì nếu đầu thai nhi không lọt thêm sau mỗi lần kéo. Nếu việc dùng forceps bị thất bại thì phải cho mổ lấy thai

Các biến chứng

Cho thai nhi

- Vết rách ở mặt và da đầu.
- Gãy xương mặt và xương sọ
- Tổn thương thần kinh mặt

Cho sản phụ

- Rách tầng sinh môn
- Vỡ tử cung

MỞ HỘP SỌ VÀ KHOAN HỘP SỌ

Trong các trường hợp chuyển dạ nghẹt và thai nhi bị chết, việc giảm kích thước đầu thai nhi bằng thủ thuật mở hộp sọ có thể giúp việc tiếp tục sinh ra qua đường âm đạo và tránh những nguy cơ liên quan đến việc mổ lấy thai.

Khoan hộp sọ có thể được thực hiện để giảm kích thước đầu bị tràn dịch não để có thể tiếp tục sinh bằng đường âm đạo.

Nếu một trong hai phương pháp được chỉ định thì cần phải thực hiện hỗ trợ về tâm lý và tình cảm. Hãy giải thích trước với thai phụ và người nhà về những gì đã xảy ra và những gì dự định sẽ phải làm.

Cho dùng giảm đau và có thể dùng diazepam IV chậm hoặc dùng phong bế môi âm hộ.

Mở hộp sọ

Trong trường hợp ngôi đầu

1. Rạch một đường hình chữ thập trên da đầu
2. Mở vòm sọ tại điểm xương thấp nhất và trung tâm nhất bằng dụng cụ cắt sọ (hoặc kéo lớn hoặc dao nặng). Trong các trường hợp ngôi mặt thì làm thủng ổ mắt
3. Đưa dụng cụ cắt sọ vào sọ thai nhi và làm vỡ nội dung bên trong sọ.

4. Dùng vài chiếc kim nặng có răng (ví dụ kim Kocher) kẹp các đầu của mảnh da đầu và kéo theo trục của đường sinh.

5. Khi đầu lọt xuống, áp lực từ xương khung chậu sẽ làm cho sọ bị vỡ, làm giảm đường kính hộp sọ

6. Nếu không thể lấy đầu ra dễ dàng thì cho mổ lấy thai

Trong trường hợp ngôi mông

1. Rạch một đường qua da tại chân cổ
2. Cho dụng cụ cắt sọ qua đường rạch này và hang dưới da để đến được chẩm.
3. Làm thủng chẩm và mở lỗ thủng càng rộng càng tốt.
4. Kéo để làm cho sọ bị vỡ khi đầu lọt xuống

Khoan hộp sọ

Trong trường hợp tử cung đã mở

1. Đưa một cây kim cột sống cỡ to qua cổ tử cung đã mở và qua đường dọc giữa hoặc thóp của sọ thai nhi.
2. Hút dịch não tủy cho đến khi sọ thai nhi bị vỡ và cho phép sinh thường tiếp tục.

Trong trường hợp cổ tử cung đóng

1. Sờ để tìm vị trí đầu thai nhi.
2. Khử khuẩn vùng da trên khớp mu.
3. Đưa một cây kim cột sống cỡ to qua ổ bụng và thành tử cung và qua sọ bị tràn dịch não.
4. Hút dịch não tủy cho đến khi sọ thai nhi bị vỡ và cho phép sinh thường tiếp tục.

Với trường hợp đầu ra sau trong các ca ngôi mông

1. Sau khi toàn bộ thân đã ra, đưa một cây kim lỗ to qua lỗ lớn ở đáy sọ
2. Hút dịch não tủy và đưa đầu ra như trong các ca ngôi mông

Trong khi mổ lấy thai

1. Làm thủng thành tử cung
2. Hút dịch não tủy trước khi rạch
3. Đưa thai nhi và nhau thai ra như trong các ca mổ lấy thai

Phòng ngừa các biến chứng sau khi mở hộp sọ và khoan sọ.

1. Sau khi sinh, thám sát âm đạo thật kỹ lưỡng để kiểm tra các vết rách, khâu các vết rách và vết rạch tầng sinh môn
2. Đặt ống dẫn niệu cho đến khi chắc chắn rằng bàng quang không bị tổn thương.
3. Đảm bảo lượng dịch truyền và lượng nước tiểu phù hợp.

Chảy máu khi mang thai và khi sinh

12

12.1 CHẢY MÁU

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

Chảy máu là nguyên nhân gây ra ¼ số ca tử vong mẹ trên toàn thế giới

- Phòng ngừa thiếu máu, nhận biết và điều trị sớm các biến chứng
- Băng huyết sau sinh là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra tử vong mẹ
- Thực hành việc xử lý tích cực giai đoạn ba của quá trình chuyển dạ trong tất cả các trường hợp để phòng ngừa băng huyết

Chảy máu là nguyên nhân của ¼ số trường hợp tử vong mẹ trên toàn thế giới. Cái chết có thể đến chỉ dưới 2 giờ sau khi bị băng huyết liên quan đến việc sinh con. Thiếu máu thường xảy ra khi mang thai và thai phụ bị thiếu máu và ra máu có nguy cơ tử vong cao. Sự chăm sóc hợp lý trong thai kì và khi chuyển dạ bao gồm:

- Nhận biết, điều chỉnh và phòng ngừa thiếu máu
- Được đỡ đẻ bởi các bác sĩ có kinh nghiệm
- Xử trí tích cực giai đoạn ba của quá trình chuyển dạ
- Nhận biết và xử trí sớm các biến chứng

Phá thai và chữa ngoài tử cung có liên quan đến chảy máu đầu thai kì. Ở cuối thai kì và khi chuyển dạ, chảy máu có thể do nhau tiền đạo, bong nhau non và vỡ tử cung. Chảy máu sau khi sinh liên quan đến việc co bóp của tử cung (tử cung bị òn), tổn thương ở đường sinh và bí ở mô nhau thai.

RA MÁU Ở ĐẦU THAI KÌ

Ra máu ở đầu thai kì thường liên quan đến việc nạo phá thai hoặc sảy thai.

Sảy thai là hiện tượng thai nhi bị tống ra khỏi tử cung trước tuổi thai có thể sống được, tuổi thai được tính từ khi thụ tinh cho đến khi 28 tuần. Có 2 loại sảy thai đó là sảy thai tự nhiên và sảy thai liên tiếp.

Sảy thai tự nhiên: Thường diễn ra theo 2 giai đoạn

- Doạ sảy
- Sảy thực sự

Sảy thai liên tiếp

Gọi là sảy thai liên tiếp khi sản phụ bị sảy thai tự nhiên từ 3 lần trở lên liên tiếp

Nạo phá thai không an toàn

Nạo phá thai không an toàn là thủ thuật được thực hiện bởi những người không có những kĩ năng cần thiết hoặc tại những nơi thiếu những điều kiện y tế tối thiểu hoặc cả hai.

Nạo phá thai nhiễm trùng

Nạo phá thai nhiễm trùng là nạo phá thai bị biến chứng nhiễm trùng. Nhiễm trùng có thể do sự lây nhiễm từ tầng sinh môn dưới trong các trường hợp xảy thai hay phá thai không an toàn. Nhiễm trùng là biến chứng phổ biến của nạo phá thai không an toàn bao gồm cả nạo phá thai bằng dụng cụ.

Chửa ngoài tử cung

Chửa ngoài tử cung là trường hợp trứng đã được thụ tinh nằm ngoài khoang tử cung. Trong hơn 90% các trường hợp chửa ngoài tử cung, trứng đã được thụ tinh nằm ở ống dẫn trứng. Khi phát triển, nó sẽ làm ống bị vỡ. Chảy máu trong phúc mạc có thể dẫn đến sốc. Khi bị chửa ngoài tử cung, đau bụng do ống dẫn trứng bị vỡ thường xảy ra *trước* hiện tượng ra máu âm đạo. Khi sảy thai, đau bụng thường xảy ra *sau* hiện tượng ra máu âm đạo.

RA MÁU Ở CUỐI THAI KÌ VÀ KHI CHUYỂN ĐẠ

Ra máu ở cuối thai kì và khi chuyển dạ thường là do bị bong rau non hoặc rau tiền đạo.

Rau bong non

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa thường xảy ra ở ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén với diễn biến đột ngột, nhanh chóng có thể đe dọa tính mạng của mẹ và thai nhi. Cần phải chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời mới có thể cứu sống mẹ và thai. Rau bong non là rau bám đúng vị trí song bị bong trước khi sổ thai, do có sự hình thành khối huyết tụ sau rau, khối huyết tụ lớn dần làm bong bánh rau ra khỏi thành tử cung cắt đứt sự nuôi dưỡng giữa mẹ và thai nhi.

Rau tiền đạo

Rau tiền đạo là một cấp cứu chảy máu thường gặp ở ba tháng cuối gây đẻ khó do phần phụ, cần phải chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời để tránh tai biến cho mẹ và thai nhi. Gọi là rau tiền đạo khi rau không bám vào thân tử cung mà một phần hay toàn bộ bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu nhiều khi chuyển dạ và làm ngôi thai bình chỉnh không tốt.

Vỡ tử cung

Doạ vỡ tử cung là một dấu hiệu lâm sàng sắp dẫn tới vỡ tử cung. Nếu phát hiện sớm và xử trí kịp thời giai đoạn dọa vỡ tử cung có thể phòng ngừa được vỡ tử cung và giảm được một trong năm tai biến sản khoa; giảm được tỉ lệ tử vong và mắc bệnh cho mẹ và con.

Vỡ tử cung là một tai biến có thể xảy ra trong chuyển dạ, biểu hiện bằng tử cung bị vỡ và thai có thể đẩy vào trong ổ bụng một phần hay toàn bộ thai và rau tùy theo chỗ vỡ to hay nhỏ, gây tử vong cao. Vỡ tử cung đôi khi có thể xảy ra ở nửa cuối thời kỳ thai nghén hoặc trong khi chuyển dạ thường ở những tử cung có sẹo mổ cũ. Vỡ tử cung loại này không có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

BĂNG HUYẾT SAU SINH

Băng huyết sau sinh (PPH) là sự ra máu âm đạo vượt quá 500mL sau khi sinh. Tầm quan trọng của việc xác định lượng máu bị mất rất khác nhau tùy vào mức độ haemoglobin của sản phụ. Sản phụ có mức haemoglobin bình thường có thể chịu đựng được lượng máu mất trong khi cũng với lượng máu đó, sản phụ bị thiếu máu có thể bị nguy hiểm đến tính mạng. Chảy máu xuất hiện với mức độ ít trong vài giờ đầu và có thể không nhận biết được cho đến khi sản phụ bị sốc. Đánh giá nguy cơ ở giai đoạn tiền sản là không hiệu quả đối với việc dự báo băng huyết sau sinh. Thực hiện xử trí tích cực giai đoạn 3 của quá trình chuyển dạ đối với tất cả sản phụ để có thể làm giảm thiểu tỷ lệ băng huyết do vỡ tử cung. Theo dõi sát các sản phụ để xác định xem ai bị băng huyết.

Đờ tử cung

Đờ tử cung là dấu hiệu cơ tử cung không co chặt lại thành khối an toàn sau đẻ để thực hiện tắc mạch sinh lí, do đó gây chảy máu. Có hai loại đờ tử cung

- Đờ tử cung còn hồi phục: Cơ tử cung giảm trương lực sau đẻ nhưng còn đáp ứng với kích thích cơ học, lí học, hoá học.
- Đờ tử cung không phục hồi: Cơ tử cung và hệ thống thần kinh không còn khả năng đáp ứng với bất kì kích thích nào.

Các nguyên nhân khác dẫn đến chảy máu

Rách tầng sinh môn cũng có thể gây ra chảy máu. Các nguyên nhân khác có thể là do bất thường bánh nhau - sót rau, rau cài răng lược; do chấn thương sinh dục - chiếm khoảng 20% các trường hợp bị băng huyết sau sinh; rối loạn đông máu. Ngoài ra, những trường hợp có yếu tố nguy cơ dễ dẫn đến băng huyết sau sinh như: mẹ mang thai ở tuổi sau 35 tuổi; thai quá ngày; con trên 4 kg; u xơ tử cung; sinh mổ; có tiền căn băng huyết sau sinh, hay tiền căn mổ bắt con trước đó

12.2 CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ LÝ BAN ĐẦU

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

Xử lý tích cực giai đoạn 3 của quá trình chuyển dạ bao gồm:

- Cho sản phụ dùng oxytocin ngay sau khi sinh con
- Đưa rau thai ra ngoài bằng cách kéo dây có kiểm soát
- Xoa bóp tử cung để chắc chắn rằng tử cung có co bóp

1. Liên tục đánh giá tình trạng chung của bệnh nhân bao gồm các dấu hiệu quan trọng như mạch, huyết áp, hô hấp, nhiệt độ.

2. Nếu nghi ngờ bệnh nhân bị sốc cần bắt đầu điều trị ngay lập tức. Ngay cả khi các dấu hiệu của sốc chưa xuất hiện cũng cần lưu ý đến nó khi đánh giá tình trạng bởi vì tình trạng bệnh nhân có thể xấu đi nhanh chóng. Nếu xuất hiện sốc phải xử trí ngay lập tức.

3. Kêu cứu nếu bệnh nhân bị sốc hoặc bị chảy máu nhiều
4. Bắt đầu truyền IV nhanh

5. Kiểm tra xem bệnh nhân hiện có mang thai hay mới sinh không:

- Nếu bệnh nhân đang mang thai cần kiểm tra xem đang ở giai đoạn nào của thai kì

- Nếu bệnh nhân mang thai dưới 22 tuần cần nghi ngờ sảy thai hoặc có thai ngoài tử cung

- Nguy cơ có thai ngoài tử cung sẽ nhiều hơn nếu bệnh nhân bị thiếu máu, mắc bệnh viêm xương chậu (PID), dọa sảy thai hoặc đau bụng; Nếu nghi ngờ có thai ngoài tử cung cần thực hiện khám bằng hai tay vì có thai ngoài tử cung thời kì đầu rất dễ bị vỡ.

- Cần quan tâm đến hiện tượng sảy thai ở bất kì phụ nữ ở tuổi sinh đẻ nào bị mất kinh(chậm kinh hơn một tháng so với kì kinh trước) và có một hoặc hơn các biểu hiện sau: ra máu, bị chuột rút, có các bộ phận của thai bị tống xuất ra ngoài, cổ tử cung mở hoặc tử cung nhỏ hơn mong đợi. Nếu chẩn đoán sảy thai cần xác định và điều trị các biến chứng có thể ngay lập tức.

- Nếu bệnh nhân có thai hơn 22 tuần cần quan tâm đến rau tiền đạo, bong rau non hoặc vỡ tử cung; không được khám âm đạo trong trường hợp này.

- Nếu bệnh nhân mới sinh, cần quan tâm đến băng huyết do đờ tử cung đầu tiên.

- Xoa bóp tử cung để tống xuất máu và máu cục; các máu cục lưu lại trong tử cung có thể cản trở tử cung co bóp

- Cho dùng 10 đơn vị oxytocin IM

- Dẫn niệu bàng quang

6. Kiểm tra xem rau thai đã bong chưa và kiểm tra rau thai để chắc chắn rằng việc bong rau thai đã hoàn tất.

- Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo và tầng sinh môn xem có bị rách không

Chẩn đoán chảy máu âm đạo đầu thai kì		
Các dấu hiệu, triệu chứng đặc trưng, luôn xuất hiện	Các dấu hiệu, triệu chứng có thể xuất hiện	Chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu nhẹ (1) • Cổ tử cung đóng • Tử cung tương ứng với tuổi thai 	<ul style="list-style-type: none"> • Bị chuột rút/ đau bụng dưới • Tử cung mềm hơn bình thường 	Doạ xảy thai
<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu nhẹ • Đau bụng • Cổ tử cung đóng • Tử cung lớn hơn một chút so 	<ul style="list-style-type: none"> • Ngát • Khối mềm ở phần phụ tử cung • Mất kinh 	Chửa ngoài tử cung

với bình thường • Tử cung mềm hơn so với bình thường	• Tử cung chuyển động yếu	
• Chảy máu nhẹ • Cổ tử cung đóng • Tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai • Tử cung mềm hơn bình thường	• Chuột rút nhẹ/đau bụng dưới • Bệnh sử tổng xuất thai	Sảy thai hoàn chỉnh
• Chảy máu nhiều(2) • Cổ tử cung mở • Tử cung phù hợp với tuổi thai	• Chuột rút • Đau bụng dưới • Tử cung mềm • Không có hiện tượng tổng xuất thai	Chắc chắn sẽ sảy thai
• Chảy máu nhiều • Cổ tử cung mở • Tử cung nhỏ hơn tuổi thai	• Chuột rút • Đau bụng dưới • Hiện tượng tổng xuất từng phần của thai nhi	Sảy thai chưa hoàn chỉnh
• Chảy máu nhiều • Cổ tử cung mở • Tử cung lớn hơn tuổi thai • Tử cung mềm hơn bình thường • Có hiện tượng tổng xuất các phần của thai nhi giống như quả nho	• Buồn nôn/ nôn • Sảy thai tự nhiên • Chuột rút/ đau bụng dưới • U nang buồng trứng(thường vỡ) • Dấu hiệu tiền sản giật sớm • Không có sự xuất hiện của thai nhi	Chửa trứng
<i>(1) Chảy máu nhẹ: Mất hơn 5 phút để thấm đẫm một chiếc đệm bông hay giấy</i>		
<i>(2) Chảy máu nhiều: Mất dưới 5 phút để thấm đẫm một chiếc đệm bông hay giấy</i>		

Chẩn đoán chảy máu cuối thai kì và trong khi chuyển dạ		
Các dấu hiệu, triệu chứng đặc trưng, luôn xuất hiện	Các dấu hiệu, triệu chứng có thể xuất hiện	Chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu sau tuần thứ 22 của thai kì • Đau bụng từng cơn 	<ul style="list-style-type: none"> • Sốc • Tử cung bị căng thẳng hoặc mềm • Âm thanh thai nhi bị giảm hoặc 	Rau bong non

hoặc liên tục	không có • Suy thai hoặc không có tiếng tim thai	
<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu trong bụng hoặc âm đạo • Đau bụng nghiêm trọng (có thể giảm sau khi vỡ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sốc • Tử cung bị sưng, chảy dịch • Bụng mềm • Dễ dàng sờ thấy các bộ phận của thai nhi • Thai nhi không chuyển động hoặc không có tiếng tim thai • Mạch của thai phụ nhanh 	Vỡ tử cung
<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu sau tuần thứ 22 của thai kì 	<ul style="list-style-type: none"> • Sốc • Tử cung thư giãn • Không thấy ngôi thai nhi ở khung chậu/ vùng dưới của khung chậu cảm giác bị rỗng • Tình trạng thai nhi bình thường 	Rau tiền đạo

Chẩn đoán chảy máu sau khi sinh

Các dấu hiệu, triệu chứng đặc trưng, luôn xuất hiện	Các dấu hiệu, triệu chứng có thể xuất hiện	Chẩn đoán
<ul style="list-style-type: none"> • PPH(1) ngay lập tức • Tử cung mềm và không co bóp 	<ul style="list-style-type: none"> • Sốc 	Đờ tử cung
<ul style="list-style-type: none"> • PPH(1) ngay lập tức 	<ul style="list-style-type: none"> • Rau hoàn chỉnh • Tử cung co bóp 	Rách cổ tử cung, âm đạo hoặc tầng sinh môn
<ul style="list-style-type: none"> • Sau khi sinh 30 phút không lấy được rau 	<ul style="list-style-type: none"> • PPH(1) ngay lập tức • Tử cung co bóp 	Rau bị dính
<ul style="list-style-type: none"> • Thiếu một phần bánh rau hoặc màng bị rách cùng với mạch 	<ul style="list-style-type: none"> • PPH(1) ngay lập tức • Tử cung co bóp 	Một số mảnh rau bị dính
<ul style="list-style-type: none"> • Sờ bụng không thấy đáy tử cung • Đau nhẹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Tử cung bị lộn xuất hiện tại âm hộ • PPH(1) ngay lập tức 	Lộn tử cung

<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu hơn 24 tiếng sau sinh • Tử cung mềm và lớn hơn dự kiến đến thời điểm quy định sau sinh 	<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu ít hoặc nhiều, liên tục hoặc thi thoảng và có mùi hôi • Thiếu máu 	PPH trì hoãn
<ul style="list-style-type: none"> • PPH(1) ngay lập tức(chảy máu trong ổ bụng hoặc trong âm đạo) • Đau bụng nghiêm trọng (có thể giảm khi vỡ) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sốc • Bụng mềm • Nhịp đập nhanh 	Vỡ tử cung
<p>(1) Chảy máu có thể ít nếu có cục ngăn cổ tử cung hoặc sản phụ nằm ngửa</p> <p>(2) Khi đã lộn hoàn toàn có thể không còn chảy máu</p>		

12.3. XỬ TRÍ ĐẶC BIỆT

Chẩn đoán tình trạng đặc thù được thực hiện dựa trên các triệu chứng và kết quả thăm khám.

DOẠ SẢY THAI

Thường không cần điều trị y tế

Khuyến thai phụ tránh hoạt động mạnh, kiêng giao hợp nhưng không cần phải nằm liên tục

Nếu máu ngừng ra thì tiếp tục thực hiện chăm sóc tiền sản

Đánh giá lại nếu lại có hiện tượng chảy máu

Nếu vẫn còn chảy máu cần đánh giá tình trạng thai nhi hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung (siêu âm); Chảy máu tiếp diễn, đặc biệt là tử cung to hơn mong đợi có thể là dấu hiệu của thai đôi hoặc thai trứng

Không cho dùng các loại thuốc như hormones (ví dụ oestrogens hoặc progestin), salbutamol hay indomethacin vì chúng không ngăn ngừa được xảy thai.

SẢY THAI KHÔNG THỂ TRÁNH ĐƯỢC

Nếu có thai dưới 16 tuần

1. Lên kế hoạch hút thai. Nếu không thể hút ngay được thì cho dùng:

Ergometrine 0,2 mg IM, nhắc lại sau 15 phút nếu cần

Hoặc

Misoprostol 400 mcg qua đường miệng, nhắc lại một lần sau 4 giờ nếu cần

2. Sắp xếp hút thai càng sớm càng tốt

Nếu thai lớn hơn 16 tuần

1. Chờ thai ra tự nhiên rồi sau đó hút tử cung để lấy ra những gì còn sót lại

2. Nếu cần, truyền 40 đơn vị oxytocin trong 1 L IV dịch(dung dịch muối thường hoặc lactate Ringer) 40 giọt/phút để hỗ trợ thai ra tự nhiên.

3. Chăm sóc bệnh nhân sau khi điều trị.

Chẩn đoán và điều trị biến chứng do sảy thai		
Triệu chứng và dấu hiệu	Biến chứng	Điều trị
Đau bụng dưới Tử cung mềm Chảy máu kéo dài Khó ở Sốt Dịch âm đạo có mùi hôi Dịch cổ tử cung có mũ	Nhiễm trùng	Điều trị bằng kháng sinh càng sớm càng tốt trước khi thử hút chân không bằng tay.
Đau quặn bụng dưới Bụng căng to Bụng cứng Đau vai Buồn nôn, nôn Sốt	Tổn thương cổ tử cung, âm đạo hoặc ruột	Mở ổ bụng để điều trị tổn thương và hút chân không bằng tay. Yêu cầu trợ giúp nếu cần.
Dùng kháng sinh cho đến khi sản phụ hết sốt được 48 giờ _ Ampicillin 2 g IV 6 giờ một lần _ <i>Cộng</i> gentamicin 5 mg/kg cân nặng IV ngày một lần _ <i>Cộng</i> metronidazole 500 mg IV ngày 3 lần		

SẢY THAI CHƯA HOÀN CHỈNH

Nếu chảy máu nhẹ đến vừa và có thai dưới 16 tuần

Dùng ngón tay hoặc kẹp hình khuyên lấy thai qua cổ tử cung

Nếu chảy máu nhiều và có thai dưới 16 tuần

Hút chân không bằng tay. Hút bằng móc sắc chỉ nên thực hiện nếu không có thiết bị hút chân không bằng tay

Nếu không thể hút ngay được thì cho dùng:

- Ergometrine 0.2 mg IM, nhắc lại sau 15 phút nếu cần

Hoặc

- Misoprostol 400 mcg qua đường miệng (nhắc lại sau 4 giờ nếu cần)

Nếu có thai hơn 16 tuần

1. Truyền oxytocin 40 đơn vị trong 1 L IV dịch (muối đẳng trương hoặc Ringer lactate), 40 giọt/phút cho đến khi thai ra
2. Nếu cần, cho dùng misoprostol 200 mcg qua đường âm đạo ngày 6 lần cho đến khi thai ra nhưng không được dùng quá 800 mcg.
3. Hút toàn bộ thai, rau... từ tử cung
4. Chăm sóc bệnh nhân sau khi điều trị

SẢY THAI HOÀN CHỈNH

1. Thông thường không cần hút thai ra
2. Theo dõi chảy máu nặng
3. Chăm sóc bệnh nhân sau điều trị

THAI NGOÀI TỬ CUNG

Triệu chứng và dấu hiệu thai ngoài tử cung bị vỡ và chưa bị vỡ	
Thai ngoài tử cung bị vỡ	Thai ngoài tử cung chưa bị vỡ
<ul style="list-style-type: none"> • Các triệu chứng đầu thai kì(thì thoảng có chấm hoặc vết máu, buồn nôn,ngực to ra, âm đạo và tử cung biến màu xanh xanh,cổ tử cung ngắn đi, tử cung to hơn một chút,hay buồn đi tiểu) • Đau bụng và đau khung chậu 	<ul style="list-style-type: none"> • Thai phụ suy sụp và rất yếu • Mạch nhanh và yếu(=>110/phút) • Huyết áp giảm • Dung lượng máu giảm • Đau bụng và khung chậu cấp • Bụng bị chướng(1) • Bệnh nhân xanh xao, nhợt nhạt
<i>(1) Bụng chướng và chuyển đổi sang đục có thể là dấu hiệu của hiện tượng chảy máu tự do</i>	

Các triệu chứng và dấu hiệu vô cùng khác nhau phụ thuộc vào thai ngoài tử cung đã bị vỡ hay chưa.

Chọc hút túi cùng là công cụ quan trọng để chẩn đoán vỡ thai ngoài tử cung những nó ít tác dụng hơn so với xét nghiệm huyết thanh kết hợp với siêu âm. Nếu thấy có máu không thành chấm thì cho điều trị ngay lập tức.

Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt thường gặp nhất đối với chửa ngoài tử cung là dọa xảy thai.Ngoài ra còn có nhiễm trùng khung chậu cấp và mạn tính, u nang buồng trứng và viêm ruột thừa cấp.

Nếu có thể thì cho bệnh nhân đi siêu âm để phân biệt dọa xảy thai với u nang buồng trứng bị xoắn với thai ngoài tử cung.

Xử trí ngay lập tức

1. Đặt loại máu phù hợp và sắp xếp thực hiện thủ thuật mở ổ bụng. Không được chờ đến khi có máu mới phẫu thuật.
2. Khi phẫu thuật cần thám sát cả ống dẫn trứng và ống Fallop:
 - Nếu có sự tổn thương lan toả cho cả hai ống thì cắt ống dẫn trứng (cắt ống bị chảy máu và trứng đã được thụ tinh cùng một lúc): Đây là lựa chọn cho hầu hết các trường hợp.
 - Hiếm hơn, nếu ống bị tổn thương ít thì thực hiện mở thông vòi tử cung (cắt bỏ trứng đã được thụ tinh nhưng giữ lại ống). Chỉ nên thực hiện điều này nếu như việc bảo tồn khả năng sinh sản là vô cùng quan trọng đối với thai phụ vì nguy cơ bị có thai ngoài tử cung tiếp là rất cao.

Truyền máu hoàn hồi

Nếu bị mất máu đáng kể có thể sử dụng truyền máu hoàn hồi nếu chắc chắn là máu tươi và sạch (ở cuối thai kì máu bị nhiễm bẩn bởi nước ối, vv..vv và không nên sử dụng truyền máu hoàn hồi). Có thể thu máu sau khi mở ổ bụng

1. Đựng máu vào trong chậu và lọc qua gạc vô khuẩn để loại bỏ máu cục
2. Vệ sinh phần đầu của túi máu cho bằng dung dịch sát trùng và mở bằng lưỡi dao tiết trùng.
3. Đổ máu của thai phụ vào trong túi và truyền lại cho thai phụ qua một bộ lọc theo cách thông thường
4. Nếu không có túi máu cho có chất chống đông thì bổ sung sodium citrate 10 ml cho mỗi 90 ml máu.

Để biết thêm chi tiết về việc sử dụng gạc lọc, xem Sử dụng máu lâm sàng (WHO, 2001, trang 275)

RAU BONG NON

Rau bong non là hiện tượng rau bong ra khỏi vị trí của nó trong tử cung trước khi sinh.

1. Đánh giá tình trạng đông máu bằng cách sử dụng xét nghiệm đông máu cạnh giường. Máu không đông sau 7 phút hoặc cục máu dễ vỡ là dấu hiệu của hiện tượng máu không đông.
2. Truyền nếu cần
3. Nếu chảy máu nhiều (rõ hoặc ẩn) thì cho chuyển dạ càng sớm càng tốt

4. Nếu cổ tử cung mở hoàn toàn thì dùng giác hút.
5. Nếu chuyển dạ bằng đường âm đạo không xảy ra ngay thì cho mổ lấy thai
Trong tất cả các trường hợp rau bong non cần chuẩn bị đối phó với băng huyết sau sinh
6. Nếu máu chảy ít đến vừa(sản phụ không bị nguy hiểm ngay), cách xử trí phụ thuộc vào tiếng tim thai:
 - Nếu tiếng tim thai bình thường hoặc không có thì phá màng ối bằng móc màng ối hoặc kim Kocher
 - Nếu cơn co kém thì kích thích chuyển dạ bằng oxytocin
 - Nếu cổ tử cung không thuận lợi(chặt, dày, đóng) thì cho mổ lấy thai
 - Nếu nhịp tim thai thấp hơn 100 và cao hơn 180 nhịp/phút:
 - Cho sinh đường âm đạo nhanh
 - Nếu không thể sinh qua đường âm đạo thì cho mổ lấy thai gấp

BỆNH ĐÔNG MÁU

Đông máu vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của hiện tượng mất máu sản khoa ồ ạt

Nó có thể khởi phát bởi nhiều nguyên nhân, bao gồm:

- Vỡ
- Nhiễm trùng
- Thai nhi bị chết
- Sản giật
- Nghẽn nước ối

Trong nhiều trường hợp mất máu cấp có thể ngăn ngừa được bệnh đông máu nếu nhanh chóng bù được lượng máu bị mất bằng truyền dịch IV.

1. Điều trị các nguyên nhân khiến máu không đông
2. Dùng sản phẩm máu để trợ giúp kiểm soát mất máu
3. Nếu có thể bổ sung máu tươi toàn phần để thay thế các yếu tố đông máu và hồng cầu.
4. Nếu không có máu tươi toàn phần thì chọn một trong số các khả năng dưới đây:
 - Plasma tươi bảo quản bằng đá lạnh hoặc chất kết tủa lạnh để thay thế các yếu tố đông máu
 - Hồng cầu đóng gói để thay thế hồng cầu
 - Tiểu huyết cầu cô đặc(nếu máu tiếp tục chảy và lượng tiểu huyết cầu ít hơn 20000

VỠ TỬ CUNG

Chảy máu tử cung bị vỡ có thể xuất hiện tại âm đạo trừ khi đầu thai nhi bị kín khung chậu. Chảy máu có thể xuất hiện trong ổ bụng. Tuy nhiên, vỡ phần dưới tử cung vào trong dây chằng rộng không làm cho máu chảy vào khoang bụng.

1. Ổn định lượng máu bằng truyền dịch IV(dung dịch muối thường hoặc Ringer lactate) trước khi phẫu thuật
2. Khi bệnh nhân ổn định thì thực hiện ngay thủ thuật mở ổ bụng và đưa thai nhi và rau thai ra ngoài
3. Nếu có thể sửa chữa được tử cung để tránh cắt bỏ tử cung và các mép của chỗ hỏng không bị hoại tử thì tiến hành sửa chữa tử cung. Thủ thuật này mất ít thời gian hơn và mất ít máu hơn là cắt tử cung.
4. Nếu không thể sửa chữa được tử cung thì cắt phần tử cung. Nếu chỗ hỏng lan sang cổ tử cung và âm đạo thì có thể phải cắt toàn bộ tử cung.

Vì nguy cơ bị vỡ với lần mang thai tiếp theo là rất lớn nên cần thảo luận với bệnh nhân về việc tránh thai tạm thời sau khi thực hiện xong cấp cứu.

RAU TIỀN ĐẠO

Rau tiền đạo là rau nằm ở chỗ hoặc gần chỗ cổ tử cung (Hình 12.1)

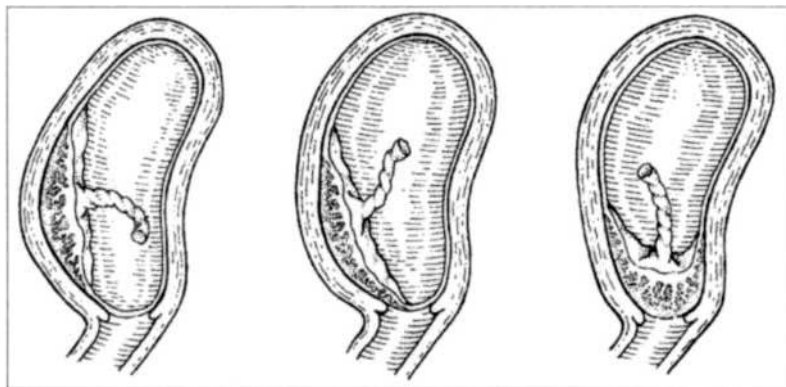


Figure 12.1

Nếu nghi ngờ rau tiền đạo không được khám âm đạo trừ khi phải chuẩn bị cho mổ lấy thai gấp.

1. Khám bằng banh để loại trừ các nguyên nhân chảy máu khác như viêm cổ tử cung, chấn thương, polyp cổ tử cung hoặc u cổ tử cung ác tính. Sự xuất hiện của những vấn đề trên không loại trừ rau tiền đạo
2. Đánh giá lượng máu chảy
3. Ổn định lượng máu bằng truyền dịch IV(dung dịch muối thường hoặc ringer lactate)
4. Nếu máu chảy nhiều và liên tục thì cho mổ lấy thai.

5. Nếu máu chảy ít hoặc đã ngừng chảy và thai nhi còn sống nhưng non cần theo dõi cho đến khi chuyển dạ hoặc chảy máu nhiều xuất hiện:
 - Giữ thai phụ ở bệnh viện đến khi sinh
 - Điều trị thiếu máu bằng liệu pháp iron qua đường miệng
 - Cần đảm bảo là có đủ máu truyền khi cần
 - Nếu chảy máu lại xuất hiện cần quyết định phương án xử trí trên cơ sở cân nhắc lợi điểm và nguy cơ đối với sản phụ và thai nhi

Chẩn đoán xác định

Nếu có thể thực hiện kiểm tra bằng siêu âm thì xác định vị trí của rau. Nếu rau tiền đạo đã được xác nhận và thai nhi đã đến kì sinh thì cho sinh. Nếu không có thiết bị siêu âm hoặc kết quả khám không đáng tin cậy và thai nhi chưa được 37 tuần thì xử trí như đối với trường hợp rau tiền đạo cho đến tuần thứ 37.

Nếu không có thiết bị siêu âm hoặc kết quả khám không đáng tin cậy và thai nhi bằng hoặc lớn hơn 37 tuần thì khám dưới hình thức thiết lập đôi để loại trừ rau tiền đạo ở trong phòng mổ và chuẩn bị sẵn kíp mổ.

Hình thức chuẩn bị thiết lập đôi đối với sinh đường âm đạo và sinh mổ như sau:

1. Đảm bảo đường IV đang chạy và có sẵn máu phù hợp
2. Dùng banh âm đạo tiết trùng để xem cổ tử cung:
 - Nếu cổ tử cung mở một phần và mô rau thai có thể nhìn thấy thì xác nhận là rau tiền đạo và cho mổ lấy thai
 - Nếu cổ tử cung không mở thì cần trọng sờ nắn âm đạo:
 - Nếu cảm thấy mô xốp thì xác nhận là rau tiền đạo và cho mổ lấy thai
 - Nếu cảm thấy đầu thai nhi còn chắc thì loại bỏ khả năng rau tiền đạo và cho sinh chỉ huy.
 - Nếu vẫn nghi ngờ khả năng rau tiền đạo thì cần trọng thực hiện xét nghiệm kĩ thuật số:
 - Nếu cảm thấy mô mềm trong vòng cổ tử cung thì xác nhận rau tiền đạo và cho mổ lấy thai.
 - Nếu cảm thấy màng và bộ phận thai nhi cả ở giữa và ngoài mép thì loại trừ rau tiền đạo và cho sinh chỉ huy.

Thai phụ bị rau tiền đạo rất dễ bị băng huyết sau sinh, rau dính bất thường, rau cài răng lược, thường tìm thấy ở vùng vết mổ sinh trước đây.

Nếu mổ lấy thai và có chảy máu từ vùng rau:

1. Khâu vùng chảy máu để hạn chế chảy máu

2. Truyền 20 đơn vị oxytocin trong 1 L IV dịch(dung dịch muối thường hoặc Ringer lactate), 60 giọt/phút.
3. Nếu chảy máu xuất hiện trong quá trình hậu sản thì thực hiện xử trí phù hợp, có thể bao gồm thắt động mạch tử cung hoặc cắt tử cung.

ĐỜ TỬ CUNG

Đờ tử cung là hiện tượng tử cung không co bóp sau khi sinh

1. Tiếp tục xoa bóp tử cung
2. Dùng thuốc oxytocin kết hợp và liên tục

Dùng thuốc oxytocin			
	Oxitocin	Ergometrine/ methyl- ergometrine	15-methyl prostaglandin F2a
Liều lượng và lộ trình	IV: Truyền 20 đơn vị trong 1 L IV dịch, 60 giọt/phút IM: 10 đơn vị	IM hoặc IV (chậm): 0,2 mg	IM: 0,25 mg
Liều tiếp tục	IV: Truyền 20 đơn vị trong 1 L IV dịch, 40 giọt/phút	Nhắc lại 0,2 mg IM sau 15 phút Nếu cần, cho dùng 0,2mg IM hoặc IV (chậm) 4 giờ một lần	0,25 mg 15 phút một lần
Liều tối đa	Không quá 3 L IV dịch có chứa oxytocin	5 liều (tổng 1,0 mg)	8 liều (tổng 2 mg)
Cần trọng và Chống chỉ định	Không cho dùng như một IV bolus	Tiền sản giật, tăng huyết áp, bệnh tim	Hen suyễn
<i>Không được truyền prostaglandin vì có thể gây chết người</i>			

3. Tiên liệu sớm nhu cầu máu và cho truyền khi cần
4. Nếu máu tiếp tục chảy:
 - Kiểm tra lại rau xem đã hoàn thiện chưa

- Nếu có dấu hiệu một số mảnh còn sót thì loại bỏ các mô rau thai còn sót lại
 - Đánh giá tình trạng đông máu bằng test đông máu đầu giường; máu không đông sau 7 phút hoặc cục máu dễ vỡ cần nghĩ đến bệnh đông máu.
5. Nếu máu tiếp tục chảy mặc dù đã được xử trí như trên:
- Thực hiện ép tử cung bằng hai tay (Hình 12.2,12.3) và duy trì ấn cho đến khi kiểm soát được máu chảy và tử cung co bóp
 - Có thể ép động mạch chủ (Hình 12.4)
6. Nếu sau khi ép mà máu vẫn chảy thì thắt động mạch tử cung và động mạch tử cung-buồng trứng; Nếu máu vẫn tiếp tục chảy sau khi thắt thì thực hiện cắt phần tử cung.
- Gói tử cung là không hiệu quả và làm mất thời gian quý giá.

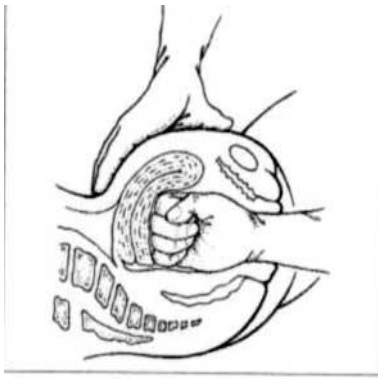


Figure 12.3

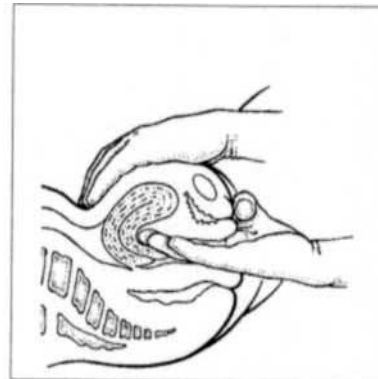


Figure 12.2

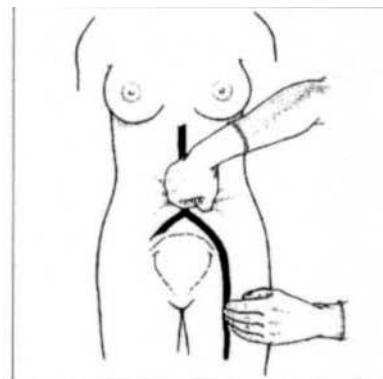


Figure 12.4

RÁCH CỔ TỬ CUNG, ÂM ĐẠO VÀ TÀNG SINH MÔN

Rách đường sinh là nguyên nhân phổ biến thứ hai dẫn đến PPH. Chảy máu sau sinh với tử cung co bóp thường do vết rách cổ tử cung hoặc âm đạo nhưng các chỗ rách cùng tồn tại với hiện tượng đờ tử cung.

1. Kiểm tra sản phụ thật cẩn thận, sửa chữa các vết rách cổ tử cung, âm đạo hoặc tầng sinh môn.
2. Nếu máu tiếp tục chảy cần đánh giá tình trạng máu cục sử dụng test đông máu đầu giường.

SÓT RAU

1. Nếu có thể nhìn thấy rau thì yêu cầu sản phụ đẩy nó ra. Nếu có thể sờ thấy rau ở âm đạo thì lấy nó ra.
2. Chắc chắn là bàng quang phải rỗng. Đặt ống dẫn niệu bàng quang nếu cần.
3. Nếu rau không sổ được thì cho dùng 10 đơn vị oxytocin IM nếu việc chuẩn bị cho giai đoạn 3 của chuyển dạ chưa sẵn sàng.

4. Không cho dùng ergometrine vì nó gây ra đờ tử cung và có thể trì hoãn sổ rau
5. Nếu rau không sổ sau khi kích thích bằng oxytocin 30 phút và tử cung co bóp thì thử kéo dây rau có kiểm soát.

Tránh kéo mạnh và ấn đáy vì có thể làm lộn tử cung.

6. Nếu không thực hiện được việc kéo dây rau có kiểm soát thì thử loại bỏ rau bằng tay. Các mô rất dính có thể là rau cài răng lược. Việc gắng sức loại bỏ rau không thể tách dễ dàng có thể gây ra chảy máu nhiều hoặc thủng tử cung và dẫn đến phải cắt tử cung.

7. Nếu máu tiếp tục chảy, đánh giá tình trạng máu cục bằng test đông máu đầu giường. Máu không đông sau 7 phút hoặc cục máu dễ vỡ chỉ ra khả năng bị bệnh đông máu.

8. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, dịch âm đạo có mùi hôi) thì cho dùng kháng sinh như với các ca viêm tử cung.

SÓT CÁC MẢNH RAU

Khi một phần của rau bị sót nó sẽ cản trở tử cung co bóp.

1. Sờ trong tử cung các mảnh rau còn sót. Khám phá bằng tay tử cung cũng tương tự như kỹ thuật lấy rau đã được mô tả.
2. Loại bỏ các mảnh rau sót bằng tay, forceps trứng hoặc thìa nạo lớn
3. Nếu máu tiếp tục chảy, đánh giá tình trạng đông máu sử dụng test đông máu đầu giường.

TỬ CUNG BỊ LỘN

Tử cung bị lộn nếu nó quay mặt trong ra ngoài trong khi sổ rau.

1. Chỉnh sửa lại tử cung ngay lập tức. Để càng lâu, vòng tròn xung quanh tử cung bị lộn sẽ trở nên cứng hơn và tử cung sẽ bị nhồi nhiều máu hơn.
2. Nếu sản phụ bị đau nghiêm trọng thì cho dùng pethidine 1 mg/kg *hoặc* morphine 0.1 mg/kg trọng lượng cơ thể IM *hoặc* IV chậm.
3. Cho dùng liều đơn kháng sinh dự phòng sau khi chỉnh sửa tử cung bị lộn:
 - _ Ampicillin 2 g IV cộng metronidazole 500 mg IV
 - Hoặc*
 - _ Cefazolin 1 g IV cộng metronidazole 500 mg IV
4. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, dịch âm đạo hôi) cho dùng kháng sinh như đối với trường hợp viêm ử cung. Nếu nghi ngờ có u ác thì cắt tử cung.
5. Không cho dùng thuốc oxytocin cho đến khi điều chỉnh xong tử cung bị lộn.

BĂNG HUYẾT SAU SINH BỊ TRÌ HOÃN

1. Nếu thiếu máu trầm trọng thì bổ trí truyền và cho dùng iron và acid folic qua đường miệng
2. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, dịch âm đạo hôi) cho dùng kháng sinh như trong các ca viêm tử cung:
3. Cho dùng thuốc oxytocin
4. Nếu cổ tử cung mở thì dùng tay loại bỏ các cục máu và mảnh rau thai. Khám phá tử cung bằng tay cũng tương tự như kỹ thuật lấy rau bị dính đã được miêu tả.
5. Nếu cổ tử cung không mở thì thật rửa tử cung để loại bỏ các mảnh rau còn sót lại.
6. Nếu máu tiếp tục chảy thì thắt động mạch tử cung và động mạch tử cung-buồng trứng hoặc cắt tử cung
7. Thực hiện xét nghiệm mô đối với các mẫu được nạo hoặc cắt nếu có thể để loại trừ u thuộc lá nuôi.

12.4. CÁC THỦ THUẬT

HÚT CHÂN KHÔNG BẰNG TAY

1. 30 phút trước khi thực hiện thủ thuật cần thực hiện hỗ trợ về tâm lý, động viên bệnh nhân và cho dùng paracetamol.
2. Chuẩn bị bơm tiêm MVA(đối với thai trứng, khi các chất bên trong tử cung có vẻ như rất nhiều thì cần chuẩn bị 3 bơm tiêm):
 - Lắp ráp bơm
 - Đóng van
 - Kéo ngược pittông cho đến khoá tay cầm pittông
3. Nếu máu chảy ít, cho dùng 10 đơn vị oxytocin IM hoặc 0,2 mg IM ergometrine trước khi thực hiện thủ thuật để làm cho chắc hơn và giảm nguy cơ thủng tử cung.
4. Khám khung chậu bằng hai tay để đánh giá kích thước, vị trí tử cung và tình trạng vòm.
5. Khử trùng âm đạo và cổ tử cung, đặc biệt là miệng lỗ.
6. Kiểm tra cổ tử cung xem có bị rách không và thai có nhô ra ngoài không. Nếu thai nhô ra ngoài tại âm đạo hoặc cổ tử cung thì dùng kẹp hình nhẫn hoặc kẹp xóp lấy ra.
7. Nhẹ nhàng lấy môi trong của cổ tử cung bằng móc giữ một răng hoặc kẹp có móc:

Với các ca sảy thai chưa hoàn chỉnh thì nên dùng kim hình nhẫn hoặc kim xóp vì nó ít làm rách cổ tử cung khi kéo như móc giữ và không cần dùng lidocaine để sắp đặt.

8. Nếu dùng móc giữ để giữ cổ tử cung, đầu tiên phải tiêm 1 ml dung dịch lidocaine 0.5% lidocaine vào môi trong hoặc môi ngoài của cổ tử cung được bộc lộ bằng banh (thường dùng từ 10 giờ hay 12 giờ)
9. Mở cổ tử cung chỉ cần thiết trong các trường hợp không biết bị sảy thai hoặc khi thai còn lưu lại trong tử cung vài ngày:
 - Nhẹ nhàng đưa ống hút cỡ lớn nhất vào
 - Dùng dụng cụ nong chỉ khi ống không thể vào được; bắt đầu bằng dụng cụ nong có kích thước nhỏ nhất và kết thúc bằng cỡ lớn nhất (thường từ 10-12mm) để có được độ mở cần thiết (Hình 12.5)
 - Lưu ý không làm rách cổ tử cung hoặc tạo ra độ mở giả tạo
10. Trong khi nhẹ nhàng kéo cổ tử cung thì cho ống qua cổ tử cung vào trong khoang tử cung chỉ qua lỗ bên trong (Hình 12.6). Quay ống trong khi nhẹ nhàng ấn để hỗ trợ đầu ống đi qua ống cổ tử cung.
11. Chậm chậm đẩy ống vào bên trong khoang tử cung cho đến khi nó chạm đáy nhưng không được dài hơn 10cm. Đo độ sâu của tử cung bằng các châm nhìn thấy được trên ống và sau đó nhẹ nhàng rút ống ra.
12. Gắn bơm MVA đã được chuẩn bị vào ống bằng cách giữ móc giữ hoặc kẹp có móc và đầu của ống ở một bên tay còn tay kia giữ bơm.
13. Tháo van trên bơm để chuyển chân không qua ống đến khoang tử cung. Thụt rửa các chất bên trong bằng cách nhẹ nhàng xoay bơm từ bên này sang bên kia (10 đến 12 giờ) và sau đó di chuyển ống một cách nhẹ nhàng và chậm chậm về phía sau và lên phía trước trong khoang tử cung (Hình 12.7)
14. Kiểm tra các dấu hiệu của việc hoàn tất thủ thuật:
 - Vẫn còn bọt màu đỏ hoặc hồng nhưng không nhìn thấy mô bên trong ống
 - Khi ống đi qua bề mặt của tử cung đã được thụt rửa có thể có cảm giác gai người.
 - Tử cung co bóp vòng quanh ống
15. Rút ống ra. Tháo bơm và đặt ống vào dung dịch khử nhiễm. Để van mở, trút các chất bên trong bơm MVA vào cái lọc bằng cách đẩy pittông.
16. Khám bằng hai tay để kiểm tra kích thước và độ chắc của tử cung
17. Nhanh chóng kiểm tra số lượng mô được lấy ra khỏi tử cung và sự có mặt của thai để chắc chắn rằng việc hút đã hoàn tất và kiểm tra thai trứng (hiếm gặp). Nếu không thấy thai:

- Tất cả các bộ phận của thai có thể đã bị ra trước khi thực hiện MVA (sảy thai hoàn chỉnh)
- Khoang tử cung có vẻ rộng nhưng có thể không rộng hoàn toàn: thực hiện hút lại
- Chảy máu âm đạo có thể không phải do sảy thai không hoàn chỉnh
- Tử cung có thể không bình thường

18. Sự thiếu vắng thai sau hút ở các bệnh nhân có biểu hiện mang thai biểu hiện khả năng bị thai trứng cao. Nhẹ nhàng đưa bàn vào âm đạo và kiểm tra hiện tượng chảy máu. Nếu tử cung vẫn mềm, không nhỏ hơn hoặc vẫn bị chảy máu âm i thì thực hiện thụt rửa lại.



Figure 12.5

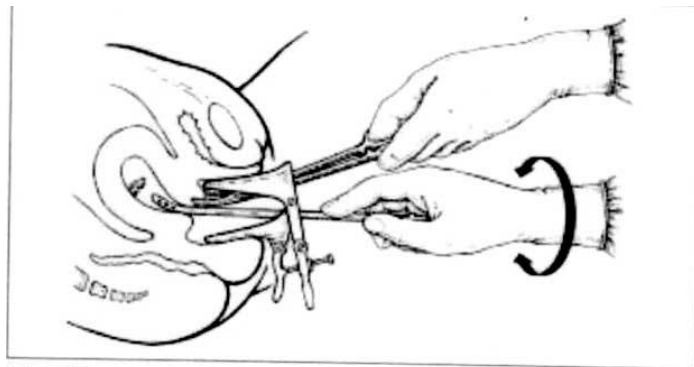


Figure 12.6

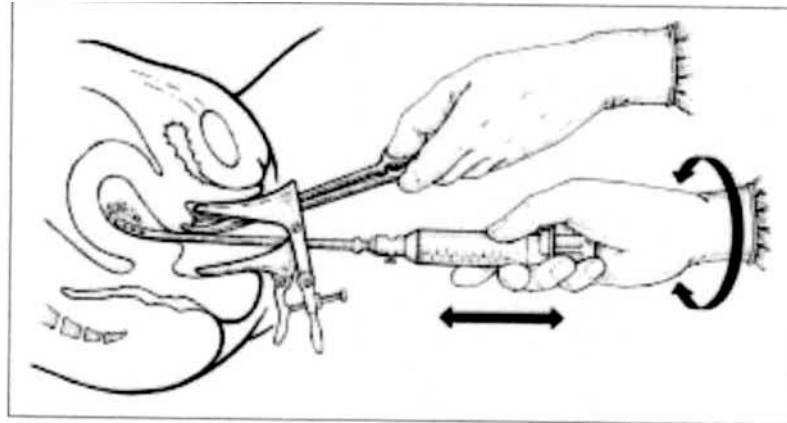


Figure 12.7

NONG VÀ NẠO

Phương pháp hút bằng tay là phương pháp được sử dụng nhiều để thụt rửa tử cung. Nong và nạo chỉ nên sử dụng nếu không có điều kiện hút chân không.

1. Thực hiện các bước đầu tiên giống như khi thực hiện hút chân không bằng tay.
2. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ gỗ để nghe bệnh qua cổ tử cung để đánh giá độ dài và hướng của tử cung. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ nạo to vào. Chỉ dùng dụng cụ

nong khi dụng cụ nạo không vào được. Bắt đầu với dụng cụ nong có kích thước nhỏ nhất và kết thúc với kích thước lớn nhất để đảm bảo độ mở phù hợp (thường từ 10-12 mm) (Hình 12.8). Lưu ý không làm rách cổ tử cung hoặc tạo ra độ mở giả.



Figure 12.8

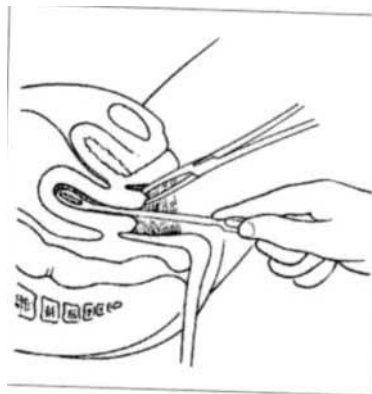


Figure 12.9

3. Thụt rửa các chất bên trong tử cung bằng một chiếc thìa nạo to hoặc kẹp hình nhẫn (Hình 12.9). Nhẹ nhàng nạo thành tử cung cho đến khi có cảm giác rợn người.
4. Khám khung chậu bằng hai tay để kiểm tra kích thước và độ chắc của tử cung. Kiểm tra các chất được thụt ra. Đưa các chất đó đi xét nghiệm mô nếu cần

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Cho dùng 500mg paracetamol qua đường miệng nếu cần
2. Động viên bệnh nhân ăn, uống và đi lại nếu muốn
3. Gọi ý dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nếu có thể, bao gồm phòng ngừa uốn ván, tư vấn hoặc biện pháp kế hoạch hoá gia đình.
4. Cho xuất viện trong 1-2 giờ đối với các ca không bị biến chứng
5. Khuyến bệnh nhân theo dõi các triệu chứng và dấu hiệu cần chú ý đặc biệt:
 - Chuột rút kéo dài (hơn vài ngày)
 - Chảy máu kéo dài (hơn 2 tuần)
 - Ra máu nhiều hơn so với kì kinh bình thường
 - Đau nghiêm trọng và tăng dần
 - Sốt, rét run, khó chịu
 - Ngất

CHỌC HÚT TÚI CÙNG

1. Khử trùng âm đạo
2. Hỗ trợ về tâm lý và động viên bệnh nhân. Nếu cần thì cho thâm nhiễm lidocaine
3. Nhẹ nhàng gấp môi sau của cổ tử cung bằng móc giữ và kéo nhẹ để nâng cổ tử cung làm bộc lộ âm đạo sau
4. Lắp một chiếc kim dài vào bơm và đưa vào âm đạo sau ngay dưới môi sau của cổ tử cung (Hình 12.10)
5. Nhẹ nhàng kéo bơm để hút túi cùng Douglas(khoảng không phía sau tử cung):
 - Nếu không có máu đông cục thì có thể là thai trứng
 - Nếu có máu đông cục, mạch và động mạch có thể bị hút thì lấy kim ra, sau đó lại cho vào và hút tiếp
 - Nếu có dịch trong hoặc màu vàng thì phúc mạc không có máu; bệnh nhân vẫn có khả năng bị chữa ngoài tử cung chưa vỡ do đó cần kiểm tra và theo dõi tiếp.
 - Nếu không có dịch thì rút kim ra rồi lại cho vào và hút tiếp; nếu vẫn không có dịch thì bệnh nhân có thể bị chữa ngoài tử cung chưa vỡ
 - Nếu thấy mũ thì giữ kim tại chỗ và thực hiện thủ thuật mở âm đạo

MỞ ÂM ĐẠO

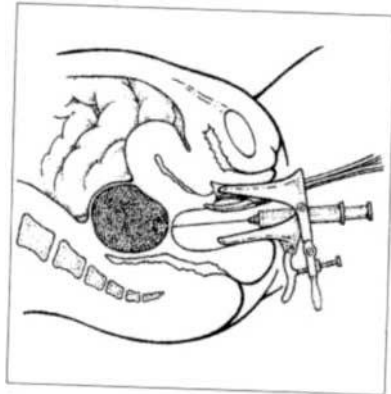


Figure 12.10

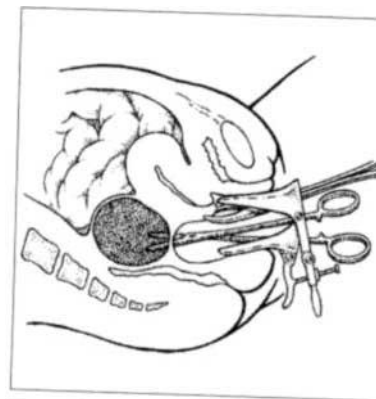


Figure 12.11

1. Nếu thấy mũ trong khi chọc hút túi cùng thì giữ kim tại chỗ và rạch một đường tại vùng được chọc. Rút kim và đưa kẹp cùn hoặc một ngón tay qua đường rạch để phá vỡ các vách ngăn của khoang áp-xe (Hình 12.11)
2. Để mũ chảy ra. Đưa ống dẫn lưu bằng cao su mềm có nếp gấp đã khử trùng mức độ cao vào; nếu cần dùng một mũi chỉ qua ống dẫn lưu để neo nó vào âm đạo. Rút ống dẫn lưu khi không còn mũ chảy ra nữa.

3. Nếu không có mũ, ổ áp-xe có thể cao hơn túi Douglas. Cần mở ổ bụng để rửa phúc mạc

CẮT ỐNG DẪN TRỨNG TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP THAI TRỨNG

1. Cho dùng liều đơn kháng sinh dự phòng (ampicillin 2 g IV *hoặc* cefazolin 1 g IV).
2. Mở ổ bụng:
 - Rạch một đường dọc giữa dưới rốn đến lông mu; qua da và đến mức cân mạc
 - Rạch một đường rạch dọc dài khoảng 2-3cm trên cân mạc
 - Giữ mép cân mạc bằng kẹp và dùng kéo kéo dài đường rạch về phía trên và phía dưới
 - Dùng ngón tay hoặc kéo tách các cơ trực tràng (cơ thành bụng)
 - Dùng ngón tay để mở phúc mạc gần rốn
 - Dùng kéo làm dài đường rạch về phía trên và phía dưới để có thể nhìn thấy toàn bộ tử cung. Cần thận, tránh làm tổn thương bàng quang, dùng kéo tách các lớp và mở phần dưới phúc mạc
 - Dùng banh vết vết mổ qua xương chậu và đặt banh ổ bụng tự ngắt
3. Xác định và làm rõ ống dẫn trứng và buồng trứng
4. Dùng kẹp kéo (ví dụ như kẹp Babcock) để mở rộng tầm nhìn và kẹp màng treo vòi noãn để làm máu ngừng chảy.
5. Hút máu từ bụng dưới và loại bỏ máu cục
6. Đặt gạc ẩm thấm dung dịch muối đẳng trương ẩm để gói tách ruột và màng nối khỏi vùng phẫu thuật.
7. Chia màng nối bằng một loạt kẹp (Hình 12.12). Đặt từng chiếc kẹp gần với các ống để bảo tồn hệ mạch buồng trứng.
8. Xuyên và thắt màng nối đã được chia bằng chỉ crôm không tiêu cỡ 2-0 hoặc chỉ polyglycolic trước khi tháo kẹp.
9. Đặt nút buộc gần gốc vòng quanh ống tại đầu eo của nó và cắt ống
10. Đóng ổ bụng:
 - Đảm bảo rằng máu không còn chảy; dùng bọt biển lấy máu cục ra
 - Trong tất cả các trường hợp cần kiểm tra các tổn thương bàng quang và xử trí nếu tìm thấy.
 - Khâu cân mạc bằng các mũi khâu liên tục với chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic; không cần đóng phúc mạc bàng quang hay phúc mạc bụng.

- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, gói mô dưới da bằng gạc và khâu lỏng bằng chỉ không tiêu hoặc chỉ polyglycolic; đóng da kì hai sau khi hết nhiễm trùng.
- Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng, khâu da bằng các mũi khâu có đệm nằm dọc với chỉ nilong hoặc tơ cỡ 3-0 và băng tiệt trùng.

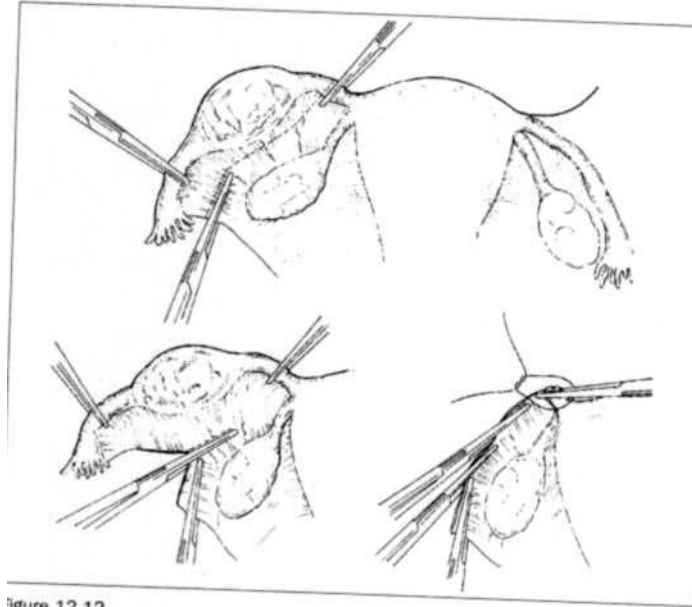


Figure 12.12

Mở thông vòi tử cung

Nếu ống ít bị hư hại, có thể loại bỏ túi thai và bảo tồn ống. Chỉ nên thực hiện điều này trong các trường hợp mà việc duy trì khả năng sinh sản là vô cùng quan trọng đối với bệnh nhân vì nguy cơ tái chữa trứng là rất cao.

1. Mở ổ bụng và bộc lộ buồng trứng và ống fallop.
2. Dùng kẹp kéo (ví dụ kẹp Babcock) tại từng bên của ống thai và nhắc lên để xem
3. Dùng dao mổ rạch một đường rạch thẳng qua màng ối giả bên phía đối diện với màng treo ruột và dọc theo trục ống nhưng không được cắt túi thai
4. Dùng tay dao mổ kéo trượt túi thai khỏi ống
5. Thắt các điểm chảy máu
6. Trả buồng trứng và ống fallop vào khoang chậu
7. Đóng ổ bụng

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc bệnh nhân hiện bị sốt thì có dùng kháng sinh phối hợp cho đến khi hết sốt 48 giờ:

- Ampicillin 2 g IV 6 giờ một lần cộng gentamicin 5 mg/kg trọng lượng cơ thể IV 24 tiếng một lần cộng metronidazole 500 mg IV 8 tiếng một lần
2. Cho dùng thuốc giảm đau phù hợp
 3. Nếu đã thực hiện thủ thuật mở thông vòi trứng thì thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ bị chửa trứng và gợi ý làm kế hoạch hoá gia đình.

SỬA CHỮA TỬ CUNG BỊ VỠ

1. Cho dùng liều đơn kháng sinh dự phòng (ampicillin 2 g IV *hoặc* cefazolin 1 g IV).
2. Mở ổ bụng
 - Rạch một đường dọc giữa dưới rốn đến lông mu; qua da và đến mức cân mạc
 - Rạch một đường rạch dọc dài khoảng 2-3cm trên cân mạc
 - Giữ mép cân mạc bằng kẹp và dùng kéo kéo dài đường rạch về phía trên và phía dưới
 - Dùng ngón tay hoặc kéo tách các cơ trực tràng (cơ thành bụng)
 - Dùng ngón tay để mở phúc mạc gần rốn
 - Dùng kéo làm dài đường rạch về phía trên và phía dưới để có thể nhìn thấy toàn bộ tử cung. Cần thận, tránh làm tổn thương bàng quang, dùng kéo tách các lớp và mở phần dưới phúc mạc
 - Kiểm tra ổ bụng và tử cung bên bị rách và loại bỏ máu cục
 - Dùng banh vết vết mổ qua xương chậu và đặt banh ổ bụng tự ngắt
3. Đưa đứa trẻ và rau thai ra
4. Truyền oxytocin 20 đơn vị trong 1 L IV dịch (dung dịch muối thường hoặc Ringer's lactate), 60 giọt/phút cho đến khi tử cung co bóp và sau đó giảm xuống còn 20 giọt/giờ
5. Nhấc tử cung ra khỏi khung chậu để nhận biết sự lan rộng của tổn thương
6. Kiểm tra cả trước và sau tử cung.
7. Giữ các đầu tử cung bị chảy máu bằng Green Armytage clamps (hoặc kẹp hình khuyên)
8. Tách bàng quang khỏi phần tử cung dưới bằng dụng cụ tách sắc hoặc cùn.

Sửa chữa vết rách tử cung

1. Sửa chữa vết rách tử cung bằng các mũi khâu khoá liên tục với chỉ không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic. Nếu điểm chảy máu sâu, dùng các mũi chỉ hình số 8. Nếu không kiểm soát được chảy máu hoặc nếu vết rách đi

qua đường rạch cổ điển lần trước hoặc đường rạch dọc thì khâu thêm một lớp thứ hai.

2. Chắc chắn rằng tử cung được xác định và bộc lộ để tránh khâu vào nó.
3. Nếu bệnh nhân yêu cầu thắt ống dẫn trứng thì thực hiện ngay tại thời điểm này.
4. Nếu vết rách quá rộng không thể sửa chữa được thì cắt tử cung. Kiểm soát chảy máu bằng kẹp với kẹp động mạch dài và thắt lại.

Vết rách xuyên qua cổ tử cung và âm đạo

1. Nếu tử cung bị rách xuyên qua cổ tử cung và âm đạo, di chuyển bàng quang cách chỗ rách ít nhất 2 cm về phía dưới.
2. Nếu có thể, khâu một mũi 1cm dưới đầu trên của vết rách cổ tử cung và kéo chỉ để đưa đầu dưới vết rách để có thể nhìn thấy khi tiếp tục sửa chữa.

Rách ngang xuyên qua động mạch tử cung

1. Nếu vết rách mở rộng sang ngang làm hư hại một hoặc cả hai động mạch tử cung thì thắt động mạch bị tổn thương.
2. Xác định động mạch và tử cung trước khi thắt các mạch tử cung.

Vết rách với ổ tụ máu dây chằng rộng

1. Nếu chỗ rách tạo ra một ổ tụ máu dây chằng rộng thì kẹp, cắt và thắt dây chằng tròn.
2. Mở lá trong của dây chằng rộng và dẫn lưu máu tụ.
3. Thăm sát khu vực thật cẩn thận để xem tổn thương ở động mạch tử cung và các nhánh của nó. Thắt các mạch chảy máu

Sửa chữa tổn thương bàng quang

1. Xác định tổn thương bàng quang bằng cách kẹp từng mép vết rách bằng kẹp và nhẹ nhàng căng ra. Xác định xem tổn thương có gần với vùng tam giác không.
2. Cắt bàng quang khỏi phần tử cung dưới bằng kéo mảnh.
3. Giải phóng 2 cm vòng mô bàng quang xung quanh chỗ rách.
4. Sửa chữa vết rách bằng 2 lớp mũi khâu liên tục với chỉ crôm không tiêu cỡ số 3-0 hoặc chỉ polyglycolic:
 - Khâu niêm mạc bàng quang (lớp mỏng bên trong) và cơ bàng quang (lớp bên ngoài)

- Lộn lớp ngoài qua lớp chỉ đầu tiên và khâu lớp tiếp theo
 - Lưu ý để không khâu vào vùng tam giác
5. Kiểm nghiệm vết rách xem có bị rò không:
 - Cho nước muối đẳng trương tiệt trùng hoặc nước thường vào bàng quang thông qua ống dẫn niệu
 - Nếu có lỗ rò thì tháo chỉ khâu, khâu và kiểm nghiệm lại
 6. Nếu không chắc chắn là việc sửa chữa được tách biệt khỏi tử cung và đường niệu thì hoàn tất việc sửa chữa và đưa bệnh nhân lên tuyến có điều kiện hơn
 7. Giữ ống dẫn niệu trong ít nhất 7 ngày đến khi nước tiểu trong. Tiếp tục truyền dịch IV để đảm bảo bàng quang bình thường trở lại.

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc bệnh nhân đang bị sốt thì cho dùng kháng sinh kết hợp sau khi hết sốt 48 giờ:
Ampicillin 2 g IV 6 tiếng một lần *cộng* gentamicin 5 mg/kg trọng lượng cơ thể IV 24 giờ một lần *cộng* metronidazole 500 mg IV 8 tiếng một lần.
 2. Cho dùng thuốc giảm đau phù hợp
 3. Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng thì rút dẫn lưu ổ bụng sau 48 tiếng.
 4. Nếu không thực hiện thắt ống dẫn trứng thì gợi ý bệnh nhân thực hiện kế hoạch hoá gia đình
- Nếu bệnh nhân muốn có thêm con thì khuyên bệnh nhân chọn mổ lấy thai khi có thai lần sau. Vì nguy cơ bị vỡ do mang thai liên tục là rất cao nên cần thảo luận với bệnh nhân về biện pháp tránh thai tạm thời sau khi thực hiện thủ thuật.

LẤY RAU THAI BẰNG TAY

1. Hỗ trợ tâm lý và động viên bệnh nhân. Có thể cần gây mê hoặc làm giảm đau
2. Cho dùng liều đơn kháng sinh dự phòng:
_ Ampicillin 2 g IV *cộng* metronidazole 500 mg IV
hoặc
_ Cefazolin 1 g IV *cộng* metronidazole 500 mg.
3. Giữ dây rốn bằng kẹp. Kéo dây rốn nhẹ nhàng cho đến khi nó song song với nền
4. Đeo găng tiệt trùng, đưa một bàn tay vào âm đạo lên tử cung dọc theo dây rốn.

5. Bỏ dây ra và di chuyển bàn tay lên trên ổ bụng để hỗ trợ đáy tử cung và cung cấp kéo ngược trong quá trình lấy rau để tránh lộn tử cung (Hình 12.13). Nếu tử cung bị lộn thì chỉnh sửa lại.

6. Di chuyển ngón tay sang ngang cho đến khi định vị được rau thai

7. Nếu dây rốn đã được tách ra trước đó thì cho một bàn tay vào khoang tử cung. Bộc lộ toàn bộ khoang cho đến khi xác định được đường phân cắt giữa rau và thành tử cung.

8. Tách rau khỏi vùng cư trú bằng cách khép chặt các ngón tay và dùng mép bàn tay liên tục tạo khoảng trống giữa rau và thành bụng.

9. Tiếp tục như thế cho đến khi toàn bộ rau thai được tách khỏi thành bụng

10. Nếu không tách được rau bằng cách trên thì cần nghi ngờ là rau cài răng lược, phải thực hiện mở ổ bụng và có thể phải cắt tử cung bán phần.

11. Giữ rau, nhẹ nhàng rút tay khỏi tử cung và mang rau theo (Hình 12.14). Dùng tay kia duy trì lực kéo ngược về phía đáy bằng cách đẩy nó theo hướng ngược lại với tay đang rút ra.

12. Kiểm tra khoang tử cung để chắc chắn rằng không có mô bị sót trong đó.

13. Cho dùng 20 đơn vị oxytocin trong 1lít dịch IV(dung dịch muối thường hoặc ringer lactate), 60 giọt/phút

14. Yêu cầu trợ lý tiếp tục xoa bóp đáy tử cung để kích thích cơn co của tử cung bị đờ.

15. Nếu bị chảy máu nhiều cho dùng egometrine 0,2 mg IM hoặc prostaglandine

16. Kiểm tra bề mặt giáp với tử cung của rau để xem nó có đầy đủ không. Nếu thấy bị thiếu thì phải kiểm tra lại khoang tử cung và lấy nó ra.

17. Khám sản phụ thật cẩn thận và sửa chữa các vết rách cổ tử cung, âm đạo hoặc tầng sinh môn.



Figure 12.13

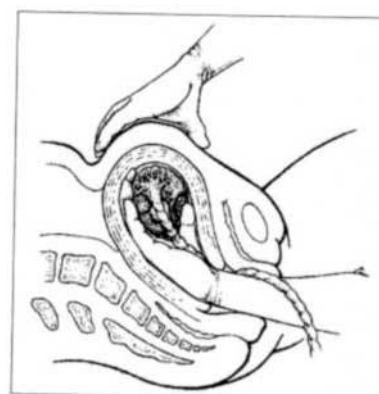


Figure 12.14

Các vấn đề lưu ý

Nếu rau thai bị sót do vòng thắt hoặc do đã sinh được một thời gian thì khó có thể đưa cả bàn tay vào tử cung. Lấy từng mảnh rau bằng cách sử dụng hai ngón tay, kim dạng trứng hoặc thìa nạo to.

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Theo dõi bệnh nhân cho đến khi thuốc giảm đau IV hết tác dụng
2. Điều khiển các dấu hiệu quan trọng (mạch, huyết áp, hô hấp) 30 phút một lần trong 6 giờ tiếp theo hoặc đến khi ổn định.
3. Kiểm tra đáy tử cung để chắc chắn rằng tử cung vẫn co bóp.
4. Kiểm tra xem lượng sản dịch có quá nhiều không
5. Tiếp tục truyền IV dịch

SỬA CHỮA CÁC VẾT RÁCH CỔ TỬ CUNG

1. Sát trùng âm đạo và cổ tử cung
2. Hỗ trợ tâm lý và động viên sản phụ. Trong phần lớn các trường hợp rách cổ tử cung thì không cần phải gây mê.
3. Yêu cầu trợ lý xoa bóp tử cung và ấn đáy.
4. Nhẹ nhàng kẹp cổ tử cung bằng kim hình khuyên hoặc kim xỏp. Đặt kim ở cả hai bên vết rách và nhẹ nhàng kéo theo nhiều hướng khác nhau để xem toàn bộ toàn bộ tử cung. Có thể có vài vết rách.
5. Khâu vết rách bằng các mũi khâu liên tục với chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic, bắt đầu từ đỉnh (mép trên vết rách), thường là nguồn chảy máu (Hình 12.15). Nếu một đoạn dài vành cổ tử cung bị rách thì khâu dưới nó bằng các mũi khâu liên tiếp với chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic

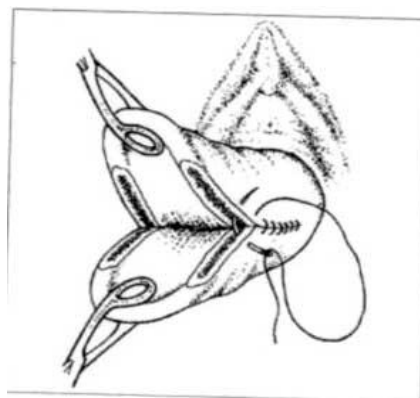


Figure 12.15

6. Nếu khó với tới đỉnh để buộc thì có thể kẹp nó bằng kim động mạch hoặc kim hình khuyên. Để kim trong vòng 4 giờ. Không nên cố thử thắt các điểm

chảy máu vì như thế có thể làm tăng chảy máu. Sau 4 giờ, bỏ kim từng phần nhưng không bỏ hẳn.

7. Sau 4 giờ tiếp theo, nếu máu không chảy nữa thì bỏ kim hoàn toàn.

Có thể phải mở ổ bụng để sửa chữa vết rách cổ tử cung lan sâu sang bên kia vòm âm đạo.

KHÂU VẾT RÁCH ÂM ĐẠO VÀ TẦNG SINH MÔN

Trong khi chuyển dạ có thể xuất hiện vết rách theo 4 mức độ:

- Độ 1: Niêm mạc âm đạo + mô nổi
- Độ 2: Niêm mạc âm đạo + mô nổi + cơ
- Độ 3: Toàn bộ cắt ngang cơ vòng hậu môn
- Độ 4: Bao gồm cả niêm mạc trực tràng

Sửa chữa vết rách độ 1 và 2

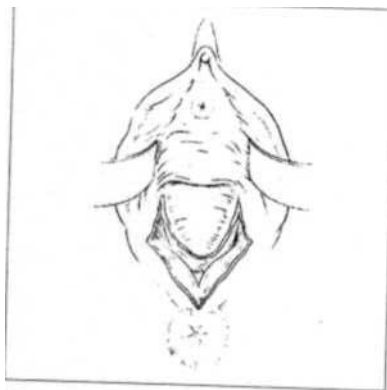


Figure 12.16



Figure 12.17

Phần lớn vết rách độ một có thể tự liền mà không cần khâu

1. Cho thâm nhiễm tại chỗ bằng lidocaine. Nếu cần thì dùng phong bế môi âm hộ. Gây tê sớm để đảm bảo nó có tác dụng đúng thời điểm
2. Yêu cầu trợ lý xoa bóp tử cung và ấn đáy
3. Khám âm đạo, tầng sinh môn và cổ tử cung cẩn thận (Hình 12.16). Nếu vết rách dài và sâu qua tầng sinh môn thì thám sát để xác định xem có phải là vết rách độ 3 hay 4 không.:
 - Để ngón tay đeo găng vào hậu môn
 - Nhẹ nhàng nhấc ngón tay và xác định cơ vòng hậu môn
 - Cảm nhận tình trạng và độ chặt của cơ vòng hậu môn
 - Thay găng sạch, tiết trùng.
4. Nếu cơ vòng hậu môn bị tổn thương thì xử trí giống như đối với vết rách độ 3 và 4
5. Nếu cơ vòng hậu môn không bị tổn thương thì tiến hành khâu.

6. Khâu niêm mạc âm đạo bằng các mũi khâu liên tục với chỉ cỡ 2-0 (Hình 12.17)
 - Bắt đầu sửa khoảng 1cm trên đỉnh vết rách, tiếp tục khâu đến phần mở âm đạo
 - Tại chỗ mở âm đạo, khâu các mép vết cắt lại với nhau
 - Đưa kim dưới chỗ mở âm đạo, xuyên ra ngoài vết rách tầng sinh môn và buộc lại
7. Khâu các cơ tầng sinh môn bằng các mũi khâu rời với chỉ cỡ số 2-0 (Hình 12.18). Nếu vết rách sâu thì dùng thêm một lớp mũi khâu tương tự để đóng khoảng trống đó.
8. Khâu da bằng các mũi khâu rời hoặc dưới biểu bì da với chỉ cỡ số 2-0, bắt đầu từ chỗ mở âm đạo (Hình 12.19). Nếu vết rách sâu thì khám trực tràng. Lưu ý để không khâu vào trực tràng.

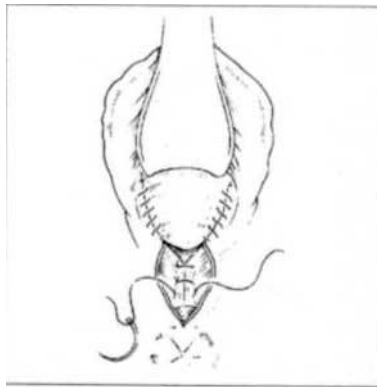


Figure 12.18

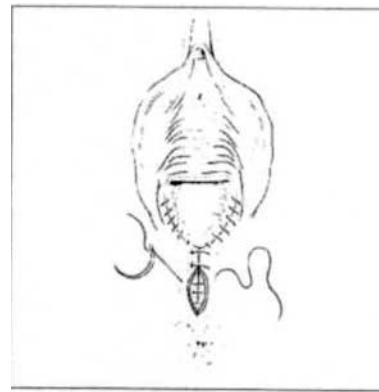


Figure 12.219

Khâu vết rách độ 3 và 4

Sản phụ có thể bị mất kiểm soát chuyển động của ruột và hơi nếu vết rách cơ vòng hậu môn không được sửa chữa tốt. Nếu không sửa chữa vết rách ở trực tràng thì sản phụ có thể bị nhiễm trùng và rò trực tràng-âm đạo.

Khâu các vết rách đó trong phòng mổ.

1. Nếu không thể nhìn thấy mép vết rách thì gây mê toàn thân hoặc cục bộ. Nếu có thể nhìn thấy mép vết rách thì cho thâm nhiễm tại chỗ bằng lidocaine.
2. Yêu cầu trợ lý xoa bóp tử cung và ấn đáy
3. Khám âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn và trực tràng. Để xem xem cơ vòng hậu môn có bị rách không:
 - Đặt một ngón tay đeo găng vào hậu môn và nhẹ nhàng nhấc nó lên một chút
 - Xác định cơ vòng có hay không

- Cảm nhận bề mặt trực tràng và xem kỹ để tìm vết rách
- 4. Thay găng tiệt trùng, khử trùng vết rách và loại bỏ phân nếu có
- 5. Khâu trực tràng bằng các mũi khâu rời với chỉ số 3-0 hoặc 4-0 cách nhau 0,5 cm để ghép niêm mạc lại với nhau (Hình 12.20). Đặt chỉ xuyên qua áo cơ (không phải lúc nào cũng xuyên qua niêm mạc).
- 6. Khâu trùm lớp áo cơ bằng cách ghép lớp cân mạc với nhau bằng các mũi khâu rời.
- 7. Liên tục sát trùng vùng thủ thuật
- 8. Nếu cơ vòng bị rách, kẹp từng đầu cơ vòng bằng kẹp Allis. Cơ vòng rất khỏe và sẽ không bị rách khi dùng kẹp kéo. Khâu cơ vòng bằng 2 hay 3 mũi khâu rời với chỉ số 2-0 (Hình 12.21)
- 9. Sát trùng lại vùng thủ thuật. Khám hậu môn bằng một ngón tay đeo găng để đảm bảo là trực tràng và cơ vòng đã được sửa chữa tốt. Sau đó thay găng sạch, tiệt trùng. Khâu niêm mạc âm đạo, cơ tầng sinh môn và da.

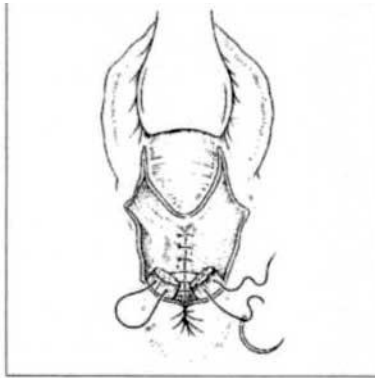


Figure 12.21

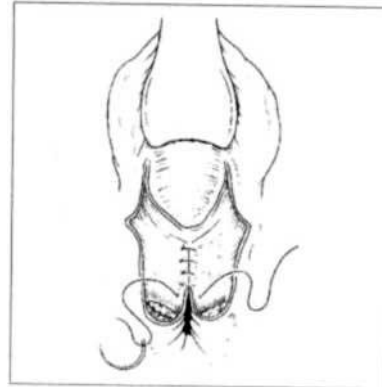


Figure 12.20

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Nếu đó là vết rách độ 4 thì cho dùng một liều đơn kháng sinh dự phòng:
 - Ampicillin 500 mg qua đường miệng cộng metronidazole 400 mg qua đường miệng.
2. Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết khâu
3. Tránh thụt hoặc khám âm đạo trong 2 tuần
4. Cho uống thuốc làm mềm phân trong 1 tuần nếu có thể

Xử trí các ca bất cần

Vết rách tầng sinh môn luôn bị nhiễm bẩn do các chất từ phân. Nếu chậm khâu sau hơn 12 giờ sẽ không tránh khỏi nhiễm trùng. Đóng kìm một bị trì hoãn được chỉ định cho các trường hợp như thế

- Đối với vết rách độ 1 và 2, để vết thương mở

- Đối với vết rách độ 3 và 4, đóng niêm mạc trực tràng với vải mô hỗ trợ và gắn cân mạc với cơ vòng hậu môn bằng 2 hoặc 3 mũi chỉ; đóng cơ, niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn sau 6 ngày

Biến chứng

Nếu phát hiện ổ tụ huyết thì mở và dẫn lưu ngay. Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng và máu đã ngừng chảy thì có thể khâu vết thương lại

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, mở và dẫn lưu vết thương. Lấy các mũi chỉ bị nhiễm khuẩn ra và mở ổ vết thương

Nếu nhiễm trùng nhẹ thì không cần dùng kháng sinh.

Nếu nhiễm trùng nặng nhưng không bao gồm các mô sâu thì cho dùng kháng sinh kết hợp:

- Ampicillin 500 mg qua đường miệng 4 lần/ngày trong 5 ngày cộng metronidazole 400 mg qua đường miệng 3 lần/ngày trong 5 ngày.

Nếu nhiễm trùng sâu bao gồm cả cơ và đang hình thành hoại tử, cho dùng kháng sinh kết hợp cho đến khi các mô bị hoại tử được loại bỏ và sản phụ hết sốt được 48 giờ:

- Penicillin G 2 triệu đơn vị IV 6 giờ/lần cộng gentamicin 5 mg/kg trọng lượng cơ thể IV 24 giờ /lần cộng metronidazole 500 mg IV 8 tiếng/ lần

Ngay khi sản phụ hết sốt được 48 giờ cho dùng:

- Ampicillin 500 mg qua đường miệng 4 lần/ngày trong 5 ngày cộng metronidazole 400 mg qua đường miệng 3 lần /ngày trong 5 ngày.

Viêm mạc hoại tử yêu cầu mở ổ phẫu thuật rộng. Thực hiện đóng vết mổ kì II trong 2-4 tuần căn cứ vào tiến triển của nhiễm trùng.

Đại tiện không kiểm chế được có thể do cắt ngang cơ vòng hoàn chỉnh. Nhiều sản phụ vẫn có thể duy trì được việc kiểm soát đại tiện bằng cách sử dụng các cơ tầng sinh môn khác. Khi không kiểm chế được đại tiện xuất hiện thì cần thực hiện phẫu thuật tái thiết sau khi chuyển dạ 3 tháng hoặc lâu hơn.

Lỗ rò trực tràng-âm đạo yêu cầu phẫu thuật tái thiết sau khi sinh 3 tháng hoặc lâu hơn.

TỬ CUNG BỊ LỘN

1. Bắt đầu tiêm truyền IV
2. Giảm đau và gây tê phù hợp, hoặc nếu cần thì gây mê toàn thân
3. Rửa kĩ tử cung bị lộ bằng dung dịch khử trùng.
4. Ấn tử cung bị lộ bằng khăn ẩm, ẩm tệt trùng đến khi sẵn sàng cho thủ thuật.

Hiệu chỉnh bằng tay

1. Đeo găng tiệt trùng, túm lấy tử cung và đẩy nó qua cổ tử cung về phía rốn để trở lại vị trí bình thường, dùng tay kia hỗ trợ tử cung (Hình 12.22). Nếu rau vẫn còn dính thì lấy rau bằng tay sau khi sửa.
2. Nếu sửa không thành công, thực hiện sửa thuỷ tĩnh. Điều quan trọng là phần tử cung bị lộn ra ngoài cuối cùng (phần gần với cổ tử cung nhất) phải được lộn ra trước tiên



Figure 12.22

Hiệu chỉnh thuỷ tĩnh

1. Đặt sản phụ ở tư thế đầu sâu xuống (đầu dưới mức của tầng sinh môn 0,5m)
2. Chuẩn bị hệ thống thụt sát trùng mức độ cao với vòi rộng và ống dài (2m) và một bể chứa nước ấm (3-5 L). Cũng có thể sử dụng dung dịch muối thường ấm và một bộ quản lý IV thông thường.
3. Xác định vòm sau. Điều này dễ thực hiện trong các ca lộn một phần khi tử cung bị lộn vẫn ở trong âm đạo. Trong các trường hợp khác, vòm sau được nhận biết bằng cách tìm vị trí nơi âm đạo nhăn nheo trở thành âm đạo bằng phẳng.
4. Đặt vòi của dụng cụ thụt vào vòm sau.
5. Cùng lúc, dùng tay kia giữ môi âm hộ khép kín qua vòi và dùng cánh tay để hỗ trợ vòi.
6. Yêu cầu trợ lý bắt đầu thụt với áp lực đầy (đưa bể chứa nước lên cao ít nhất 2m). Nước sẽ làm phồng vòm sau của âm đạo dần dần làm nó căng ra. Điều này sẽ làm cho chu vi của lỗ tăng lên, giải toả sự thắt của cổ tử cung và ảnh hưởng đến việc hiệu chỉnh tử cung bị lộn

Hiệu chỉnh bằng tay khi gây mê toàn thân

Nếu hiệu chỉnh thủy tĩnh không hiệu quả thì thử sắp xếp lại bằng tay trong khi gây mê toàn thân. Nên dùng halothane vì nó làm tử cung bớt căng thẳng.

1. Cảm tử cung bị lộn và đẩy nó qua cổ tử cung theo hướng rốn để trở về tư thế bình thường.
2. Nếu rau vẫn còn dính thì lấy rau bằng tay sau khi hiệu chỉnh.

Hiệu chỉnh kết hợp ổ bụng-âm đạo

Có thể phải thực hiện hiệu chỉnh kết hợp ổ bụng – âm đạo khi gây mê toàn thân nếu các biện pháp trên không thành công.

1. Rạch một đường rạch giữa dưới rốn đến lông mu, qua da và đến mức của cân mạc.
2. Mở ổ bụng:
 - Rạch một đường dọc 2-3cm trong cân mạc
 - Giữ mép cân mạc bằng kẹp và làm dài vết rạch về phía trên và dưới bằng kéo.
 - Dùng các ngón tay hoặc kéo tách các cơ trực tràng (cơ thành bụng)
 - Dùng ngón tay hoặc kéo mở phúc mạc gần rốn. Dùng kéo làm dài vết rạch về phía trên và dưới. Careful, tránh làm tổn thương bàng quang, dùng kéo tách các lớp và mở phần dưới của phúc mạc
 - Đặt banh bàng quang qua xương chậu và đặt banh ổ bụng tự ngắt
3. Giãn nở vòng eo cổ tử cung
4. Đặt móc giữ qua vòng cổ tử cung và giữ đáy bị lộn
5. Kéo đáy nhẹ nhàng và liên tục trong khi trợ lý thử hiệu chỉnh bằng tay
6. Nếu không kéo được thì rạch vòng cổ tử cung bị thắt từ phía sau (nơi đường rạch dường như đã làm tổn thương bàng quang hoặc mạch tử cung) và thực hiện lại các bước giãn nở, móc giữ và kéo
7. Nếu hiệu chỉnh thành công thì đóng ổ bụng:
 - Chắc chắn rằng máu đã ngừng chảy; dùng một miếng xấp loại bỏ máu cục bên trong ổ bụng
 - Khâu cân mạc bằng các mũi khâu liên tục với chỉ crôm số 0 hoặc chỉ polyglycolic
 - Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, gói mô dưới da bằng gạc và khâu lỏng bằng chỉ không tiêu cỡ số 0; khâu da sau khi hết nhiễm trùng.
 - Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng, khâu da bằng các mũi khâu có đệm nằm dọc với chỉ nilon hoặc tơ và băng tiệt trùng.

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Ngay sau khi hoàn tất thủ thuật, cho tiêm truyền 20 đơn vị oxytocin trong 500ml IV dịch (dung dịch muối thường hoặc Ringer lactate), 10giọt/phút:

Nếu nghi ngờ bị băng huyết thì tăng tốc độ truyền lên 20 đơn vị trong 500ml IV dịch, 60 giọt/phút

Nếu tử cung không co bóp sau khi truyền oxytocin thì cho dùng ergometrine 0.2 mg hoặc prostaglandins IV.

2. Cho dùng một liều đơn kháng sinh dự phòng sau khi hiệu chỉnh xong tử cung bị lộn. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc sản phụ đang bị sốt thì cho dùng kháng sinh kết hợp cho đến khi hết sốt được 48 giờ. Cho dùng thuốc giảm đau phù hợp.

THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG VÀ ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG-BUỒNG TRỨNG

1. Cho dùng một liều đơn kháng sinh dự phòng

2. Mở ổ bụng:

- Rạch một đường rạch giữa theo chiều dọc dưới rốn đến lông mu, qua da đến mức của cân mạc
- Rạch một đường dọc khoảng 2-3cm, giữ mép cân mạc bằng kẹp và kéo dài đường rạch về phía trên và phía dưới bằng kéo
- Dùng ngón tay hoặc kéo tách các cơ trực tràng (các cơ thành bụng)
- Dùng ngón tay tạo ra một chỗ mở ở phúc mạc gần rốn.
- Dùng kéo làm dài đường rạch về phía trên và phía dưới để xem được toàn bộ tử cung. Cần thận, tránh làm tổn thương bàng quang, tách các lớp bằng kéo và mở phần dưới của phúc mạc
- Đặt bàn bàng quang qua xương chậu gần điểm nối giữa tử cung và cổ tử cung

3. Kéo tử cung làm bộc lộ phần dưới của dây chằng mở rộng

4. Cảm nhận nhịp đập của động mạch tử cung gần điểm nối giữa tử cung và cổ tử cung.

5. Dùng chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic xuyên qua một cây kim lớn, đưa kim vòng quanh động mạch và xuyên qua 2-3cm cơ tử cung tại mức của đường rạch ngang phần dưới tử cung. Buộc chỉ chắc chắn.

6. Khâu vải mũi còng gần tử cung càng tốt vì niệu quản thường chỉ cách động mạch tử cung 1cm.

7. Nhắc lại với bên kia

8. Nếu động mạch bị rách thì kẹp và thắt các đầu bị chảy máu

9. Thắt động mạch tử cung-buồng trứng ngay dưới điểm nơi dây chằng treo buồng trứng nối với tử cung (Hình 12.23)
10. Nhắc lại với bên kia
11. Quan sát xem có bị chảy máu hay hình thành ổ tụ huyết không
12. Đóng ổ bụng. Chắc chắn rằng máu đã ngừng chảy. Loại bỏ máu cục bằng gạc xốp. Khám các tổn thương bàng quang thật kỹ và xử trí nếu tìm thấy.

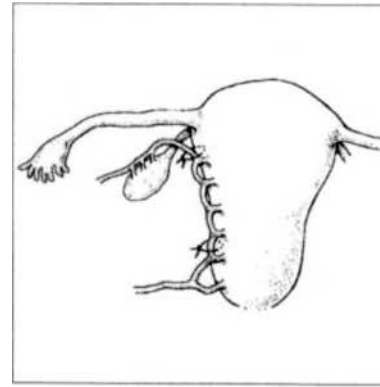


Figure 12.23

Chăm sóc sau thủ thuật

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc sản phụ đang bị sốt thì cho dùng kháng sinh kết hợp cho đến khi hết sốt được 48 giờ. Cho dùng thuốc giảm đau phù hợp. Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng thì tháo dẫn lưu ổ bụng sau 48 giờ.

CẮT TỬ CUNG SAU SINH

Có thể là cắt tử cung bán phần trừ khi cổ tử cung và phần tử cung dưới cũng bị tổn thương.

Cắt tử cung toàn phần có thể là cần thiết trong trường hợp chỗ rách của phần dưới lan sang cổ tử cung và bị chảy máu sau rau tiền đạo

1. Cho dùng một liều đơn kháng sinh dự phòng
2. Nếu bị chảy máu không kiểm soát được sau khi sinh đường âm đạo thì cần thực hiện xử trí gấp. Để mở ổ bụng:
 - Rạch một đường rạch giữa dọc dưới rốn đến lông mu, qua da đến mức của cân mạc
 - Rạch một đường dọc dài 2-3cm tại cân mạc
 - Giữ mép cân mạc bằng kẹp và kéo dài đường rạch về phía trên và phía dưới bằng kéo
 - Dùng tay hoặc kéo tách các cơ trực tràng (các cơ thành bụng)
 - Dùng tay hoặc kéo tạo ra chỗ mở trên phúc mạc gần rốn
 - Dùng kéo làm dài đường rạch về phía trên và phía dưới để có thể xem toàn bộ tử cung. Careful, tránh làm tổn thương bàng quang, tách các lớp bằng kéo và mở phần dưới của phúc mạc

- Đặt bàn quang qua xương chậu và các bàn thành bụng tự ngắt.
3. Nếu là trường hợp mổ lấy thai thì kẹp các mặt bị chảy máu dọc theo đường rạch tử cung
 4. Nếu bị chảy máu ồ ạt, yêu cầu trợ lý ấn ngón tay lên động mạch chủ ở bụng dưới. Điều này sẽ giảm chảy máu nội mạc
 5. Mở rộng đường rạch da nếu cần.

Cắt tử cung bán phần

1. Nâng tử cung khỏi ổ bụng và nhẹ nhàng đẩy để duy trì lực kéo.
2. Kẹp đôi và cắt dây chằng tròn bằng kéo (Hình 12.24). Kẹp và cắt cuống nhỏ nhưng thật sau khi các động mạch tử cung được an toàn để tiết kiệm thời gian
3. Từ mép vết cắt dây chằng tròn, mở lá trong của dây chằng rộng. Rạch tại điểm nơi phúc mạc bàng quan phản chiếu lên bề mặt tử cung dưới ở đường giữa hoặc tại nơi rạch phúc mạc khi mổ lấy thai.
4. Dùng hai ngón tay đẩy lá sau của dây chằng rộng về phía trước ngay dưới ống và buồng trứng gần với bờ tử cung. Dùng kéo tạo một lỗ bằng cỡ ngón tai tại dây chằng rộng. Kẹp đôi và cắt ống, dây chằng buồng trứng và dây chằng rộng xuyên qua lỗ ở dây chằng rộng (Hình 12.25, 12.26). Niệu đạo rất gần với các mạch tử cung. Niệu đạo có thể được xác định và bộc lộ ra để tránh bị tổn hại trong khi phẫu thuật hay khâu nhâm.

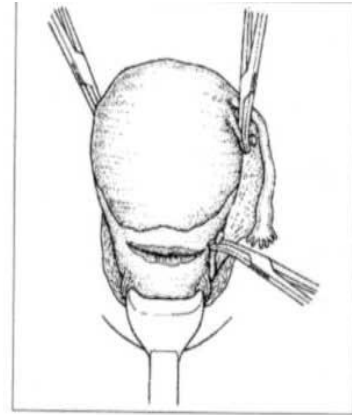


Figure 12.24

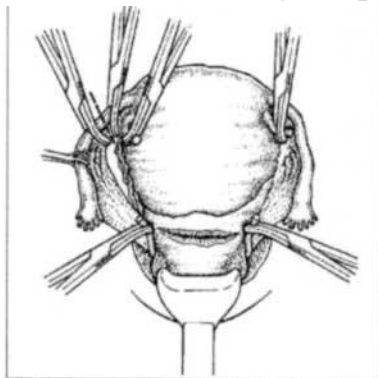


Figure 12.25

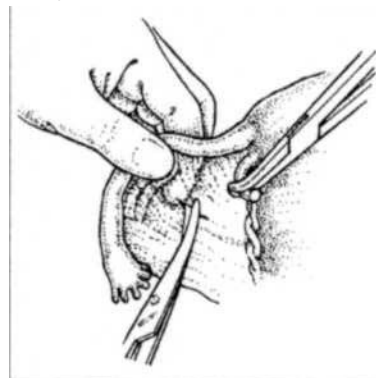


Figure 12.26

5. Dùng kéo chia lá sau của dây chằng rộng xuống dưới lên trên các dây chằng tử cung-xương cụt.
6. Cầm lấy mép của nắp bàng quang bằng kẹp hoặc clamp nhỏ. Dùng ngón tay hoặc kéo bóc tách bàng quang khỏi phần tử cung dưới. Hướng áp lực

xuống dưới nhưng hướng vào trong về phía cổ tử cung và phần tử cung dưới.

7. Định vị động mạch tử cung và ven ở từng bên tử cung. Cảm nhận điểm nổi giữa tử cung và cổ tử cung.
8. Kẹp đôi xuyên ngang các mạch tử cung tại góc 90 độ ở mỗi bên cổ tử cung. Cắt và thắt đôi bằng chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic(Hình 12.27)
9. Theo dõi xem có bị chảy máu tiếp không. Nếu các động mạch tử cung được thắt chính xác thì máu sẽ ngừng chảy và tử cung nhìn có vẻ tái đi.
- 10.Quay lại với các mạch nhỏ của dây chằng rộng và các dây chằng ống-buồng trứng và thắt chúng bằng chỉ crôm không tiêu cỡ số 0 hoặc chỉ polyglycolic
11. Dùng kéo cắt cắt tử cung trên mức các động mạch tử cung được thắt.(Hình 12.28)

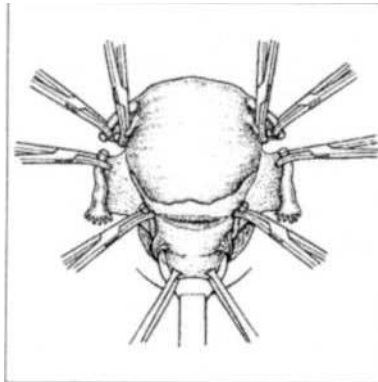


Figure 12.27

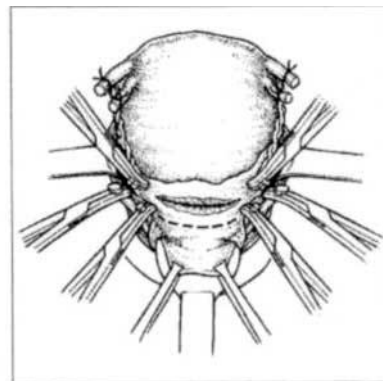


Figure 12.28

12. Khâu phần gốc còn lại của cổ tử cung bằng các mũi khâu rời với chỉ crôm không tiêu cỡ số 2-0 hoặc 3-0 hoặc chỉ polyglycolic
- 13.Thăm sát gốc cổ tử cung thật kỹ để xem xem dây chằng rộng và các kết cấu nền khung chậu khác có bị chảy máu không.
- 14.Nếu có chảy máu nhẹ hoặc có hiện tượng máu cục thì đặt dẫn lưu qua thành bụng. Không được đặt dẫn lưu qua gốc cổ tử cung vì nó có thể gây ra nhiễm trùng hậu phẫu
- 15.Chắc chắn là máu đã ngừng chảy. Loại bỏ máu cục
- 16.Trong mọi trường hợp cần kiểm tra các tổn thương bàng quang. Nếu có thì xử trí ngay
- 17.Khâu cân mạc bằng các mũi khâu liên tiếp với chỉ Crôm cỡ số 0 không tiêu hoặc chỉ polyglycolic

Cắt tử cung toàn phần

Khi cắt tử cung toàn phần cần thực hiện thêm các bước sau:

1. Đẩy bàng quang xuống các đỉnh âm đạo 2cm
2. Mở lá sau của dây chằng rộng
3. Kẹp, thắt và cắt các dây chằng tử cung-xương cùng.
4. Kẹp, thắt và cắt các dây chằng tim bao gồm các nhánh xuống của mạch tử cung. Đây là bước quan trọng nhất:
 - Kẹp dây chằng theo chiều dọc bằng kẹp răng to (ví dụ kẹp Kocher)
 - Đặt kẹp 5mm ngang với cổ tử cung và cắt dây chằng gần cổ tử cung, để lại gốc vừa với kẹp cho an toàn.
 - Nếu cổ tử cung dài thì nhắc lại bước 2 hoặc 3 nếu cần
 - Trên âm đạo 2cm cần được giải phóng không để dính bất kì thứ gì.
 - Tẩy rửa âm đạo càng gần với cổ tử cung càng tốt, kẹp các điểm chảy máu khi chúng xuất hiện
5. Khâu góc cầm máu bao gồm các dây chằng tròn, dây chằng tim và dây chằng tử cung-xương cùng.
6. Khâu cổ âm đạo bằng các mũi khâu liên tục để dừng chảy máu
7. Đóng ổ bụng sau khi đặt dẫn lưu tại vùng ngoại mạc gần gốc của cổ tử cung.

Chăm sóc sau thủ thuật

1. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng và sản phụ bị sốt thì cho dùng kháng sinh kết hợp cho đến khi hết sốt được 48 giờ.
2. Cho dùng thuốc giảm đau phù hợp
3. Nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng thì bỏ dẫn lưu sau 48 giờ.

12.5. CHĂM SÓC HẬU PHẪU VÀ THEO DÕI

SẢY THAI

Thông tin cho bệnh nhân bị sảy thai tự nhiên rằng sảy thai tự nhiên khá phổ biến và chiếm tới 15% (1/7) số ca có biểu hiện lâm sàng mang thai. Cũng nên nói thêm rằng, cơ hội mang thai thành công là rất nhiều trừ khi bị nhiễm khuẩn hoặc do việc nạo phá thai ảnh hưởng đến những lần mang thai sau đó (điều này hiếm gặp)

Một số phụ nữ có thể muốn có thai ngay sau khi bị sảy thai hoàn chỉnh. Nên động viên họ có thai sau khi đã hoàn toàn bình phục.

Điều quan trọng là phải tư vấn cho các bệnh nhân đã từng nạo phá thai không an toàn. Nếu không muốn mang thai nữa thì gợi ý thực hiện kế hoạch hoá gia đình ngay lập tức, trong vòng 7 ngày nếu không có biến chứng nghiêm trọng cần điều trị tiếp.

Cũng nên xác định những dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khác mà bệnh nhân cần đến như:

- Tiêm phòng uốn ván
- Điều trị các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STDs)
- Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung

MANG THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. Trước khi bỏ thai cần tư vấn về chẩn đoán khả năng sinh sản. Đưa ra những con số về nguy cơ bị thai ngoài tử cung tiếp, gợi ý biện pháp kế hoạch hoá gia đình .
2. Điều trị thiếu máu bằng iron qua đường miệng
3. Theo dõi trong 4 tuần

MANG THAI TRỨNG

Giới thiệu phương pháp kế hoạch hoá gia đình bằng hocmon trong ít nhất 1 năm để tránh có thai. Nếu bệnh nhân đã sinh đủ con thì có thể gợi ý thắt ống dẫn trứng tự nguyện.

Trong 1 năm sau đó, cho thử thai qua nước tiểu 8 tuần một lần vì có nguy cơ bị nhiễm bệnh là nuôi phôi hoặc ung thư rau. Nếu kết quả thử thai không phải là âm tính sau 8 tuần hoặc trở lại là dương tính trong vòng một năm thì chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để chăm sóc và xử trí tiếp

CHẢY MÁU CUỐI THAI KÌ , TRONG KHI SINH VÀ XUẤT HUYẾT HẬU SẢN

1. Điều chỉnh lượng máu mất, các biểu hiện quan trọng và lượng nước tiểu và điều trị phù hợp. Lưu ý rằng máu có thể chảy lại
2. Sau khi đã kiểm soát được(24 giờ sau khi máu ngừng chảy), xác định haemoglobin hoặc haematocrit để kiểm tra thiếu máu và điều trị thích hợp
3. Báo cáo về các chi tiết,các vấn đề và các thủ thuật đã thực hiện.
4. Thông báo và đưa cho sản phụ một bản báo cáo bằng văn bản. Tư vấn cho bệnh nhân về chẩn đoán khả năng mang thai và sinh sản.
5. Lập kế hoạch thăm khám bệnh nhân trong 4 tuần.

Phần 5

Hồi sức và gây mê

Hồi sức, chuẩn bị cho gây mê và phẫu thuật

13

13.1. XỬ TRÍ CẤP CỨU VÀ HỒI SỨC TIM PHỔI

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

Xử trí khi bệnh nhân bị nguy hiểm:

- Giữ bình tĩnh
- Sử dụng quy tắc ABC để điều trị tức thì
- Tìm hiểu và điều trị các nguyên nhân cơ bản

Các biện pháp cấp cứu chung cho hầu hết các trường hợp bao gồm:

A. Đường khí

B. Thở

C. Tuần hoàn

Các cán bộ y tế thường học đầy đủ các bước ABC cần thiết trong hô hấp nhân tạo (CPR) nhưng lại không thường xuyên thực hành chúng một cách có hiệu quả trong thực tế. Hoảng sợ là một trong những nguyên nhân chính của hiện tượng này.

Không cần phải hoảng sợ vì:

1. Các sự việc dẫn đến tình trạng nguy hiểm bất ngờ sẽ xảy ra trong vài phút, nếu không nói là hàng giờ, vì vậy có thể dành vài giây hoặc hơn để đánh giá tình hình
2. Trong khi suy nghĩ để chẩn đoán và xử trí, bạn có thể bắt đầu thực hiện các biện pháp điều trị đơn giản theo quy tắc ABC thường quy hoặc có thể hướng dẫn người khác thực hiện.

Hãy bình tĩnh khi điều trị các bệnh nhân đang gặp nguy hiểm

Bác sĩ gây mê nên tập trung vào 4 vấn đề yêu cầu phải xử trí ngay tức khắc là:

- Đường khí và hô hấp
- Tuần hoàn
- Bất tỉnh
- Các vấn đề cấp thiết khác

ĐƯỜNG KHÍ VÀ HÔ HẤP

Thông khí và đặt nội khí quản

1. Mở đường khí, sau đó dùng túi tự phòng và mặt nạ chặt có đường miệng nếu cần.
2. Đặt ống nội khí quản và tiếp tục thông khí bằng túi, trừ khi tình trạng nguy hiểm qua ngay.
3. Nếu bệnh nhân đang thở và có đường khí thông thoáng thì cần xem xét xem có cần đặt nội khí quản không. Nên đặt nội khí quản trong các trường hợp sau:

- Cần bảo vệ đường khí để tránh hiện tượng trào ngược vào phổi.
- Cần tiến hành gây mê hoặc phẫu thuật trong một số trường hợp cần chú ý ngay lập tức. Ví dụ, một bệnh nhân bị chấn thương nghiêm trọng ở mặt, vẫn còn tỉnh táo, có đường khí thông thoáng, thở đều và không bị sốc giảm lưu lượng máu sẽ cần được đặt nội khí quản muộn hơn, khi phòng mổ được chuẩn bị sẵn sàng. Tình huống này là một trong những tình huống mà bác sĩ nên thực hiện tiến trình ABC để tiên liệu xem vấn đề có thể xuất hiện ở đâu khi thực hiện điều trị và tiến hành gây mê, phẫu thuật.

Đường khí qua mặt nạ thanh quản là một thiết bị mới, có vai trò quan trọng trong xử trí đường khí cấp cứu.

Luôn phải kiểm tra xem ngực có lên, xuống đều mỗi khi túi bị bóp lại không. Ghi lại áp lực cần thiết để có thể làm căng phổi: nếu nó tăng lên thì có thể có vấn đề về phổi như co thắt phế quản hay tràn khí phế mạc. Cần tiếp tục thông khí cho đến khi bệnh nhân bắt đầu thở bình thường hoặc có chỉ định dừng CPR.

Nếu cơn kịch phát tim phổi xuất hiện trong khi phẫu thuật thì cần cần chắc chắn rằng các chất gây mê đã hết tác dụng và bạn đang thông khí với mức độ oxy cao nhất.

Trong khi cấp cứu: Nhìn - Cảm nhận – Nghe

Mười cách thử xem đặt ống đã đúng chưa, nếu chưa thì tháo ra			
Thử	Kết quả	Ý nghĩa	Độ tin cậy/Hành động
Nhìn bằng đèn soi thanh quản	Ống ở giữa các dây	Đặt đúng	Chắc chắn
Nghe/ Cảm giác	Thở qua ống	Đặt đúng	Có thể
Vòi xương ứ	Phụt hơi từ ống khí quản	Đặt đúng	Có thể
Làm căng bằng túi tự phòng	Ngực lên và xuống	Đặt đúng	Có thể
Làm căng bằng túi tự phòng	Tiếng ồng ộc	Đặt ống vào thực quản	Rút ống
Cho catheter xuống ống	Bệnh nhân ho (nếu không bị liệt)	Đặt đúng	Có thể
Nhìn	Bệnh nhân vẫn hồng hào sau khi đặt nội khí quản	Đặt đúng	Có thể
Nhìn	Bệnh nhân trở nên xanh tím sau khi đặt nội khí quản	Rất có vẻ là đã đặt ống vào thực quản	Rút ống
Nghe bằng ống nghe	Không khí vào tại chỏm, nách và đáy	Đặt đúng	Có thể
Nghe bằng ống nghe	Không khí vào qua dạ dày	Rất có vẻ là đã đặt ống vào thực quản	Rút ống

TIM NGỪNG ĐẬP VÀ TUẦN HOÀN KHÔNG ĐỦ

Tim ngừng đập dùng để chỉ bất cứ sự ngừng đập đột ngột nào của tim. Nó có thể là hậu quả của cơn đau tim hay những nguyên nhân khác bao gồm mất máu trầm trọng, ngạt thở, điện giật, sốc phản vệ, dùng thuốc quá liều và giảm thân nhiệt. Đặc điểm của bệnh là mạch ngừng đập và không thở được.

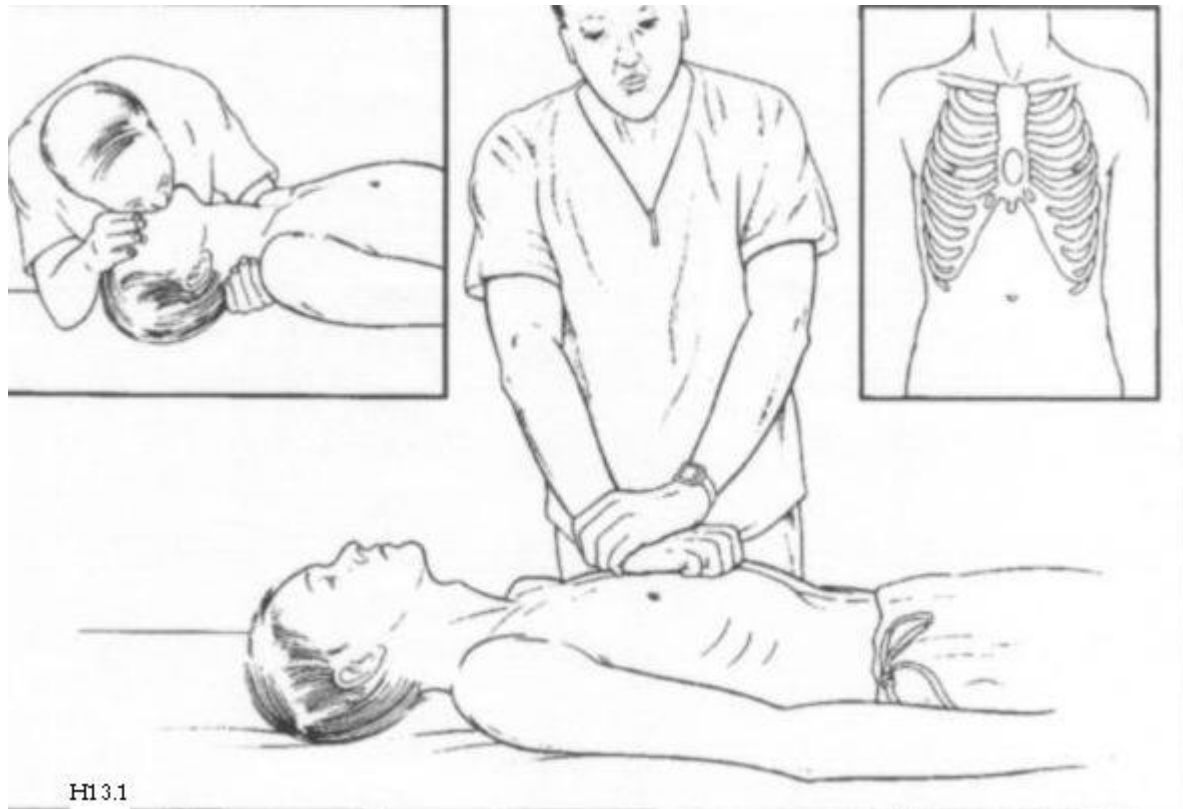
Chẩn đoán tim ngừng đập bằng cách:

- Kiểm tra mạch ở động mạch cảnh và động mạch đùi
- Kiểm tra nhịp tim ở đỉnh
- Nghe tại đỉnh bằng ống nghe
- Tìm xem lưỡi có bị xanh hoặc xanh tím hay không

Trong khi chẩn đoán cần thực hiện ngay bước đầu tiên là xoa bóp bên ngoài tim (ECM). Điều này cần thực hiện ngay lập tức khi đã khẳng định tuần hoàn bị ngưng. Không được lưỡng lự khi thực hiện ECM nếu không phát hiện được nhịp tim. Thực hiện ECM sẽ hiệu quả hơn nhiều so với việc thông báo đơn thuần là “bị ngưng tim rồi”. Cần thực hiện cả hai.

Khi bị ngưng tim cần thông khí và tiếp tục ECM cho đến khi có phản hồi hoặc có chỉ định dừng điều trị.

ECM nên được thực hiện trong khi đặt bệnh nhân ở vị trí phù hợp (Hình 13.1).



H13.1

Trong giai đoạn này dường như đã tạm thời ngăn chặn được những hậu quả nghiêm trọng của hiện tượng ngưng tim phổi. Tiến trình ABC để hồi sinh sự sống nhưng chỉ trong vài phút. Cần thực hiện những biện pháp khác và đạt được tuần hoàn bình thường thì bệnh nhân mới có thể được cứu sống.

Cần chỉ định 2 người thực hiện nhiệm vụ: thông khí và ECM. Chỉ định người thứ ba kiểm tra mạch ở đùi và thông báo nếu thấy có mạch đập trở lại. Tiếp theo cần chẩn đoán các vấn đề liên quan đến tuần hoàn và hiệu chỉnh nó. Việc thực hiện các công việc trên phụ thuộc vào trang thiết bị hiện có.

Thường xảy ra hiện tượng là các thiết bị có sẵn tại bệnh viện nhưng đến khi cần thì lại không làm việc, bị khoá trong phòng hoặc bị ai đó mượn, vì thế nên gây ra chậm trễ.

Cũng có thể bạn nghĩ là bệnh viện có thiết bị điện tâm đồ (ECG) nhưng trên thực tế là không phải. Cần kiểm tra lại xem trên thực tế có thiết bị ECG hay không và nếu có thì nó có làm việc khi được kết nối hay không.

Không được lãng phí thời gian khi gặp các trường hợp bị ngưng tim mà phải làm cho máy ECG làm việc ngay.

Khi không có kết quả điện tim

1. Thực hiện ép tim ngoài lồng ngực: ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng ép lên 1/3 dưới của xương ức. Tim được ép giữa xương ức và xương sống nằm ở phía sau, giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể đồng thời kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập.
2. Cho truyền tĩnh mạch epinephrine (adrenaline) 1 mg.
3. Tiếp tục hô hấp nhân tạo (CPR). Dừng CPR sau một hoặc hai phút để kiểm tra mạch và nghe nhịp tim. Nếu vẫn không thấy thì tiếp tục CPR.
4. Cho dùng atropine 1 mg và sau đó là ≥ 2 liều epinephrine 1 mg. ECM hiệu quả sẽ đưa epinephrine vào trong tâm thất và các động mạch vành và có tác dụng tại đó.
5. Trong thời gian này cần đặt ống tĩnh mạch và thực hiện truyền *Epinephrine (adrenaline) được dùng để cứu sống bệnh nhân trong nhiều trường hợp ngưng tim. Nên dùng một liều ngay khi chẩn đoán, thậm chí cả khi không biết nguyên nhân gây ngưng tim.*

Thông thường nên bỏ CPR nếu không có phản ứng sau khi thực hiện 20-30 phút hoặc khi đã cho dùng 3 liều epinephrine mà vẫn không có nhịp tim trở lại.

Khi có kết quả điện tim

Trong các trường hợp tim ngừng đập, những vấn đề thường gặp trong cấp cứu là:

Vô tâm thu

Không có hoạt động tim trên điện tâm đồ. Vô tâm thu là hiện tượng tạm thời trong nhiều trường hợp bệnh nặng nhưng có thể do các nguyên nhân cấp như:

- Nhiễm trùng máu

- Giảm ôxy máu
- Bất thường điện giải
- Giảm huyết áp nghiêm trọng

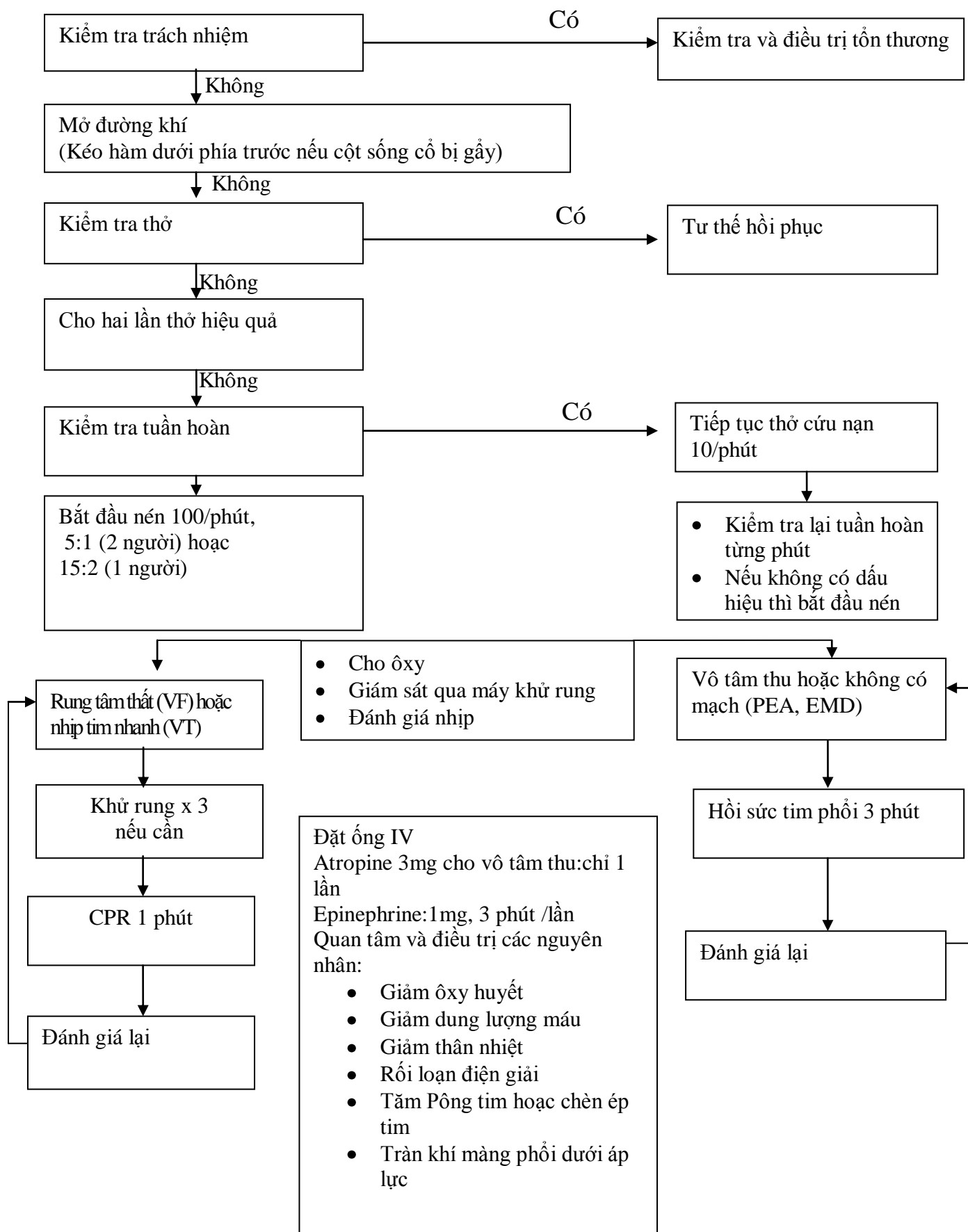
Xử trí: Choáng điện ngoài lồng ngực vô ích vì không hiệu quả trong trường hợp này. Dùng adrénaline 3 mg chích tĩnh mạch mỗi 5 phút, hoặc xịt vào nội khí quản nếu chưa thực hiện được đường truyền tĩnh mạch.

Có nhịp tim trên ECG, nhưng không có mạch

Bao gồm các nhịp chậm, hoặc nhịp bình thường nhưng không hiệu quả. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến hiện tượng này nhưng một số nguyên chính là :

- Dùng thuốc gây mê quá liều
- Giảm dung lượng máu/mất máu
- Giảm ôxy máu
- Nhiễm trùng hoặc các nhiễm độc khác
- Tắc mạch phổi
- Nhồi máu cơ tim
- Tràn khí phế mạc
- Giảm thân nhiệt

TRỢ TIM
Đảm bảo sự an toàn của bệnh nhân và chính bạn
 (hình 13.2)



Trị liệu bằng adrénaline ngoại trừ các trường hợp cần điều trị chuyên biệt như: mất máu, cần truyền dịch, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim, cần giảm áp bằng kim, nhồi máu cơ tim, thuyên tắc phổi. Dùng Bicarbonate 1mEq/kg, tiêm tĩnh mạch sau 10 phút cấp cứu ngừng tuần hoàn. Có thể tiêm lại sau mỗi 10 phút sau, với liều lượng 0,5 mEq/Kg.

Rung tâm thất

Hình 13.3 là kết quả điện tâm đồ của hiện tượng rung tâm thất.

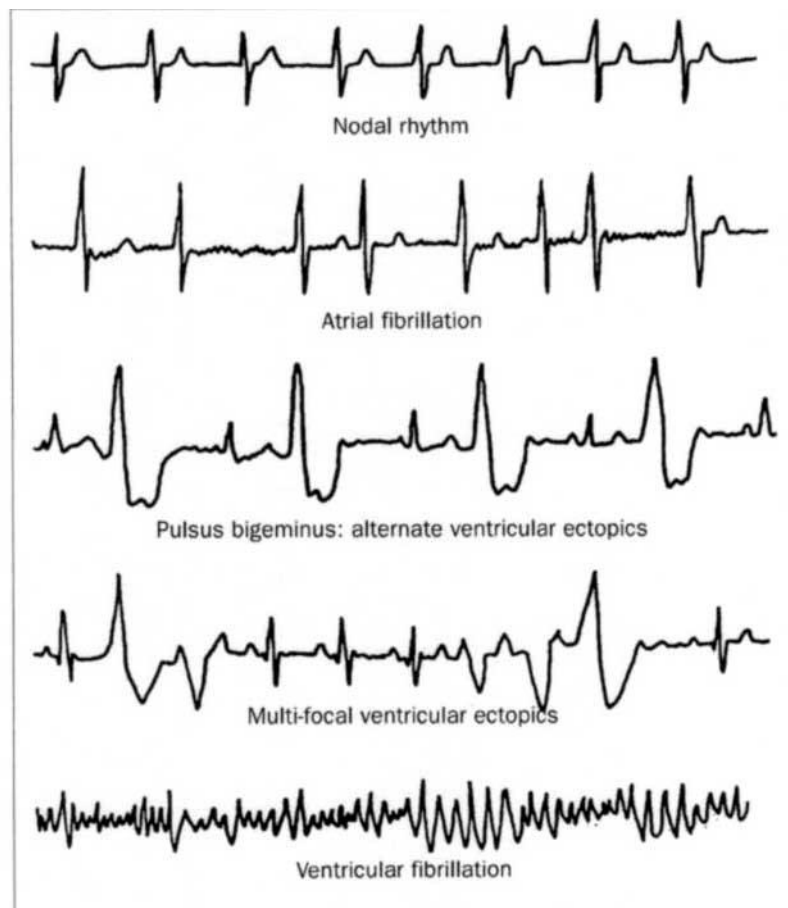


Figure 13.3

1. Choáng điện ngoài lồng ngực là trị liệu đầu tiên, bắt đầu khoảng 200 joules. Nếu không hiệu quả, có thể lên từ từ cho đến 400 joules. Làm 3 choáng liên tục. Trong khi đó, vẫn tiếp tục kiểm soát mạch cổ và mạch bẹn, ngoại trừ trường hợp xuất hiện trên nhịp xoang trên électroscope. Phá rung ít hiệu nghiệm nếu có nhiễm toan máu, thiếu oxy-máu.
2. Nếu nhịp xoang vẫn không xuất hiện: tiêm tĩnh mạch Adrénaline 1 mg, hoặc qua đường nội khí quản 3 mg, hoặc tiêm tĩnh mạch chậm Xylocaine 1 mg/kg (trong 2 phút). Có thể chích lại sau mỗi 3 – 5 phút. Tuy nhiên, liều tổng cộng của xylocaine không được quá 3 mg/kg.

3. Yêu cầu mọi người đứng xa, không ai được động vào bệnh nhân và không được để bất kì vật gì chạm vào bệnh nhân kể cả túi hồi sức, các dụng cụ điện.

Xuất huyết

Có thể kiểm soát chảy máu ngoài , thường bằng cách dùng áp lực. Chảy máu trong các khoang cơ thể có thể xuất hiện sau đó, ví dụ, khi tuần hoàn được hồi phục và huyết áp tăng lên gây chảy máu nhiều hơn và đợt hạ huyết áp thứ hai.

Sốc

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

Nhận biết sốc bằng:

- Huyết áp tâm thu < 80 mmHg khi không có mặt các thuốc vận mạch hoặc < 90 mmHg khi có mặt các thuốc vận mạch và ít nhất kéo dài > 30 phút.
- Giảm cung lượng tim (Chỉ số tim < 2,0 l/phút/m²) mà không liên quan đến giảm thể tích tuần hoàn (PAWP > 12 mmHg).
- Giảm tưới máu mô: thiếu niệu (nước tiểu < 30 ml/giờ), co mạch ngoại vi, rối loạn tâm thần.

Sốc là tình trạng mất cân bằng giữa dòng tuần hoàn và nhu cầu ôxy của các mô. Tình trạng này dẫn tới thiếu ôxy mô, rối loạn chuyển hoá mô và giảm chức năng của các cơ quan. Các nguyên nhân gây ra sốc có thể là:

- Nhồi máu cơ tim cấp: là nguyên nhân hàng đầu của sốc tim đặc biệt là nhồi máu trước rộng vì có một vùng cơ tim lớn bị hoại tử.
- Hở hai lá cấp do đứt dây chằng trong nhồi máu cơ tim hoặc viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.
- Thủng vách liên thất cấp trong nhồi máu cơ tim.
- Viêm cơ tim cấp do các nguyên nhân.
- Giai đoạn cuối của bệnh cơ tim giãn.
- Các bệnh van tim nặng (hở van hai lá, hở van động mạch chủ ...).
- Ép tim cấp.
- Rối loạn nhịp nặng.

- Một số trường hợp sau mổ tim phổi nhân tạo

Các biện pháp điều trị chung

- Nhanh chóng xác định tình trạng sốc tim của bệnh nhân, loại trừ các nguyên nhân khác gây ra huyết áp thấp.
- Ôxy: cần được cung cấp đầy đủ, nếu bệnh nhân tự thở tốt có thể cho thở qua đường mũi, nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp thở hoặc suy hô hấp nặng thì cần đặt nội khí quản và cho thở máy đúng chế độ.
- Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm theo dõi, tốt nhất là có Swan-Ganz để theo dõi cung lượng tim và áp lực động mạch phổi bít.
- Theo dõi bão hoà ôxy động mạch. Theo dõi lượng nước tiểu (đặt thông tiểu). Đảm bảo tốt thể tích tuần hoàn sao cho áp lực nhĩ phải từ 10-14 mmHg và PAWP từ 18-20 mmHg.
- Kiểm soát tốt các rối loạn nhịp tim kèm theo nếu có (nhịp thất: sốc điện, nhịp chậm quá: đặt máy tạo nhịp). Kiểm soát các rối loạn thăng bằng kiềm toan và nước điện giải.
- Dùng các thuốc vận mạch. Dùng các biện pháp hỗ trợ cơ học tuần hoàn.

Bất tỉnh

Các nguyên nhân gây ra bất tỉnh bao gồm;

- Tổn thương đầu
- Giảm đường huyết
- Tiểu đường Ketoacido
- Giảm ôxy máu
- Tụt huyết áp
- Huyết áp cao và sản giật
- Nhiễm HIV
- Ngộ độc thuốc

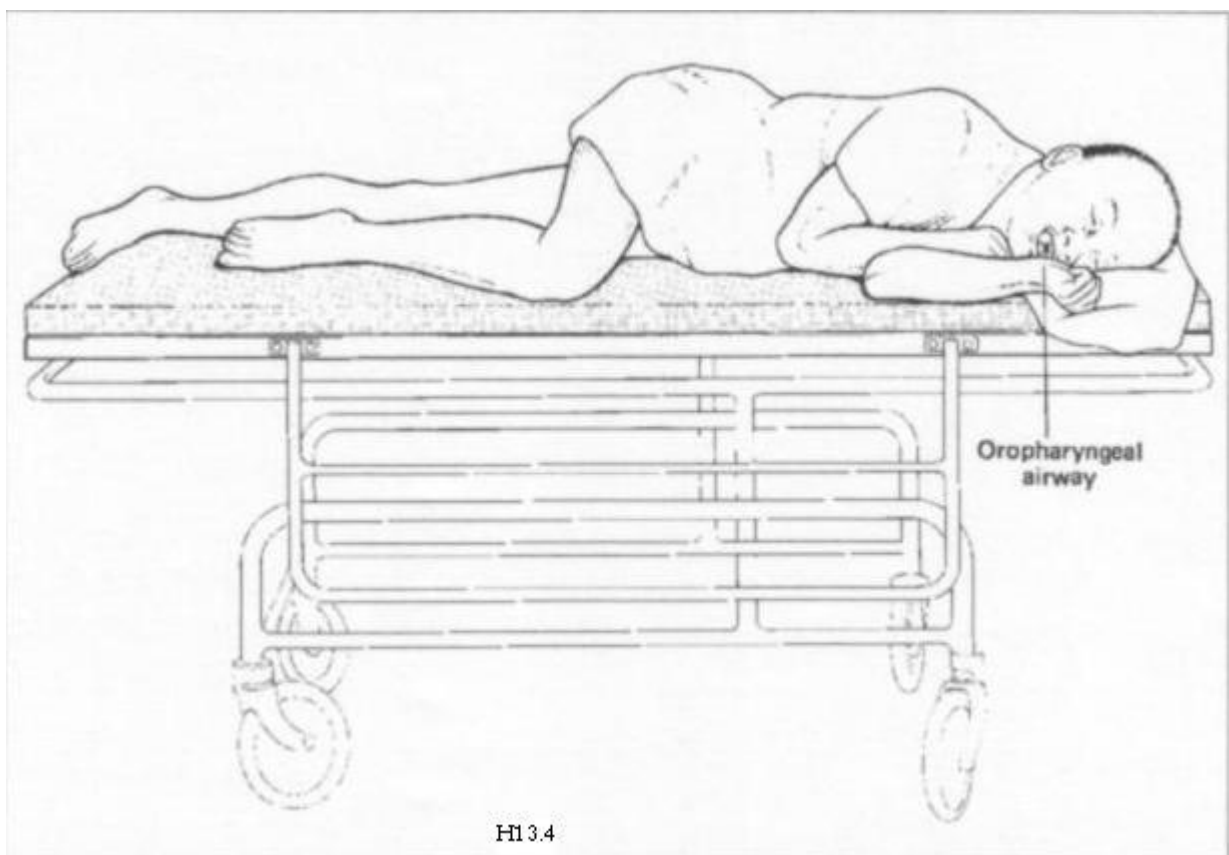
Đánh giá phản xạ khi bị kích thích, trước tiên cần nhìn đồng tử và kiểm tra lại để xem tiến triển. Tìm kiếm xem đồng tử có đồng đều không và các biểu hiện khác có thể để giúp cho việc nhận biết sự hình thành tụ máu nội sọ.

Trong nhiều trường hợp có thể cần phải chú ý và ổn định các hệ thống khác trước và chờ cho bệnh nhân hồi tỉnh như truyền dịch não và tăng cường oxy. Sau khi bị ngừng tim, bệnh nhân mà trước đó bị dẫn đồng tử có thể có đồng tử nhỏ hơn sau khi được hô hấp nhân tạo. Điều này cho thấy có thể có kết quả thuận lợi.

Khi bệnh nhân bất tỉnh nằm ngửa với một dạ dày chật ních thì nguy cơ trào ngược rất cao vì đường khí không được bảo vệ. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân bị hôn mê có đường khí thông thoáng và các dấu hiệu quan trọng bình thường:

- Tránh đặt nội khí quản vì nó sẽ bao gồm việc dùng thuốc và làm phức tạp thêm việc chẩn đoán.
- Chăm sóc bệnh nhân ở phòng hồi sức
- Điều khiển đường khí và chờ tiến triển (Hình 13.4)

Trong khi thực hiện CPR, hãy tự hỏi: bệnh nhân có phản xạ lại không? Nếu có thì tại sao?



13.2. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN CHÚ Ý KHÁC

Có một số trường hợp cần điều trị ngay lập tức như một phần của quá trình hồi sức:

- Vết thương ở ngực còn non
- Tràn khí màng phổi tăng áp
- Chèn ép tim

Hướng dẫn việc khám, đánh giá và điều trị những bệnh nhân này sẽ được làm rõ trong Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu.*

THIẾU MÁU

Thiếu máu thường gặp ở những bệnh nhân đã được xếp lịch mổ và thường gây ra tranh cãi giữa bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê. Không thể đưa ra một quy định cố định nào về cấp độ hemoglobin thấp nhất có thể chấp nhận được để không phải truyền hoặc không thể thực hiện phẫu thuật. Có một sự thoả thuận chung là bệnh nhân có thể chịu đựng được nồng độ hemoglobin dưới mức 10g/dl. Nồng độ trước khi mổ có thể chấp nhận được là 7 hoặc 8g/dl mà không cần phải truyền hay yêu cầu truyền máu. Những bệnh nhân có các dấu hiệu dưới đây sẽ chịu đựng thiếu máu kém hơn:

- Mất máu đáng kể được tiên liệu
- Mắc bệnh về hô hấp, tim mạch hoặc béo phì
- Cao tuổi
- Hiện bị mất máu hoặc đang bị phẫu thuật

Mặt khác, khi cấp cứu, dù nồng độ hamoglobin thế nào đi nữa thì cũng cần phải cứu sống bệnh nhân trước. Có thể xác định nhóm máu trong khi tiến hành gây mê và phẫu thuật.

Nồng độ globin máu 4g/dl là nguy hiểm vì sẽ xuất hiện hiện tượng giảm tiêu thụ ôxy. Trường hợp này cần truyền máu.

CO GIẬT

Co giật là nói về cơ năng của hệ thống thần kinh trung ương tạm thời bị rối loạn, xuất hiện những chứng trạng đột nhiên mất ý thức 1 thời gian ngắn đồng thời gân cơ cục bộ hoặc toàn thân bị co rút (giật). Bệnh phát 1 cách đột ngột, mất ý thức 1 thời gian ngắn, chân tay co giật, 2 mắt trợn ngược hoặc lác sang 1 bên, răng cắn chặt, góc miệng rung giật, miệng sùi bọt trắng, toàn thân co giật từng cơn hoặc liên tục, thở gấp, đại tiện bí hoặc tiêu tiểu không biết, đồng tử co hoặc giãn. Nếu lên cơn nặng, có thể làm trở ngại cơ năng hô hấp và tuần hoàn như thở gấp, môi miệng xanh tím, có thể nghẹt thở mà chết.

Nguyên nhân của co giật:

- Hạ canxi huyết.
- Các bệnh tổn thương não, màng não, thần kinh.
- Bệnh động kinh, hysteria...
- Các bệnh truyền nhiễm: uốn ván, sốt cao(hay gặp ở trẻ nhỏ).
- Co giật trong các trường hợp cai rượu, thuốc gây nghiện...
- Các nguyên nhân nhiễm độc như thuốc, lân hữu cơ...

Mỗi nguyên nhân gây nên những cơn co giật với tính chất khác nhau. Nếu chỉ co giật đơn thuần mà không có triệu chứng gì khác kèm theo thì thường do hạ canxi máu. Có thể xử trí bằng thuốc như sau:

- Diazepam 10 mg IV, nhắc lại sau 1 hoặc 2 giờ; diazepam 10 mg đặt trực tràng là an toàn nhất đối với trẻ em
- Paraldehyde 10 ml IM.

13.3 ĐƯỜNG VÀO TĨNH MẠCH (VEN)

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Hình thành thái độ: “Ở đó có mạch. Tôi phải tìm thấy nó!”
- Hầu như không có một trường hợp cấp cứu nào có thể sống sót được nếu như thiếu truyền nhỏ giọt

Đường vào tĩnh mạch an toàn rất cần cho việc xử trí cấp cứu và nên có trước khi gây mê và phẫu thuật. Có thể không tìm được ven ở một đứa trẻ đang quấy đạp. Trong trường hợp đó có thể cho phép xông halothane hoặc tiêm bắp ketamine.

Điều quan trọng là dạ dày phải rỗng trước khi cho xông bằng mặt nạ. Điều này có thể được thực hiện bằng cách đưa vào(sau đó bỏ ra) một ống miệng-dạ dày 12-16 FG ngay trước khi bắt đầu. Đây là thủ thuật mà bệnh nhân có thể chịu đựng được và tránh được nguy cơ trào ngược sang một đường khí chưa được bảo vệ.

TÌM VEN NHƯ THẾ NÀO

Báo và giải thích cho bệnh nhân biết rõ về mục đích, việc làm (nếu bệnh nhân tỉnh), nếu là bệnh nhi và bệnh nhân hôn mê thì phải giải thích cho người nhà bệnh nhân. Tay bệnh nhân phải sạch, nếu bẩn thì trước khi lấy máu phải rửa tay bệnh nhân bằng xà phòng. Cho bệnh nhân nằm thoải mái trên giường, nếu là trẻ nhỏ phải có người giữ để trẻ khỏi giãy giụa.

Thông thường, trong các trường hợp cấp cứu thì ven tốt nhất là:

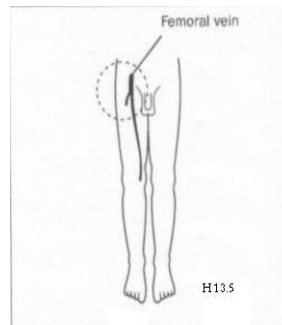
- Hố trước xương trụ
- Ven ở đùi
- Ven ở tĩnh mạch cổ trong

Không được thử ven ở dưới xương đòn vì có nguy cơ thủng màng phổi cao.

Tĩnh mạch đùi

Nếu bạn là người thuận tay phải thì cách dễ nhất là đứng bên phải bệnh nhân, dùng ngón trỏ và ngón giữa sờ nắn động mạch đùi (Hình 13.5)

Dùng ống 14, 16 hoặc 18 G (20 G đối với trẻ em) lắp vào một chiếc bơm tiêm 5ml.



1. Đặt kim ở góc 45 độ so với da, chích ở một điểm tại nếp gấp của da bẹn, độ dày của ngón tay người bệnh ngang với nơi mà bạn cảm thấy mạch đập của ven.
2. Một trợ lý nhẹ nhàng kéo làm hai chân hơi dẹt ra và ngăn cản sự gấp lại của hông bằng cách ấn vào đầu gối.
3. Để ngón tay của bàn tay trái lên động mạch, dò ven trong khi hút tại từng vị trí mới. Bạn có thể cảm thấy đường vào ven hoặc nhìn thấy máu thẫm màu trong bơm tiêm hoặc cả hai. Tại thời điểm này bạn cần phải quyết định xem đầu kim có ở giữa ven hay không bằng cách ấn sâu vào hoặc lui ra. Ống chỉ có thể dễ dàng xuống ven trong thời gian đầu. Thông thường bạn có thể hút máu nhưng ống sẽ không xuống nữa. Đừng cố đẩy ống xuống. Đẩy kim ngập vào, tháo kim ra và nối bơm tiêm trực tiếp vào ống. Vừa hút vừa nhẹ nhàng rút ra cho đến khi đầu ống ở lumen của ven. Tại điểm này, nó sẽ vào trong ven trọn vẹn khi được đẩy lên lại. Kiểm tra xem khi đã ở điểm lựa chọn cuối cùng, không ấn thì máu thẫm màu có chảy theo dòng tự do không (nếu có thì có nghĩa là không ở trong động mạch).
4. Buộc ống cẩn thận vào vùng bẹn nhưng không được cố định vào chân vì nó sẽ bị tuột ra.

Ven ở tĩnh mạch cổ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Dùng ven ở tĩnh mạch cổ có thể cứu sống bệnh nhân nhưng có thể có biến chứng nghiêm trọng bao gồm tắc đường khí, tổn thương cấu trúc ở cổ và tràn khí ngực
- Loại bỏ đường IV ngay khi có sự thay thế.

Ven ở tĩnh mạch cổ trong là ven được sử dụng nhiều nhất trong các ca bị sốc nghiêm trọng và CPR cũng như trong các ca đại phẫu.

Cần có một chỉ dẫn rõ ràng cho loại thủ thuật xâm lấn như thế và nếu tuân theo nó sẽ hạn chế được biến chứng.

Có hai phương thức tiếp cận:

- Úc chũm giữa (trên)
- Úc chũm hình tam giác (dưới)

Trong cả hai trường hợp, cần đặt bệnh nhân theo tư thế ngửa đầu thấp (tư thế Trendelenburg). Khi chọc đúng chỗ thì sẽ rất dễ vì nó cân xứng với áp suất máu ở ven tĩnh mạch cổ. Vì thế, bệnh nhân bị sốc giảm dung lượng máu nên được đặt ở vị trí để đầu xuống thấp hơn so với bệnh nhân bị suy tim xung huyết. Bệnh nhân bị suy tim xung huyết có thể không chịu được vị trí đầu xuống thấp hơn và việc đặt ống có thể thực hiện tại độ cao của giường.

Bệnh nhân bị tim ngừng đập luôn có các ven ở cổ phồng to và việc đặt ống tại ven tĩnh mạch cổ rất dễ dàng trong trường hợp nguy cấp này.

Phương thức tiếp cận trên

1. Bệnh nhân nằm ngửa đầu xuống dưới, xoay đầu sang bên trái
2. Tại cơ ức chũm phải, tìm một điểm để chích mũi kim vào giữa đường giữa ức và chũm trên đường viền ngang của cơ. Thông thường điểm này nằm xung quanh ven tĩnh mạch cổ ngoài, do đó cần hết sức cẩn thận để tránh nó ra. Tùy từng trường hợp có thể gây tê tại chỗ tại điểm chích.
3. Dùng ống dài nhất, to nhất (ống IV thường là phù hợp nhất) 14-18 G nối với một bơm tiêm 5-10ml và nối lỏng ống ở trên kim.
4. Giữ pittong giữa các đầu ngón tay, chích da và đưa kim theo góc 45 độ xuống phía góc chỉ vào núm vú trái. Người thuận tay phải thì đứng qua bên trái đầu bệnh nhân để có được góc chuẩn (Hình 13.6).

5. Khi hút dùng vật đâm ngấn và sắc; khi kim vào ven được 2-3cm sẽ thấy máu ven màu thẫm chảy vào bơm tiêm. Tại điểm đó, cố định bơm tiêm và kim tiêm bằng tay phải trong khi dùng tay trái trượt ống theo chuyển động xoay vào ven tĩnh mạch cổ trong càng xa càng tốt. Ống sẽ trượt một cách dễ dàng.

6. Tháo kim, nối bộ phận nhỏ giọt và xem xem nó có làm việc không. Máu nên chảy nhanh mặc dù thỉnh thoảng dừng lại khi bệnh nhân thở vào; hiệu quả hô hấp này là dấu hiệu của hiện tượng giảm dung lượng máu và sẽ dừng lại khi bệnh nhân được truyền thêm dịch.

7. Tiếp theo, cho túi xuống phía dưới mức của đầu và nhìn xem máu nguyên chất, thẫm màu có chảy không. Nếu có thì mới đảm bảo rằng ống được đặt đúng. Tiếp tục nhìn xem cổ có bị phồng lên không, nếu có thì có nghĩa là ống đã bị trượt khỏi ven.

Các nguyên nhân thất bại bao gồm:

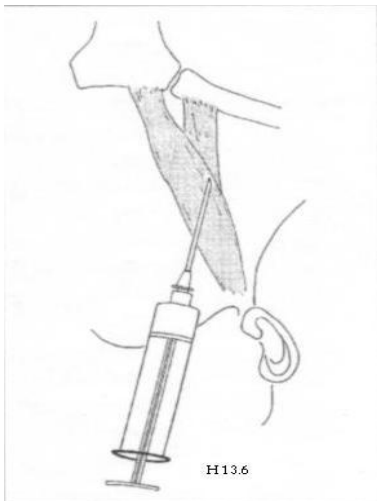
- Độ nghiêng của đầu chưa đủ, đặc biệt là ở bệnh nhân bị sốc
- Đưa kim vào quá xa cấp giữa (nguy hiểm vì có thể va chạm vào động mạch thành dày hơn)
- Kim đi qua ven
- Kim không chỉ vào đầu vú phải

Nếu ống ở trong động mạch thì dụng cụ nhỏ giọt có thể sẽ làm việc lúc đầu nếu huyết áp thấp nhưng sau đó dừng lại với các bọt khí trong túi vì huyết áp trở lại bình thường.

Ống có thể bị đặt nhầm vào các mô mềm, tạo ra hiện tượng sưng phồng sau vài phút hoặc vào khoang màng phổi. Khi ống bị đặt nhầm vào khoang màng phổi thì có thể truyền nhầm vào khoang hàng lít dịch. Vì lý do này mà cần phải luôn để túi IV thấp hơn để máu nguyên chất chảy ra (không có vết máu trong dịch IV)

Phương thức tiếp cận dưới

Phương thức tiếp cận dưới (Hình 13.7) dễ thực hiện hơn, đặc biệt là nếu có nhiều tiếng cơ nhưng có nhiều nguy cơ bị thủng màng phổi hơn. Vì thế chỉ nên sử dụng khi không thể thực hiện được phương thức trên.



Tư thế của bệnh nhân giống như trên, xác định tam giác được tạo bởi các đầu xương ức và xương đòn của cơ ức chũm, trái và phải và xương đòn, dưới. Ven tĩnh mạch cổ trong chạy xuống ngay phía dưới da ở tam giác này, tại mặt ngang (dưới mép giữa của đầu xương đòn của cơ). Có thể đưa ống vào sâu không quá 2cm. Thử xem đã đặt ống đúng chưa tương tự như trên.

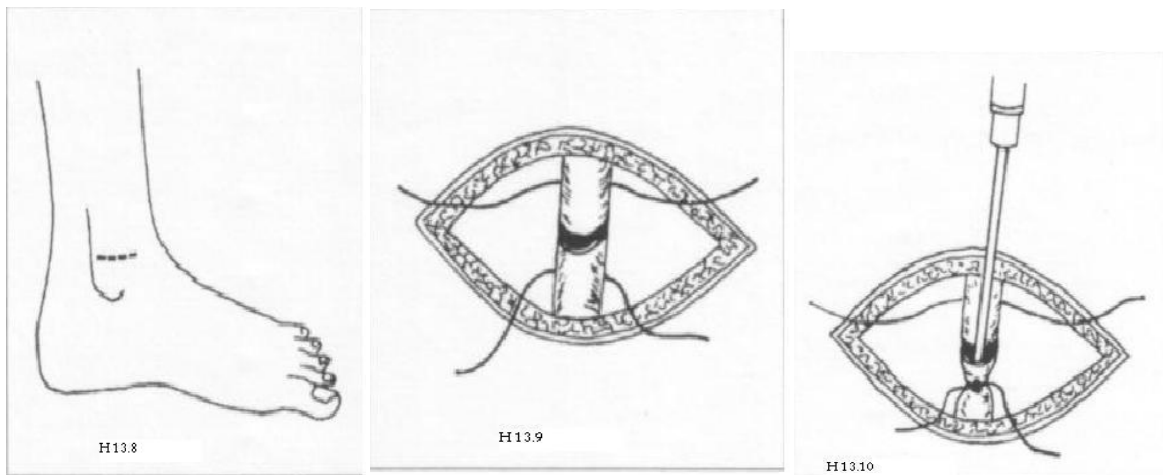
Việc đặt ống ở ven trung tâm lớn rất hữu ích cho các trường hợp cấp cứu nhưng nguy hiểm hơn đối với người bệnh so với ven ngoại biên.

Cắt ven (cắt tĩnh mạch)

Cắt ven (Hình 13.8-13.10) là phương tiện hữu ích để có được đường vào các ven ngoại biên khi các kỹ thuật qua da không hiệu quả hoặc không có các đường trung tâm. Tĩnh mạch hiển là vùng thường được sử dụng để cắt nhất và có thể thực hiện đối với bệnh nhân là người trưởng thành hay trẻ em.

Thủ thuật này không đòi hỏi bất kỳ trang thiết bị chuyên ngành nào. Tất cả những gì cần thiết là:

- Dao mổ nhỏ
- Kẹp động mạch
- Kéo
- Catherter lỗ rộng tiết trùng (có thể dùng ống tiết trùng dùng cho trẻ sơ sinh ăn)



Rạch một đường ngang rộng bằng hai ngón tay ở trên và hai ngón tay ở dưới mắt cá giữa. Dùng chiều rộng ngón tay của bệnh nhân để đo đường rạch: điều này đặc biệt quan trọng nếu bệnh nhân là trẻ sơ sinh hay trẻ em. Dùng mũi chỉ khâu đường rạch để buộc cố định ống. Không được khâu đường rạch kín sau khi tháo catheter vì catheter là dị vật. Đóng các khoảng hở bằng cách đóng vết mổ kì hai.

Chích trong xương

Chích trong xương (Hình 13.11) có thể cung cấp đường vào hệ tuần hoàn nhanh nhất đối với trẻ em bị sốc mà không thể truyền tĩnh mạch được. Dịch, máu và nhiều loại thuốc có thể được truyền theo đường này. Kim chích trong xương thường được chích vào phần bằng trước của xương chày, dưới máu xương chày 2-3cm.

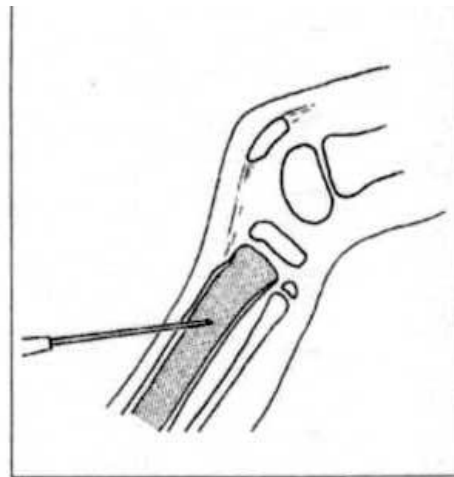


Figure 13.11

Khi kim đã được đặt vào khoang tuỷ có thể phải truyền dịch dưới áp lực hoặc bằng bơm tiêm khi cần thay liên tục. Nếu không có kim chích trong xương được thiết kế theo mục đích thì có thể dùng kim chích cột sống, ngoài màng cứng hay kim sinh thiết tuỷ. Đường vào trong xương được dùng cho bệnh nhân ở mọi lứa tuổi nhưng có hiệu quả nhất là với trẻ em dưới 6 tuổi.

Ven ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh

Tìm ven ở trẻ nhỏ là một trong những kỹ thuật khó nhất và gây phiền phức nhất đối với nhân viên y tế.

Thông thường người ta phải gọi đến bác sĩ gây mê khi mọi người khác đã chịu thua và đứa trẻ đã phải chịu đựng nhiều vì các lần thử trước đó. Ketamine, 2–3 mg/kg tiêm bắp, sẽ có tác dụng làm cho bệnh nhân bình tĩnh giúp cho việc lấy ven được thuận lợi. Đó không phải là liều gây mê trọn vẹn. Chờ vài phút trước khi tìm ven.

Các vị trí thường được dùng là:

- Mu bàn tay (trên mặt xương trụ)
- Da đầu
- Bề mặt bụng của cổ tay (các tĩnh mạch rất nhỏ)
- Tĩnh mạch đùi
- Tĩnh mạch hiển

Trẻ sơ sinh không béo và có các tĩnh mạch dễ nhìn thấy ở cẳng tay và bàn tay. Tĩnh mạch hiển cũng có thể dễ tìm thấy vì nó luôn ở mắt cá giữa, thậm chí kể cả khi không nhìn thấy hoặc sờ thấy và hoàn toàn có thể cắt được.

Việc đặt ống truyền ở trẻ nhỏ là rất khó vì đầu chúng to. Chỉ thực hiện cách này khi không thể thực hiện được những cách khác ví dụ khi bị bông lan rộng.

13.4. DỊCH VÀ THUỐC

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Luôn cố gắng tính toán dung lượng và loại dịch bị mất
- Thay thế bằng dịch có dung lượng và thành phần tương tự
- Bổ sung đủ nhu cầu hàng ngày về dịch để thay thế được tổng lượng dịch đã mất
- Theo dõi thật kỹ để nhận biết phản ứng với chế độ truyền dịch và điều chỉnh nếu cần.

CHO DÙNG DỊCH GÌ?

Tham khảo thêm Sử dụng máu lâm sàng (WHO, 2001)

Dịch truyền là những dung dịch thuốc vô khuẩn dùng để tiêm truyền nhỏ giọt vào tĩnh mạch với khối lượng lớn. Dịch truyền có nhiều loại với các thành phần hoạt chất ở những nồng độ khác nhau. Dịch truyền có thể ở dạng ưu trương hoặc đẳng trương với các chất tương ứng có trong máu. Dịch truyền có tác dụng

nâng huyết áp cơ thể, cân bằng các chất điện giải có trong máu khi người bệnh bị mất máu, mất nước do chấn thương, tai nạn, do phẫu thuật... Trong thực tế dịch truyền được chia thành 4 loại như sau:

- Dịch truyền bù nước và cân bằng điện giải bao gồm một số loại như dung dịch natri clorid đẳng trương 0,9%, dung dịch ringer lactat; dung dịch kali clorid 2%.
- Dung dịch cung cấp chất dinh dưỡng cho cơ thể như dung dịch glucose đẳng trương 5%, glucose ưu trương 20% hoặc 30%; hỗn hợp các acid amin (như alvesin, moriamin), vitamin và muối khoáng (như vitaplex)...
- Dung dịch thay thế huyết tương, duy trì huyết áp, chống trụy tim mạch như huyết tương khô (plasma sec), dextran, subtosan...
- Dung dịch chống toan, kiềm huyết như natri hydrocarbonat 1,4%.

Tùy theo tình trạng cơ thể bệnh nhân mà thầy thuốc sẽ cho truyền loại dịch nào. Khi sử dụng dịch truyền để truyền cho bệnh nhân trong bất cứ trường hợp nào cũng cần phải lưu ý nguy cơ bệnh nhân có thể bị sốc. Sốc có thể xảy ra tức thì hoặc trong, hoặc ngay sau khi tiêm. Nếu không xử trí kịp thời bệnh nhân có thể sẽ bị tử vong. Nguyên nhân gây sốc có thể do chất lượng thuốc hoặc do dụng cụ tiêm truyền không bảo đảm vô trùng, tốc độ truyền quá nhanh, đôi khi do cơ địa bệnh nhân mẫn cảm hoặc di ứng thuốc. Dù nguyên nhân nào cũng phải ngừng tiêm truyền ngay và dùng thuốc chống sốc theo quy định của ngành y tế.

DỊCH TRUYỀN VÀ THUỐC (ĐƯỜNG TĨNH MẠCH) THƯỜNG DÙNG

Dung dịch	Nồng độ (mmol/l)					Năng lượng	
	Na	Cl	K	Ca	Bic	Glucose	(Cal/l)
Dịch truyền tĩnh mạch							
Muối đẳng trương (NaCl 0.9%)	150	150	-	-	-	-	-
½ muối đẳng trương + Dextrose (NaCl 0.45% + Dextrose 5%)	77	77	-	-	-	28	180
1/5 muối đẳng trương + Dextrose (NaCl 0.18% + Dextrose 4%)	30	30	-	-	-	22.4	150
½ dung dịch Hartmann (1/2 Hartmann)	60	56	3	1	14	-	-
½ dd Hartmann + Destrose (1/2 Hartmann + Dextrose 5%)	66	56	3	1	14	28	180
Thuốc đường tĩnh mạch							
Dung dịch bicarbonate natri 8,4% = 1 ml có chứa 1mmol bicarbonate natri							

Dung dịch clorure kali 20% = 5ml có chứa 13 mmol K (=1g)
Dung dịch gluconate calci 10% 10ml có chứa 2,25 mmol Ca ²⁺

DỊCH TRUYỀN CHO BỆNH NHÂN NHI

Khi hồi sức cấp cứu cho bệnh nhân nhi, thông thường người ta cho dùng dung dịch muối đẳng trương thường (20ml/kg trọng lượng cơ thể và nhắc lại nếu cần) như một liệu pháp ban đầu. Trong khi đó, người ta sẽ tiến hành đánh giá liên tục sự thiếu hụt thực tế trên trọng lượng cơ thể, mất nước và mất dung lượng tuần hoàn. Một trẻ sơ sinh nặng 3 kg nên có 250ml dung lượng máu tuần hoàn, do đó lượng dịch truyền tĩnh mạch đầu tiên là khoảng 20% dung lượng tuần hoàn. Việc điều trị tiếp theo sẽ phụ thuộc vào phản ứng lâm sàng. Các nghiên cứu gần đây về kết quả cấp cứu bệnh nhân nhi, đặc biệt là khi có hiện tượng nhiễm trùng, cho thấy là chế độ truyền dịch lên đến 80ml/kg trong 12 giờ đầu, sử dụng chế độ hỗn hợp chất á tinh và chất keo đã cứu sống được nhiều bệnh nhân hơn.

Không bao giờ được dùng bộ truyền cho người lớn để gắn vào túi lớn của dịch IV cho trẻ nhỏ. Nếu dịch chảy quá nhanh, truyền hết cả túi lớn sẽ dẫn đến tình trạng quá tải nguy hiểm đến tính mạng. Luôn dùng bộ truyền buret (bộ truyền nhỏ giọt); nếu không có thì dùng bơm tiêm để tiêm lượng vừa đủ.

Cuối cùng, cần xem kỹ tĩnh mạch cổ và mắt để xem có dấu hiệu truyền quá mức không.

Nếu trẻ bị mất nước kèm giảm sức trương của da thì cần thực hiện liệu pháp dịch truyền. Nếu cần có lượng nước tiểu thải theo giờ thì đặt ống dẫn niệu hoặc, nếu không có ống dẫn niệu thì tính toán cấp độ căng của bàng quang bằng cách sờ và gõ bàng quang trước khi quyết định về liệu pháp dịch truyền tiếp theo.

Khi truyền máu cho bệnh nhân nhi đã được gây mê, mức độ chảy có thể không được như mong muốn thậm chí cả khi tăng áp suất truyền vì ống quá nhỏ. Trong trường hợp này thì một bơm tiêm 20ml và 3 vòi 3 đường sẽ rất hữu ích trong việc kéo máu từ nơi cho và đẩy qua ống nhỏ. Cần lưu ý là điểm nối rất chặt.

Ở bệnh nhân nhi mọi việc diễn tiến rất nhanh. Cần theo dõi sát. Xem thêm phần Bệnh nhân nhi

TỐC ĐỘ TRUYỀN

Do dung lượng truyền không phù hợp nên các bệnh nhân bị sốc phải tiếp nhận dịch với tốc độ rất chậm

Việc để truyền nhỏ giọt qua đêm là nguyên nhân thường gặp nhất có thể gây ra tử vong cho bệnh nhân vào sáng hôm sau

Một nguyên tắc chung dành cho người lớn là hiệu chỉnh một nửa sự thiếu hụt trong khoảng 30 phút sau đó đánh giá lại. Nếu bệnh nhân đang bị sốc thì cần truyền dịch với tần suất nhỏ giọt càng nhanh càng tốt cho đến khi huyết áp có phản ứng, sau đó đánh giá lại tốc độ truyền. Nếu giọt nhỏ quá chậm thì có thể cần phải đẩy túi truyền áp lực lên hoặc phải dùng bộ truyền nhỏ giọt thứ hai. Nếu nhận thấy giọt nhỏ nhanh với dòng chảy liên tục qua ngăn thì phải ở cạnh giường bệnh nhân cho đến khi có thể điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt thấp đến cấp thông thường trong phòng bệnh với sự theo dõi điều dưỡng bình thường. Một bệnh nhân trong phòng bệnh thường được truyền nhỏ giọt 3 lít/ngày theo chế độ chuẩn. Cần thừa nhận điều đó sẽ xảy ra và làm cho cán bộ làm việc tại phòng bệnh hiểu rõ nếu sử dụng những chế độ khác. Sau đó cần kiểm tra xem chỉ định của mình có được tuân theo hay không.

CẦN ĐẠT ĐƯỢC HUYẾT ÁP BAO NHIÊU?

Tùy thuộc vào tình huống (ví dụ nếu bệnh nhân bị mất nước mãn tính hoặc suy nhược), huyết áp cần đạt được sau một giờ hoặc trước khi vào phòng mổ thường là 90mmHg huyết áp tâm thu. Mặt khác, bệnh nhân bị chảy máu nhiều (ví dụ như bị vỡ tử cung, chữa trứng bị vỡ, chấn thương do tai nạn...) nên được truyền bổ sung đủ lượng bị mất, gây mê với ketamine, đặt ống nội khí quản và phẫu thuật cùng một lúc.

Khi bị xuất huyết trầm trọng cần ưu tiên cho việc kiểm soát chảy máu bất kể huyết áp và nồng độ hemoglobin như thế nào.

Nếu máu chảy ra từ một phía của bệnh nhân thì có rất ít hi vọng làm tăng huyết áp bằng cách truyền dịch ở ạt tại phía bên kia. Sự lựa chọn duy nhất trong trường hợp này là khẩn cấp đưa bệnh nhân đến phòng mổ và tiến hành cầm máu bằng phẫu thuật.

13.5. THUỐC DÙNG TRONG HỒI SỨC

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Khi hồi sức luôn phải cho dùng thuốc qua đường truyền tĩnh mạch
- Phần lớn các loại thuốc chỉ hữu hiệu khi chẩn đoán được nguyên nhân gây ngừng tim, nhưng epinephrine là một trường hợp ngoại lệ và luôn được dùng đối với bệnh nhân bị ngưng tuần hoàn.

Mặc dù, trong hồi sức, việc sử dụng thuốc cấp cứu là vô cùng cần thiết nhưng trước khi chỉ định dùng thuốc cần ưu tiên:

- Thông khí
- Xoa bóp tim
- Bảo tồn lượng dịch tuần hoàn bị mất
- Loại bỏ nguyên nhân, sự may rủi và các tác nhân gây độc
- Thực hiện chẩn đoán nếu có thể.

Không có loại thuốc nào có thể làm người ta thở được. Cách điều trị duy nhất đối với bệnh nhân ngừng thở là làm căng phổi với sự hỗ trợ của túi hồi sức và mặt nạ hay ống khí quản. Nếu bệnh nhân không thư giãn và không thể đưa ống vào được thì lựa chọn một trong các cách sau:

- Tiếp tục dùng túi và mặt nạ đến khi có tiến triển tốt hoặc xấu đi
- Cho dùng thuốc giãn cơ như suxamethonium 100 mg để có thể đưa được ống vào.

Nếu không thể quyết định cho dùng thuốc giãn cơ để đưa ống vào cơ thể một bệnh nhân ở tình trạng không ổn định thì xem xét các điều kiện hiện có và trao đổi với nhân viên y tế đã theo dõi các biến chứng để cùng tìm ra các bước xử trí tiếp theo.

Cuối cùng thì đặt ống và bổ sung ôxy vẫn là những biện pháp hữu hiệu hơn. Tuy nhiên, cần lưu ý đến những tác dụng phụ của suxamethonium như tăng kali huyết, một tác nhân của tim ngừng đập. Việc sử dụng suxamethonium trong các trường hợp khó đặt nội khí quản (ví dụ các bệnh nhân bị chấn thương nặng ở mặt hoặc bị sưng các mô mềm) càng nguy hiểm hơn. Sự thất bại khi đặt ống nội khí quản sẽ cảnh báo khả năng bệnh nhân bị tử vong.

Thuốc dùng trong hồi sức (dành cho người trưởng thành)		
Tên thuốc	Chỉ định	Liều dùng
Epinephrine (adrenaline)	<ul style="list-style-type: none"> • Tim ngừng đập • Phản vệ cấp 	0.5–1.0 mg IV
Atropine	<ul style="list-style-type: none"> • Nhịp tim chậm • Vô tâm thu mê tẩu 	0.5–1.0 mg IV
Ephedrine	<ul style="list-style-type: none"> • Tụt huyết áp sau khi gây tê tuỷ sống (có thể thay thế bằng phenylephrine hoặc methoxamine) 	10–30 mg IV

Calcium chloride	• Hỗ trợ tính hướng cơ khi tim ngừng đập	10 mg in 10 ml IV
Sodium bicarbonate	• Điều trị nhiễm toan cấp đã được khẳng định.	30–100 mmol
Lidocaine	• Điều trị loạn nhịp tim tâm thất	1–2 mg/kg IV
Beta blockers	• Khủng hoảng tăng huyết áp.	Đa dạng

Epinephrine (adrenaline)

Epinephrine 1/1000. 1 ml chứa 1 mg. Đây là liều tiêu chuẩn cho tất cả các trường hợp bị ngưng tim và những trường hợp chưa rõ nguyên nhân hay nhịp tim. Nếu chắc chắn rằng kim hoặc ống đã ở trong tĩnh mạch thì pha một ống 1ml vào dung dịch muối đẳng trương 10ml.

Đối với các ca bị tụt huyết áp trầm trọng thì cung cấp dung lượng tuần hoàn đã được bảo tồn:

- Pha 1mg trong 10ml dung dịch muối đẳng trương
- Cho dùng liều 0,5-1ml
- Quan sát phản ứng

Epinephrine có thể cứu sống bệnh nhân bị suy cấp.

Nên truyền Epinephrine càng gần tim càng tốt ví dụ như vào tĩnh mạch cổ trong lúc thực hiện xoa bóp ngoài tim. Như thế thuốc sẽ được đưa vào nơi mà nó sẽ phát huy tác dụng: cơ tim. Không nên dùng epinephrine trong tim kể cả khi đó là biện pháp cuối cùng trong khi tất cả các biện pháp khác đã bị thất bại.

Atropine

0.6 – 1 mg (10–20 mcg/kg). Dùng atropine trước epinephrine nếu:

- Nhịp tim chậm nghiêm trọng
- Nghi ngờ về nguyên nhân của vô tâm thu

Vasoconstrictors (thuốc gây co mạch)

Ephedrine 10–30 mg dùng cho hạ huyết áp cột sống. Có thể dùng các loại thuốc khác như phenylephrine hoặc methoxamine. Thuốc gây co mạch đôi khi được dùng khi bị sốc nhiễm trùng nhưng hiệu quả hạn chế.

Calcium chloride

10 mg trong 10 ml trong khi bị ngưng tim có thể làm tăng tác dụng của adrenaline và cải thiện sự co bóp của cơ tim.

Sodium bicarbonate

Chỉ được dùng khi có vấn đề về gốc acid đã được xác định.

Lidocaine

1–2 mg/kg. Lidocaine có thuộc tính chống loạn nhịp tim. Trong CPR không cần thường xuyên loại thuốc này.

Phong bế Beta

Beta blockers có vai trò trong tăng huyết áp. Ví dụ:

- Atenolol
- Propranolol
- Labetolol

Những loại thuốc này làm chậm tốc độ và lực co bóp của tim. Chúng có thể được sử dụng kết hợp với các thuốc giãn mạch như hydralazine, nitrates và calcium blockers. Cách dùng kết hợp này là liệu pháp thường được dùng ở các tuyến 3.

13.6. ĐÁNH GIÁ VÀ XÉT NGHIỆM TRƯỚC MỒ**NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:**

- Cần tìm hiểu tiền sử bệnh tật. Nếu không thể từ bệnh nhân thì có thể từ những người khác
- Thực hiện đánh giá liên tục tình trạng của bệnh nhân
- Khám kỹ lưỡng để không bỏ qua bất kỳ vấn đề quan trọng nào

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU:

Không đánh giá tình trạng bệnh nhân một cách đầy đủ là một trong những nguyên nhân thường gặp và dễ tránh nhất của các rủi ro liên quan đến gây mê.

Đánh giá ban đầu bao gồm cả việc tìm hiểu đầy đủ tiền sử bệnh tật. Cần lưu ý đến những sự việc dẫn đến việc bệnh nhân phải nhập viện, ví dụ, sau khi bị tai nạn cần biết:

- Nó xảy ra khi nào?

- Điều gì đã xảy ra?
- Bệnh nhân là hành khách, lái xe hay người đi bộ?
- Có bị mất máu không?
- Tai nạn xảy ra cách đó bao xa?
- Nếu hiện tại bệnh nhân bị bất tỉnh thì trước đó bệnh nhân có tỉnh táo không?

Tìm hiểu bệnh sử cũng rất quan trọng với các trường hợp không phải là cấp cứu do tai nạn mà là do đưa đến bệnh viện chậm, sau một tuần hoặc thậm chí một tháng khi các sự việc gây ra căn bệnh có thể đã bị quên lãng.

Bệnh án của lần phẫu thuật trước cũng rất quan trọng. Ví dụ như ở những nơi có tỷ lệ HIV cao thì viêm phúc mạc là một biến chứng thường gặp nhất sau khi mổ lấy thai từ 7-10 ngày.

Trong trường hợp bệnh nhân nhi bị khó thở, cần nghe bệnh sử từ cha mẹ hoặc người giám hộ. Liệu có dị vật không? Nếu bệnh nhân bị sốt thì có thể là bị bạch cầu thanh quản hoặc viêm tiểu thiệt. Nếu bệnh nhân nhi bị nghẹt đường thở kịch phát thì cần hỏi cha mẹ xem tình trạng đó là tạm thời hay đã kéo dài vì có thể đó là polyp thanh quản.

Trong trường hợp bệnh nhân bị bất tỉnh không rõ nguyên nhân thì bệnh sử sẽ giúp rất nhiều trong việc chẩn đoán.

Trong trường hợp bệnh nhân cần phẫu thuật và gây mê thì vấn đề bệnh học yêu cầu phẫu thuật và các ca phẫu thuật được đề xuất có tầm quan trọng trông thấy. Cần phải hỏi cha mẹ bệnh nhân về những lần phẫu thuật và gây mê trước đây và những bệnh nghiêm trọng đã mắc phải trong quá khứ.

Sau khi nghe toàn bộ bệnh sử, cần phải có một vài ý tưởng mang tính chẩn đoán. Trước khi bắt đầu khám lâm sàng cần thực hiện khám đầu giường đối với các dấu hiệu như:

- Mô hình thở
- Vị trí của bệnh nhân
- Vị trí của tay và chân
- Tình trạng bồn chồn bứt rứt do đau, giảm ôxy huyết hay sốc
- Mất nước
- Chướng bụng
- Quần áo dính máu

KHÁM LÂM SÀNG

1. Xem xét các dấu hiệu lâm sàng trước khi khám chi tiết:

- Thiếu máu: xem lưỡi, lòng bàn tay, lòng bàn chân, móng tay và màng kết

- Áp suất tĩnh mạch cảnh: tăng khi tim bị yếu, chậm khi bị mất nước và sốc
 - Nhiệt độ da: so sánh nhiệt độ ở trung tâm với ngoại biên
 - Chứng xanh tím
 - Phù nề
2. Kiểm tra miệng và cảm để đánh giá cấp độ khó hay dễ khi đặt ống nội khí quản

KHÁM TIM MẠCH

1. Sờ tay
 - Bàn tay nóng là biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng
 - Bàn tay lạnh có thể là biểu hiện của giảm dung lượng máu.
 - Thân run và tay lạnh có thể là biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng hoặc sốt rét
2. Kiểm tra mạch khi cầm tay bệnh nhân
 - Mạch nhỏ hoặc khó tìm thấy là biểu hiện của tuần hoàn không đủ, có thể là giảm dung lượng máu
 - Tốc độ: Hầu hết các trường hợp cấp cứu đều có mạch nhanh do nhiễm trùng, giảm dung lượng máu, đau hoặc bồn chồn.
 - Nhịp:
 - Điều
 - Không đều: dùng ECG để xác định bản chất của sự loạn nhịp
3. Kiểm tra huyết áp: có dễ nghe thấy hay không?
 - Mạch nhỏ có nghĩa là có khó khăn khi đo huyết áp và tuần hoàn kém
 - Tình trạng tăng huyết áp, như ở tiền sản giật, huyết áp có khi cao nhưng lại khó nhận thấy.
 - Khi bị sốc, huyết áp thấp và mạch nhanh
4. Sờ nhịp đập ở đỉnh đầu và nghe tiếng tim bằng ống nghe.

KHÁM HÔ HẤP

1. Yêu cầu bệnh nhân ho và nghe kết quả. Có thể nghe thấy tiếng khò khè hoặc sự phân tiết phế quản là biểu hiện của phế quản co thắt. Bệnh nhân có thể không ho được khi bị mắc các bệnh nặng về đường hô hấp.
2. Kiểm tra khí quản ở giữa và ở hai bên ngực có căng lên bằng nhau khi thở sâu hay không:
 - Gõ vào ngực để xem có tiếng đục hay hiện tượng tràn khí ngực không

- Kiểm tra xương sườn xem có bị gãy không nếu đã từng bị chấn thương
- Nghe bằng ống nghe toàn bộ ngực để tìm ra các vùng bị giảm hoặc tăng tiếng thở.

Một ca cấp cứu phẫu thuật do bị bệnh tim hô hấp đồng thời cần được xử trí tiên phẫu thật cẩn thận, bổ sung ôxy và theo dõi sát sao.

KHÁM BỤNG

Cần biết càng nhiều càng tốt về bệnh học trong ổ bụng. Bệnh học sẽ cho biết phẫu thuật kéo dài trong bao lâu và hiện tượng xuất huyết sẽ như thế nào.

Bụng bị căng phồng (chướng bụng)

Nếu bụng bị chướng thì sờ sẽ không đem lại kết quả gì:

- Chướng bụng không do bệnh sử chấn thương thường là biểu hiện của nghẽn ruột hoặc tắc ruột do viêm phúc mạc.
- Chướng bụng sau chấn thương là biểu hiện của chảy máu hoặc thủng nội tạng với viêm phúc mạc

Trong các trường hợp đó thì cần mở ổ bụng gấp.

Siêu âm là một cách xét nghiệm quan trọng trong xử trí các trường hợp chướng bụng.

Bụng mềm

Sờ bụng mềm có thể cho biết nhiều thông tin hơn

- Bị đau khi sờ thấy khối và sốt có thể là biểu hiện của viêm
- Khối cố định, không sốt, có thể là bị u

SỰ ĐỒNG THUẬT VÀ NHỮNG MONG ĐỢI

Trước khi phẫu thuật phải xin ý kiến đồng thuận của bệnh nhân. Nếu là bệnh nhân nhi thì xin sự đồng thuận của cha mẹ. Cố gắng tìm hiểu sự mong đợi của bệnh nhân và người thân.

Ngay khi có quyết định về kỹ thuật gây mê cần giải thích ngắn gọn cho bệnh nhân những gì sẽ xảy ra, cam đoan rằng bệnh nhân sẽ được theo dõi cẩn thận về hô hấp, các chức năng của tim và không bị đau. Cũng nên giải thích những gì có thể phải thực hiện như:

- Bổ sung ôxy
- Truyền tĩnh mạch
- Đặt ống mũi-dạ dày hoặc dẫn lưu

Vài phút giải thích và sự tận tình của bác sĩ sẽ làm dịu đi sự bồn chồn lo lắng của bệnh nhân và làm cho quá trình gây mê diễn ra dễ dàng hơn. Sau khi thực hiện xong các việc trên thì đề nghị bệnh nhân hoặc người nhà kí nhận rằng họ đồng ý với những gì dự định sẽ được thực hiện.

NHỊN ĂN TRƯỚC KHI MỎ VÀ TRUYỀN DỊCH

Đối với bệnh nhân không phải mổ cấp cứu, được gây mê toàn thân hoặc gây tê tại chỗ quan trọng và không bị nghi ngờ gì về chức năng dạ dày và ruột thì giai đoạn nhịn ăn trước mổ được coi là an toàn là:

- Người lớn: Không ăn thức ăn cứng trong 6 giờ và thức ăn nước trong 3 giờ
- Trẻ em: Không ăn thức ăn cứng trong 6 giờ, không uống sữa trong 4 giờ và không uống nước trong 2 giờ trước khi mổ.

CẤP THUỐC TIỀN MÊ

Phần lớn các bác sĩ gây mê không cấp thuốc tiền mê trừ khi có chỉ định đặc biệt. Ví dụ, khi mổ lấy thai, có thể cho dùng sodium citrate 0.3 mol/lít 30 ml qua đường miệng ngay trước khi gây mê để giảm độ axit của dạ dày.

Có thể phòng ngừa sự bồn chồn lo lắng bằng temazepam 10–20 mg uống trước khi mổ 2 giờ.

KẾT THÚC QUÁ TRÌNH ĐÁNH GIÁ

Cuối giai đoạn đánh giá (tìm hiểu bệnh sử và thăm khám), cần ghi rõ:

- Những gì được nghe thấy
- Những gì tìm thấy khi khám
- Những gì dự kiến sẽ thực hiện

Làm cho những người khác hiểu rõ những ghi chép đó. Điền rõ ngày và giờ. Sử dụng các thuật ngữ y học mà những người khác cũng sử dụng. Nếu cần chuyển viện cho bệnh nhân thì cần ghi giấy chuyển viện rõ ràng và đúng quy định. Ghi rõ ngày, giờ, triệu chứng khi nhập viện và mô tả những biện pháp điều trị đã được thực hiện.

Trước khi bắt đầu điều trị bất kì ca bệnh nào cần tự hỏi: “Liệu mình có bỏ sót điều gì không?”

XÉT NGHIỆM

Thường phải thực hiện xét nghiệm thậm chí cả khi chúng không có liên quan trực tiếp đến căn bệnh. Các hoạt động xét nghiệm sàng lọc như thế rất đắt đỏ và có thể không thể thực hiện được ở bệnh viện tuyến huyện. Chỉ nên yêu cầu xét nghiệm nếu:

- Biết rõ tại sao phải xét nghiệm và biết cách đọc kết quả
- Có kế hoạch xử trí có liên quan đến kết quả xét nghiệm

Khi xử trí cấp cứu thì phần lớn những gì cần biết để gây mê an toàn đều có thể thu được từ các dấu hiệu lâm sàng mà không cần đến kết quả xét nghiệm máu. Có một điều duy nhất mà các bác sĩ thực hành cần quan tâm phải căn cứ vào kết quả xét nghiệm đó chính là máu để truyền.

Xét nghiệm máu

Loại xét nghiệm	Ứng dụng
Sinh hoá Kali Sodium Glucose Creatinine or urea	<ul style="list-style-type: none"> • Suy thận • Có tác dụng lên suxamethonium • Chẩn đoán rối loạn nhịp tim • Liệu pháp dịch • Liệu pháp dịch • Kiểm soát tiểu đường • Chức năng thận
Huyết học Nồng độ hemoglobin Số lượng bạch cầu Tiểu cầu Màng phủ	<ul style="list-style-type: none"> • Thiếu máu • Nhiễm trùng nặng • Có xu hướng chảy máu • Sốt rét do kí sinh trùng (1)
(1) Quan trọng khi bị sốt, đặc biệt là sau phẫu thuật vì áp lực do phẫu thuật sẽ làm tăng thêm nguy cơ bị sốt rét.	

Nếu không có điều kiện thực hiện loại xét nghiệm được yêu cầu vẫn nên ghi vào trong kế hoạch xử trí vì nó có thể được thực hiện vào thời điểm khác.

Chụp X-quang

Chụp X-quang ngực là một loại xét nghiệm được yêu cầu thực hiện đối với tất cả các bệnh nhân bị chấn thương ngực, đặc biệt là trước khi đặt dẫn lưu ngực. Cần tìm:

- Hiện tượng sưng các mô mềm bên ngoài lồng ngực, đặc biệt là do không khí
- Xương sườn, xương đòn hay xương bả vai bị gãy.
- Dấu hiệu cân bằng phổi trái và phải
- Tràn khí ngực, chảy máu trong ngực hoặc tràn dịch
- Sự thay đổi của trung thất sang trái hay phải và nửa cơ hoành lên trên hay xuống dưới
- Bất thường của tim: kích thước và hình dáng
- Dị vật

Nếu cần phải đưa bệnh nhân đi xa để xét nghiệm bằng X-quang thì cần phải lưu ý các nguy cơ của sự di chuyển không kiểm soát được này:

- Có cần mang bình ôxy không?
- Có thiết bị hồi sức không?

Hầu như không thể xem mạch hay kiểm tra hô hấp khi di chuyển bệnh nhân ngoài hành lang.

Nếu không có điều kiện chụp X-quang thì phải dựa vào kỹ năng lâm sàng thay vì tìm kiếm sự hỗ trợ để hoàn thiện chẩn đoán.

Đối với các bệnh nhân bị đau bụng không do chấn thương thì siêu âm rất hữu dụng

KẾ HOẠCH XỬ TRÍ

Sau khi đánh giá tiền phẫu cần lên kế hoạch xử trí với bác sĩ gây mê. Các phương án là:

- Phẫu thuật ngay lập tức
- Hồi sức và phẫu thuật ngay lập tức
- Hồi sức rồi sau đó mới phẫu thuật
- Hồi sức và đợi xem có cần phẫu thuật không (và liệu có cần truyền máu không)

Trao đổi với các đồng nghiệp ngoại khoa để mọi người đều biết sẽ làm gì.

Hai phương án sau có thể được lựa chọn đối với các trường hợp nguy cơ cao. Bệnh nhân thuộc diện nguy cơ cao hay đang hấp hối? Việc phân biệt giữa hai trường hợp này khá khó. Bệnh nhân hấp hối không thể cứu sống được nhưng vẫn phải tiếp tục điều trị cho đến khi nó không mang lại kết quả nữa.

Bệnh nhân nguy cơ cao thường được coi là trường hợp cấp cứu, thậm chí trường hợp đó có thể bị bỏ quên hàng ngày hay hàng tuần. Không biết là hệ thống thất bại đối với bệnh nhân hay bệnh nhân thất bại khi sử dụng hệ thống thì đó vẫn là trường hợp cấp cứu. Chỉ những kinh nghiệm lâm sàng được tích lũy nhiều năm mới giúp bác sĩ xử trí các trường hợp đó chính xác trên cơ sở kết hợp hài hoà giữa các nguồn lực hiện có với lợi ích của bệnh nhân. Cần tính đến:

- Các nguồn lực sẵn có phục vụ phẫu thuật, bao gồm cả máu để truyền
- Sự hỗ trợ hậu phẫu
- Những gì sẽ xảy ra nếu không thực hiện phẫu thuật

Khi gây mê, cần phải có đủ kiến thức và kỹ năng cần thiết để lựa chọn kỹ thuật phù hợp. Sự gây mê tốt nhất trong bất kỳ tình huống nào cũng phụ thuộc vào trình độ đào tạo và kinh nghiệm, các trang thiết bị, thuốc có sẵn và tình huống lâm sàng.

Tuy nhiên, kỹ thuật gây mê tốt nhất trong cấp cứu thường lại là kỹ thuật mà bác sĩ gây mê có nhiều kinh nghiệm nhất và tự tin nhất. Khi chọn kỹ thuật gây mê cần lưu ý đến một số yếu tố:

- Trình độ và kinh nghiệm của bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật
- Thuốc và thiết bị có sẵn
- Tình trạng bệnh nhân
- Thời gian
- Cấp cứu hay thủ thuật lựa chọn
- Dạ dày đầy hay rỗng
- Sự lựa chọn của bệnh nhân

Không phải tất cả các yếu tố trên đều quan trọng như nhau nhưng cần lưu ý đến tất cả, đặc biệt là khi không có sự lựa chọn về kỹ thuật.

13.7. GÂY Mê TRONG CẤP CỨU

KỸ THUẬT GÂY Mê

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Bác sĩ gây mê cần lựa chọn kỹ thuật gây mê phù hợp với tình trạng bệnh nhân, yêu cầu của bác sĩ phẫu thuật, kinh nghiệm và kỹ năng của chính mình.
- Phần lớn bệnh nhân cấp cứu tại bệnh viện tuyến huyện đều có dạ dày chập ních nên gây mê toàn thân thường yêu cầu bảo vệ phổi bằng ống nội khí quản.

Bảng dưới đây sẽ giúp đưa ra quyết định loại gây mê phù hợp nhất đối với mỗi quy trình phẫu thuật được đưa ra.

Các kĩ thuật gây mê phù hợp với các loại phẫu thuật khác nhau	
Loại phẫu thuật	Kĩ thuật gây mê
<ul style="list-style-type: none"> • Đại phẫu đầu và cổ • Bụng trên • Trong ngực • Tai, mũi, họng • Nội soi 	Toàn thân- nội khí quản
<ul style="list-style-type: none"> • Chi trên 	Toàn thân - nội khí quản (LMA) hoặc phong bế thần kinh hoặc tê tĩnh mạch
<ul style="list-style-type: none"> • Bụng dưới • Bẹn, phúc mạc 	Toàn thân-nội khí quản hoặc tê tuỷ sống
<ul style="list-style-type: none"> • Chi dưới 	Toàn thân -nội khí quản (LMA) hoặc phong bế thần kinh hay phong bế miền hoặc kết hợp giữa gây mê toàn thân và gây tê tại chỗ

Đối với các trường hợp mổ cấp cứu khi bệnh nhân có thể có thức ăn trong dạ dày thì gây tê vùng là kĩ thuật được lựa chọn tốt nhất.

Đối với các trường hợp mổ cấp cứu nghiêm trọng thì có thể sử dụng gây mê toàn thân hoặc gây tê vùng vì chúng không khác nhau nhiều lắm về cấp độ an toàn.

Rất nguy hiểm khi nghĩ rằng gây tê tại chỗ luôn an toàn.

Khi phải quyết định xem dùng kĩ thuật gây mê nào là phù hợp nhất thì cần thảo luận với bác sĩ phẫu thuật và kíp mổ để tìm kiếm những thông tin liên quan hữu ích. Ví dụ, quá trình phẫu thuật có thể lâu hơn so với thời gian mà kĩ thuật gây mê cung cấp hoặc có thể phải đặt bệnh nhân ở tư thế bất thường. Cũng cần kiểm tra xem thuốc và các thiết bị cần thiết đã có sẵn chưa.

Bác sĩ gây mê có thể phải quyết định chọn một trong số các kĩ thuật dưới đây:

- Gây mê toàn thân cùng truyền thuốc qua tĩnh mạch hoặc xông
- Gây mê toàn thân với ketamine tiêm bắp

- Gây tê tuỷ sống
- Phong bế thần kinh (gây tê vùng)
- Gây tê thâm ngấm

Có nhiều ưu điểm khi kết hợp gây mê toàn thân nhẹ với phong bế tại chỗ: kỹ thuật này làm giảm lượng thuốc gây mê cần thiết đối với bệnh nhân và cho phép hồi phục nhanh với gây mê sau mổ được cung cấp bởi phong bế vùng được duy trì.

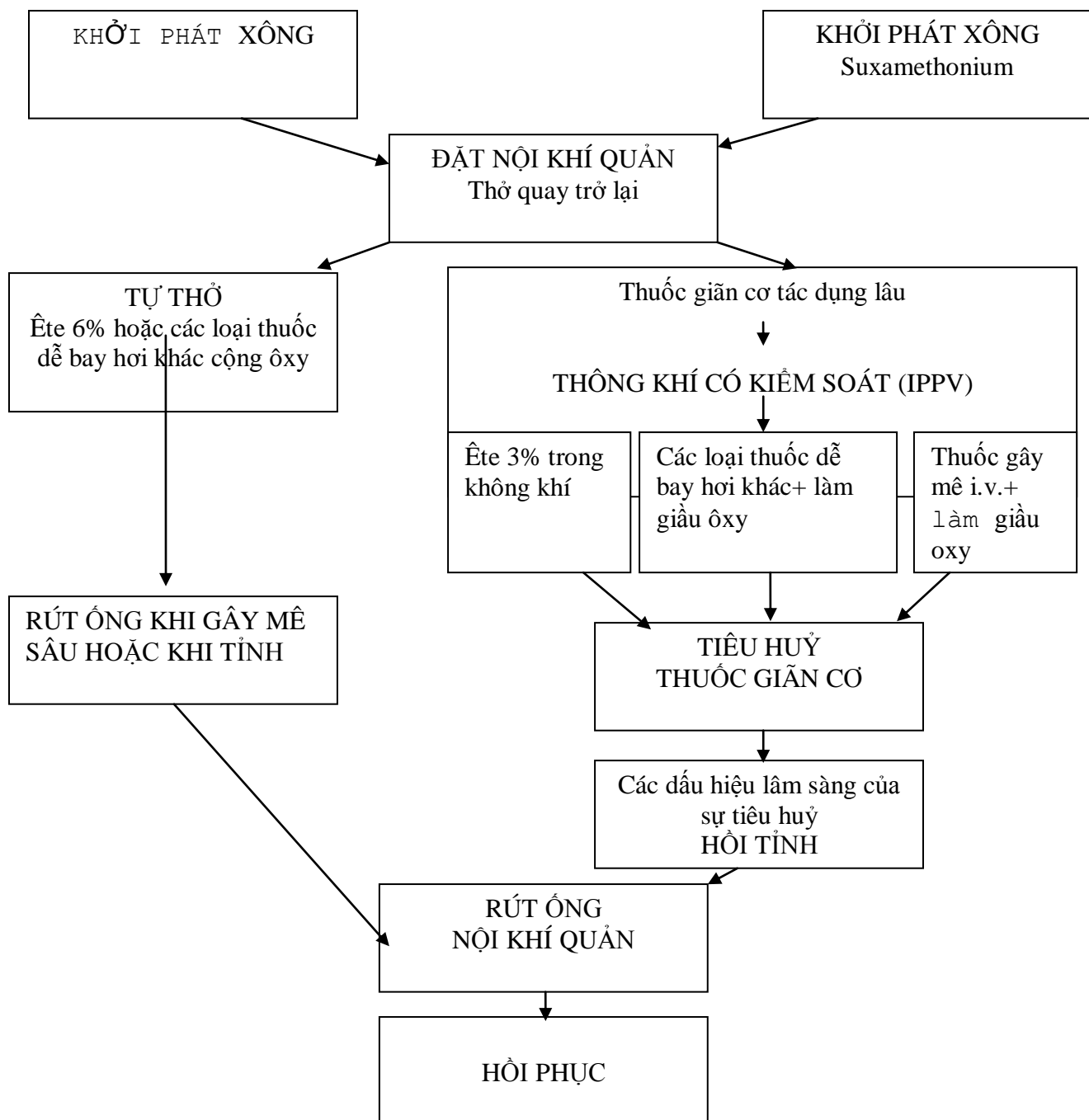
LẬP KẾ HOẠCH GÂY MÊ TOÀN THÂN

Khi gây mê toàn thân phải sử dụng ống nội khí quản trừ khi có nguyên nhân đặc biệt cần phải tránh.

Đặt ống nội khí quản là kỹ năng gây mê cơ bản nhất mà các bác sĩ gây mê cần phải thực hiện được một cách tự tin bất kì khi nào cần. Ở các bệnh viện nhỏ, phần lớn các ca phẫu thuật đều là mổ cấp cứu; phổi và gan của bệnh nhân sẽ bị nguy hiểm nếu không được bảo vệ bằng cách này.

Cần nhớ rằng tất cả các thuốc giãn cơ đều bị cấm sử dụng trước khi đặt ống nội khí quản nếu bệnh nhân có bất thường ở cầm hay cổ hay nếu có bất kì lý do nào để nghĩ rằng nội soi thanh quản và đặt ống sẽ gặp khó khăn.

LẬP KẾ HOẠCH GÂY MÊ TOÀN THÂN CHO CÁC CA ĐẠI PHẪU (hình 13.12)



Mức độ an toàn của kỹ thuật gây mê toàn thân và gây tê vùng

Tất cả các kỹ thuật gây mê đều có những nguy cơ tiềm ẩn. Có thể hạn chế được điều này bằng cách đánh giá kỹ tình trạng bệnh nhân, lập kế hoạch gây mê cẩn thận và thực hiện kế hoạch đó với tay nghề của bác sĩ gây mê giàu kinh nghiệm. Nên giữ các ghi chép về các ca gây mê mình đã thực hiện và thường xuyên xem xét biến chứng và tỷ lệ tử vong. Một số biến chứng có thể gặp được liệt kê dưới đây:

Một số biến chứng của gây mê toàn thân và gây tê vùng	
Gây mê toàn thân	Gây tê vùng
Nghẹt đường khí	Độc tố của thuốc
Hút phải các chất trong dạ dày	Tiêm nhầm vào trong mạch
Dị ứng hoặc mẫn cảm	Phản ứng dị ứng
Hạ huyết áp	Tốc độ lan rộng của gây tê tuỷ sống
Loạn nhịp tim	Suy tim do gây tê vùng
Tổn thương miệng, họng, răng và thanh quản	Nhiễm trùng lan rộng
Suy hô hấp	Suy hệ thần kinh trung ương và co giật
Tăng áp lực nội sọ	
Giảm ôxy huyết sau mổ	
Nhiễm độc gan và thận	

LỰA CHỌN KỸ THUẬT TRONG GÂY MÊ CẤP CỨU

Gây mê toàn thân hay gây tê vùng?

Cả hai kỹ thuật gây mê toàn thân và gây tê vùng đều được sử dụng với các ca cấp cứu. Sử dụng gây mê toàn thân khi có các yếu tố sau:

- Xuất hiện giảm dung lượng máu
- Chẩn đoán không chắc chắn và không tiên lượng được quá trình phẫu thuật lâu hay chóng.
- Các sự kiện không nhìn thấy trước
- Thiếu thời gian
- Bệnh nhân bị nguy hiểm hoặc co giật.

Có một số ngoại lệ. Khi mổ lấy thai cấp cứu thì gây tê tuỷ sống tốt hơn vì nó làm cho sản phụ không bị sốc, nhiễm trùng hay mất nước. Khi phẫu thuật thoát vị bẹn hoại thư hoặc xoắn tinh hoàn ở bệnh nhân có tình trạng tốt thì có thể dùng gây tê tuỷ sống.

Mặt khác, dây bị sa xuống khi chuyển dạ; sốc hoặc chảy máu nhiều nên cần gây mê toàn thân

Trong một số trường hợp có thể lựa chọn gây tê vùng (tuỷ sống) hoặc gây mê toàn thân:

- Cắt cụt
- Mở ổ vết thương
- Dẫn lưu ổ áp-xe hoặc các tình trạng nhiễm trùng khác

Với vết thương ở chân do súng bắn khi chưa biết có thể tìm thấy những gì thì nên được phẫu thuật với gây mê toàn thân. Sau vài ngày khi bệnh nhân trở lại với tình trạng ổn định để rửa vết thương và băng lại thì có thể dùng gây tê tủy sống.

Nguy cơ trào ngược khi bệnh nhân ăn no trước phẫu thuật

Theo nguyên tắc chung, bệnh nhân phải nhịn đói trước khi phẫu thuật (không ăn thức ăn cứng trong vòng 6 giờ, không uống nước trong vòng 2 giờ). Cần hiểu rằng dạ dày của các bệnh nhân bị tai nạn hay ốm nặng, các bệnh nhân đã dùng thuốc giảm đau như pethidine, thai phụ thường không bị rỗng.

Bất kì phương pháp gây mê nào cũng có những phản ứng không dự tính được mà về mặt lý thuyết có thể dẫn đến bất tỉnh, trào ngược các chất trong dạ dày. Vì thế, cần phải xem xét từng trường hợp, cân đối nguy cơ trào ngược với các nguy cơ của gây mê toàn thân hay gây tê tủy sống. Tình trạng chung của bệnh nhân quyết định nguy cơ ựa nhiều hơn là kĩ thuật gây mê.

Các trường hợp nguy cơ cao

Trường hợp nguy cơ cao đặc trưng là trường hợp khi mà chưa biết nên dùng phương pháp gây mê nào đối với bệnh nhân bị các bệnh mạn tính mà không được điều trị và hiện trong tình trạng xấu. Có thể phẫu thuật để cải thiện tình hình, rửa, mở ổ các mô hoại tử hay dẫn lưu mủ với hi vọng là vết thương sẽ lành, bệnh nhân đỡ đau và có thể sớm được xuất viện hơn. Ở phòng mổ bệnh viện của các nước có tỷ lệ mắc HIV cao có thể nhìn thấy số lượng lớn những bệnh nhân như thế hàng ngày.

Nhiễm trùng sản khoa là nguyên nhân lớn nhất làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ ở một số nước. Sản phụ thường bị nhiễm trùng trong vòng 10 ngày sau khi nạo thai nhiễm trùng, thai ngoài tử cung, chuyển dạ thường hay mổ lấy thai.

Phương tiện “gaspings” là loại phương tiện hô hấp tạo ra chuyển động của đầu ở bệnh nhân nửa tỉnh táo. Chẩn đoán rất tồi. Tiên liệu kết quả điều trị có phẫu thuật hay không có phẫu thuật là một trong đánh giá khó nhất trong thực hành y khoa.

Căn cứ vào tình trạng bệnh nhân có thể cho dùng Ketamine, 1–2 mg/kg IV. Ngay sau khi dùng ketamin phải bổ sung ôxy vì hiện tượng giảm ôxy máu thường xảy ra.

Khi mở ổ bụng cần đặt nội khí quản. Một đường rạch bụng nhỏ và dẫn lưu có thể trở thành một ca mổ ổ bụng và rửa sạch tại bộ phận hồi sức cấp cứu. Điều trị với sự hỗ trợ hướng cơ thường được sử dụng sau khi phẫu thuật.

Một thời điểm gay cấn trong khi phẫu thuật là khi thám sát ổ bụng ban đầu và phá dính. Nọc độc biến tổ mạnh nhất trong thời điểm này và có thể xuất hiện cái chết bất ngờ khi vô tâm thu. Cần có sẵn Epinephrine để dùng.

Ketamine là an toàn nhất đối với bệnh nhân bị vô niệu, đã từng bị xuất huyết hay nhiễm trùng.

CÁC VẤN ĐỀ GÂY MÊ ĐẶC BIỆT

Một bác sĩ thực hiện gây mê

Ở nhiều nước đang phát triển, trong một bệnh viện chỉ có một người được chỉ định và đào tạo để thực hiện gây mê. Cần tìm kiếm và đào tạo thêm một người nữa để giúp đỡ hoặc thực hiện thay.

Khi thực hiện gây mê có nhiều việc cần đến sự trợ giúp của người khác như:

- Ấn sụn nhẫn giáp
- Giữ bệnh nhân khỏi ngã dựa khi thâm ngấm thuốc
- Đưa một vài dụng cụ, đặc biệt là trong khi cấp cứu
- Giải quyết vấn đề liên quan đến phễu hút

Điều quan trọng là phải tìm được một người trợ lý (không phải là người thay thế) biết rõ về các rủi ro trong gây mê, biết rõ cách làm việc và những nơi thường xảy ra sự cố. Trên hết, người trợ lý phải là người hiểu rõ ý nghĩa của việc phản ứng nhanh nhạy khi vấn đề xấu đi.

Không bao giờ được bắt đầu gây mê khi chỉ có một mình với bệnh nhân trong phòng phẫu thuật.

Dạ dày đầy- ấn sụn nhẫn giáp

Dạ dày đầy là một trong những tình huống nguy hiểm nhất khi gây mê: nếu bệnh nhân hít phải các chất trong dạ dày vào phổi, gây ra biến chứng làm cho cơ hội sống của bệnh nhân rất mỏng manh. Hút phải các chất trong dạ dày có thể là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây ra cái chết trên bàn mổ ở các nước đang phát triển.

Ấn sụn nhẫn giáp (ấn lên sụn hình khuyên với áp lực 30 Newtons: 3 kg có tác dụng tránh ợ thực động nhưng không làm dừng việc nôn mửa. Nôn chủ động có thể là dấu hiệu bệnh nhân đã tỉnh và có phản xạ; ấn sụn nhẫn giáp do đó là không phù hợp. Có hai tình huống thường cần ấn sụn nhẫn giáp:

- Gây mê khi mổ cấp cứu
- Tất cả các trường hợp mổ lấy thai khi gây mê toàn thân

Có một số tình huống nguy hiểm mà bệnh nhân có vẻ bị ợ:

- Mổ lấy thai sau chuyển dạ nghẹt kéo dài, kết hợp với vỡ tử cung, sốc giảm dung lượng máu hay nhiễm trùng, đặc biệt là những nơi người ta hay dùng thuốc nam
- Tắc ruột
- Bệnh nhân bị nấc cục
- Bệnh nhân bị ho, căng thẳng hoặc cử động nhiều tại thời điểm thử đặt ống nội khí quản, đặc biệt là sau khi hít mà cơ không giãn.
- Bệnh nhân có dạ dày đầy khí trong khi hít bằng mặt nạ do kỹ thuật giữ mặt nạ kém.
- Bệnh nhân bị suy nhược toàn thân do có bệnh dạ dày-ruột mãn tính

Mặc dù chưa bao giờ có một sự thử nghiệm về tính hiệu quả của việc ấn sụn nhân giáp nhưng nó vẫn được coi là biện pháp hiệu quả để ngăn ngừa hiện tượng ợa.

Nếu nghi ngờ về nguy cơ bị ợa thì hãy ấn sụn nhân giáp-nó không mất tiền mà lại có thể cứu sống bệnh nhân

Thông khí có kiểm soát (IPPV) và thông khí tự nhiên

Trừ phẫu thuật thần kinh ra thì không có trường hợp phẫu thuật nào có kết quả tốt hơn nếu sử dụng thông khí có kiểm soát thay cho việc để bệnh nhân tự thở. Phẫu thuật ngực bao gồm mở ngực không thể được thực hiện khi thiếu thông khí có kiểm soát vì cơ chế thở bình thường yêu cầu áp lực âm tại khoang màng phổi đã bị đứt đoạn.

Bệnh nhân bị sốc có thể bị các vấn đề về tim nếu áp dụng Intermittent Positive Pressure Ventilation (IPPV) do tăng lượng khí trong ngực tránh sự quay trở lại của tĩnh mạch vào tim. Việc áp dụng IPPV quá hăng hái, dù bằng tay hay bằng thiết bị thông khí vẫn có thể gây ra giảm dung lượng máu.

Việc sử dụng thông khí tự nhiên có một hiệu quả an toàn nữa là cho phép có thể điều khiển được truyền dịch não: bệnh nhân sẽ ngừng thở nếu não không được tiếp máu với áp lực thích hợp.

Ở những nơi còn hạn chế và trang thiết bị gây mê, máy thông khí thường không có bộ phận chuông báo động khi bị ngắt kết nối và căng thẳng, lại thiếu các bác sĩ gây mê có kinh nghiệm. Thực hiện phẫu thuật cấp cứu khi gây mê toàn thân trong các điều kiện này sẽ an toàn hơn khi cho bệnh nhân tự thở.

Thông khí trong chấn thương ngực và đầu

Bệnh nhân bị chấn thương đầu kết hợp với các chấn thương khác có thể cần được đặt nội khí quản như một phần của gây mê toàn thân để thực hiện mở

ổ bụng (như khi bị vỡ rách) hay mở hộp sọ (trong các trường hợp tụ huyết ngoài màng cứng). IPPV không phải là phần cần thiết trong xử trí chấn thương ngực lúc đầu trừ khi có các chỉ định đặc biệt, ví dụ, trong quá trình hồi sức tim phổi hoặc bị giảm ôxy huyết, suy hô hấp hay các tình huống xấu khác xuất hiện.

Gãy xương sườn có thể gây ra thủng phổi ở đầu sắc bên trong ngực và gây ra tràn khí phế mạc. Nên đặt dẫn lưu ngực.

Phổi bị giập thường bị xấu đi trong những ngày tiếp theo vì thế mà tình trạng bệnh nhân mặc dù đã có thể thở thoải mái và ngồi dậy trong khi đeo mặt nạ vào ngày đầu sau chấn thương có thể trở nên xấu hơn và phải cần được thông khí.

Bệnh nhân bị thương ở đầu có thể được hưởng lợi từ IPPV trong những thời kì đầu mới nhập viện; nó có thể giúp tránh được sự kết hợp chết người giữa giảm ôxy huyết, nghẹt đường khí và tăng cacbon điôxít huyết-một nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở giai đoạn đầu sau chấn thương.

Tuy nhiên, thông khí có kiểm soát bản thân nó không thể cải thiện được tình trạng bệnh nhân bị thương ở đầu. Thông khí cho một bệnh nhân bị chết não không còn hi vọng hồi phục là một điều vô ích.

Ống nội khí quản và đường khí bằng mặt nạ thanh quản

Thông khí bằng mặt nạ thanh quản(LMA) hiện nay khá phổ biến ở hầu hết các nước. Nó đã được chứng minh về tính phổ biến và đỡ gây kích thích đối với bệnh nhân hơn so với ống nội khí quản. Nên dùng nó để thay thế ống nội khí quản trong các trường hợp:

- Mổ lấy thai khi gây mê toàn thân
- Mở ổ bụng
- Bất kì tình huống nào có nguy cơ nôn trớ

Có thể đặt ống trong khi gây mê bằng cách hít sâu hoặc ở các bệnh nhân bị liệt hay sau khi gây tê tĩnh mạch với propofol. Không được đặt thử LMA sau thiopentone vì bệnh nhân sẽ bị nghẹn.

Phương pháp đặt:

1. Cầm đèn soi thanh quản bằng tay trái, đưa lưỡi đèn vào bên phải lưỡi bệnh nhân và chuyển dần vào đường giữa. Đẩy gốc lưỡi sang bên nếu lưỡi bị kẹt giữa lưỡi đèn và răng. Đưa dần lưỡi đèn xuống dưới tới gốc lưỡi để tìm nắp thanh môn. Nâng lưỡi đèn lên về phía trước mặt bệnh nhân để bộc lộ lỗ thanh môn. Có thể kết hợp ấn sụn nhẫn giáp xuống (thủ

thuật Sellick) để dễ thấy thanh môn. Lưu ý không được dùng răng người bệnh làm điểm tựa để bẫy lưỡi đèn vì sẽ làm gãy răng người bệnh.

2. Khi thấy lỗ thanh môn, tay phải thầy thuốc cầm ống nội khí quản đẩy nhanh, nhẹ cho đầu ống nội khí quản và bóng chèn lọt vào giữa 2 dây thanh trong thì hít vào nếu bệnh nhân còn thở, rút nòng, đẩy tiếp ống vào sâu trong khí quản người bệnh. Thường răng cửa người bệnh ứng với số 22 trên ống nội khí quản là được (người lớn). Chèn miệng không để người bệnh cắn bẹp ống.
3. Hút đờm nếu cần. Bóp bóng kiểm tra, chỉnh độ sâu của ống nội khí quản sao cho hơi vào đều 2 phổi. Bơm bóng chèn. Cố định ống bằng băng dính.

Sử dụng thuốc hỗn hợp

Trong gây mê có thể sử dụng thuốc kết hợp với nhau trong cùng một bơm tiêm để có cùng tốc độ và dễ thực hiện hơn và tăng sự an toàn cho bệnh nhân. Ketamine và suxamethonium có thể trộn lẫn với nhau mà không bị tương tác và tạo ra một giấc ngủ ngắn, thuận lợi và hiệu quả thư giãn, vì thế mà bác sĩ có thể tập trung vào đường khí. Cách này đặc biệt có giá trị nếu bơm và kim tiêm có chất lượng kém, được làm từ thủy tinh hoặc được tiệt trùng lại sau khi đã sử dụng. Tuy nhiên, nhiều loại thuốc không thể trộn được, đặc biệt là thiopentone và suxamethonium. Diazepam không trộn được tốt với các thuốc khác.

Thở ôxy dự phòng nên được thực hiện với một tay giữ mặt nạ và tay kia đưa thuốc. Nếu cả hai tay đều cần để đưa thuốc thì có thể yêu cầu bệnh nhân hoặc trợ lý giữ mặt nạ.

Hút

Hút tốt có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong gây mê và hồi sức và đối với tất cả các loại phẫu thuật hay chăm sóc đặc biệt. Là một công cụ hồi sức, hút xếp ở vị trí thứ hai sau túi tự phòng và mặt nạ.

Khi cần hút phải có ngay dụng cụ ở bất kì thời điểm nào:

- Dụng cụ hút phải được bật sẵn cho bất kì trường hợp nào nghi ngờ là trong dạ dày có thức ăn hoặc khi đường khí đang được thám sát ví dụ như để tìm dị vật hay bị nghẹt.
- Dụng cụ hút phải được chuẩn bị sẵn nhưng có thể không bật sẵn khi thực hiện các thủ thuật lựa chọn.

Dụng cụ hút điều khiển bằng chân có thể là một thiết bị cứu sống bệnh nhân ở những cơ sở y tế không có điện.

Hoạt động hút kích thích phản xạ oẹ và có thể gây ra nôn. Hút quá nhiều làm tổn hại đến niêm mạc và gây ra chảy máu. Các nguyên tắc hút cơ bản là:

- Không được hút khi đang đưa ống vào, đặc biệt là nếu không thể nhìn thấy đầu ống hút
- Chỉ hút vừa đủ, khi có thể nghe thấy và nhìn thấy có chất gì đó được hút ra ngoài
- Giữ cho dụng cụ hút tiếp tục chuyển động và tiếp tục hút khi rút ra.
- Phải luôn quan sát bệnh nhân nếu thấy bệnh nhân ho sặc sụa, tiết nhiều đờm rãi, khó thở tím tái thì phải ngừng lại, rút ống ra và đặt lại.
- Kiểm tra xem đầu ống thông đã vào đến dạ dày chưa bằng một trong 3 cách sau:
 - Dùng bơm tiêm hút qua đầu ngoài của ống, nếu thấy dịch dạ dày chảy ra là được.
 - Dùng bơm tiêm hút 10 - 20ml không khí rồi bơm vào dạ dày qua đầu ngoài ống thông, đồng thời để loa ống nghe lên trên vùng thượng vị, mắc tai nghe vào tai để nghe trong khi bơm, nếu có tiếng động của không khí tức là đầu ống thông đã vào đến dạ dày.
 - Nhúng đầu ngoài ống thông vào cốc nước. Nếu không thấy bọt sủi lên là được.
- Hút nhẹ nhàng từ từ với áp lực thấp.
- Sau khi hút xong, kẹp ống thông lại rồi từ từ rút ống thông ra, rút ra đến đâu dùng gạc lau đến đó cho đến khi hết ống rồi ngâm ống vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn

Dùng ống hút cứng cho các ca cấp cứu

Hút khí quản

Để hút khí quản người ta thường dùng ống nhỏ mềm hoặc ống phế quản. Khi hút khí quản phải hết sức thận trọng, ống hút phải được tiệt trùng và không được dùng chung ống đã dùng cho họng.

Đối với trẻ em không nên dùng ống vừa khít với ống khí quản nhỏ, nếu không thì áp lực âm có thể gây hại cho phổi.

Việc hút khí quản lặp lại ở các ca chăm sóc đặc biệt có thể gây ra nhịp tim chậm thậm chí là ngưng tim, do đó cần theo dõi điều khiển ECG

Lấy dị vật

Lấy dị vật là một công việc thường làm đối với các bác sĩ gây mê ở các nước đang phát triển. Ở bệnh viện tuyến huyện, bác sĩ gây mê cần phải biết cách

lấy dị vật từ miệng, đường khí hoặc họng bằng kìm Magill có hoặc không có gây mê. Trẻ em thường dấu những đồng xu trong miệng và chúng có thể bị trôi vào họng.

Nếu có điều kiện thì nên cho chụp X-quang. Sau khi cho hít halothane, đưa ống soi thanh quản thẳng và dài vào sau thanh quản. Trẻ có thể bị ngừng thở trong khi nội soi họng do đó cần nối với ôxy kế. Có thể không với tới được dị vật ở sâu dưới thực quản nên cần đặt ống và nội soi thực quản.

Một số dị vật có thể bị hít vào vào nằm tại đường hô hấp trên như các loại hạt, xương cá, xương gà, đỗ lạc, mẩu nhựa, nút chai... Đối với đường khí thường xảy ra 3 tình huống chung như sau:

- Nghẹt toàn bộ đường khí
- Nghẹt một phần đường khí có dị vật ở thanh quản
- Hít phải dị vật xuống dưới khí quản hay phế quản.

Tình huống thứ nhất rất ít gặp ở bệnh viện. Nếu gặp thì có hai cách xử trí:

1. Thủ thuật Heimlich. Heimlich là thủ thuật dùng để cấp cứu khi có dị vật lọt vào đường thở và choán gần hết diện tích của đường thở. Nguyên tắc của Heimlich là tạo 1 lực tác động mạnh, đột ngột vào 2 buồng phổi bằng cách vỗ từ lưng hoặc ép vào cơ hoành(vách ngăn giữa ngực và bụng), mục đích tạo ra một áp lực lớn đột ngột trong đường hô hấp đẩy dị vật văng ra ngoài.
2. Nếu thất bại thì làm thủng màng sụn nhẫn giáp bằng dao sắc và đặt ống nhựa như thủ thuật mở thanh quản.

Nếu dị vật choán một phần thanh quản thì thường là mẩu xương hoặc vật gì đó phẳng, bất thường và sắc nên phải lấy ra bằng kìm Magill sau khi cho hít halothane và ôxy. Bệnh nhân có thể bị khó chịu và có thể bị thở khò khè do co thắt thanh quản hay bản thân dị vật. Có thể cho hít chậm và nếu có phương tiện thông khí thì có thể sử dụng thuốc giãn cơ suxamethonium và IPPV. Mặc dù, về mặt lý thuyết, điều này có thể làm cho dị vật vào sâu thêm nhưng trên thực tế hiếm khi xảy ra. Không được coi là đã hoàn thành công việc trước khi chắc chắn là đã lấy hết dị vật và bệnh nhân thở êm và dễ dàng.

Không may là tình huống thường gặp nhất là trường hợp trẻ hít phải các loại hạt hay đỗ lạc và các dị vật này đã bị trôi qua các dây và vào trong phế quản. Cần phải đưa gấp bệnh nhân dạng này lên tuyến trên.

13.8. CÁC TRƯỜNG HỢP QUAN TRỌNG CẦN LƯU Ý

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Các vấn đề xảy ra trước khi phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến quá trình gây mê và phẫu thuật
- Nếu tình trạng bệnh nhân yêu cầu phải phẫu thuật gấp, cần sử dụng kinh nghiệm của mình để hạn chế tối đa các hệ quả có hại của các vấn đề đó.

THIẾU MÁU

Thiếu máu là sự giảm số lượng hồng cầu hoặc giảm số lượng huyết sắc tố ở máu ngoại vi dẫn đến máu thiếu oxy để cung cấp cho các mô tế bào trong cơ thể.

Khi phẫu thuật cho bệnh nhân bị thiếu máu nặng có thể xảy ra tình trạng mất máu, khi gây mê cho bệnh nhân bị thiếu máu nặng có thể có vấn đề về vận chuyển oxy qua máu, vì thế phải thực hiện tất cả các bước yêu cầu trong quy trình tiền phẫu đối với người thiếu máu.

Nếu thời gian hạn chế thì chỉ có thể gây mê tĩnh mạch sau khi cân nhắc những lợi điểm và nguy cơ.

Quyết định gây mê cho bệnh nhân phụ thuộc vào tình hình và cấp độ khẩn cấp của việc phẫu thuật. Tất nhiên, lý tưởng là bệnh nhân phải có trị số hemoglobin bình thường như những người khác ở trong vùng dân cư nơi bệnh nhân sinh sống. Tuy nhiên, bệnh nhân mang thai trứng bị vỡ không thể được đưa đi xa với máy viên sắt và thậm chí là không thể chờ đợi truyền máu trước mổ. Quy định “cứng” là bệnh nhân được gây mê phải có trị số hemoglobin trên 8g/dl trừ những trường hợp mổ cấp cứu.

Thiếu máu không phải là một chẩn đoán hoàn chỉnh và có thể chỉ ra rằng bệnh nhân có vấn đề bệnh học khác mà có thể không đoán trước được. Các khả năng có thể kể đến là bệnh tế bào hình liềm, chảy máu dạ dày -ruột mạn tính do giun móc hoặc loét tá tràng. Nguyên nhân của thiếu máu “tình cờ” có thể không cần phải điều trị gấp bằng các tình trạng yêu cầu phải phẫu thuật. Vì thế điều quan trọng là phải khám và xét nghiệm kỹ lưỡng bệnh nhân bị thiếu máu và không được coi thiếu máu là vấn đề gây phiền phức cho gây mê hay nghĩ rằng điều đó cần thiết chỉ vì nhiễm trùng do kí sinh trùng gây ra.

Mổ cấp cứu

Bệnh nhân thiếu máu phải mổ cấp cứu có lượng ôxy trong máu thấp hơn bình thường. Tránh dùng thuốc và kỹ thuật có thể làm tình hình trở nên xấu hơn như gây mê qua đường hút sâu hoặc làm cho bệnh nhân bị suy hô hấp. Có thể dùng ether và ketamine.

Cần cung cấp ôxy cho bệnh nhân thiếu máu. Bỏ sung lượng máu bị mất hoặc điều chỉnh nồng độ hemoglobin. Cần chắc chắn rằng bệnh nhân không bị giảm ôxy máu trong và sau khi phẫu thuật.

Xem thêm *Sử dụng máu lâm sàng* (WHO, 2001)

CAO HUYẾT ÁP

Phẫu thuật theo kế hoạch

Gây mê và phẫu thuật theo kế hoạch là chống chỉ định đối với các bệnh nhân bị cao huyết áp và huyết áp cao hơn 180 mmHg (24.0 kPa) tâm thu hoặc 110 mmHg (14.7 kPa) tâm trương. Mức độ tăng huyết áp này sẽ liên quan đến các dấu hiệu lâm sàng là phì đại tâm thất trái trên kết quả chụp X-quang và điện tim, vồng mạc bất thường và có thể là tổn thương vồng mạc.

Có thể gây mê an toàn cho bệnh nhân bị cao huyết áp có thể điều chỉnh được. Điều quan trọng là không nên dừng việc điều trị thường xuyên bằng thuốc chống cao huyết áp hay huyết áp của bệnh nhân có thể không kiểm soát được. Sau khi đánh giá đầy đủ tình trạng bệnh nhân, bao gồm cả chụp X-quang, điện tim và đo nồng độ chất điện giải (đặc biệt là nếu bệnh nhân đang dùng thuốc lợi tiểu) có thể sử dụng kỹ thuật gây mê phù hợp không dùng ketamine, một loại thuốc có xu hướng làm tăng huyết áp. Nếu bệnh nhân đang được điều trị bằng phong bế beta thì nên tiếp tục nhưng nhớ rằng bệnh nhân sẽ không thể bù được lượng máu bị mất với nhịp tim nhanh, do đó nên chú ý đặc biệt.

Nếu phẫu thuật theo kế hoạch bị hoãn lại để điều trị cao huyết áp thì thời hạn nên là từ 4-6 tuần để bệnh nhân ổn định trước khi phẫu thuật. Sử dụng thuốc chống cao huyết áp một ngày trước khi phẫu thuật là không an toàn.

Phẫu thuật cấp cứu

Trong phẫu thuật cấp cứu, các nguyên tắc xử trí đối với bệnh nhân cao huyết áp cũng tương tự như đối với bệnh nhân đã bị nhồi máu cơ tim. Nên nghĩ đến việc sử dụng gây tê tại chỗ và thử mọi cách để tránh hạ huyết áp. Bệnh nhân bị cao huyết áp nặng mà chưa cần phẫu thuật ngay thì nên được chuyển lên tuyến trên.

BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP

Lao là bệnh đa hệ mà các hệ quả hô hấp và hệ quả khác có thể gây khó khăn cho việc gây mê. Trước tiên là vấn đề gây mê cho bệnh nhân mắc bệnh nặng và mất dịch bất thường do bị sốt kết hợp với uống nước và dịch qua đường miệng không đủ và tỷ lệ chuyển hoá cao cần phải cung cấp ôxy nhiều hơn bình thường.

Các bệnh phổi có đờm, ho mạn tính và ho ra máu có thể dẫn đến các vấn đề có thể gây ra sự thông khí và cung cấp ôxy không đủ. Các ống khí quản có thể nhanh chóng bị chặn bởi các chất tiết ra do đó có thể phải hút thường xuyên. Đối với bệnh nhân không thể ho được thì có thể để ống mũi-khí quản lại sau khi phẫu thuật hoặc thực hiện mở khí quản để có thể hút hết dịch tiết ra.

Sự nhiễm bẩn dụng cụ gây mê bởi các chất tiết ra cũng cần phải được quan tâm. Nếu gây mê cho một bệnh nhân bị lao thì sử dụng hoặc là ống khí quản dùng một lần hoặc là ống cao su đỏ mà sau khi rửa bằng xà phòng và nước thì có thể hấp lại. Van thở của bệnh nhân và ống gây mê cũng cần được tiệt trùng. Vòi chống tĩnh điện có thể được hấp lại. Túi tự phòng (SIB) ít khi bị nhiễm bẩn nhưng nếu tiệt trùng túi này thì phải cẩn thận vì chúng có thể bị hỏng khi hấp. Nếu sử dụng hệ thống thở Magill trên máy Boyle thì toàn bộ hệ thống nên được hấp vì bệnh nhân có thể thở trực tiếp vào túi. Nếu không thể tìm được cách giải quyết các vấn đề liên quan đến gây mê bằng cách hít thì sử dụng ketamine hoặc kỹ thuật gây tê tại chỗ để thay thế.

HEN VÀ VIÊM PHẾ QUẢN MÃN

Phẫu thuật theo kế hoạch

Khi gây mê và phẫu thuật theo kế hoạch cho bệnh nhân có tiền sử bị hen suyễn thì nên kiểm soát tình trạng hen và bệnh nhân không nên bị nhiễm trùng hay các cơn khò khè trước đó. Nếu bệnh nhân thường xuyên sử dụng thuốc thì không được dừng điều trị. Cần lưu ý nếu bệnh nhân đã sử dụng steroid. Bất kỳ bệnh nhân nào đã từng được nhập viện để điều trị cơn hen nên được chuyển tuyến.

Bệnh nhân bị viêm phế quản mãn tính có một vài vấn đề về đường khí bị nghẹt. Khi xem xét bệnh sử cần hỏi xem bệnh nhân có hút thuốc không, có ra đờm không. Nếu bệnh nhân cần phải bỏ thuốc thì phải thực hiện điều này trước khi mổ ít nhất 4 tuần. Có thể cho bệnh nhân làm các xét nghiệm lâm sàng về chức năng phổi. Bản chất của ca phẫu thuật vô cùng quan trọng; phẫu thuật tại bụng trên là chống chỉ định vì có thể xảy ra suy hô hấp ở giai đoạn hậu phẫu. Những bệnh nhân cần phải thực hiện phẫu thuật dạng này nên được đưa lên tuyến trên,

nơi có thể thực hiện thông khí nhân tạo cho phổi của họ từ 1-2 ngày trước phẫu thuật nếu cần.

Gây tê tại chỗ kết hợp với làm giảm đau tĩnh mạch với liều nhỏ diazepam có thể là một lựa chọn kỹ thuật tốt hơn so với chỉ gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân. Nếu cần gây mê toàn thân thì nên cho thuốc tiền mê với chất kháng histamine như promethazine cùng với 100 mg hydrocortisone. Điều quan trọng là phải tránh nội soi thanh quản và đặt ống trong khi gây mê nhẹ vì nó có vẻ sẽ dẫn đến co thắt phế quản nghiêm trọng. Ketamin khá thích hợp cho gây tê tại chỗ vì nó có khả năng làm giãn phế quản.

Đối với các thủ thuật ngắn (thực hiện nhanh)

- Tránh đặt ống
- Dùng ôxy 30% hoặc hơn

Ête và halothane đều là những thuốc giãn phế quản tốt nhưng ête có ưu điểm là nếu co thắt phế quản phát triển thì có thể dùng epinephrine (0.5 mg dưới da) an toàn. Điều này sẽ rất nguy hiểm với halothane, loại thuốc mẫn cảm với tim vì tác dụng làm rối loạn nhịp tim của catecholamines.

Aminophylline (250 mg đối với người lớn bằng cách tiêm tĩnh mạch chậm) có thể sử dụng thay cho epinephrine nếu bị co thắt phế quản phát triển. Nó tương hợp với bất kì loại thuốc hít nào.

Khi kết thúc bất kì thủ thuật nào có đặt nội khí quản, cần rút ống ra ở vị trí nằm ngang và vẫn gây mê sâu; nếu không, sự kích thích thanh quản có thể là tác nhân gây ra co thắt phế quản.

TIÊU ĐƯỜNG

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Theo dõi những biến chứng ở các bệnh nhân bị tiểu đường
- Lượng đường thấp là nguy cơ chính của tiểu đường trong khi phẫu thuật
- Giám sát lượng đường trong máu và điều trị nếu cần

Khi bệnh nhân bị tiểu đường cần phải phẫu thuật, điều quan trọng cần nhớ là bệnh nhân có thể bị nguy hiểm do sao lãng những biến chứng lâu dài của tiểu đường nhiều hơn là việc kiểm soát lượng đường huyết ngắn hạn. Cần đánh giá toàn diện trước khi mổ, đặc biệt lưu ý những triệu chứng và dấu hiệu của

mạch máu ngoại biên, bệnh mạch máu não và động mạch vành vì tất cả những vấn đề đó rất phổ biến ở các bệnh nhân bị tiểu đường cũng như là suy thận mạn.

Phẫu thuật theo kế hoạch

Việc xử trí đối với trường hợp bệnh nhân bị tiểu đường cần phẫu thuật theo kế hoạch là không khó. Trong ngắn hạn thì nguy cơ chính duy nhất về mặt lý thuyết là hiện tượng giảm đường huyết không dự đoán trước được có thể xuất hiện khi gây mê. Phần lớn các thuốc gây mê, bao gồm ête, halothane và ketamine, có gây ra sự tăng đường huyết nhẹ nhưng vô hại, do đó sử dụng chúng là an toàn. Thiopental và ôxít nitơ có tác dụng ít đến nồng độ đường trong máu; không có loại thuốc gây mê nào làm lượng đường trong máu hạ cả. Bệnh tiểu đường được chia làm hai loại chính: bệnh tiểu đường loại 1, do Insulin không được sản xuất ra, và bệnh tiểu đường loại 2, do Insulin sản xuất thiếu hay cơ thể đề kháng với Insulin. Loại 1 hay xảy ra ở tuổi trẻ hơn, có thể bắt đầu từ năm mười tuổi trở lên, loại 2 thường xảy ra ở tuổi lớn hơn thường trên 50 tuổi, chiếm khoảng gần 90% số trường hợp.

Tiểu đường phụ thuộc vào insulin (loại 1)

Đối với bệnh nhân bị tiểu đường loại 1 cần chắc chắn là đã kiểm soát hợp lý lượng đường:

- Không cho bệnh nhân ăn hoặc dùng insulin vào sáng ngày phẫu thuật; điều này sẽ đảm bảo nồng độ đường trong máu bình thường hoặc tăng nhẹ và sau đó có xu hướng tăng chậm.
- Đo nồng độ đường trong máu ngay trước khi gây mê; nó sẽ ở trong khoảng 7–12 mmol/lít nhưng nếu nó cao hơn 12 mmol/lít:
 - Cho dùng 2-4 đơn vị quốc tế insulin có thể hoà tan được qua đường tĩnh mạch hoặc dưới da
 - Đo đường huyết lại sau một giờ
 - Cho dùng liều tiếp theo nếu cần

Nếu có thể đo lượng đường huyết thường xuyên thì có thể:

- Cho 10 đơn vị quốc tế insulin hoà tan được vào 500 ml glucose 10% và bổ sung thêm vào đó 1g Kali chloride (13 mmol)
- Truyền tĩnh mạch hỗn hợp trên theo tốc độ 100ml/giờ đối với người lớn có trọng lượng trung bình.
- Tiếp tục như thế cho đến khi bệnh nhân có thể ăn được và sau đó quay lại chế độ điều trị chống tiểu đường bình thường

Mô hình này khá đơn giản và sẽ duy trì lượng đường huyết ở phần lớn bệnh nhân tiểu đường trong khoảng 5–14 mmol/lít. Tuy nhiên, cần kiểm tra đường huyết thường xuyên và thay đổi phác đồ nếu cần. Cần ghi nhớ rằng, nếu sử dụng chai truyền bằng thuỷ tinh thì liều lượng insulin cần tăng lên khoảng 30% vì thuỷ tinh hấp thụ insulin.

Nếu cần xếp lượt để phẫu thuật thì cần xếp bệnh nhân bị tiểu đường lên đầu vì điều này sẽ giúp cho việc đảm bảo thời gian và kiểm soát chế độ insulin dễ hơn.

Tiểu đường không phụ thuộc vào insulin(loại 2)

Nếu bệnh nhân tiểu đường được kiểm soát chỉ bằng chế độ ăn kiêng thì có thể sử dụng kỹ thuật gây mê tiêu chuẩn phù hợp với tình trạng bệnh nhân và đặc điểm ca phẫu thuật.

Bệnh nhân bị tiểu đường không phụ thuộc vào insulin được kiểm soát bằng thuốc giảm đường huyết qua đường miệng không nên uống thuốc vào buổi sáng khi sắp thực hiện gây mê. Vì thuốc này có tác dụng lâu do đó có nguy cơ giảm đường huyết, vì vậy cần kiểm tra đường huyết vài giờ một lần cho đến khi bệnh nhân có thể ăn trở lại.

Nếu xuất hiện khó khăn đối với những bệnh nhân này thì có thể sẽ là đơn giản hơn nếu chuyển sang việc kiểm soát tạm thời bằng insulin, sử dụng đường cộng với truyền insulin đã mô tả ở trên.

Phẫu thuật cấp cứu

Bệnh nhân tiểu đường cần phẫu thuật cấp cứu thì khác khá nhiều. Nếu không kiểm soát được đường huyết thì sẽ xuất hiện nguy cơ từ cả bệnh tiểu đường và tình trạng đòi hỏi phải phẫu thuật. Bệnh nhân có thể bị:

- Tiêu dung lượng dịch nghiêm trọng
- Nhiễm toan
- Tăng đường huyết
- Tiêu kali nghiêm trọng
- Tăng thẩm thấu
- Giãn dạ dày cấp

Trong các trường hợp này cần ưu tiên hồi sức trước phẫu thuật vì việc thử bất kì loại gây mê nào trước khi hiệu chỉnh sự xáo trộn chuyển hoá cũng gây ra những nguy hiểm chết người.

Hồi sức sẽ cần đến một lượng lớn dung dịch muối có bổ sung kali (theo sự kiểm soát kĩ lưỡng của phòng thí nghiệm). Không nên cho dùng quá 4 đơn vị quốc tế insulin/giờ nhưng cấp độ phải được duy trì hoặc là bằng cách tiêm bắp

theo giờ, hoặc là truyền tĩnh mạch liên tục. Bệnh nhân sẽ cần đến ống mũi-da dày và ống dẫn niệu.

Nếu chưa cần phẫu thuật gấp thì sử dụng kỹ thuật gây tê tại chỗ ngay khi lượng tuần hoàn được bảo tồn hoàn toàn. Trước khi gây mê toàn thân cần điều chỉnh sự thiếu hụt kali và acid hoặc rối loạn nhịp tim gây nguy hiểm đến tính mạng. Lượng đường huyết ít quan trọng hơn rất nhiều.

BÉO PHÌ

Bệnh nhân bị béo phì (cũng có thể bị cả tiểu đường) phải đối mặt với hàng loạt vấn đề khi gây mê. Béo phì thường liên quan đến cao huyết áp, rất khó đo huyết áp vì tay quá béo và có thể tưởng như rất cao nhưng thực tế lại không phải. Vì trọng lượng thừa của cơ thể nên cung lượng tim lớn hơn so với người không bị béo phì; cần thực hiện nhiều việc hơn khi cố gắng và vì thế mà gây áp lực lớn hơn lên tim. Mối liên hệ giữa hút thuốc, béo phì và cao huyết áp thường vô cùng nguy hiểm dù gây mê hay không gây mê.

Vì khối lượng mỡ bụng nên việc thở bằng cơ hoành bị hạn chế và thành ngực có thể bị cứng một cách bất thường vì thâm nhiễm mỡ. Việc thở trở nên không hiệu quả khi bệnh nhân nằm xuống do đó khi gây mê nên dùng IPPV được làm giàu ôxy nếu có thể.

Các vấn đề kỹ thuật khác cũng thường gặp ở bệnh nhân béo phì. Cái cổ béo làm cho việc kiểm soát đường khí và đặt ống nội khí quản khó khăn và lượng mỡ thừa dưới da gây khó khăn cho việc tìm chọc ven và gây tê tại chỗ. Không được dùng thuốc theo trọng lượng cơ thể vì sẽ dẫn đến dùng quá liều. Đối với hầu hết các thuốc được truyền tĩnh mạch thì liều dùng cho một bệnh nhân nặng 120 kg chỉ bằng 130% liều dùng thường đối với người lớn có trọng lượng từ 60-70kg. Để gây mê toàn thân đối với bệnh nhân bị tiểu đường thì nên dùng kỹ thuật dựa trên việc đặt ống nội khí quản với IPPV có sử dụng thuốc giãn cơ.

PHÒNG NGỪA NHIỄM TRÙNG MÁU LAN RỘNG TRONG GÂY Mê VÀ PHẪU THUẬT

Vì nguy cơ nhiễm trùng, chỉ được truyền máu khi cấp thiết và khi lợi ích của việc truyền nhiều hơn nguy cơ. Việc quyết định cho truyền máu nên dựa trên các yếu tố là tình trạng bệnh nhân, khả năng hiện có của cơ sở y tế và cấp độ an toàn của nguồn cung máu. Khi nguồn cung máu khan hiếm hoặc không an toàn thì có thể sử dụng máu được tài trợ trước bởi các bệnh nhân ở các ca lựa chọn hoặc sử dụng truyền máu hoàn hồi trong cấp cứu.

Để giảm tối đa nguy cơ nhiễm trùng lan truyền:

- Không bao giờ được để bơm tiêm có cắm kim tiêm đã dùng
- Khi tiêm tĩnh mạch, sử dụng ống truyền bằng kim loại với đầu tiêm không cần kim bất kì lúc nào có điều kiện
- Đảm bảo việc xử trí ngay lập tức và an toàn với máu bị trào ra
- Dùng găng tay khi thực hiện tất cả các thủ thuật, nơi mà máu hoặc dịch cơ thể có thể bị trào ra ngoài
- Ở những nơi có khả năng máu bị trào ra, dùng tạp dề, mặc áo choàng và đeo kính bảo vệ mắt

Gây mê thực hành

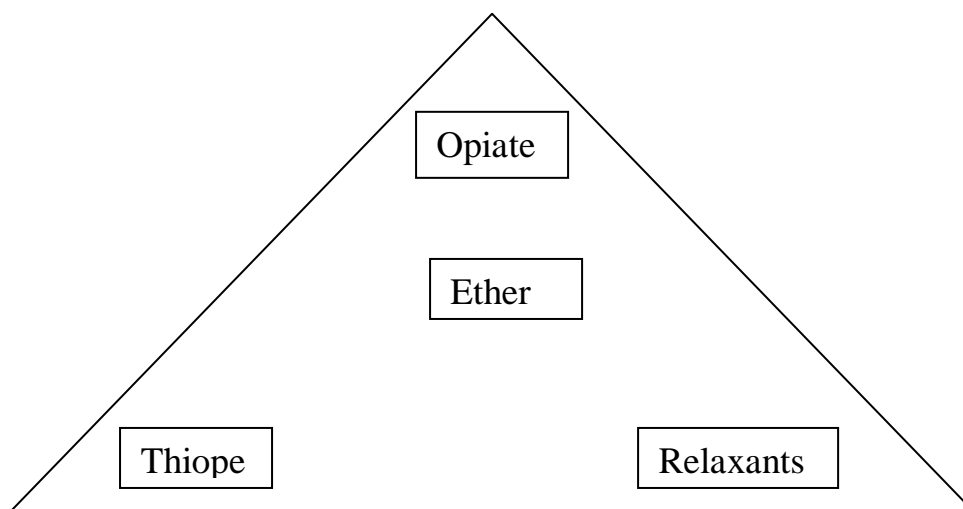
14

14.1. GÂY MÊ TOÀN THÂN

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Cần có một kế hoạch rõ ràng trước khi bắt đầu gây mê
- Không bao giờ được sử dụng kỹ thuật gây mê mà mình không biết rõ khi cấp cứu
- Luôn kiểm tra thiết bị
- Chắc chắn là mình có trợ lý trước khi bắt đầu.

Có nhiều loại thuốc gây mê. Mục đích là cung cấp sự cảm ứng dễ chịu và giảm sự sợ hãi của bệnh nhân bằng cách sử dụng kỹ thuật an toàn và tạo ra những điều kiện phẫu thuật tốt. Tuy nhiên, không tồn tại loại thuốc gây mê lý tưởng có đủ chất lượng yêu cầu. Đó là thực tế thường gặp, vì thế, cần kết hợp vài loại thuốc, mỗi loại cung cấp một thành tố của gây mê. Điều này có thể được thể hiện bằng hình tam giác mà các góc tương ứng với các thành tố là giấc ngủ (bất tỉnh), giãn cơ và giảm đau (không có phản ứng với cảm giác đau) (Hình 14.1)



Các loại thuốc như thiopental làm bất tỉnh không có giãn cơ hay giảm đau và chỉ phù hợp để khởi mê. Ngược lại, ête tạo ra sự kết hợp giữa giấc ngủ, giảm

đau và giãn cơ, nhưng, vì mùi hăng của nó và vì nó tan rất nhanh trong máu nên nó không tiện và chậm (mặc dù an toàn) đối với khởi mê.

Các thuốc làm giãn cơ chỉ làm cho cơ giãn và vì thế có thể sử dụng để cung cấp sự thư giãn tốt cho gây mê nhẹ và giúp bệnh nhân hồi phục nhanh sau khi gây mê kết thúc.

Các loại thuốc giảm đau như morphine và pethidine làm giảm đau. Sự lựa chọn tập hợp các loại thuốc để dùng cho bệnh nhân khi phẫu thuật đòi hỏi phải suy nghĩ và lập kế hoạch cẩn thận.

CHUẨN BỊ CHO GÂY MÊ TOÀN THÂN

Cần có một trợ lý đã qua đào tạo và có kinh nghiệm trợ giúp khi gây mê. Không bao giờ được tiến hành gây mê cho bệnh nhân một mình .

Trước khi bắt đầu cần kiểm tra xem mình thực hiện với *đúng* bệnh nhân, *đúng* ca mổ và *đúng* phòng mổ không. Trách nhiệm kiểm tra là của cả bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật. Bác sĩ phẫu thuật nên đánh dấu phòng mổ bằng kí hiệu không thể xoá được trước khi bệnh nhân vào phòng. Kiểm tra xem bệnh nhân đã được chuẩn bị đầy đủ để phẫu thuật chưa và đã nhịn ăn, uống trước mổ đúng quy định chưa. Thông thường trước phẫu thuật bệnh nhân phải nhịn ăn thức ăn cứng trong 6 giờ, nhưng đối với trẻ còn ăn sữa thì có thể cho ăn trước khi phẫu thuật 3 giờ. Các loại dịch trong có thể được dùng trước khi phẫu thuật 2 giờ nếu chức năng dạ dày bình thường.

Do huyết áp và mạch của bệnh nhân, cố gắng làm cho bệnh nhân thư giãn và thoải mái.

Khởi mê là một thời điểm cực kì quan trọng. Trước khi khởi mê hãy kiểm tra!

Trước khi bắt đầu, kiểm tra tiến triển của bệnh nhân trong thời gian ở bệnh viện cho đến thời điểm phẫu thuật. Sau đó kiểm tra xem cách xử trí đã đúng chưa. Cũng cần kiểm tra thiết bị vì sự sống của bệnh nhân có thể phụ thuộc vào nó.

Cần chắc chắn rằng:

- Những máy móc thiết bị sẽ sử dụng đến hoặc có thể cần đến đều có sẵn và có thể hoạt động
- Nếu cần sử dụng khí nén thì phải có đủ khí và bình ôxy dự phòng
- Bình phun hơi gây mê đã được kết nối
- Hệ thống thở cung cấp khí cho bệnh nhân đã được chuẩn bị đúng và sẵn sàng cho sử dụng.
- Đường hô hấp sạch
- Thiết bị hồi sức đã có đủ và hoạt động tốt

- Dụng cụ nội soi thanh quản, ống nội khí quản và thiết bị hút đã sẵn sàng và đã được chống nhiễm bẩn
- Kim tiêm và bơm tiêm đã được tiệt trùng: không bao giờ được sử dụng lại kim và bơm tiêm cho bệnh nhân khác
- Các loại thuốc dự định dùng đã được chuẩn bị sẵn trong các bơm tiêm có dán nhãn
- Tất cả các loại thuốc khác có thể cần đến đều có ở trong phòng.

Khi bắt đầu gây mê, bệnh nhân phải nằm trên bàn hoặc xe đẩy mà có thể chuyển vị trí đầu xuống dưới trong trường hợp hạ huyết áp bất ngờ hoặc nôn mửa.

Cần kiểm tra đường vào tĩnh mạch bằng cách đưa hoặc đặt kim hay ống tại các mạch lớn, trừ khi điều này là không thể.

Lựa chọn kỹ thuật gây mê giữa:

- Tiêm tĩnh mạch barbiturate, ketamine hay propofol
- Tiêm bắp ketamine
- Gây mê thể khí

KHỞI Mê QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Khởi mê trong tĩnh mạch rất dễ chịu đối với bệnh nhân và dễ đối với bác sĩ gây mê. Các trường hợp khác nhau có thể lựa chọn kỹ thuật khác nhau nhưng luôn cần sự chăm sóc vì có thể dùng quá liều hoặc làm bệnh nhân ngừng thở. Nếu bệnh nhân ngừng thở thì có thể bị chết nếu không được thông khí bằng mặt nạ hoặc đặt nội khí quản.

Nguyên tắc đầu tiên của khởi mê trong tĩnh mạch là nó không bao giờ được dùng cho bệnh nhân có đường khí có vẻ khó kiểm soát. Đối với những bệnh nhân này thì khởi mê bằng xông thuốc sẽ an toàn hơn nhiều. Còn có thể đặt ống khi bệnh nhân còn tỉnh. Khởi mê trong tĩnh mạch cũng sẽ vô tình bộc lộ những vấn đề tồn tại trước đó như mất nước, giảm dung lượng máu hay hạ huyết áp. Những vấn đề này cần phải được điều chỉnh trước khi mổ vì nếu không sẽ bị tụt huyết áp một cách nguy hiểm khi tiêm thuốc.

Thiopental

Thiopental có dạng ống chứa bột màu vàng cần được hoà tan trước khi sử dụng bằng nước chưng cất tiệt trùng hoặc dung dịch muối đẳng trương để tạo thành dung dịch 2.5% (25 mg/ml). Nồng độ cao hơn sẽ nguy hiểm, đặc biệt là khi tiêm nhầm ra ngoài ven, và không nên sử dụng.

Thông thường cho dùng một liều “ngủ” bằng cách tiêm thuốc chậm cho đến khi bệnh nhân trở nên vô cảm và mất phản xạ ở lông mi. Liều ngủ trung bình dùng cho người lớn khoẻ mạnh là 5mg/kg trọng lượng cơ thể và dưới 2mg/kg đối với bệnh nhân bị ốm. Sử dụng thiopental quá liều sẽ gây ra:

- Hạ huyết áp
- Ngừng hô hấp

Tiêm thiopental hầu như không đau. Nếu bệnh nhân kêu đau thì dừng tiêm ngay lập tức vì kim có thể ở ngoài ven và thậm chí có thể đã vào động mạch. Tránh tiêm vào khuỷu tay nếu có thể vì kim có thể đi nhầm vào động mạch cánh tay.

Thiopental tích tụ trong cơ thể và chuyển hoá chậm. Vì thế nó không phù hợp để duy trì mê.

Propofol

Propofol là một loại thuốc gây mê tĩnh mạch mới được điều chế, có thể sử dụng để khởi mê. Nó là thể sữa màu trắng, giống như thiopental gây vô cảm ở một tay lên tuần hoàn não. Tác dụng không tốt của nó đối với hô hấp và huyết áp mạnh hơn so với thiopental, đặc biệt là nếu nó được tiêm nhanh và sau khi tiêm thường xảy ra ngưng hô hấp và cần thực hiện thủ thuật làm căng phổi bệnh nhân bằng tay. Tiêm thuốc này thường đau trừ khi được bổ sung lượng lidocaine nhỏ (20 mg lidocaine trong 200 mg propofol) khi tiêm.

Ưu điểm chính của propofol là chất lượng hồi phục. Bệnh nhân ít bị đờ đẫn hơn nhiều sau khi mổ; điều này sẽ là ưu điểm nếu bệnh nhân phải xuất viện trong cùng một ngày.

Liều dùng propofol thông thường là 2–2.5 mg/kg trọng lượng cơ thể. Hiện nay, propofol đắt hơn nhiều so với thiopental. Để tránh nhiễm khuẩn cần sử dụng ống thuốc ngay sau khi mở.

Ketamine

Khởi mê bằng ketamine tương tự như nguyên tắc khởi mê bằng thiopental và với liều dùng tương tự. Liều trung bình là 1–2 mg/kg trọng lượng cơ thể. Công thức chuẩn là:

- 50 mg/ml
- 100 mg/ml.

Cần kiểm tra công thức ketamine hiện có.

Khi mất ý thức, bệnh nhân sẽ có biểu hiện bên ngoài khác so với khi dùng barbiturates và bệnh nhân có thể sẽ không “ngủ thiếp đi”. Mắt bệnh nhân có thể

vẫn mở nhưng không có phản xạ lại với giọng nói hoặc sự kích thích gây đau. Nếu cứ cố đặt đường khí miệng-hầu trong thời điểm này thì bệnh nhân có thể sẽ khạc nó ra. Trương lực cơ trong hàm thường duy trì tốt sau khi tiêm ketamine vì nó là phản xạ ho. Đường khí an toàn không được đảm bảo, nếu có hiện tượng ọ ọ hoặc nôn các chất trong dạ dày xuất hiện thì vẫn có nguy cơ bị hít các chất đó vào phổi. Sau khi vô cảm bằng ketamine, có thể chọn thực hiện gây mê thể khí thường có hoặc không có thuốc giãn cơ hoặc đặt nội khí quản. Đối với các thủ thuật nhanh, gia lượng ketamine có thể được tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp vài phút một lần để phòng ngừa phản ứng của bệnh nhân với kích thích gây đau. Phương pháp gây mê này khá đơn giản nhưng nó không tạo ra giãn cơ. Ketamine cũng không phải là loại thuốc rẻ. Nếu nguồn cung hạn chế thì cố gắng dự trữ ketamine cho các trường hợp mà có ít lựa chọn, ví dụ, các thủ thuật nhanh ở trẻ em khi đường vào đường khí gặp có thể gặp khó khăn.

Suxamethonium

Suxamethonium là loại thuốc giãn cơ tác dụng nhanh được sử dụng rộng rãi để hỗ trợ việc đặt ống nội khí quản, đặc biệt là khi cấp cứu. Liều dùng là 1–2 mg/kg cân nặng hoặc 100 mg cho người lớn hoặc thai phụ bị mổ lấy thai khi gây mê toàn thân. Nó tác động nhanh làm tê liệt toàn thân khi tiêm tĩnh mạch. Tiêm bắp cũng có tác dụng trong vòng 2-4 phút.

Có một số trường hợp không nên dùng suxamethonium vì có thể vi phạm chống chỉ định:

- Nghẹt đường thở trong hiện tại hoặc có thể xảy ra, ví dụ sau khi bị chấn thương ở mặt.
- Mức kali huyết thanh cao như trong các ca suy thận hoặc có thể tăng lên như khi bị bồng nặng.
- Dị ứng với thuốc hoặc tiền sử gia đình bị chứng thân nhiệt cao ác tính.

Các loại thuốc giãn cơ không khử cực có tác dụng lâu hơn và nhìn chung là đòi hỏi kỹ năng cao hơn mới có thể sử dụng an toàn được. Chúng không nằm trong nội dung cuốn sách này.

Các loại thuốc dùng trong gây mê			
Tên thuốc	Liều trung bình	Đường dùng	Chỉ định đặc biệt và tác dụng phụ
Thuốc vô cảm <i>Lidocaine</i> <i>Lidocaine</i> <i>Bupivacaine</i>	4–5 mg/kg 1,5–2,5 mg/kg 1–3 mg/kg 6–8 mg/kg	IV IV IV IM	Suy tim hô hấp, mất đường khí Suy tim hô hấp, ngừng thở, mất đường khí Cao huyết áp, tránh dùng trong tiền sản giật và chấn thương ở đầu.
Thuốc mê thể khí <i>Halothane</i> <i>Ether</i> <i>Nitrous oxide</i>	1–2% 3–8% 50–70%	Xông Xông Xông	Hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim, Kích thích hô hấp, dễ cháy, hồi phục chậm Giảm ôxy
Thuốc giãn cơ <i>Suxamethonium</i> <i>Vecuronium</i>	1 mg/kg 0.2 mg/kg	IV/IM IV	Phản vệ, tăng thân nhiệt ác tính Chỉ sử dụng khi có thuốc có tác dụng ngược lại
Thuốc giảm đau có gốc thuốc phiện <i>Morphine</i> <i>Pethidine</i>	0.2 mg/kg 1 mg/kg	IV/IM IV/IM	Suy hô hấp Suy hô hấp
Thuốc an thần <i>Diazepam</i>	0.1–0.15 mg/kg	IV	Suy hô hấp, mất cảm giác, tác dụng ngược lên thai nhi nếu dùng trước khi chuyển dạ
Thuốc tê tại chỗ <i>Lidocaine thường</i> <i>Lidocaine</i> với <i>epinephrine (adrenaline)</i> <i>Bupivacaine</i>	4 mg/kg 7 mg/kg 2.0 mg/kg	IV/inf/tuỷ sống/cục bộ Như lidocain Như lidocain nhưng không dùng IV	Suy CNS, tim hô hấp, co giật Suy CNS, tim hô hấp, co giật Suy CNS, ngừng tim
Thuốc gây co mạch <i>Ephedrine</i>	5–10 mg bolus	IV	Là thuốc thiết yếu cho gây tê tuỷ sống
Thuốc dùng trong hồi sức <i>Epinephrine (adrenaline)</i> <i>Atropine</i>	0.5–1 mg	IV/IM (người lớn) cho phản vệ 0,6mg bolus IV/IM (đến 3mg cho nhiễm độc phát phát hữu cơ)	

KHỞI MÊ BẰNG TIÊM BẮP

Ketamine cũng có thể được dùng để tiêm bắp để khởi mê. Với liều dùng 6–8 mg/kg trọng lượng cơ thể, vô cảm sẽ xuất hiện trong vòng vài phút, tiếp theo là 10-15 phút gây mê phẫu thuật.

Với liều lượng 8mg/kg trọng lượng cơ thể, ketamine làm tăng đáng kể hoạt động tiết nước bọt. Nếu sử dụng ketamin tiêm bắp thì bổ sung thêm atropine (có thể trộn lẫn với ketamine) để tránh việc tiết nước bọt quá nhiều. Các liều ketamine tiếp theo có thể được tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch theo yêu cầu. Tiêm bắp có tác dụng lâu hơn và hồi phục chậm hơn. Nếu dùng ketamine như một loại thuốc gây mê đơn thì sau đó bệnh nhân có thể có ảo giác; dùng diazepam trước hay khi kết thúc gây mê có thể giảm hiện tượng này. Chúng không xuất hiện nếu chỉ dùng ketamine khi khởi mê và sau đó có dùng thuốc gây mê truyền thống.

KHỞI MÊ THỂ KHÍ

Gây mê thể khí hình thành nền móng của phần lớn các kỹ thuật gây mê toàn thân mặc dù có thể dùng kỹ thuật tĩnh mạch thay thế. Có hai hệ thống để đưa khí gây mê:

- Hệ thống hở (hệ thống kéo qua): dùng không khí như một dụng cụ mang khí có bổ sung thuốc dễ bay hơi hoặc khí y tế nén
- Hệ thống đóng (hệ thống dòng liên tục): khí y tế nén (có ít nhất 30% ôxy) đi qua khí cụ đo dòng và bình bơm để cung cấp thuốc gây mê cho bệnh nhân.

Hệ thống hở có thể sử dụng với xi-lanh ête hay bộ làm giàu ôxy như một nguồn ôxy của chúng; máy Boyle chỉ hoạt động nếu có xi-lanh .

Hệ thống này có khả năng tạo ra gây mê loại một và các điều kiện phẫu thuật. Hệ thống hở hiện đại đã được chứng minh là vô cùng đáng tin cậy, dễ hiểu, dễ duy trì và kinh tế khi sử dụng. Tuy nhiên, một số bệnh viện nhỏ cũng như một số bệnh viện lớn thường được trang bị máy thuộc hệ thống kín. Mô tả chi tiết cả hai hệ thống có thể tìm đọc trong *Gây mê tại các bệnh viện tuyến huyện* (WHO, 2001).

Khởi mê thể khí là kỹ thuật được lựa chọn để chuẩn bị gây mê khi đường khí của bệnh nhân khó điều khiển. Nếu sử dụng khởi mê qua tĩnh mạch và làm mất đường khí thì bệnh nhân có thể bị chết vì giảm ôxy nếu không thể thông khí cho phổi. Ngược lại, khởi mê thể khí chỉ có thể thực hiện khi bệnh nhân có đường khí thông thoáng ở phía dưới mà thuốc gây mê có thể đi qua. Nếu đường khí bị tắc, bệnh nhân sẽ ngừng nhận thuốc gây mê và việc phân bố lại thuốc trong cơ

thể sẽ làm nhẹ gây mê. Khi điều này xảy ra, bệnh nhân sẽ hết tắc đường khí. Khởi mê thể khí cũng thường được dùng cho trẻ em, những đối tượng có thể sợ tiêm.

Khởi mê thể khí là một kỹ thuật quan trọng. Cần thực hành thường xuyên; nó đơn giản và chỉ cần sự kiên trì, quan tâm và theo dõi. Có thể dùng cả hai hệ thống để khởi mê thể khí (Hình 14.2) nhưng chúng có khác nhau một chút về kỹ thuật.

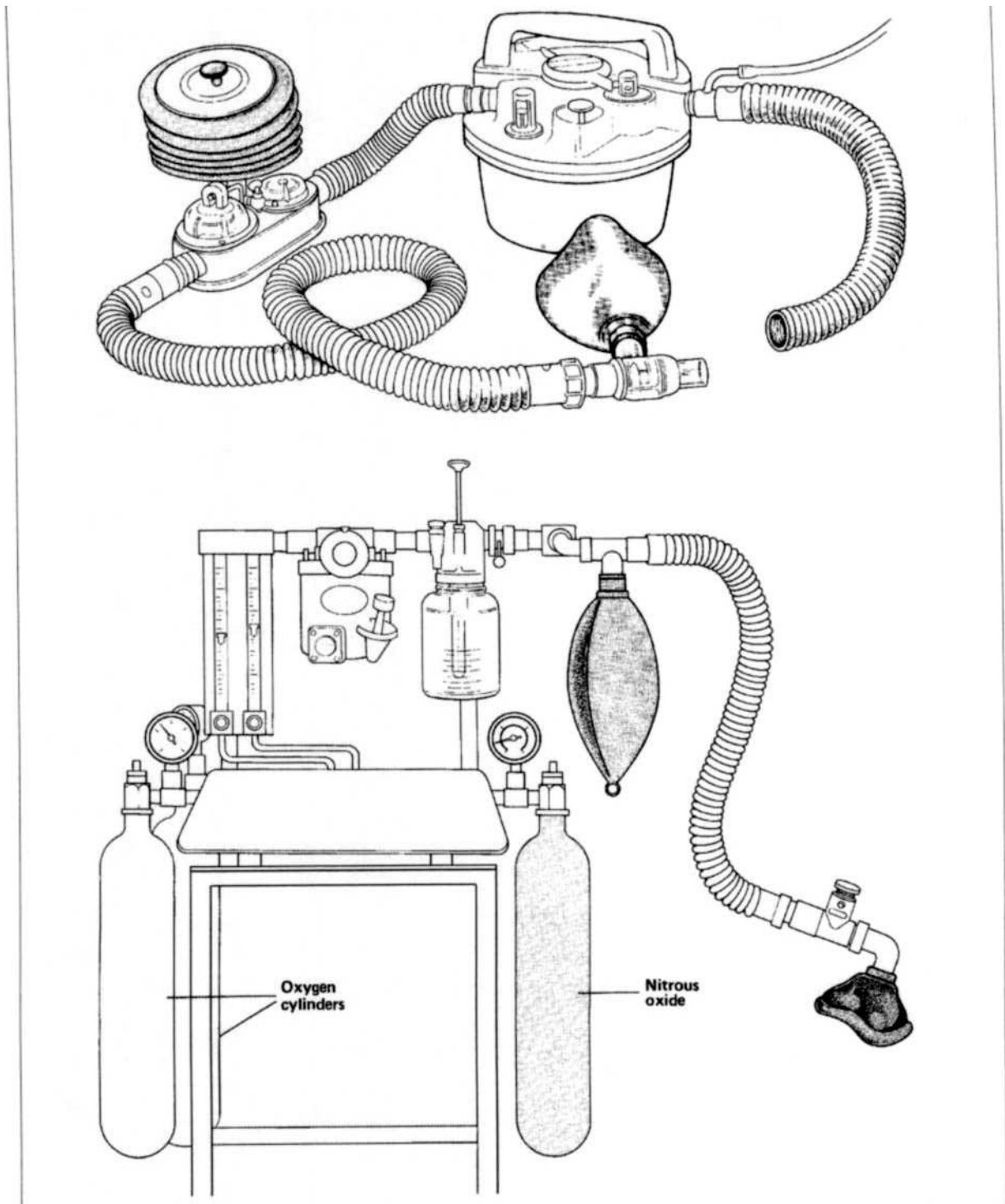


Figure 14.2

Dùng hệ thống hở

Thuốc gây mê tốt nhất là ête và halothane. Nếu có ôxy (1lít/phút) thì cần được bổ sung với một bộ phận hình chữ T.

Để thực hiện trôi chảy:

1. Nhẹ nhàng đặt mặt nạ vừa với mặt bệnh nhân và bắt đầu với halothane. Halothane được ưa chuộng vì không giống như ête, nó không gây kích ứng. Tăng dần nồng độ cho đến khi bệnh nhân thiếp đi (tối đa 2-3% halothane)
2. Sau đó, từ từ bật bộ phận cung cấp ête và tăng nồng độ 1% sau mỗi năm lần thở. Nếu bệnh nhân ho hoặc nhin thở thì giảm nồng độ ête ngay lập tức xuống 1/3 và bắt đầu lại
3. Khi đạt đến nồng độ ête 8% thì tắt halothane. Sau đó có thể đưa ống nội soi thanh quản và nội khí quản sau khi gây mê sâu hơn bằng cách tăng nồng độ ête lên khoảng 15%.

Kiểm tra xem các cơ liên sườn dưới đã bị liệt chưa, nếu có thì đó là biểu hiện của gây mê sâu đủ độ. Cần bổ sung ôxy ít nhất cho đến sau khi đặt ống nội khí quản. Ở cấp độ sâu thì cần cung cấp ôxy nhiều hơn.

4. Nếu thử đặt ống nội khí quản không thành công thì đặt lại mặt nạ và gây mê sâu hơn lại trong lần thử thứ hai:
 - Nếu vẫn không đặt được ống nhưng vẫn có thể duy trì đường khí thông thoáng bằng mặt nạ thì có thể tiếp tục gây mê với mặt nạ, sử dụng ête nồng độ 7-10% để làm giãn cơ nếu cần.
 - Nếu không cần giãn cơ thì giảm nồng độ ête xuống còn 6%. Với nồng độ ête như thế có thể chế ngự bệnh nhân mà không cần cung cấp ôxy nếu như bệnh nhân không quá trẻ, quá già, ốm hoặc thiếu máu.

Chăm sóc đặc biệt nếu halothane được sử dụng thay thế cho ête; nó làm suy tim và hô hấp. Cho thêm ôxy nếu có thể, dùng ống nội khí quản và thông khí có kiểm soát đối với tất cả các ca phẫu thuật ngắn.

Dùng máy nén khí

1. Kiểm tra máy, đảm bảo rằng hệ thống cung cấp khí phù hợp với quá trình gây mê:
 - Nên sử dụng ôxy với nồng độ không dưới 30%
 - Dùng dụng cụ phân tích ôxy trên đường đưa khí ra nếu có thể
 - Nếu sử dụng van thở một chiều thì đặt dòng khí tổng (ôxy hoặc ôxy cộng với nitrous oxide) cao hơn so với dung lượng tính theo phút của bệnh nhân.
2. Nếu sử dụng halothane như một loại thuốc gây mê chính thì đặt mặt nạ lên mặt bệnh nhân và tăng đều nồng độ halothane lên tối đa là 3%, giảm

xuống đến 1,5% sau khi bệnh nhân đã ổn định hoặc sau khi đặt ống nội khí quản.

3. Nếu sử dụng ête không có halothane như thuốc nhanh bốc hơi:

- Bật bộ phận cung cấp ête từ chai Boyle với mặt nạ được giữ ở khoảng 30cm phía trên mặt bệnh nhân.
- Từ từ hạ thấp mặt nạ để tăng chậm nồng độ ête ở trong khí; bệnh nhân có thể chịu đựng được điều này.
- Khi mặt nạ đã chạm vào mặt bệnh nhân thì tăng chậm nồng độ ête sau vài phút
- Bệnh nhân sẽ sẵn sàng cho việc đặt ống nội khí quản khi có thể nhìn thấy chuyển động ngược (vào trong) của xương sườn trong khi hít vào.

DUY TRÌ Mê

Tất cả các thuốc gây mê đều được bài tiết liên tục ra khỏi cơ thể bằng cách thở ra, chuyển hoá hoặc đào thải qua thận, do đó cần tiếp tục dùng thêm thuốc trong quá trình gây mê. Không có công thức để tính lượng thuốc mê cần dùng. Chỉ bằng cách giám sát sinh lý bệnh nhân và các phản ứng mới có thể quyết định nên tăng, giảm hay duy trì dùng thuốc.

Gây mê quá nhẹ

Kiểm tra xem bệnh nhân thở có tương xứng không ; CO₂ còn tồn lại có thể là nguyên nhân. Các dấu hiệu cho thấy gây mê quá nhẹ bao gồm:

- Bệnh nhân cử động
- Mạch và huyết áp tăng lên
- Ra mồ hôi và chảy nước mắt

Gây mê quá sâu

- Mạch và huyết áp giảm
- Thở bị suy

Bên cạnh việc giám sát tim mạch, hô hấp và hệ thần kinh, cần thường xuyên kiểm tra thiết bị. Nguyên nhân thường gặp nhất đáng cảnh báo trong khi gây mê là bình hơi chạy khô.

Đánh thức bệnh nhân

Không có thuốc giải mê:

- Bất kì khi nào dùng thuốc cũng cần phải biết là nó có tác dụng trong bao lâu
- Các loại thuốc khác nhau hết tác dụng theo cách khác nhau; cần chuẩn bị tiếp tục hỗ trợ bệnh nhân thở và đường khí cho đến khi không cần nữa.
- Chỉ tháo ống nội khí quản khi bệnh nhân đã được gây mê sâu hay khi đã tỉnh lại

Cho thêm ôxy trước và sau khi kết thúc gây mê. Tiếp tục giám sát bệnh nhân ngay khi kết thúc gây mê cho đến khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn.

THẤT BẠI KHI ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Nếu có kế hoạch đặt ống nội khí quản thì cần phải có kế hoạch dự phòng trong trường hợp thất bại
- Đừng cố gắng thử nhiều lần chỉ để chứng minh rằng mình có thể làm được điều đó.

Đừng hoảng sợ. Hãy xây dựng kế hoạch

Đặt ống nội khí quản được dự đoán là khó khăn

Trước khi đặt ống, đặc biệt là nếu đã dự đoán được khó khăn, thì phải biết rõ các dụng cụ cấp cứu đã được chuẩn bị sẵn sàng hoặc biết được vị trí của những dụng cụ đó, ví dụ như:

- Kim thăm ống
- Ống nong dài
- Đường khí bằng mặt nạ thanh quản(LMA)

LMA có thể dùng để duy trì đường khí khi không thể đặt được ống nội khí quản. Nếu dạ dày đầy như thường xảy ra trong các ca cấp cứu thì cần phải cân bằng nguy cơ bị ọ ạt với LMA tại chỗ với nguy cơ tương tự trong quá trình thử tiếp tục đặt ống hay thất bại hoàn toàn với việc đặt ống.

Đặt ống nội khí quản không dự đoán được là khó khăn

Nếu không thể nhìn thấy thanh quản đủ rõ để đưa ống vào, các biện pháp có thể thực hiện bao gồm:

- Đặt lại đầu- thử đặt gói dưới đầu
- Đưa ống nong hoặc dùng kim thăm ống để làm cho ống cong hơn
- Giữ đèn nội soi thanh quản để tạo đường kéo lên phía trên

- Đặt lại lưỡi đèn nếu lưỡi bệnh nhân ngăn tầm nhìn
- Thay lưỡi đèn:
 - Nếu nó quá to thì nhìn xuống dưới thực quản
 - Nếu nó quá nhỏ thì không thể nhấc nắp thanh quản
- Cho dùng tiếp thuốc giãn cơ hoặc gây mê sâu hơn bằng halothane để loại bỏ phản xạ

Nếu có thể xử trí được một trong các vấn đề trên thì cần tiếp tục thử lại nhưng nhớ là:

- Gọi người giúp đỡ
- Bình tĩnh
- Cung cấp lại ôxy (bằng mặt nạ hoặc đường khí) và theo dõi dụng cụ đo ôxy
- Tiếp tục ấn sụn nhẫn giúp nếu cần
- Có thể phải dùng thêm atropine

Nếu vẫn không đặt được ống nội khí quản thì dừng lại không được thử tiếp. Nên nhớ rằng việc vài ba người thử kỹ năng của mình trong một ca thú vị là một gánh nặng đối với bệnh nhân.

Sau đó có thể có hai phương án hành động

1. Nếu vẫn phải tiến hành phẫu thuật dưới gây mê toàn thân, ví dụ như khi bị băng huyết, vỡ tử cung, tắc ruột kéo dài:

- Thử đặt LMA
- Nếu không đặt được LMA thì thử đường khí qua miệng và gây mê thể khí bằng mặt nạ
- Nếu cả hai biện pháp trên đều không thực hiện được thì cho dùng ketamine kết hợp với ôxy bằng mặt nạ
- Tiếp tục ấn sụn nhẫn giúp nếu có nguy cơ bị ụp

2. Nếu có thể hoãn phẫu thuật

- Cho bệnh nhân tỉnh lại trong khi vẫn duy trì tiếp ôxy và thông khí
- Dùng gây tê tại chỗ hoặc gây tê tuỷ sống hoặc dừng thủ thuật và cho bệnh nhân chuyển viện

Không được coi khả năng của mình quan trọng hơn mạng sống của bệnh nhân

Ống nội khí quản ở thực quản

Thực hiện 10 test kiểm tra việc đặt ống đã được trình bày ở phần trước. Nếu nghi ngờ thì tháo ống và làm theo các bước trên

Phổi không được thông khí

Nếu cho rằng việc đặt ống đã thành công nhưng không thể thông khí cho phổi thì cần nghĩ đến:

- Ống thực quản
- Ống bị chặn
- Nghẹt ở khí quản
- Ống tụt vào thành khí quản hoặc phần cong của ống thò ra

Nếu đã thử nghiệm và loại trừ các vấn đề trên thì cần nghĩ đến:

- Co thắt phế quản nặng
- Dùng thuốc sai: ví dụ neostigmine
- Hút phải dịch dạ dày
- Tràn khí phế mạc
- Phổi bị phù nề
- Nhiễm trùng, như viêm phế quản hay viêm phổi

Nôn và trào ngược

Nhìn các chất dạ dày trong đường khí không được bảo vệ ở bệnh nhân đang bất tỉnh có lẽ là điều tồi tệ nhất có thể xảy ra trong khi thực hành gây mê. Đừng để nó xảy ra.

Hít phải dịch dạ dày vào phổi thường là sự kiện cuối đối với bệnh nhân. Tuy nhiên, trào ngược có thể được nhìn thấy trước và có thể tránh được.

Đó là thời điểm mà cần phải hành động với tốc độ lớn nhất. Các phương án lựa chọn là:

- Nghiêng đầu giường xuống, tiếp tục ấn sụn nhẫn giáp và hút các chất bị nôn bằng ống hút cứng khoẻ nhất có thể tìm được.
- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng và hút

Sự lựa chọn phụ thuộc vào vấn đề là thực hiện cái gì là nhanh nhất dựa theo chức năng của bàn, sức người hiện có và kích thích của bệnh nhân. Trong bất kỳ tình huống nào thì việc đặt ống nội khí quản nên thực hiện càng nhanh càng tốt để bảo vệ đường khí và hút khí quản cho cả hai lý do chẩn đoán hay điều trị. Cho dùng steroids, kháng sinh và thuốc giãn phế quản nếu nghi ngờ đã hút phải các chất trong dạ dày. Dụng cụ đo ôxy mạch có thể cho biết sự giảm độ bão hoà và phổi có thể trở nên cứng đến cấp không căng lên được.

14.2. GÂY Mê KHI MANG THAI VÀ KHI MỔ LẤY THAI

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Nếu sử dụng gây mê toàn thân cho bệnh nhân bị sản giật, huyết áp sẽ tăng rất mạnh khi đặt nội khí quản
- Để tránh điều này cần cho dùng một bolus magiê sulfat 2-3G trước khi đặt ống.

Mổ lấy thai là phẫu thuật chính thường gặp nhất ở nhiều nước đang phát triển. Phần lớn các trường hợp phải cấp cứu khi chuyển dạ. Xử trí các ca mổ lấy thai là công việc hàng ngày của bác sĩ gây mê. Thai phụ thường trở nên cực đoan khi chuyển dạ bị nghẹt với tử cung bị vỡ, băng huyết, nhiễm trùng hay thiếu máu kéo dài trong vài ngày. Nguyên nhân đầu tiên phải mổ lấy thai trong các trường hợp trên là để cứu sống thai phụ. Có thể sử dụng cả gây mê toàn thân và gây tê tuỷ sống. Gây tê ngoài màng cứng ít được dùng hơn vì kỹ thuật này đòi hỏi thời gian, chi phí và kinh nghiệm nhiều hơn. Một số thay đổi khi mang thai có liên quan đến gây mê:

- Lượng máu bắt đầu tăng
- Cung lượng tim bắt đầu tăng
- Hồng cầu tăng ít hơn do đó nồng độ hemoglobin giảm
- Do tử cung rộng ra, hô hấp trở nên phụ thuộc vào chuyển động của ngực nhiều hơn là cơ hoành.
- Việc làm rỗng dạ dày trở nên kém hiệu quả hơn

Ở cuối thai kì:

- Tử cung ép lưng lên tĩnh mạch chủ dưới khi thai phụ nằm ngửa gây ra hiện tượng giảm cung lượng tim.
- Có thể có hiện tượng giảm huyết áp nghiêm trọng- “hội chứng giảm huyết do nằm ngửa”- nhưng phần lớn các bệnh nhân không gây mê có thể duy trì huyết áp bằng co tĩnh mạch lan rộng.
- Trong quá trình gây mê toàn thân hoặc gây tê tuỷ sống, khả năng co tĩnh mạch bị mất; điều này có thể ảnh hưởng đến việc huyết áp giảm xuống cấp nguy hiểm cho cả thai phụ và thai nhi.

Giảm huyết áp do nằm ngửa có thể phòng tránh được bằng cách không để cho thai phụ nằm ngửa hoàn toàn.

Cần đặt gối hoặc túi cát dưới hông để làm nghiêng nhẹ tử cung về một bên; thực hiện điều này rất đơn giản thậm chí cả với những bệnh nhân ở tư thế cắt sởi.

Biện pháp phòng ngừa đơn giản này phải được thực hiện đối với bệnh nhân sản khoa cần thực hiện gây mê toàn thân và gây tê tuỷ sống.

Khi gây mê cho thai phụ trong chuyển dạ phải xử trí hai bệnh nhân là thai phụ và thai nhi. Phần lớn các loại thuốc đi qua rau thai rất nhanh. Đó là một vấn đề, vì mục đích là gây mê cho thai phụ nhưng phải để thai nhi được sinh ra mà không bị ảnh hưởng của thuốc tác động lên chức năng cơ thể, đặc biệt là chức năng hô hấp. Vì lý do này mà không nên sử dụng các loại thuốc có thể gây hại cho thai nhi như thuốc giảm đau.

Đừng quá quan tâm đến đến thai nhi tới cấp không gây mê hiệu quả cho thai phụ.

Kỹ thuật gây mê toàn thân phù hợp được chỉ ra dưới đây. Gây tê tuỷ sống cũng tốt tương tự hoặc tốt hơn và được mô tả sau đó.

1. Trước khi khởi mê, cho dùng một liều 30ml chất làm giảm axit như sodium citrate 0.3 mol/lít (77.4 g/lít) để trung hoà axit dư trong dạ dày
2. Chèn một cái nêm hay đệm dưới một bên hông để nghiêng tử cung khỏi tĩnh mạch chủ dưới:
 - Không được khởi mê khi bệnh nhân nằm ở tư thế cắt sỏi
 - Nếu thai phụ đã nằm ở tư thế đó rồi thì chân phải hạ thấp xuống khi khởi mê để tránh ựa ra các chất trong dạ dày.
3. Thiết lập truyền dòng nhanh loại dịch thích hợp vào tĩnh mạch lớn và thở ôxy dự phòng cho thai phụ
4. Khởi mê giống như trong cấp cứu:
 - Thở ôxy dự phòng
 - Ấn sụn nhẫn giáp
 - Cho dùng liều thiopental hoặc ketamine đã được tính từ trước.
 - Đặt ống nội khí quản sau khi cho dùng suxamethonium
 - Cho dùng IPPV

Phương pháp xử trí với dạ dày đầy đã được trình bày ở phần trước.

Nội soi thanh quản ở thai phụ thường khó hơn bình thường. Nên chuẩn bị một ống dự phòng có kích thước 5-6cm trong trường hợp bệnh nhân bị phù nề thanh quản thứ cấp tiên sản giật.

Tránh dùng ête hay halothane nồng độ cao vì chúng sẽ làm giảm trương lực cơ tử cung và tăng chảy máu. Tuy nhiên, ở các bệnh nhân tự thở thì không thể duy trì gây mê thích hợp (thai phụ sẽ đẩy) khi dùng nồng độ ête dưới 8-10% hoặc halothane dưới 1,5%. Có thể cho dùng opiates tĩnh mạch khi kẹp dây rốn và sau đó giảm nồng độ của các thuốc dễ bay hơi.

Cần sẵn sàng cho dùng thuốc kích thích chuyển dạ nội tĩnh mạch khi bác sĩ phẫu thuật yêu cầu nhưng không bao giờ được dùng ergometrine đối với thai phụ đã bị tiền sản giật vì nó có thể gây ra thảm họa tăng huyết áp. Syntocinon gây ra giảm huyết áp và nên chia 5mg IV thành hai liều dùng

Khi mổ lấy thai lượng máu bị mất khoảng từ 600-700ml, do đó cần chắc chắn là có đủ máu thay thế. Có thể cần phải truyền máu. Bên cạnh việc theo dõi thai phụ, có thể cần hồi sức cho thai nhi, do đó nên chuẩn bị các thiết bị hồi sức thai nhi và bộ phận cung cấp ôxy riêng.

Nếu thai phụ và thai nhi đều bị nguy hiểm thì cần quan tâm đến thai phụ trước.

Luôn cố gắng để có được một trợ lý được đào tạo trong những trường hợp như thế. Khi kết thúc gây mê, nhớ rằng dạ dày của thai phụ đang đầy; tháo ống nội khí quản ở vị trí nằm ngang.

14.3. GÂY Mê NHI

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Đối với trẻ em nặng dưới 15kg, những khác biệt về giải phẫu và sinh lý đòi hỏi phải có những thay đổi đáng kể trong kỹ thuật gây mê.
- Cần chú ý đặc biệt đến hiện tượng mất dịch và nhiệt

NGUYÊN TẮC

Phần lớn các nguyên tắc gây mê toàn thân đều có thể áp dụng được cho trẻ em nhưng một vài khác biệt về giải phẫu và sinh lý giữa trẻ em và người lớn có thể gây ra một số vấn đề, đặc biệt là đối với trẻ sơ sinh và trẻ em nặng dưới 15kg.

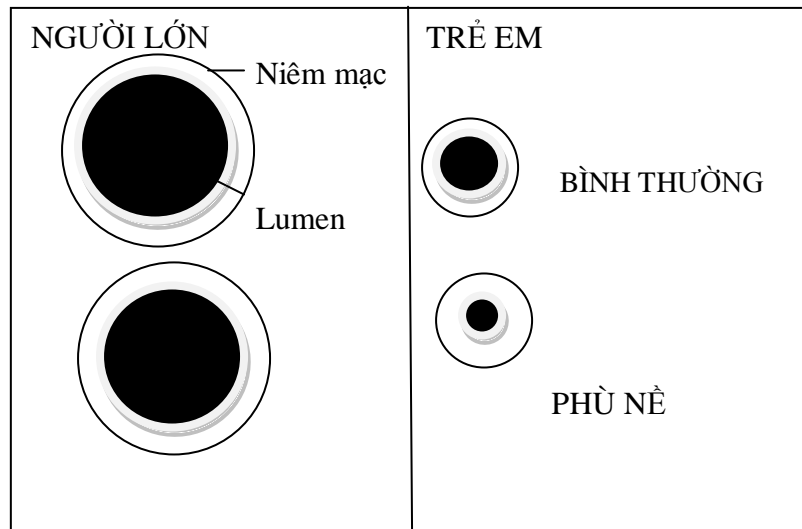
Đường khí

Trẻ em có đầu to hơn trong mối tương quan với kích thước cơ thể, do đó cần phải đặt chúng khác so với người lớn, có thể dùng gối đặt dưới vai chứ không đặt dưới đầu để làm thông thoáng đường khí hay thực hiện nội soi thanh quản. Thanh quản trẻ em cũng khác với thanh quản người lớn. Ở người lớn, phần hẹp nhất của đường khí vào là ở cấp dây thanh; ở trẻ em thì phần hẹp nhất lại ở dưới nó, tại cấp của sụn nhẫn:

- Có thể điều chỉnh đường khí bằng ống khí quản thường (không cong)

- Một khe khí nhỏ thường xuất hiện vòng quanh ống nhưng nếu cần kín khí hoàn toàn thì gói hầu bằng gạc ẩm có thấm nước hoặc dung dịch muối; không bao giờ được dùng paraffin dạng lỏng (dầu khoáng) vì nó sẽ làm hư hại phổi.
- Có thể sử dụng ống cong có tiết diện nhỏ hơn 6mm nhưng không được làm căng phồng đoạn cong.

Vì đường khí ở trẻ em hẹp nên chỉ cần bị phù nề ít cũng có thể gây ra nghẹt nghiêm trọng (Hình 14.3)



Phù nề có thể là do dùng lực khi đặt ống nội khí quản vì quá chặt, do đó, khi nghi ngờ ống quá to thì phải thay ngay lập tức. Tổn thương gây ra do cả hai nguyên nhân là ống quá to và đưa quá sâu vào trong khí quản. Dùng công thức dưới đây để đo đường kính trong của ống đối với trẻ em ăn trước khi thực hiện phẫu thuật 2 giờ và lớn hơn 2 tuổi:

$$\text{Đường kính trong của ống (mm)} = (\text{tuổi tính bằng năm} + 4,5) / 4$$

Một số chỉ dẫn về kích thước đúng của ống là:

- Đường kính bằng ngón tay út của trẻ
- Phần lớn trẻ sơ sinh cần ống có đường kính trong 3mm
- Đối với trẻ bị sinh non có thể cần đến ống 2,5mm
- Để ước lượng độ dài cần thiết của ống, nhân đôi khoảng cách từ góc miệng đến ống tai
- Để kiểm tra, nhìn vào đầu trẻ từ phía bên trong khi giữ đầu trên của ống ngang với miệng thì sẽ biết được ống sẽ đi vào trong ngực bao xa.

Cần chuẩn bị sẵn một ống có kích thước lớn hơn và một ống có kích thước nhỏ hơn trong trường hợp cần đến.

Đối với trẻ sơ sinh, dùng lưỡi đèn soi thanh quản nhỏ. Nếu không có thì dùng đầu lưỡi đèn Macintosh dành cho người lớn vì nó chỉ hơi cong một chút.

Sau khi đặt ống cần nghe cả hai phổi để chắc chắn rằng ống không đi vào trong phổi.

Bụng

Bụng trẻ em phòng to hơn so với người lớn và có chứa phần nội tạng lớn hơn. (Nhiều nội tạng của người lớn nằm ở khoang xương chậu lớn hơn khá nhiều). Do đó cơ hoành ít hiệu quả hơn ở trẻ em. Khung xương sườn kém cứng hơn so với người lớn. Những yếu tố này có nghĩa là bụng sẽ rất dễ bị căng khi gặp khó khăn về hô hấp.

Tốc độ chuyển hoá

Tốc độ chuyển hoá ở trẻ em cao hơn ở người lớn, trong khi phổi nhỏ hơn và kém hiệu quả hơn trong tương quan với yêu cầu về ôxy. Vì thế, trẻ em có tốc độ hô hấp cao hơn so với người lớn và phổi của chúng cần được thông khí nhanh hơn. Nghẹt hay ngừng thở dẫn đến chóng xanh tím rất nhanh.

Nhịp tim

Nhịp tim bình thường khi vừa sinh vào khoảng 140/phút nhưng có thể dao động rộng do áp lực.

Nhịp tim của trẻ em cao hơn của người lớn nhưng trương lực cơ giao cảm khi nghỉ thấp do đó sự kích thích thần kinh mê tẩu phản xạ có thể dẫn đến nhịp tim chậm nghiêm trọng: ví dụ trong khi nội soi thanh quản hay phẫu thuật. Vì lý do này mà người ta thường dùng atropin (0,015mg/kg trọng lượng cơ thể) cho trẻ.

Hiện tượng giảm thân nhiệt có thể xuất hiện nhanh ở trẻ vì tỷ lệ bề mặt so với cơ thể cao; điều này có thể gây ra rối loạn chuyển hoá nghiêm trọng.

Giảm glucoza huyết

Giảm glucoza huyết là một vấn đề đối với trẻ em:

Không được để trẻ bị đói hơn 3 tiếng trước khi mổ và cho ăn càng sớm càng tốt sau khi mổ

Cho truyền glucoza trong khi gây mê

Giúp duy trì lượng đường trong máu

Truyền glucoza thay cho dung dịch muối sinh lý để tránh tải natri làm cho thận của trẻ không thể bài tiết được

Đối với phần lớn các ca phẫu thuật nhi, cho dùng glucose

5% (hoặc glucose 4% với dung dịch muối 0.18%) theo tỷ lệ 5 ml/kg trọng lượng cơ thể cân theo giờ bổ sung lượng dịch đã bị mất.

Lượng máu

Trẻ sơ sinh có lượng máu cao hơn (90 ml/kg trọng lượng cơ thể) so với người lớn (70 ml/kg), nhưng một lượng máu nhỏ bị mất cũng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng:

- Đo lượng máu bị mất trong khi phẫu thuật thật cẩn thận; nếu đang sử dụng máy hút thì có thể dùng phương pháp đơn giản là dùng xi-lanh đo trong đường hút
- Nếu lượng máu bị mất lớn hơn 5% tổng lượng máu thì cần phải truyền tĩnh mạch
- Nếu lượng máu bị mất vượt quá 10-20% tổng lượng máu của cơ thể thì truyền máu.

GÂY Mê NHI THEO KẾ HOẠCH

Phần lớn trẻ em có trọng lượng trên 15kg có thể được gây mê bằng các kỹ thuật gây mê cho người lớn đã mô tả trong cuốn sách này nhưng với liều lượng ít hơn phù hợp với trọng lượng cơ thể.

Nếu trẻ nặng dưới 15kg, những khác biệt về giải phẫu và sinh lý đã mô tả trên đây trở nên quan trọng hơn và có thể dùng máy xông hơi thay thế, mặc dù ketamine có thể được sử dụng mà không cần thay đổi gì về kỹ thuật.

Hệ thống thở “người lớn” gây ra vấn đề đối với trẻ em vì van có khoảng chết quá rộng. Thêm vào đó, bình phun hơi của hệ thống gây mê hở không làm việc hiệu quả ở cấp phút/lượng và luồng thấp được tạo ra bởi phổi của trẻ em. Những vấn đề này có thể vượt qua bằng nhiều cách:

- Thay van thở cỡ người lớn bằng van cỡ trẻ em có dung lượng trong và khoảng chết nhỏ hơn
- Nếu có thể, thay túi cỡ người lớn bằng túi nhỏ hơn
- Cần sử dụng ống và thông khí có kiểm soát dành cho trẻ dưới 10kg; dòng được tạo ra trong quá trình IPPV đủ để cho phép bình phun hơi làm việc tốt.

Nếu có ôxy thì có thể chuyển hệ thống hở sang phương thức kín

1. Nối một luồng ôxy từ bình hay bộ phận nén (hoặc ôxy cộng với ôxits nitơ) với tay cạnh của miếng hình T chứa ôxy được làm giàu và đóng đầu hở bằng một cái nút

2. Đặt luồng khí trong lành ở cấp 300ml/kg trọng lượng cơ thể với cấp ít nhất của 3lít/phút.

3. Đặt ống nội khí quản và thông khí cho bệnh nhân hoặc để bệnh nhân tự thở bằng cách sử dụng hệ thống chữ T Ayrenhu miêu tả dưới đây (hệ thống chữ T Ayre thay thế cho hệ thống thở Magill thường dùng cho người lớn).

Hệ thống chữ T không có van yêu cầu luồng khí khá cao nhưng phù hợp với cả thông khí tự nhiên và thông khí có kiểm soát.

Thông khí tự nhiên có thể được giám sát bằng theo dõi chuyển động nhẹ của túi đựng hờ đầu. Để chuyển sang thông khí có kiểm soát:

1. Giữ túi trong tay bằng ngón cái hướng về phía bệnh nhân
2. Nút một phần lõi ra bằng cách uốn ngón út vòng quanh nó (điều này cần phải thực hành) và ép túi bằng lòng bàn tay để làm căng phổi
3. Sau đó thả túi để khí thở ra thoát ra ngoài

Tiếp tục giám sát nhịp tim và hô hấp là điều rất quan trọng ở trẻ nhỏ. Nghe vùng thượng vị và miệng họng không có giá trị đối với việc này.

Dùng một cú đấm cỡ trẻ em để đo huyết áp

Sờ mạch ở động mạch, kiểm tra màu sắc và dịch truyền

Giám sát dòng nước tiểu nếu có đặt ống dẫn niệu; lượng nước tiểu thải ra 0,5ml/kg trọng lượng cơ thể là tốt.

Khi kết thúc ca mổ cần kiểm tra nhiệt độ để đảm bảo rằng bệnh nhân không bị hạ thân nhiệt.

GÂY Mê NHI CẤP CỨU

Kỹ thuật gây mê cấp cứu cho trẻ sơ sinh và trẻ em không khác nhiều so với gây mê nhi theo kế hoạch. Một số ít ca mổ nhi được thực hiện tại bệnh viện tuyến huyện. Thông thường ở đó chỉ hay gặp các trường hợp cần ketamine hay gây mê thể khí bằng halothane để rạch và dẫn lưu ổ áp-xe hay lấy dị vật.

Thực hiện gây mê để lấy dị vật đã được trình bày ở phần trên. Các vấn đề cấp cứu đường khí ở trẻ em bao gồm:

- Bạch cầu thanh quản
- Viêm tiểu thiệt
- Áp-xe sau họng
- Polyps thanh quản

Bạch cầu thanh quản, viêm khí phế quản và viêm tiểu thiệt

Bạch cầu thanh quản là tên bệnh viêm thanh-khí quản và mô tả đặc điểm của ho. Có thể điều trị theo cách truyền thống: tránh quá kích thích trẻ và cho dùng

- Ôxi được làm ướt
- Kháng sinh
- Steroids:dexamethasone 0.15 mg/kg, tĩnh mạch, hàng ngày

Viêm tiểu thiệt (và bạch cầu thanh quản nặng mà điều trị không có biến chuyển) có thể làm cho tiểu thiệt và thanh quản bị phù nề đến cấp đường khí bị chặn hầu như toàn bộ. Trẻ em rất không thích nằm xuống và để cho các chất tiết ra chạy ra khỏi miệng vì nuốt rất đau. Trẻ em cũng bị run, suy sụp, xanh tím, vì thế cần xử trí hết sức cẩn thận. Không được cố truyền tĩnh mạch khi trẻ đang tỉnh. Chụp X-quang ngang cho thấy dấu hiệu “vết đấm” ở tiểu thiệt bị to ra.

Không được đưa trẻ bị suy hô hấp đi chụp X-quang. Cần phải xử trí gấp.

- Đưa trẻ đến phòng mổ và chuẩn bị tất cả các trợ giúp có thể để đặt nội khí quản: Ống khí quản cỡ nhỏ, các que thông đã được bôi trơn
- Đèn soi khí quản dự phòng với các cỡ lưỡi đèn khác nhau
- Bộ chích sụn nhân giáp cấp cứu hay ống nội tĩnh mạch nếu có

Chuẩn bị sẵn sàng để hút:

1. Giữ trẻ ngồi yên và vô cảm thể khí bằng halothane và ôxy cho đến khi trẻ thiếp đi
2. Tiếp tục càng lâu càng tốt (đường khí thường bị nghẹt ở vài giai đoạn) sau đó chuyển sang tư thế nằm ngửa và đặt nội khí quản càng nhanh càng tốt:
 - Cần chuẩn bị cho các biến dạng về giải phẫu
 - Một ống khí quản nhỏ có đầu là hết sức cần thiết
 - Chắc chắn là bác sĩ phẫu thuật đã chuẩn bị để chích sụn nhân giáp cấp cứu nếu không thể đặt ống và ngưng tim hô hấp sắp xảy ra
3. Giữ trẻ đã được đặt ống trong ít nhất 24 giờ ở phòng chăm sóc đặc biệt luôn có y tá, thiết bị hút, ôxy và kháng sinh liều cao.

Y tá cần phải hiểu tính cần thiết của việc phòng tránh cho ống không bị chặn bởi các chất bài tiết đã khô lại.

Áp-xe sau họng

Áp-xe sau họng khá thường gặp ở trẻ ít tuổi. Ở những nơi có tỷ lệ nhiễm HIV cao nó có thể xuất hiện ở hàng loạt trẻ em. Khi bị nghẹt ngay phía trên thanh quản trẻ thường khóc. Sờ cổ bị sưng và khám họng miệng bằng cái đèn lưỡi hoặc ngón tay thì sẽ thấy rõ ổ áp-xe sau họng dao động. Cần xác nhận chẩn đoán bằng cách dùng kim nòng rộng để hút

Có hai cách xử trí trường hợp này:

1. Khởi mê thể khí bằng ôxy và halothane, đặt nội khí quản, rạch và dẫn lưu bằng ống cứng để lấy toàn bộ các chất trong khoang áp-xe

Hoặc

2. Đối với trẻ em chưa mọc răng, tránh gây mê hay tê, chích áp-xe bằng forceps khi trẻ còn tỉnh, ngay sau đó úp mặt trẻ xuống để mủ chảy ra.

Cách thứ nhất tạo ra lối vào để hút tốt hơn và lấy ra toàn bộ ổ áp-xe sau họng

Polyps thanh quản và u nhú

Polyps thanh quản là một vấn đề đối với trẻ em ở mọi lứa tuổi. Có thể xuất hiện nghẹt đường khí, do đó bệnh nhân đôi khi phải cấp cứu:

- Khởi mê thể khí sâu
- Nhẹ nhàng lấy các u nhú ra bằng kìm Magill, tránh làm hại dây thanh. Chuẩn bị sẵn dụng cụ hút và đeo kính bảo hộ
- Chuẩn bị sẵn sàng một ống nội khí quản nhỏ có đầu

Polyps có thể tái xuất hiện sau vài năm và đôi khi cần đến thủ thuật mở thông khí quản bán tạm thời.

Các trường hợp cấp cứu nhi khác

Các ca cấp cứu chính thường gặp ở bệnh viện tuyến huyện có thể là mở ổ bụng, viêm phúc mạc hay phẫu thuật do chấn thương nặng.

CHUẨN BỊ TRƯỚC KHỞI MÊ

- Truyền tĩnh mạch
 - Sử dụng ống thủy tinh dành cho bệnh nhân nhi và tránh, nếu có thể, nối trẻ với túi 1 lít qua bộ dụng cụ dành cho người lớn.
 - Bỏ sung 10ml dextrose 50% vào 100ml trong ống
- Cỡ ống nội khí quản: Có các loại ống từ cỡ 3.0 đến 6,5mm
- Làm rộng dạ dày dày:
 - Ngay trước khi bắt đầu gây mê, đưa ống miệng dạ dày nông rộng vào dạ dày và làm rộng nó.
 - Hút nhẹ nhàng trong khi di chuyển ống vòng quanh sau đó tháo ống ra

Nhiệt độ

Phần lớn bệnh nhân phải mổ và gây mê cấp cứu sẽ bị giảm thân nhiệt trong khi thực hiện thủ thuật, đặc biệt là trong các ca phẫu thuật kéo dài. Điều này cũng xảy ra đối với trẻ em. Có nhiều biện pháp để giảm thiểu hiện tượng giảm thân nhiệt:

- Làm ấm phòng mổ
- Dùng chăn sưởi điện nhưng cần kiểm tra bộ phận điều khiển và không được để nóng quá đến cấp bị bỏng hay điện giật
- Quấn trẻ bằng khăn khô, ấm
- Giảm thời gian da không được che trong khi vô cảm và chuẩn bị da cho phẫu thuật.
- Làm ấm máu và dịch IV: Xem Sử dụng máu lâm sàng (WHO, 2001)
- Đặt túi dịch IV đã được làm ấm gần bệnh nhân và cũng cần thận kéo bị bỏng
- Đưa bệnh nhân đến bàn mổ vào thời điểm muộn nhất có thể
- Dùng thiết bị sưởi trong khi vô cảm và trước khi mổ tại ICU

Giảm thân nhiệt xuống 33-34 độ gây ra:

- Suy hô hấp
- Run rẩy
- Suy tuần hoàn chung kèm co mạch

Giảm thân nhiệt không tự nó gây hại và bệnh nhân có thể được cho phép làm ấm lên với sự trợ giúp của thiết bị sưởi nếu:

- Có hỗ trợ thông khí trong vài giờ sau mổ
- Duy trì thở ôxy
- Duy trì được các chỉ số tim mạch như lượng nước tiểu và huyết áp

Do thân nhiệt tăng, giãn cơ sẽ gây ra huyết áp giảm và cần được điều chỉnh bằng thay thế dung lượng.

Atropine được biết đến như một loại thuốc làm cho hiện tượng giảm thân nhiệt và nhịp tim nhanh trở nên trầm trọng hơn và thậm chí có thể gây ra co giật. Không được dùng nó cho trẻ đang bị run.

14.4. CHUẨN BỊ GÂY Mê

Thực hành gây mê không thể học được từ sách vở mà phải qua thực tế làm việc với các bác sĩ thực hành giàu kinh nghiệm. Để có những mô tả chi tiết một số kỹ thuật, mời xem cuốn Gây mê tại bệnh viện tuyến huyện (WHO, 2001) Kỹ thuật gây mê tại chỗ dùng các thuốc có tác dụng tại chỗ để phong bế các kích thích thần kinh trước khi chúng đến được hệ thần kinh trung ương. Thuốc gây mê tại chỗ làm suy giảm sự kích thích bằng dòng điện của các mô. Khi tiêm gần với dây thần kinh chúng sẽ phong bế đoạn sóng khử cực cần thiết cho việc truyền xung lực

ĐỘC TỐ VÀ AN TOÀN TRONG SỬ DỤNG THUỐC GÂY TÊ TẠI CHỖ

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Thuốc gây tê tại chỗ có thể rất độc-cần phải biết liều an toàn tối đa
- Tránh gây tê tủy sống cho bệnh nhân bị sốc hay chưa được hồi sức hoàn toàn.

Tất cả các loại thuốc gây tê tại chỗ đều:

- Có độc tố
- Có thể làm suy giảm hệ thần kinh trung ương
- Có thể gây ra tình trạng đờ đẫn và có thể tiến triển thành bất tỉnh kèm giật cơ và có thể là co giật
- Có thể gây ra giảm huyết áp liên quan đến phong bế giao cảm rộng (ví dụ, sau khi gây tê tủy sống ‘cao”) hoặc liên quan đến suy giảm trực tiếp chức năng tim do cấp máu cao của thuốc

Những phản ứng này thường xuất hiện nếu tiêm nhầm thuốc vào tĩnh mạch hay do dùng quá liều (nồng độ quá cao hoặc lượng thuốc quá nhiều)

Tác dụng của độc tố- thường là rối loạn nhịp tim-có thể xuất hiện sau khi tiêm bắp hay do sự hấp thu nhanh thuốc co mạch như epinephrine, thường được trộn với gây tê tại chỗ để kéo dài tác dụng sau đó.

Đôi khi bệnh nhân có phản ứng dị ứng với thuốc gây tê tại chỗ nhưng ít gặp.

Nếu phản ứng ngộ độc nặng xuất hiện cần thực hiện hồi sức gấp:

- Cho thở ôxy và IPPV nếu bị suy hô hấp nặng
- Dùng một liều suxamethonium và thông khí phổi để điều trị co giật ban đầu khi có liên quan đến giảm ôxy huyết.
- Nếu vẫn co giật có thể phải cho dùng thuốc chống co giật như diazepam hay thiopental tiêm tĩnh mạch nhưng không được dùng những thuốc này như là thuốc điều trị đầu tiên đối với bệnh nhân có thể bị giảm huyết áp.

Khi dùng gây tê tại chỗ phải chuẩn bị sẵn các thiết bị hồi sức cũng như khi chuẩn bị gây mê toàn thân.

Cũng như với tất cả các loại thuốc, liều dùng an toàn tối đa liên quan đến kích thước và tình trạng bệnh nhân. Tránh độc tố bằng cách sử dụng hỗn hợp loãng nhất có thể, ví dụ:

- 1% lidocaine hoặc 0.25% bupivacaine khi phong bế thần kinh
- 0.5% lidocaine hoặc prilocaine cho thâm nhiễm thường.

Cấp độ hấp thu thuốc có thể được giảm bằng cách tiêm thuốc cùng với thuốc co mạch như epinephrine, thường theo tỷ lệ 5 mg/ml (1:200 000); để thâm nhiễm,

2.5 mg/ml (1:400 000) là đủ. Thường có sẵn các ống chứa hỗn hợp thuốc nhưng nếu không có thì có thể tự trộn một cách dễ dàng.

Để tạo ra một hỗn hợp 1:200000 epinephrine (adrenaline), thêm 0.1 ml 1:1000 epinephrine vào 20 ml hỗn hợp gây tê tại chỗ.

Thêm epinephrine có hai tác dụng:

- Làm giảm cấp độ hấp thu thuốc gây tê tại chỗ bằng cách tạo ra co mạch và do đó cho phép dùng liều gây tê tại chỗ lớn hơn mà không bị nhiễm độc
- Do gây tê tại chỗ được lấy ra chậm hơn từ vùng tiêm nên thời gian gây tê tăng lên đến 50%.

Khi tiêm thuốc gây tê tại chỗ cần sử dụng kim cỡ nhỏ:

Cỡ 21 hoặc 23 để phong bế thần kinh

Cỡ 23 hoặc 25 để thâm nhiễm

Điều này sẽ giảm nguy cơ nhiễm độc; rất dễ khi tiêm liều lớn bằng kim ruột to

Các liều an toàn tối đa thuốc gây tê tại chỗ được giới thiệu trong bảng dưới đây:

Tên thuốc	Liều dùng tối đa Mg/kg	Liều dùng tối đa Mg/ 60kg người lớn
Lidocaine 1% 4	4	240
Lidocaine 1% + epinephrine 1:200 000	7	420
Bupivacaine 0.25%/0.5%	2	120

Chống chỉ định và lưu ý

Có một quan điểm sai lầm cho rằng gây mê toàn thân nguy hiểm hơn gây tê tại chỗ. Thực ra, trong các ca đại phẫu, không có sự khác nhau nào trong nguy cơ và tỷ lệ tử vong giữa các bệnh nhân được gây mê toàn thân với chất lượng tốt với các bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Các chống chỉ định đặc thù đối với gây tê tại chỗ bao gồm:

- Dị ứng với thuốc gây tê tại chỗ
- Nhiễm trùng tại vùng dự định sẽ tiêm
- Không thể đảm bảo thiết bị vô trùng để tiêm
- Điều trị toàn thân cho bệnh nhân bằng thuốc chống đông

Lưu ý chung và thiết bị cơ bản

- Đảm bảo rằng bệnh nhân đã được chuẩn bị đầy đủ như đối với gây mê toàn thân
- Đảm bảo rằng thiết bị hồi sức luôn sẵn sàng để dùng trong trường hợp có phản ứng bất lợi

- Đặt một ống IV và nếu là đại phẫu thì chuẩn bị truyền tĩnh mạch với loại dịch thích hợp

Giảm đau trong gây tê tại chỗ

Bệnh nhân được phẫu thuật khi gây tê tại chỗ thường cần thuốc giảm đau để giảm sự khó chịu hay giúp họ nằm yên. Có được điều này bằng cách dùng thuốc uống- thuốc uống an toàn hơn và rẻ hơn. Đôi khi có thể phải dùng thêm một liều giảm đau nhỏ qua tĩnh mạch nhưng không được dùng nó để sửa chữa kỹ thuật gây tê tại chỗ thiếu chuẩn xác.

Không được để “giảm đau” chuyển thành bất tỉnh với đường khí không được kiểm soát. Bệnh nhân được giảm đau vẫn có thể nói chuyện được

GÂY TÊ TUỖ SỐNG

Gây tê tuỷ sống là kỹ thuật thường dùng khi mổ lấy thai (CS). Khi nó được thực hiện bởi một bác sĩ gây mê lành nghề trong các ca mổ lấy thai lựa chọn thì nó có thể rất an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên nó có gây ra nhiều loạn sinh lý và có thể nguy hiểm và thậm chí là nguy hiểm đến tính mạng khi dùng trong cấp cứu bệnh nhân bị mất nước, giảm dung lượng máu hay bị sốc.

Đối với các bệnh nhân ốm yếu khi mổ lấy thai thì kỹ thuật được khuyến dùng là:

- Gây mê toàn thân bằng ketamine
- Gây mê thể khí
- Gây tê thâm nhiễm tại chỗ

Xử trí gây tê cao hay gây tê toàn bộ tuỷ sống

Không được bỏ qua các dấu hiệu cho thấy gây tê tuỷ sống đang tiến triển cao hơn mức tối đa cho phép của T4 (đường núm vú)

Ngay khi gây tê tuỷ sống và đặt bệnh nhân cần theo dõi kết quả. Lidocaine có tác dụng nhanh hơn so với bupivacaine. Việc phong bế tuỷ sống tại độ cao chuẩn sẽ làm cho thai phụ cảm thấy dễ chịu vì cơn đau do chuyển dạ được loại bỏ. Dấu hiệu suy hô hấp và giảm huyết áp bao gồm:

- Bồn chồn, không nghỉ được
- Khó thở
- Buồn nôn hoặc nôn
- Không nói được
- Quay đầu từ bên này sang bên kia
- Mất ý thức
- Giảm ôxy máu

Đây là những dấu hiệu rất nghiêm trọng. Thêm vào đó, huyết áp và nhịp tim có thể hạ một cách không chấp nhận được (huyết áp tâm thu dưới 80 mmHg và nhịp tim dưới 50-60nhịp /phút). Yêu cầu bệnh nhân véo tay: nếu không làm được thì có thể bệnh nhân bị mất ý thức hoặc bị liệt. Thường không thể biết được là sự bất tỉnh của bệnh nhân là do hạ huyết áp hay do hỗn hợp tuỷ sống lan quá cao.

Cần hành động ngay lập tức để điều trị bệnh nhân không có phản ứng dù nguyên nhân là hạ huyết áp hay gây tê tuỷ sống quá cao.

Xử trí các kết quả không mong đợi khi gây tê tuỷ sống

Xử trí tụt huyết áp:

1. Tăng tốc độ truyền dịch càng nhanh càng tốt, dùng túi áp suất nếu cần
2. Nghiêng bàn sang bên trái nếu chưa nghiêng
3. Dùng thuốc gây co mạch: ephedrine 10 mg, nhắc lại nếu cần

Để điều trị khó khăn trong hô hấp, tiếp ôxy và IPPV, dùng mặt nạ giảm đau và túi tự phòng

Tại thời điểm này, tình hình có thể tự được giải quyết, nhịp tim và huyết áp có thể tăng trở lại, bệnh nhân có thể thờ không cần hỗ trợ và có thể tiếp tục gây tê tuỷ sống.

Tuy nhiên, tê tuỷ sống cao có thể tiến triển và thậm chí trở thành tê toàn bộ tuỷ sống. Trong trường hợp này thì không có hoạt động phòng ngừa tim phổi nào cả. Bắt đầu thực hiện các biện pháp cấp cứu ngay như đối với tất cả các trường hợp hồi sức tim phổi:

- Đặt nội khí quản
- Thông khí bằng ôxy
- Tiêm epinephrine tĩnh mạch

Có một câu hỏi thường xuất hiện: nên đặt ống nội khí quản cho thai phụ không thể thở được nhưng vẫn tỉnh táo như thế nào? Có cần cho dùng thiopental và suxamethonium không?

Nếu bị giảm huyết áp:

Tránh dùng thiopental: thay bằng 10 mg diazepam

Đánh giá nhu cầu đặt nội khí quản bằng suxamethonium trên cơ sở tình trạng thư giãn của bệnh nhân

Cho dùng 0.2–0.5 mg epinephrine tĩnh mạch nếu huyết áp không phản ứng lại với ephedrine.

Tê tuỷ sống cao hay tê toàn bộ tuỷ sống là ngừng tim hô hấp mang tính được lý ở người khoẻ mạnh. Mọi trường hợp đều cần phải hồi phục hoàn toàn. Tử vong

hay tổn thương não do không phát hiện được dấu hiệu hoặc xử trí kém là không thể tha thứ được.

Tử vong hay biến chứng sau gây mê tuỷ sống thường là do bất cẩn, không phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm

14.5. CÁC KỸ THUẬT GÂY Mê MÃU GÂY Mê BẰNG KETAMINE

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Ketamine là một loại thuốc gây mê toàn thân; không được bỏ qua các lưu ý khi dùng.
- Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản và đường khí được kiểm soát là một kỹ thuật hiệu quả về tổng thể, mặc dù mất khá nhiều thời gian trong các ca phẫu thuật nhanh, và nó phù hợp với hầu hết các thủ thuật

Ketamine, với tư cách là một phương pháp gây mê đơn, được sử dụng rộng rãi mà không cần phải bảo vệ đường khí. Tuy nhiên, nó không phải là một phương pháp an toàn tuyệt đối khi dạ dày bệnh nhân đầy thức ăn vì có nguy cơ bị ợ ứ và hít phải các chất trong dạ dày.

Gây mê bằng ketamine thích hợp trong các trường hợp sau:

- Khi không cần giãn cơ, đặc biệt là đối với trẻ em.
- Như một kỹ thuật dự phòng nếu gây mê thể khí hay việc cung cấp khí cho máy Boyle bị thất bại
- Nếu cần phải gây mê toàn thân không có máy gây mê thể khí, ví dụ như khi cứu người bị mắc kẹt trong các tai nạn

Không bỏ sung ketamine

1. Cho dùng thuốc giảm đau và atropine
2. Đặt ống hay kim tĩnh mạch. Nếu trẻ quấy đạp thì tốt hơn là hoãn cho đến khi ketamine được đưa vào qua tiêm bắp
3. Cho dùng ketamine 6-8mg/kg trọng lượng cơ thể bằng tiêm bắp hay 1-2mg/kg trọng lượng cơ thể tiêm tĩnh mạch(được trộn lẫn với một liều atropine nếu chưa được kê vào đơn)
4. Bệnh nhân sẽ sẵn sàng cho phẫu thuật sau 2-3 phút sau khi tiêm ketamine tĩnh mạch và sau 3-5 phút sau khi tiêm bắp
5. Cho dùng thêm ketamine nếu bệnh nhân có cảm phản xạ đau. Dùng một nửa liều tiêm tĩnh mạch ban đầu hoặc một phần tư liều tiêm bắp ban đầu.

GÂY Mê TOÀN THÂN CÓ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Kỹ thuật này thích hợp khi gây mê cho người lớn trong các ca đại phẫu, bao gồm cả mổ lấy thai, hoặc khi có chỉ định đặt nội khí quản, ví dụ để bảo vệ đường khí.

Chống chỉ định nếu tiền liệu việc đặt ống sẽ gặp khó khăn.

Thông thường, người ta chờ đợi rằng bệnh nhân sẽ tự thở được trở lại sau khi việc giãn cơ phục vụ cho đặt ống hết tác dụng nhưng không biết trước được liệu nó có xảy ra không và việc thở đó có thích hợp với tất cả bệnh nhân không. Một số bệnh nhân có thể tự thở rất tốt sau phẫu thuật nhưng một số thì không thể.

Bệnh nhân khó có thể tự thở tốt sau khi gây mê nếu có các yếu tố sau:

- Kích thích phẫu thuật mạnh
- Béo phì hoặc dấu hiệu suy giảm chức năng hô hấp
- Tư thế đầu xuống dưới
- Bệnh nhân vạm vỡ khác thường
- Phẫu thuật quanh đầu, cổ hay ống khí quản
- Phẫu thuật bụng trên
- Dùng halothane không bổ sung thuốc giảm đau
- Ống khí quản nhỏ.

Không thể thực hiện thủ thuật mở ngực với bệnh nhân tự thở. Cần giám sát chất lượng hô hấp. Điều quan trọng là phải bổ sung thuốc giảm đau (ví dụ như pethidine 1mg/kg trọng lượng cơ thể khi vô cảm) nếu halothane được dùng như thuốc gây mê đơn để duy trì trạng thái mê, trừ khi có chống chỉ định.

1. Cho thở ôxy dự phòng bằng cách cho dùng:

- Thở ôxy nồng độ cao trong ít nhất 3 phút

Hoặc

- 10 nhịp thở ôxy nguyên chất trong dòng 10lít/phút bằng mặt nạ gây mê kín

Thở ôxy theo cách này giúp bệnh nhân được thở ôxy ngay cả khi việc đặt ống kéo dài vài phút.

2. Nếu có nguy cơ bị ợ thức ăn trong dạ dày thì ấn sụn nhẫn gấp từ lúc tiêm thuốc gây mê cho đến khi đặt xong nội khí quản bằng ống khí quản cong.
3. Bắt đầu gây mê bằng liều thiopental sâu, thường theo liều lượng 5mg/kg trọng lượng cơ thể đối với người lớn, tiêm tĩnh mạch qua 30-45 giây.

4. Đặt ống khí quản sau khi cho giãn cơ bằng suxamethonium (1 mg/kg trọng lượng cơ thể).
5. Dùng ête 10% hoặc halothane 1,5% trong 3 phút để thực hiện gây mê thể khí.
6. Khi suxamethonium hết tác dụng, thường là sau 3-5 phút, thì bệnh nhân có thể tự thở trở lại. Bắt buộc phải bổ sung ôxy nếu sử dụng halothane hay ête.
7. Nếu bệnh nhân tự thở không được cần hỗ trợ hô hấp bằng tay hoặc thông khí bằng máy. Có thể phải bổ sung thuốc giãn cơ tác dụng lâu. Mô tả chi tiết kĩ thuật này không thuộc nội dung cuốn sách.
8. Khi kết thúc phẫu thuật, tắt nguồn gây mê thể khí và cho thở ôxy càng nhiều càng tốt. Khi thuốc mê hết tác dụng, hô hấp sẽ trở nên bất thường và xuất hiện hiện tượng kìm thở.
9. Giám sát hoặc tiếp tục hỗ trợ thở cho đến khi bệnh nhân thở đều, sâu và màng nhầy có màu hồng.
10. Nếu có nguy cơ bị ụa (ví dụ khi mổ lấy thai), chuyển bệnh nhân về tư thế ngang và rút ống khi bệnh nhân tỉnh lại, sau khi đã hút sạch các chất tiết ra từ họng và miệng. Nếu không thể thay đổi tư thế của bệnh nhân thì phải chắc chắn là dạ dày hoàn toàn rỗng trước khi rút ống bằng cách đưa ống miệng-dạ dày. Có thể xuất hiện hiện tượng kìm thở nếu rút ống ra trước khi hô hấp bình thường trở lại. Đây là thời điểm quan trọng và cần phải có kinh nghiệm mới biết được chính xác thời điểm rút ống.
11. Tiếp tục cho thở ôxy càng nhiều càng tốt bằng mặt nạ khít với mặt, kiểm tra xem hô hấp đã bình thường chưa và màng nhầy có màu hồng chưa trong khi duy trì đường khí thông thoáng, nếu cần có thể đẩy hàm.

Chỉ sử dụng kĩ thuật này nếu biết rằng dạ dày bệnh nhân rỗng

1. Khởi mê bằng kĩ thuật an toàn và thích hợp
2. Đảm bảo rằng cơ hàm đã giãn.
3. Đặt đường khí miệng -họng hoặc mặt nạ thanh quản.
4. Nối hệ thống thở với mặt nạ gây mê hoặc mặt nạ thanh quản.
5. Cần lưu ý khí thoát ra xung quanh chỗ cong của mặt nạ hay mặt nạ thanh quản.

Nhớ rằng kĩ thuật này không ngăn ngừa được nguy cơ ụa hoặc hít phải các chất trong dạ dày. Không nên dùng nó nếu có bất kì nguy cơ nào xuất hiện và vì thế kĩ thuật này không thích hợp khi cấp cứu hoặc các ca phẫu thuật sản khoa.

GÂY Mê HOÀN TOÀN QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Ở một số nước càng ngày người ta càng hay sử dụng phương pháp gây mê hoàn toàn qua tĩnh mạch (TIVA), trong đó, tất cả các thuốc gây mê, bao gồm cả thuốc giãn cơ và giảm đau được dùng bằng cách truyền tĩnh mạch với tốc độ được kiểm soát bởi một bơm siranh điện tử có thể loại bỏ việc sử dụng bơm hơi.

Hiện nay, các loại thuốc thích hợp nhất đối với các kỹ thuật này như propofol, midazolam và ketamine – có thể quá đắt để có thể sử dụng rộng khắp. Không thể thay thế bằng những loại thuốc rẻ hơn như thiopental vì chúng tích tụ ở cấp độ cao trong quá trình truyền liên tục.

Nếu có được những loại thuốc tác dụng ngắn giá cả hợp lý, TIVA có thể được sử dụng rộng rãi hơn ở các bệnh viện tuyến huyện. Tuy nhiên, kỹ thuật dưới đây, mặc dù sử dụng TIVA với ketamine cũng vẫn thích hợp, tiết kiệm và thường được dùng.

1. Sau khi dùng atropine và thở ôxy dự phòng, khởi mê bằng ketamine truyền nhanh chứa 1mg/ml (liều trung bình dành cho người lớn 50-100ml)
2. Cho dùng suxamethonium đặt nội khí quản.
3. Duy trì mê bằng ketamine 1-2mg/phút (nhiều hơn nếu bệnh nhân chưa dùng thuốc trước đó). Sau khi khả năng thở quay trở lại thì cho dùng thuốc giãn cơ không khử cực.
4. Thông khí bằng không khí được làm giàu ôxy nếu có thể
5. Khi kết thúc phẫu thuật, hồi phục lại cơ đã giãn và tháo ống khi bệnh nhân đã tỉnh như sau khi gây mê thể khí.

KỸ THUẬT GÂY TÊ TUỖ SỐNG MÃU KHI MỔ LẤY THAI

1. Cho bệnh nhân dùng trước 500-1000ml dung dịch muối đẳng trương hoặc hỗn hợp Hartmann.
2. Thực hiện rút nước tuỷ sống ở tư thế ngang hoặc ngồi. Thực hiện vô trùng tuyệt đối. Để phòng ngừa đau đầu hậu kỹ thuật gây tê tuỷ sống cần dùng kim đúng cỡ: 25 hoặc 27
3. Tiêm khoảng 1.5–2ml of 5% lidocaine “nặng” hoặc 2 ml bupivacaine cho bệnh nhân ở tư thế ngang

Lidocaine nặng 5% với 7,5% dextrose thường được sử dụng và không đắt tiền; không may, nó chỉ kéo dài được 45-60 phút, do đó bác sĩ phẫu thuật cần phải có kinh nghiệm và ca mổ lấy thai được tiến hành thuận lợi, không bị dính.

Ở những nơi có điều kiện, người ta thích dùng 0.5% isobaric hoặc hyperbaric bupivacaine hơn lidocaine

4. Ngay sau khi tiêm , chuyển thai phụ về tư thế dọc nhưng chèn khung chậu để tử cung tựa vào phía bên trái. Đảm bảo là tư thế của thai phụ chắc chắn và không thể ngã được.
5. Cần hết sức thận trọng và điều trị tích cực khi huyết áp tâm thu giảm xuống dưới 90 mmHg (12.0 kPa). Huyết áp giảm có thể gây nguy hiểm cho cả thai phụ và thai nhi. Điều trị giảm huyết áp ban đầu bằng cách dùng đến 1000 ml colloid hoặc hỗn hợp crystalloid nhanh trong vòng 5 phút hoặc ít hơn.
6. Nếu huyết áp vẫn thấp, cho dùng:
 - Thuốc co mạch như ephedrine, trong 5–10 mg gia lượng.
 - Có thể dùng ephedrine truyền liên tục: 30mg trong 500ml
 - Nếu không có, cho dùng dung dịch adrenaline 0,5mg pha trong 20ml dung dịch muối đẳng trương nội tĩnh mạch, 1ml mỗi lần;
7. Luôn bổ sung ôxy cho thai phụ trong quá trình mổ.

Độ cao lý tưởng của phong bế là ở giữa mỏm ức (T5/6) và đường núm vú (T4). Nhớ rằng ở các thai phụ đến kì sinh, phong bế thường dễ lên cao. Cho dùng một liều giảm 0,5ml so với liều dùng cho phụ nữ không mang thai với trọng lượng tương tự. Ví dụ:

- Phụ nữ nhỏ: 1,2 lidocaine nặng
- Phụ nữ cao trung bình: 1,5 lidocaine nặng
- Phụ nữ to lớn: 2ml lidocaine nặng

Nếu dùng hỗn hợp isobaric (không chứa glucoze) tăng liều lên 0,5ml. Ví dụ, một phụ nữ nhỏ người, mổ lấy thai lần đầu, dự đoán ca mổ dễ và nhanh nên dùng 1,2ml lidocaine nặng. Một phụ nữ to lớn, mổ lấy thai lần thứ ba nên dùng 2,5ml isobaric bupivacaine vì bệnh béo phì và hiện tượng dính sẽ làm cho ca mổ kéo dài hơn.

Bupivacaine thường yêu cầu 0.5 ml nhiều hơn so với lidocaine. Lidocaine thường 2% có thể dùng được nhưng phong bế không tốt lắm và sẽ cần 2,5ml đối với thai phụ lẽ ra phải dùng 1,5ml lidocaine 5%.

Nếu ca mổ kéo dài và bệnh nhân bắt đầu có cảm giác đau, cho dùng giảm đau IV như opiates hay ketamine liều thấp.

MỔ LẤY THAI TRONG TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Trong tất cả các cấp độ tiền sản giật, gây tê tuỷ sống được ưa chuộng hơn gây mê toàn thân vì:

- Nó làm cho giãn mạch
- Không có phản ứng tăng huyết áp với việc đặt nội khí quản
- Không cần phải xử trí đường khí khó

Có thể lưu ý đến hiện tượng đông máu nhưng, nếu nếu không có lý do gì để nghi ngờ đông máu bất thường thì gây tê tuỷ sống bằng kim 25G thường được lựa chọn ở những bệnh nhân có hợp tác.

Các phương pháp gây mê toàn thân khi mổ lấy thai trong tiền sản giật rất đa dạng. Halothan là lựa chọn truyền thống. Ête giải toả adrenaline, chất mà về mặt lý thuyết có thể làm tình trạng trầm trọng hơn nhưng điều này thường không xảy ra trong thực tế. Vì ête thường được ưa dùng hơn halothane khi mổ lấy thai nên nên chọn loại thuốc này để gây mê toàn thân trong tiền sản giật.

Không bao giờ được dùng ketamine trong tiền sản giật

Các vấn đề tiềm ẩn khi chuẩn bị gây mê

- Mức độ tỉnh táo: thuốc giảm đau có thể yêu cầu giảm liều lượng thuốc tiền mê
- Đường khí khó do phù nề
- Phản xạ tăng huyết áp đối với việc đặt ống nội khí quản
- Đặt ống nội khí quản khó do phù nề thanh quản
- Khó khăn khi đo huyết áp do tình trạng dung lượng thấp và co mạch

Bệnh nhân nên được giám sát tại phòng chăm sóc đặc biệt sau khi mổ, đặc biệt chú ý tới:

- Huyết áp
- Lượng nước tiểu
- Cân bằng dịch
- Mức độ tỉnh táo
- Phù nề đường khí

Sau sản giật, việc xử trí tương tự như trên nhưng cần phải thực hiện gây mê toàn thân nếu thai phụ bị bất tỉnh. Phù nề phổi có thể là một vấn đề cần đến thông gió có kiểm soát. Các cơn sản giật phải được kiểm soát sau khi mổ. Lưỡi bị cắn có thể gây khó khăn cho việc đặt nội khí quản. Sau sản giật kéo dài, thai phụ bị bất tỉnh và ở trong tình trạng rất xấu. Một số bác sĩ phẫu thuật quyết định gây tê bằng thâm nhiễm tại chỗ trên thành bụng để mổ lấy thai. Không nên thực hiện điều này vì hai lý do:

1. Thông thường thuốc giảm đau không thích hợp và cơn đau, thậm chí là ở các bệnh nhân bị bất tỉnh, có thể đẩy huyết áp tăng cao hơn
2. Giảm ôxy máu trong khi thực hiện phẫu thuật thường xảy ra và nên được phòng ngừa bằng ống nội khí quản và thông khí bằng ôxy

GÂY Mê ĐỂ LẤY NHỮNG PHẦN BÀO THAI CÒN SỐT LẠI(ERPC)

Lấy những phần của bào thai còn sót lại trong tử cung là một thủ thuật bán cấp vì nhiễm trùng sản khoa phát triển rất nhanh và có những hậu quả tiềm ẩn chết người. Ở những phòng sản phụ đông đúc có rất nhiều trường hợp như : bệnh nhân bị sảy thai bị nhiễm trùng, sản phụ bị sót rau...

Khi gây mê nên tránh dùng các thuốc gây mê dễ bay hơi vì chúng có thể gây giãn tử cung và chảy máu nhiều. Điều này đặc biệt đúng khi thực hiện thủ thuật ở những trường hợp bị nhiễm trùng khi tử cung to, rộng hay khi bệnh nhân đã bị chảy máu rất nhiều:

- Kỹ thuật gây mê hoàn toàn qua đường tĩnh mạch (TIVA) là lý tưởng với việc sử dụng ketamine 2– 4 mg/kg; thuốc này cũng có thuộc tính oxytocin.
- Dùng diazepam 5 –10 mg tĩnh mạch trước khởi mê để ổn định bệnh nhân và tránh bị ảo giác sau mổ.
- Phương pháp TIVA thay thế là:
 - Pethidine 50 mg IV tiếp theo bằng gia lượng thiopental 2.5% đến liều tối đa là 500mg

Hoặc

- Gia lượng propofol, 20–30 ml.

Có thể phải truyền 20-40 đơn vị oxytocin trong 1 lít dung dịch muối đẳng trương sau khi mổ

Các tình huống lâm sàng có thể dẫn đến việc loại bỏ bằng diazepam (10 mg) và pethidine (50 mg), nhưng nhiều bệnh nhân sẽ không chịu đựng được phương pháp này và các chuyển động liên quan sau đó có nghĩa là thủ thuật đã không được thực hiện hoàn hảo. Để tránh tình huống này nên dùng ketamine.

MỞ BỤNG CẤP CỨU

Ở nhiều bệnh viện, mở bụng cấp cứu vì viêm phúc mạc, nghẹt ruột hay chấn thương bụng là thủ thuật phổ biến thứ hai chỉ sau mổ lấy thai. Không mổ thì tử vong là chắc chắn. Kết quả tốt phụ thuộc vào xử trí gây mê tốt và phẫu thuật ở cấp độ ngang nhau. Sau hồi sức ban đầu, mục đích tiếp theo là đặt nội khí quản, thông khí và duy trì huyết áp. Để đạt được điều đó cần thực hiện các hành động dưới đây:

1. Đặt một ống cỡ to (cỡ 16) và dự phòng dịch IV (dung dịch muối đẳng trương hoặc Ringer lactate). Cho giọt nhỏ nhanh nhưng cần theo dõi để tránh bị tràn ở tĩnh mạch đùi trong
2. Kiểm tra huyết áp vài phút một lần và sự bão hoà ôxy, nếu có ôxy kế

3. Đặt ống mũi -dạ dày, nút ống và dùng trọng lực để làm rỗng dạ dày càng nhiều càng tốt ngay trước khi vô cảm. Cần chắc chắn là ống không bị chấn.
4. Bật máy hút và chuẩn bị sẵn giác nút Yankauer dưới gối
5. Cho thở ôxy dự phòng và ấn sụn nhẫn giáp: hiện tượng ựa thường xảy ra
6. Kiểm tra đường khí và vị trí của đầu để đảm bảo việc đặt ống không gặp khó khăn
7. Dùng thuốc khởi mê ổn định tim. Nếu nghi ngờ về dung lượng tuần hoàn, dùng ketamine 1-2mg/kg. Nếu không, có thể dùng thiopental; dùng liều giảm đi (2mg/kg) nếu bệnh nhân ở tình trạng kém hoặc huyết áp thấp
8. Dùng suxamethonium 100 mg càng nhanh càng tốt sau thuốc khởi mê.
Cho giọt nhỏ nhanh trong khi tiêm
9. Đặt ống càng nhanh càng tốt và làm phòng chõ cong
10. Thông khí và kiểm tra vị trí của ống
11. Kiểm tra lại huyết áp và bão hoà ôxy trước khi bắt đầu dùng ête hay halothane. Nếu huyết áp vẫn thấp thì có thể vẫn phải tiếp tục dùng ketamine và ôxy

Thông khí có hoặc không có giãn cơ có thể cần đến mặc dù nhiều bệnh nhân sẽ có thể tự hô hấp tốt. Nếu bụng bị căng thì hỗ trợ thông khí bằng tay.

Chỉ dùng thuốc giãn cơ không phân cực như vecuronium nếu có thông khí bằng máy trong phòng mổ và nếu có hỗ trợ thông khí sau mổ.

Nếu có, nên điều trị bệnh nhân ở phòng chăm sóc đặc biệt, đặc biệt chú ý đến dịch truyền và lượng nước tiểu. Giảm dung lượng máu kéo dài, nhiễm trùng và giảm huyết áp là những nguyên nhân chính của tử vong trong 24 giờ đầu sau mổ.

TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU CÓ ĐƯỜNG KHÍ PHỨC TẠP

Đường khí phức tạp có nghĩa là bị nghẹt trước đó khi bệnh nhân còn tỉnh hay sau này khi bệnh nhân đã mất cảm giác.

Nguyên nhân của hiện tượng nghẹt bao gồm:

- Nôn
- Phù nề
- Máu
- Áp-xe hoặc nhiễm trùng mô
- Vảy kết
- Mủ
- Giải phẫu bất thường

- Mảnh vụn
- Dị vật
- U
- Mô bị tổn thương

Nghẹt có thể bị ở miệng, trong khoang miệng, trong hay xung quanh cổ. Nếu có dị vật thì nghẹt có thể ở lui xuống dưới đường khí, ở khí quản. Nó có thể liên quan đến phẫu thuật bị hoãn hoặc về bản chất không liên quan đến cái gì và là một sự ngạc nhiên không mong đợi.

Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau và không thể đưa ra cách thức cụ thể để xử trí đường khí bị nghẹt. Nếu gặp trường hợp này cần nhớ rằng bệnh nhân vẫn đang thở khi nhập viện, nếu không bệnh nhân đã chết ở đâu đó trên đường đến. Cách xử trí tốt phụ thuộc vào:

- Bảo vệ đường khí càng lâu càng tốt
- Tăng ôxy để bảo vệ phổi
- Thực hiện tiền mê
- Ổn định đường khí trong tình trạng được kiểm soát bằng cách đặt ống nội khí quản.

Nguyên tắc khởi mê trong trường hợp đường khí bị nghẹt

1. Không vội tìm đường vào. Cần chẩn đoán và lập kế hoạch trước khi bắt đầu. Nếu có thể, huy động thêm các bác sĩ gây mê có kinh nghiệm vào trong phòng mổ

2. Chuẩn bị sẵn tất cả những thứ sẽ cần đến khi xử trí đường khí khó. Có thể là một số hoặc tất cả những thứ sau đây:

- Ống nóng khi đặt nội khí quản
- Đèn soi thanh quản: nếu có thì chuẩn bị hai chiếc với các lưỡi đèn khác nhau
- Cái thông
- Ống nội khí quản các cỡ khác nhau: đặt một cái thông đã được bôi trơn vào trong ống nhỏ nhất
- Mặt nạ thanh quản dưỡng khí
- Đường khí miệng-họng và mũi -họng các cỡ khác nhau
- Mặt nạ các cỡ
- Bộ dụng cụ chích rạch thanh quản cấp cứu

3. Nghiêng đầu bàn lên một chút vì nó sẽ hỗ trợ đường khí. Trẻ em có thể ngồi trên bàn hoặc thậm chí trên đầu gối của bác sĩ khi vô cảm và sau đó đặt nằm dọc khi đã thiếp đi.
4. Bật dụng cụ hút và chuẩn bị sẵn catheter Yankauer vừa và mềm
5. Đánh giá nguy cơ bị ọạ, đặc biệt là nếu bệnh nhân đã bị nuốt nhiều máu.
6. Dùng ôxy kế
7. Chuẩn bị sẵn dụng cụ nhỏ giọt với thuốc tiền mê tĩnh mạch
8. Cần bảo vệ mình: bệnh nhân có đường khí bị chấn thương có thể khạc máu ra xung quanh. Cần đeo găng, mặt nạ và kính để không bị máu của bệnh nhân bắn vào mắt hay miệng
9. Không khám vết thương hay nhấc băng xung quanh đường khí cho đến khi mọi thứ đã sẵn sàng vì hành động đó có thể làm cho bệnh nhân ho và đường khí có thể bị mất hoặc có thể bị chảy máu.
10. Thử đặt mặt nạ lên đường khí và cho thở ôxy. Quan sát oxy kế và chuyển động của túi. Điều này sẽ nói lên tính hiệu quả của thở ôxy dự phòng và cấp độ dễ hay khó của việc vô cảm
11. Thực hiện khởi mê. Không được tiêm tĩnh mạch, đặc biệt là đối với suxamethonium, trừ khi có thể chắc chắn về khả năng thông khí bằng mặt nạ và đặt nội khí quản hay LMA có thể đi qua.

Tiêm thuốc tĩnh mạch sẽ gây ra mất đường khí và ngừng thở. Có thể xử trí được tình huống này không? Nếu không thì đừng tiêm thuốc mê trong tĩnh mạch

Khi bị chấn thương ở mặt, xương và mô bị hỏng sẽ làm cho việc giữ mặt nạ và thở ôxy dự phòng khó hơn nhưng việc đặt ống sau khi hút có thể dễ hơn. Trong các trường hợp chấn thương nặng (ví dụ như bị tấn công bằng dao), có thể đặt ống qua vết thương ở cổ.

Phương pháp cổ điển là dùng gây mê thể khí với halothane khi phải đối mặt với đường khí bị nghẹt tiềm ẩn. Trên thực tế, cách này không phải lúc nào cũng thành công: khởi mê mất nhiều thời gian nếu thông khí kém hoặc bị nghẹt. Quấy đạp hay ho có thể làm cho mọi việc trở nên xấu hơn, làm tăng chảy máu và gây ra nghẹt toàn bộ đường khí. Có thể bắt đầu bằng một phương pháp và tự tìm hiểu để sử dụng phương pháp khác hoặc kết hợp tiêm tĩnh mạch với kỹ thuật gây mê thể khí. Cần luôn có kế hoạch dự phòng dựa trên tình trạng bệnh nhân, kỹ năng của người thực hiện gây mê và các nguồn lực hiện có. Cần linh hoạt và chuẩn bị sẵn sàng khi kế hoạch không thích hợp hoặc không tương thích.

Xử trí đường khí sau mổ có vẻ còn khó hơn trước khi mổ vì:

- Mô bị sưng
- Thuốc mê còn tồn lại

- Xuất huyết sau mổ (“tái hoạt động”)
- Hình thành ổ tụ huyết

Do đó, trước khi làm bất kì điều gì với đường khí, cần kiểm tra các thiết bị xử trí đường khí xem có đủ cho hậu phẫu không. Tránh xử trí bệnh nhân có đường khí bị nghẹt kéo dài tại phòng mổ của bệnh viện tuyến huyện nơi không có phòng hậu phẫu. Có thể cho bệnh nhân chuyển viện và điều trị tại khu vực chăm sóc đặc biệt và tránh thực hiện bất kì thủ thuật nào với đường khí. Cũng có thể đặt nội khí quản cho bệnh nhân tại bệnh viện tuyến huyện rồi đi cùng bệnh nhân lên tuyến trên.

14.6. GIÁM SÁT BỆNH NHÂN ĐÃ ĐƯỢC GÂY Mê

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Cơ quan giám sát quan trọng nhất là mắt, tai, bàn tay và khối óc của bác sĩ gây mê
- Chú ý trước tiên đến bệnh nhân, sau đó mới đến các thiết bị giám sát.

Một người bị bất tỉnh do chấn thương, ốm đau hay do ảnh hưởng của thuốc mê sẽ mất phản xạ sống và phản xạ bảo vệ và phụ thuộc vào người khác để bảo vệ và duy trì các chức năng sống. Nhiệm vụ của nhân viên y tế là đảm bảo cho bệnh nhân được bảo vệ trong thời điểm sống còn đó. Một người không thể làm cả bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật trong cùng một lúc; cần phải có một người được đào tạo để chuyên theo dõi đường khí, giám sát bệnh nhân và quan tâm đến các chức năng sống của họ.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU VÔ CẢM

Tư thế

Luôn gây mê cho bệnh nhân ở trên bàn hoặc xe đẩy có thể thay đổi được vị trí của đầu để giải quyết tình huống hạ huyết áp bất ngờ hay khi bệnh nhân nôn để chất nôn ra được dẫn lưu khỏi miệng cứ không vào trong phổi.

Khi đã được gây mê, không nên để bệnh nhân ở tư thế bất thường vì có thể gây hại cho khớp và cơ. Nếu dùng tư thế cắt sỏi thì cần có hai trợ lý nhắc hai chân cùng một lúc và đặt chúng vào bàn đạp để tránh gây hại cho khớp xương cùng-chậu.

Mắt

Trong quá trình gây mê toàn thân nên nhắm mắt nếu không giác mạc sẽ bị khô và bị loét. Nếu mí mắt không khép tự nhiên được thì dùng một miếng băng nhỏ giữ chúng. Nên băng mắt bằng cách này nếu đầu bị đập và băng bảo vệ bổ sung được khuyến dùng. Nếu bệnh nhân được đặt ở tư thế úp sấp cần quan tâm đặc biệt để tránh ấn vào mắt vì có thể ảnh hưởng tầm nhìn tạm thời.

Răng

Răng bị ảnh hưởng bởi đường khí nhân tạo và đèn soi thanh quản, đặc biệt nếu răng bị lung lay, yếu hay mọc bất thường. Tổn thương từ đường khí ở miệng phần lớn xảy ra trong khi hồi phục sau gây mê, khi sự tăng trương lực cơ làm bệnh nhân cắn. Đèn soi thanh quản có thể gây hại cho răng, đặc biệt là các răng cửa hàm trên nếu chúng được dùng như một điểm tựa để bẫy đèn soi thanh quản. Sẽ an toàn hơn nếu cân nhắc việc nhổ răng lung lay vì nếu nó vô tình bị vỡ thì bệnh nhân sẽ hít vào và gây ra áp-xe phổi.

Thần kinh ngoại biên

Các dây thần kinh ngoại biên như thần kinh xương trụ ở dưới khuỷu tay có thể bị tổn thương do bị ấn kéo dài. Các dây thần kinh khác như đám rối cánh tay có thể bị tổn thương do kéo. Cần chú ý đến tư thế bệnh nhân và sử dụng băng mềm tại những điểm xương nhô lên để tránh những vấn đề này. Garo, nếu có sử dụng, cần phải được đặt cẩn thận bằng băng và không được để bị phồng lên trong hơn 90 phút.

Hô hấp

Bệnh nhân đã vô cảm rất cần một đường thở không hạn chế. Bác sĩ phẫu thuật và trợ lý không được tựa vào thành ngực hay bụng trên. Nằm dốc, đầu xuống dưới làm hạn chế chuyển động của cơ hoành, đặc biệt là đối với các bệnh nhân béo phì, vì thế cần được thông khí có kiểm soát.

Nếu bệnh nhân ở tư thế úp sấp thì đặt gối dưới ngực trên và xương chậu để tạo điều kiện cho thành bụng chuyển động thoải mái trong khi hô hấp.

Cần chăm sóc bệnh nhân nhẹ nhàng và liên tục, bất kể lúc họ thức hay bất tỉnh.

Bỏng

Bảo vệ bệnh nhân đã được gây mê khỏi vô tình bị bỏng. Cẩn thận khi dùng dung dịch làm sạch da dễ cháy mà có thể bị bốc cháy do phép điện nhiệt khi phẫu thuật.

Để tránh bị bỏng do điện nhiệt cần đặt điện cực trung tính thật chắc và bằng phẳng tại một vùng da rộng đằng sau lưng, mông hoặc đùi. Nếu sử dụng các thiết bị điện khác thì cẩn thận với nguy cơ bệnh nhân bị bỏng do điện hoặc điện tử

Giảm thân nhiệt

Giữ ấm cho bệnh nhân đã được gây mê bằng cách đắp chăn và không để họ bị gió lùa. Phần lớn các loại thuốc gây mê toàn thân và gây tê tại chỗ đều làm cho da bị giãn mạch nên làm tăng lượng nhiệt cơ thể bị mất. Mặc dù da cảm thấy ấm nhưng nhiệt độ trung tâm của bệnh nhân có thể bị giảm rất nhanh. Giảm thân nhiệt trong khi gây mê có hai hậu quả:

Làm tăng và kéo dài tác dụng của một số loại thuốc như thuốc giãn cơ
 Làm cho bệnh nhân bị run trong giai đoạn hồi phục, tăng nhu cầu ôxy và dẫn đến giảm ôxy máu.

GIÁM SÁT

Bộ phận giám sát, nói một cách nghiêm khắc, là một thiết bị cảnh báo cho chúng ta biết một sự kiện bất thường, ví dụ như huyết áp thấp, bằng tiếng chuông báo động. Cú đâm huyết áp bằng tay sẽ không cảnh báo được bất kì điều gì, nó chỉ có thể đo huyết áp, và chính chúng ta phải biết vấn đề gì đang xảy ra. Khái niệm “giám sát” được mở rộng với nghĩa là “theo dõi tích cực các biểu hiện bất thường của bệnh nhân”. Nói cách khác, phần chính của công việc này nằm ở bản thân người thực hiện công việc đo, người mà cần phải tìm kiếm thông tin một cách tích cực.

Giám sát có nghĩa là nhìn vào bệnh nhân

Trong 20 năm gần đây, trong lĩnh vực giám sát quá trình hồi sức và gây mê đã đạt nhiều tiến bộ công nghệ hơn bất kì lĩnh vực nào khác trong ngành y. Sự phát triển đó làm cho việc thực hiện một ca bệnh mà hầu như không cần phải động tay vào bệnh nhân, kể cả thông báo mạch, huyết áp, hô hấp, sự bão hoà ôxy, nhiệt độ của da hay các thay đổi sinh lý khác.

Tuy nhiên chi phí đào tạo và mua thiết bị(cả đầu tư ban đầu và bảo dưỡng) để duy trì công nghệ tiên tiến này cao đến cấp mà các bác sĩ gây mê ở các nước đang phát triển thường chỉ có những dụng cụ giám sát truyền thống như cú đâm huyết áp và ống nghe, may ra thì có thêm ôxy kế. Chính vì vậy, hệ thống giác quan của bản thân bác sĩ là thiết bị giám sát quan trọng nhất. Điều cần thiết là sử dụng nó như thế nào.

Nguyên tắc cơ bản trong gây mê là không bao giờ được để bệnh nhân mà không có người giám sát.

Năm giác quan là: thính giác, khứu giác, xúc giác, thị giác và vị giác. Chỉ có giác quan cuối cùng là ít được bác sĩ gây mê sử dụng, còn 4 giác quan đầu là hết sức cần thiết.

Một số bác sĩ gây mê không quan sát những gì xảy ra xung quanh mình và không nhận thấy sự thay đổi trong tình trạng bệnh nhân. Những người như thế thường thất bại khi ứng phó với sự thay đổi và điều này sẽ rất nguy hiểm cho bệnh nhân gây mê.

Các thiết bị giám sát tinh vi đôi khi làm rối trí các bác sĩ gây mê, những người hoàn toàn có thể thực hiện tốt công việc của mình chỉ bằng một cú đấm huyết áp hay đặt ngón tay lên mạch.

Thông thường, nhìn vào bệnh nhân quan trọng hơn là nhìn vào thiết bị, nhưng những bác sĩ gây mê cẩn thận thì nhìn vào cả hai.

Hãy tưởng tượng “vùng tương tác” của chính mình, đó là khoảng không hữu hình xung quanh bạn. Các sự kiện xuất hiện ở vùng này có thể ảnh hưởng đến công việc của bạn và bạn cần quan tâm đến chúng. Mở rộng khoảng không đó ra ngoài để nó gặp và tương tác với các vùng tương ứng của những người khác trong phòng mổ và bạn cần giao tiếp với họ.

Đôi khi, một số bác sĩ gây mê tự tổ chức thành một nhóm bác sĩ gây mê để thực hiện gây mê, có thể cho một trường hợp phức tạp. Điều này rất nguy hiểm cho bệnh nhân vì, trước hết, không có ai chịu trách nhiệm chính, và sau đó, giao tiếp trong nhóm có thể rất kém. Thường chỉ cần một hoặc vài trợ lý cho một ca nhưng luôn phải có một người chịu trách nhiệm gây mê. Người này sẽ đưa ra những nhiệm vụ cụ thể cho các trợ lý như: “đo huyết áp” và sau đó người trợ lý sẽ báo cáo lại kết quả cho bác sĩ gây mê. Nếu huyết áp thấp và halothan là 3% thì người đo huyết áp nên thông báo cho bác sĩ gây mê để sau đó người này sẽ quyết định phải làm gì, giống nh một thuyền trưởng đang chịu trách nhiệm hoàn toàn về con tàu.

Nếu người chịu trách nhiệm ra ngoài trong khi bệnh nhân vẫn ở trên bàn thì cần phải uỷ quyền cho người khác thay mình.

Giám sát toàn bộ xung quanh phòng mổ

Giảm những tiếng ồn không cần thiết. Tiếng ồn có thể gây sao nhãng việc nghe những thông tin quan trọng về diễn biến xấu xảy ra với bệnh nhân hay sự làm việc không hiệu quả của các thiết bị. Ví dụ:

- Máy nén ôxy có thể gây ồn nhưng hôm qua nó không như thế, cần hỏi tại sao

- Đường thở của bệnh nhân trở nên ồn ào hoặc thay đổi về cấp độ; có thể có hiện tượng nghẹt đường khí hay gây mê không thích hợp
- Máy thông khí có thể gây ra tiếng ồn bất thường, có thể là do rò hoặc ngắt kết nối

Tiếng ồn thừa xung quanh phòng mổ do âm nhạc hay quá nhiều người nói chuyện cũng gây xao nhãng vì nó làm cho không thể nghe được thiết bị thông khí và giám sát.

Tán gẫu trong phòng mổ có nghĩa là không nghĩ đến bệnh nhân

Mùi có thể cho thấy:

- Máy hút, phòng mổ hoặc đệm bị bẩn
- Nhiễm trùng bụng hoặc các loại nhiễm trùng khác
- Rò thuốc gây mê hoặc bình bơm hơi được bơm đầy không đúng cách
- Động cơ hoặc ổ điện quá nóng

Kiểm tra nhiệt độ trong phòng và xem xem có cần chặn làm ấm không.

Kiểm tra bàn mổ. Nó làm việc như thế nào? Nó có cao quá hay thấp quá, nghiêng quá hay bị hãm quá không?

Kiểm tra vị trí của các loại thuốc và thiết bị quan trọng

Nếu có dây hay ống trên hoặc xung quanh bệnh nhân hoặc bàn mổ thì cần đảm bảo là chúng không bị rối, xoắn, thắt nút hay nằm trên sàn. Kiểm tra xem ống hút có chạm được tới bệnh nhân không.

Quan trọng hơn tất cả là giám sát dòng oxy cho máy gây mê hoặc circuit của bệnh nhân (có thể bằng cách cảm nhận dòng khí tấp vào mặt). Đảm bảo rằng áp lực dương đã được tạo ra với một chiếc túi để làm căng phổi.

Giám sát bệnh nhân ngay trước khi gây mê

Cùng với việc đánh giá trước mổ tại phòng bệnh, ngay trước khi gây mê cần quan sát bệnh nhân tỉnh dậy trên bàn từ góc độ tâm lý. Sự mong đợi của bệnh nhân và phản xạ khi ở trong một môi trường lạ lẫm sẽ ảnh hưởng đến những thay đổi trong huyết áp và các chức năng tự trị trong quá trình gây mê và nhu cầu giảm đau sau mổ.

Giám sát hô hấp tự nhiên

Nên giám sát chuyển động hô hấp khi bệnh nhân tự thở trong khi gây mê. Trong quá trình thở tự nhiên, giám sát tốc độ hô hấp và dung lượng dòng bằng cách đầu tiên nhìn vào ngực và bụng, sau đó nhìn vào máy gây mê, đó là chuyển động của túi hoặc chuyển động ra, tiếng động từ van thở như van Ambu. Cách thở dễ dàng, đều, tự nhiên là một dấu hiệu cho thấy mọi việc đang diễn ra tốt đẹp. Nếu xuất hiện hiện tượng huyết áp giảm do xuất huyết bất ngờ thì luồng

máu não giảm có nghĩa là sẽ có thay đổi trong mô hình thở hoặc có thể ngừng thở hoàn toàn.

Vì thế, gây mê toàn thân với thở tự nhiên được dùng rộng rãi ở các nước đang phát triển vì nó có những khía cạnh an toàn có giá trị.

Tuy nhiên, vẫn cần phải kiểm tra. Sau vài phút phải kiểm tra xem ngực và bụng có chuyển động phù hợp không.

Giám sát độ sâu và tốc độ thở cũng cho ta biết về cấp độ gây mê. Các thuốc gây mê khác nhau sẽ tạo ra những đặc điểm khác nhau trong mô hình thở:

- Halothane làm cho thở khá nhanh và nông
- Ête làm tăng dung lượng theo phút với tốc độ tăng lên và hô hấp sâu nên thường không cần có sự hỗ trợ của bác sĩ gây mê mặc dù phải mất nhiều thời gian hơn để đạt được tình trạng này.
- Ketamine có thể tạo ra một mô hình thở không đều.

Nếu không thể nhìn được ngực và bụng thì cần đắp lại ga để có thể nhìn thấy

Dù dùng biện pháp duy trì mê nào thì nguyên tắc chung là gây mê sẽ làm giảm hô hấp, nên, tự thở có những đặc điểm an toàn mà nếu bác sĩ gây mê không hề giám sát chuyển động của hô hấp, bệnh nhân thở thuốc dễ bay hơi sẽ tự động điều chỉnh độ sâu của gây mê và không bị quá liều.

Giám sát hô hấp với IPPV

IPPV có nghĩa là thông khí bằng áp lực dương gián đoạn. Nếu có máy thông khí thì cũng cần phải có máy giám sát để đảm bảo an toàn. Bệnh nhân đã được gây mê được nối với máy thở có thể dễ bị quá liều hơn so với bệnh nhân tự thở. Cần liên tục chú ý đến huyết áp và nhịp tim.

Cách thông thường nhất để cho dùng quá liều thuốc gây mê là dùng máy thở (IPPV)

Các loại giám sát hô hấp quan trọng khác đối với bệnh nhân được thông khí bao gồm:

- Nghe tiếng ồn của máy
- Quan sát sự lên xuống của ngực và bụng
- Chuyển động của máy đo áp lực đường khí
 - Không chuyển động có nghĩa là kết nối bị ngắt

Giới hạn trên trung bình của áp lực đường khí (AWP) là 30cm nước. AWP thấp (10-15) có nghĩa là phổi phù hợp và chức năng bình thường. AWP trên 30 có thể có nghĩa là:

- Nghẹt một phần do dịch nhầy hoặc dị vật
- Đặt ống nội khí quản

- Co thắt phế quản
- Cơ bụng đẩy cơ hoành
- Phù nề phổi
- Tràn khí phế mạc

Nếu áp lực đường khí mỗi lúc một cao hơn khi tiến hành phẫu thuật thì cần phải suy nghĩ về những vấn đề này. Có thể sẽ gặp vấn đề khi cho bệnh nhân tự thở sau mổ. Có thể cần phải lập kế hoạch thông khí sau mổ tại phòng chăm sóc đặc biệt.

Nếu máy thở cũ và không có chuông báo thì cần phải đặc biệt thận trọng. Bạn chính là chuông báo động.

Dù dùng loại máy thở nào, khi nối với bệnh nhân lần đầu cũng phải kiểm tra xem các pha thở ra hít vào có tương ứng với chuyển động lên xuống của ngực và bụng hay không.

Giám sát hệ tim mạch

Hệ tim mạch đứng sau hệ hô hấp về thứ tự cần giám sát nhưng quan trọng ngang nhau.

Kiểm tra tốc độ mạch, nhịp tim và dung lượng mạch và so sánh chúng với các thông số trước khi mổ. Vị trí tìm mạch tốt nhất là ở cổ tay bằng cách sờ động mạch quay.

Tốc độ mạch

Tốc độ mạch và nhịp tim rất khác nhau theo lứa tuổi, phương pháp gây mê và bệnh học. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thường có nhịp tim giữa 100 và 150. Các bệnh nhân lớn tuổi hơn không chịu đựng được nhịp tim nhanh và người lớn không nên có nhịp tim trên 100. Tuy nhiên, nhịp tim thường tăng do:

- Đau
- Gây mê nhẹ
- Sốt
- Nồng độ dioxit carbon tăng
- Nhiễm trùng
- Nhiễm độc máu
- Giảm dung lượng

Khi gặp những tình huống đa nguyên nhân thì bác sĩ gây mê phải quan sát và giải thích trong khi điều chỉnh phương pháp gây mê để những bất thường nguy hiểm hay những thay đổi trong hệ tim mạch của bệnh nhân trở lại bình thường.

Nhìn chung, bệnh nhân thở khi dùng liều cao thuốc gây mê thể khí như một loại thuốc gây mê đơn không có thuốc giảm đau sẽ có nhịp tim cao hơn (90-120) so với bệnh nhân thở bằng máy, đã dùng thuốc giãn cơ và thuốc gây mê thể khí với opiate (70-90). Kỹ thuật sau gọi là kỹ thuật cân bằng.

Nhịp tim chậm khó giải thích hơn và có thể có nhiều nguyên nhân. Nó có thể là bình thường, ví dụ như đối với các vận động viên hoặc do trương lực thần kinh mê tẩu tăng như trong các ca nhiễm độc phốt phát hữu cơ. Nhịp tim chậm thường xuyên dưới 50 ở người lớn và dưới 90 ở trẻ nhỏ cần phải được điều trị. *Không bao giờ được cho phép mình từ chối giám sát hô hấp, mạch và huyết áp*

Nhịp tim

Giám sát nhịp tim phức tạp hơn. Sự xuất hiện loạn nhịp tim có thể được thấy trước bằng mạch không đều ở cổ tay. Để chẩn đoán loạn nhịp tim và quyết định cách điều trị đúng thường phải dùng thiết bị ECG (máy điện tim). Không may, vì bệnh tim không thường gặp ở các nước đang phát triển nên các bất thường nhịp tim nghiêm trọng không phải là phổ biến.

Nhiều trường hợp loạn nhịp tim xuất hiện khi gây mê không được dự đoán trước và thường tự hết sau khi hồi phục mà không để lại hậu quả.

Nếu thấy trước được những bất thường khi sờ mạch hay khi nhìn kết quả điện tim thì cần quan tâm các lựa chọn dưới đây:

1. Tăng thông khí bằng IPPV và kiểm tra chuyển động tương ứng của ngực
2. Kiểm tra ôxy để xem bệnh nhân có bị giảm ôxy huyết không
3. Kiểm tra huyết áp: nếu huyết áp cao thì tăng độ sâu của gây mê bằng cách tăng thông khí và tỷ lệ thuốc mê thể khí, thêm thuốc giảm đau
4. Có thể halothan là nguyên nhân và nên thay thuốc gây mê khác
5. Có thể có bất thường điện giải như giảm kali huyết
6. Kiểm tra xem bác sĩ phẫu thuật có cho bệnh nhân dùng epinephrine mà không thông báo không
7. Có thể cho dùng lidocaine 100 mg IV bolus (1.5 mg/kg).

Lượng mạch

Lượng mạch có nghĩa là độ đầy đủ của mạch. Lượng mạch tốt có thể từ từ trở thành yếu và nhanh trong khi phẫu thuật khi không thay thế đủ lượng máu bị mất, ngay cả khi huyết áp tự duy trì được.

Huyết áp

Huyết áp là điều quan trọng nhất cần phải đo sau khi kiểm tra mạch. Trong khi máy đo huyết áp không xâm lấn (NIBP) được sử dụng rộng rãi thì áp kế hộp bằng tay hay máy đo huyết áp thủy ngân cũng cho kết quả tốt tương tự. Nếu có máy NIBP, cần tìm hiểu cách sử dụng và nhớ nhìn vào nó. Đặt khoảng cách đọc ở cấp 3-5 phút.

Để kiểm tra bằng tay thường chỉ sử dụng ngón tay (không cần ống nghe) để lấy huyết áp trong khi gây mê bởi vì:

- Nó nhanh hơn
- Huyết áp tâm thu cung cấp các thông tin cần thiết về chức năng cơ tim
- Những thay đổi trong huyết áp quan trọng hơn giá trị tuyệt đối.

Nếu huyết áp giảm, cần nghĩ đến:

- Sự mất bù trong giảm dung lượng máu
- Xuất huyết
- Dùng quá liều thuốc gây mê thể khí
- Thừa áp lực trong ngực: hệ thống thở bị lỗi hoặc tràn khí phế mạc
- Nén tĩnh mạch chủ trong thai kì: hội chứng hạ huyết áp do nằm ngửa
- Dùng thuốc thời gian gần đây
- Gây mê toàn thân quá cao
- Nén mạch hoặc tim do phẫu thuật
- Vấn đề tim mạch bên trong
- Giảm ôxy huyết
- Nội biến độc tố

Nếu huyết áp tăng cần nghĩ đến:

- CO₂ còn lưu lại: bệnh nhân không được thông khí thích hợp
- Gây mê chưa đủ sâu
- Phản ứng với đặt ống nội khí quản ở bệnh nhân tăng huyết áp
- Dùng thuốc có tính hưng cơ
- Hocmon nội sinh: bệnh tăng năng tuyến giáp hay u tế bào ưa crôm (hiếm)

Dùng ống nghe

Dùng ống nghe ngực để kiểm tra tiếng thở và tiếng tim cũng không thể thay thế được các giác quan của bác sĩ như một thiết bị đầu vào, nó chỉ bổ sung thêm thông tin. Nó không được làm cho vùng tương tác bị hẹp lại. Ví dụ, nhiều bác sĩ gây mê sẽ cuốn ống nghe lên ngực, đút cả hai tai nghe vào một chỗ và đặt toàn bộ sự giám sát của mình vào tiếng tim đập và hô hấp. Sau đó, họ đã thất

bại trong việc nhận biết những biến chứng quan trọng khác của thủ thuật như tụt huyết áp, xuất huyết, giảm ôxy huyết, giảm thân nhiệt, thuốc nhỏ ra ngoài... Mặc dù mỗi người có một cách khác nhau để sử dụng ống nghe như một dụng cụ giám sát trong khi gây mê nhưng nó nên được đeo trên cổ để sẵn sàng nghe toàn bộ ngực hơn là bị *dính chặt* vào ngực và *dính chặt* vào tai

Loại ống nghe có trọng lượng cộng tai nghe là một dụng cụ giám sát liên tục tốt hơn so với ống nghe thường. Thiết bị này có một bơm bằng kim loại nặng đặt trên ngực và được nối qua một ống dài, nhẹ đến với tai nghe. Nó cho phép di chuyển tự do hơn mặc dù âm thanh yếu hơn so với ống nghe thường.

Giám sát sau gây tê tuỷ sống

Từ khi bệnh nhân được gây tê tuỷ sống tỉnh lại thường có ý nghĩ sai lầm rằng không cần phải giám sát nữa. Thực ra, gây tê tuỷ sống có thể có nhiều biến chứng như gây mê toàn thân như số liệu dưới đây cho thấy. Giám sát huyết áp và hô hấp sau gây tê tuỷ sống còn quan trọng hơn là sau gây mê toàn thân. Cần kiểm tra xem thiết bị hồi sức tim phổi đã có và sẵn sàng làm việc chưa và giám sát tuần hoàn não bằng cách nói chuyện với bệnh nhân và quan sát biểu hiện trên mặt.

Ở nhiều bệnh viện tuyến huyện có một tỷ lệ biến chứng sau gây tê tuỷ sống cao bao gồm giảm huyết áp nghiêm trọng (10%) và ngưng tuần hoàn (3%). Những biến chứng này dễ xuất hiện khi gây mê toàn thân được coi là một hành động cần phải thực hiện chứ không phải là một quá trình cần phải giám sát. Kết quả của sự bất cẩn này có thể là sự tử vong của bệnh nhân.

Giám sát bệnh nhân chặt chẽ ngay sau khi gây tê tuỷ sống. Một trong các cách tốt nhất để giám sát là nói chuyện với họ trong quá trình gây tê.

Độ sâu của gây mê (cấp độ mê)

Chỉ ở những ca nguy cơ cao, khi tình trạng bệnh nhân quá xấu đến cấp chỉ gây mê nhẹ cũng có thể nguy hiểm đến tính mạng thì mới chấp nhận một kế hoạch gây mê rất nhẹ để tránh mang đến những nguy cơ được cảnh báo trước. Trong hầu hết các trường hợp cấp cứu cần phải có sự kiểm soát đầy đủ hệ tim mạch để có thể duy trì tình trạng mê phù hợp.

Khi cho bệnh nhân dùng thuốc ngủ qua đường tĩnh mạch cần tự hỏi: có chắc là nên dùng không? Nó đi đâu? Khi quay lại bình bơm hơi, cần kiểm tra xem nó có đầy không.

Độ mê có thể được giám sát bằng cách nhìn vào:

- Dấu hiệu tim mạch: nhiều bệnh nhân có nhịp tim và huyết áp bình thường cần phải cảnh báo mặc dù phong bế beta có thể phòng ngừa được nhịp tim nhanh
- Đồng tử phải nhỏ và không phản ứng lại, mặc dù ête có thể làm cho đồng tử to ra do tác động kích thích thần kinh giao cảm của nó. Đồng tử phản ứng lại có thể có nghĩa là bệnh nhân có thể nghe thấy và có thể cảm thấy đau
- Ra mồ hôi và chảy nước mắt: những dấu hiệu này có nghĩa là bệnh nhân quá “ nhẹ”

Trong tất cả các dấu hiệu trên cần nghĩ đến việc tồn đọng cacbon đioxit do giảm thông khí. Cần kiểm tra thông khí gấp.

Nếu bệnh nhân có vẻ quá “ nhẹ” cần kiểm tra thông khí trước: những dấu hiệu đó có thể do tăng cacbon dioxid huyết

Lượng nước tiểu

Bệnh nhân được đặt ống dẫn niệu nên đeo một cái túi để có thể kiểm tra lượng nước tiểu thải ra trong khi mổ. Nếu không có nước tiểu cần kiểm tra bàng quang để xem có bị nghẹt không. Cần duy trì lượng nước tiểu tối thiểu 0,5ml/kg /giờ

Giám sát điện tử

Các máy giám sát hiện đại thường là đa chức năng bao gồm cả định lượng ôxy, ECG, carbon dioxid, NIBP và nhiệt độ

Máy đo ôxy và mạch

Máy đo ôxy và mạch rất dễ sử dụng. Nó thông báo về nhịp tim và đặc biệt là lượng ôxy. Giá trị lớn nhất của nó là chẩn đoán giảm ôxy huyết trong khi khởi mê ở các bệnh nhân khỏe

Không may là trong các ca cấp cứu có suy tuần hoàn, khi thông tin về lượng ôxy là cần thiết nhất thì máy này thường không thể đọc được mạch ở mao mạch. Trong những trường hợp như thế, khi mà máy không thể đọc được thì đó là dấu hiệu bị hỏng. Mặt khác, khi có thể đọc trở lại, nó có nghĩa là huyết áp đã tăng lên và những nỗ lực hồi sức có thể sẽ thành công.

Nếu máy đo ôxy và mạch không cho kết quả thì thường có nghĩa là có chuyện xảy ra với hệ tuần hoàn.

Đừng bao giờ tin vào máy nếu mạch đập không tương thích với mạch thực tế đo ở cổ tay. Kết quả đọc được từ máy thường không đáng tin cậy ở trẻ

nhỏ và trẻ sơ sinh với hệ tuần hoàn kém. Nếu dùng que đo của người lớn thì có thể có 10% bão hoà khác nhau giữa kết quả ở ngón chân và ngón tay của trẻ.

Cần có máy đo ôxy và mạch cho mỗi trường hợp gây mê, đặc biệt :

- Khi khởi mê
- Khi kết thúc mê
- Khi hồi phục

Hãy nhớ là, mặc dù vậy, khi mọi việc trở nên xấu đi, trừ khi giảm ôxy huyết, máy đo ôxy và mạch hầu như là vô dụng.

Các loại máy khác

Máy điện tim

- Cho biết những thay đổi về nhịp tim
- Cần có các cực điện
- Không cho các chỉ số về cung lượng tim
- Kém hữu dụng hơn ôxy kế
- Dùng tốt nhất đối với các bệnh nhân có ít nguy cơ và khi có dự đoán về loạn nhịp tim

Máy đo thị CO₂

- Đo lượng CO₂ trong không khí thở ra
- Có thể dùng để xác nhận vị trí chính xác của ống nội khí quản
- Có thể cho thấy những thay đổi trong thông khí và cung lượng tim
- Có thể cho thấy hiện tượng bị ngắt và ngưng tim

Các sự kiện giám sát

Kiểm tra thường xuyên dung lượng trong ống hút. Trong khi mổ lấy thai, điều quan trọng là phải phân biệt giữa chất lỏng được hút ra và máu. Cần so sánh lượng bị mất với lượng tuần hoàn ước tính của bệnh nhân để thay thế cho đủ.

Thay đổi kế hoạch phẫu thuật

Ở những nơi hạn chế về thiết bị chẩn đoán thì người ta thường ít chắc chắn về kết quả tìm thấy khi phẫu thuật hơn. Ca phẫu thuật có thể trở nên lâu hơn hoặc nhanh hơn dự tính. Cần chú ý đến những gì đang diễn ra và thay đổi kế hoạch gây mê cho phù hợp với tình trạng đã bị thay đổi đó.

Tư thế của bệnh nhân

Nếu cần tư thế nghiêng trái đầu cao hay nghiêng phải đầu thấp thì điều này sẽ ảnh hưởng đến tuần hoàn não (đầu cao) hay hô hấp (đầu thấp)

Nhìn bác sĩ phẫu thuật

Cần chuẩn bị cho các tình huống sau:

- Có thể có xuất huyết bất ngờ
- Có thể có hiện tượng nhịp tim chậm
- Nếu tiêm adreline để giảm chảy máu trong khi gây mê thể khí thì có thể có hiện tượng loạn nhịp tim.

14.7. XỬ TRÍ SAU MỔ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

Ba sự việc có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong sau mổ là:

- Giọt không chảy
- Hạ huyết áp sau mổ
- Suy hô hấp

KHI HỒI PHỤC

Quá trình hồi phục nên được diễn ra trong khu vực thuận lợi, ấm áp, đủ ánh sáng và đủ cán bộ y tế chăm sóc tại phòng mổ với máy thở ôxy, thiết bị hút và hồi sức để có thể điều trị biến chứng.

Nếu bệnh nhân không nghỉ được mà ở trong trạng thái bồn chồn bứt rứt thì có nghĩa là có vấn đề nào đó đã xảy ra

Cần lưu ý các biểu hiện sau trong quá trình hồi phục:

- Nghẹt đường khí
- Giảm ôxy huyết
- Xuất huyết: trong hoặc ngoài
- Tăng huyết áp hay hạ huyết áp
- Đau sau mổ
- Run rẩy, giảm thân nhiệt
- Nôn, hít phải chất nôn ra
- Ngã trên sàn
- Trạng thái mơ màng kéo dài

Bệnh nhân hồi phục tốt nếu:

- Tỉnh táo, mắt mở
- Rút được ống nội khí quản ra
- Huyết áp và mạch tốt
- Có thể nhắc đầu khi được yêu cầu
- Không bị giảm ôxy huyết
- Thở êm và dễ dàng
- Dùng thuốc giảm đau thích hợp

RÚT ỐNG SAU MỔ

Một số bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngay trên bàn, những bệnh nhân khác và đặc biệt là những bệnh nhân ở phòng chăm sóc đặc biệt thì có thể phải để ống sau vài ngày. Nếu dự đoán được là phải giữ ống lâu sau mổ thì cần chọn loại ống không gây kích ứng để đặt cho bệnh nhân.

Nhìn chung, bác sĩ rút ống cho bệnh nhân khi kết thúc ca mổ, ở trên bàn khi bệnh nhân đã tỉnh hoàn toàn với thiết bị hút và thở ôxy và trong tình trạng được kiểm soát sẽ tốt hơn. Cũng có thể giám sát thở, đường khí và các phản xạ sống ở giai đoạn ngay sau khi rút ống. Nếu có nổi với ôxy kế thì không được tháo ra cho đến khi bệnh nhân được tháo ống nội khí quản và duy trì được nồng độ ôxy bằng cách thở bình thường.

Việc bệnh nhân tự rút ống có thể gây hại cho thanh quản vì đoạn cong không được làm thẳng ra và có thể có một số chất tiết ra từ họng mà lẽ ra phải được hút sạch. Tuy nhiên, việc bệnh nhân tự rút ống thường là vô hại và cho thấy rằng bệnh nhân đã tỉnh và có năng lực cơ tốt. LMA đôi khi được lấy ra trong phòng mổ bằng cách hút hoặc đôi khi được để lại cho bệnh nhân tự kéo ra khi đã hoàn toàn tỉnh táo.

Khi nào cần giữ lại ống nội khí quản

Luôn phải nhớ rằng ống nội khí quản được giữ lại trong vài giờ có thể bị tắc nghẽn. Điều này sẽ xảy ra nhanh hơn nếu ống nhỏ, có một số chất bài tiết, mủ hoặc máu trong phổi hoặc nếu công tác điều dưỡng không tốt. Nguyên tắc chung là ống nội khí quản sẽ bị nghẹt trong vòng 24 giờ

Ống nội khí quản bị nghẹt = Bệnh nhân bị chết

Những tình huống yêu cầu giữ lại ống nội khí quản trong người bệnh nhân hoặc hoãn việc rút ống bao gồm:

- Các vấn đề về đường khí
 - Bệnh nhân có các vấn đề đường khí tiềm ẩn như phẫu thuật hay chấn thương hàm mặt, cắt bỏ tuyến giáp lớn hoặc bị sưng ở đường khí

- Quyết định trước xem có cần giữ lại đường khí và cho dùng thuốc giảm đau hay không vì nếu bệnh nhân ho hoặc thử tự rút ống thì sẽ gây ra nhiều khó khăn
- Các bệnh nhân không ổn định về chức năng máu: những bệnh nhân rất yếu do xuất huyết hoặc nhiễm trùng mà:
 - Không thể hồi phục hoàn toàn
 - Có thể cần đến thông khí
 - Bị suy tim mạch sau mổ
- Bị giảm ôxy huyết cần phải được thông khí
- Không tỉnh lại theo kế hoạch
 - Nhìn chung, không rút ống sau mổ khi bệnh nhân còn chưa tỉnh hoặc chưa có phản xạ ho khi di chuyển ống trong khí quản
 - Chờ đến khi bệnh nhân thở và cho thấy phản xạ khí và lý tưởng là mở được mắt

Ống mũi -dạ dày/miệng-dạ dày

Tất cả các trường hợp cấp cứu thường có dạ dày đầy. Khi kết thúc phẫu thuật nên giữ lại ống mũi-dạ dày; dạ dày có thể được làm rỗng trong quá trình phẫu thuật. Rất dễ đưa ống miệng-dạ dày khi gây mê nhưng các chất trong ruột hồi lưu vào dạ dày và có thể bị ọ ra khi rút ống

Trẻ sơ sinh

Trẻ sơ sinh đặc biệt có nguy cơ bị các cơn ngừng thở sau mổ.

Việc thông khí và chăm sóc hậu phẫu cho trẻ dường như không có. Bác sĩ gây mê có thể chọn việc để lại ống nội khí quản trong người trẻ để khi cần có thể thực hiện thông khí. Mặt khác, khi cấp cứu trẻ sơ sinh, các chất tiết ra ở ngực sẽ nhiều hơn trong giai đoạn sau mổ và rất dễ làm nghẹt ống cỡ số 3. Sự lựa chọn là hoàn toàn không dễ dàng.

QUẢN LÝ CƠN ĐAU VÀ CÁC KỸ THUẬT

Giảm đau hiệu quả là một phần quan trọng trong xử trí sau mổ.

Loại thuốc quan trọng có thể tiêm để giảm đau là thuốc giảm đau có chứa thuốc phiện(opiate) như diclofenac (1 mg/kg) và ibuprofen cũng có thể được dùng qua đường miệng hoặc trực tràng giống như paracetamol(15 mg/kg).

Có ba tình huống có thể sử dụng opiate:

- Trước mổ
- Trong mổ

- Sau mổ

Ít khi có chỉ định dùng opiate mặc dù bệnh nhân bị thương rất đau có thể được cho dùng opiate trước khi vào phòng mổ. Dùng opiate trước hoặc trong khi mổ có tác động quan trọng đến thời kì sau mổ vì có thể có tình trạng hồi phục chậm và suy hô hấp, thậm chí cần phải cho thở bằng máy. Loại thuốc opiate tác dụng ngắn fentanyl được sử dụng trong khi mổ để tránh tác động kéo dài này.

Naloxone antagonizes cũng là opiates, nhưng tác động của nó nhanh bị mất. Các loại opiate sẵn có và không đắt là pethidine and morphine.

Morphine có hiệu lực và tác dụng kéo dài gấp mười lần so với pethidine.

Cách dùng giảm đau lý tưởng sau mổ là:

- Dùng một bolus tĩnh mạch của một phần tư hoặc một phần ba liều tối đa (ví dụ 25 mg pethidine hoặc 2.5 mg morphine cho người lớn có thể trọng trung bình)

- Đợi 5-10 phút để quan sát tác dụng: tác dụng mong đợi là giảm đau nhưng vẫn tỉnh

- Ước tính tổng liều đúng (ví dụ 75 mg pethidine hoặc 7.5 mg morphine) và cho cân bằng trong cơ.

Với phương pháp này, bệnh nhân sẽ nhanh chóng nhận được liều giảm đau chuẩn xác.

Nếu cần giảm đau bằng opiate trong phòng điều trị thì thường dùng tiêm bắp theo chế độ sau:

- Morphine:

- Từ 1 tuổi trở lên: 0.1–0.2 mg/kg
- Từ 3 tháng đến 1 tuổi: 0.05–0.1 mg/kg

- Pethidine: dùng 7-10 lần theo liều lượng như trên nếu dùng pethidine.

Thuốc giảm đau opiate nên được dùng hết sức cẩn trọng nếu bệnh nhân dưới 1 tuổi. Không nên dùng chúng cho trẻ dưới 3 tháng trừ khi có các phương tiện giám sát chặt chẽ trẻ sơ sinh trong phòng chăm sóc sơ sinh đặc biệt.

Nếu có y tá giám sát ở cấp độ tốt thì hệ thống ghi chép(đánh giá) cơn đau kết hợp với opiate tiêm bắp có thể kiểm soát có hiệu quả các cơn đau nghiêm trọng.

Dùng paracetamol thường xuyên qua đường miệng và trực tràng cho bệnh nhân sau mổ có thể cải thiện việc kiểm soát cơn đau và giảm nhu cầu đối với opiates. NSAIDS có thể được sử dụng với paracetamol.

Vì các bệnh nhân rất khác nhau nên không thể xác định được liều cần để có thể đạt được hiệu quả tốt. Có thể gây ra hiện tượng giảm đau quá nhiều hoặc suy hô hấp. Morphine và pethidine bị luật pháp kiểm soát vì chúng có thể gây

nghiện. Tuy nhiên, hiện tượng nghiện sau khi dùng opiates để điều trị là rất hiếm và không nên vì sợ mà không dám dùng chúng để điều trị các cơn đau nghiêm trọng.

Opiates nhìn chung là ổn định đối với tim; nếu huyết áp thấp thì nên tăng dịch truyền và cho dùng thuốc giảm đau nếu bệnh nhân bị đau.

Có một quan niệm sai lầm rằng thuốc làm dị và thuốc giảm đau là một, không phải như thế. *Diazepam không phải là thuốc giảm đau*

Tình trạng bệnh nhân xác định nhu cầu giảm đau: cần cân nhắc nhu cầu. Nhìn chung, bệnh nhân ốm nặng hoặc suy nhược vì nhiễm trùng, nghẹt ruột hay các trục trặc chuyển hoá khác không nên dùng thuốc giảm đau opiate ở thời kì ngay sau mổ. Trẻ em sau khi phẫu thuật chỉnh hình thường phải dùng giảm đau. Mở ngực, chấn thương ngực và dẫn lưu ngực có thể rất đau: cơn đau sẽ làm nghẹt thở và gây ra giảm ôxy máu và các vấn đề về ngực sau mổ. Bệnh nhân bị chấn thương ở đầu và những bệnh nhân sau phẫu thuật nội sọ thường dùng codeine phosphate 30–60 mg do tác dụng ức chế giảm đau và hô hấp của morphine.

Tăng nồng độ CO₂ trong máu do suy hô hấp đặc biệt nguy hiểm đối với bệnh nhân tự thở bị chấn thương não.

Đau sau mổ thường làm tăng huyết áp và điều này có thể có hại, đặc biệt nếu bệnh nhân bị tăng huyết áp trước khi mổ.

Có thể sử dụng thuốc dễ bay hơi(halothane) như một phương pháp đơn để duy trì giảm đau cho một ca mổ. Khi nó đã hết tác dụng vào cuối ca mổ, cần phải kiểm tra xem bệnh nhân có bị đau hay không và cho dùng giảm đau phù hợp *Khi dùng halothane như một thuốc giảm đau đơn đối với bệnh nhân khoẻ, dùng giảm đau opiate với thuốc khởi mê.*

Trên thực tế, một số bác sĩ gây mê không có kinh nghiệm hay từ chối cho dùng giảm đau để bệnh nhân la hét khi đi dọc hành lang khu vực mổ để trở về buồng bệnh.

Cân bằng lượng thuốc giảm đau để có thể giảm đau hiệu quả trong khi tránh được suy hô hấp là việc cần phải làm.

Hãy kê đơn những thuốc giảm đau thông thường. Trong thực tế, “có nhu cầu” thường có nghĩa là “không được cho”

XỬ TRÍ DỊCH SAU MỔ

Xử trí sau mổ, đặc biệt là trong các ca cấp cứu, đặt ra vấn đề phức tạp trong việc tìm cân bằng dịch đúng. Không phải toàn bộ lượng dịch đã bị mất mà chỉ cần thay thế một lượng nhất định.

Dưới góc độ đầu vào và đầu ra, cần nghĩ đến:

- Thay thế lượng thiếu hụt sau mổ
 - Bệnh nhân có thể bị mất nước trong vài ngày
 - Trước khi mổ bị nhiễm bệnh càng lâu thì càng cần tiếp nhiều dịch sau khi mổ.
 - Điều này có thể dẫn đến kết quả là cân bằng dịch dương 5-10 lít dịch trong 24 giờ đầu sau mổ.
- Thay thế lượng dịch bị mất trong quá trình mổ cộng với lượng dịch được tiếp khi gây mê thì đầu vào sẽ lớn hơn nhiều đầu ra, tạo ra cân bằng dịch dương.
- Cần dự đoán lượng dịch bị mất do dẫn lưu mũi-dạ dày, các loại dẫn lưu khác, chảy máu...
- Bệnh nhân bị giảm thân nhiệt được làm ấm: vì các mạch ngoại biên trở nên ấm hơn nên cần lượng tuần hoàn lớn hơn
- Nhu cầu duy trì bình thường.

Quyết định về cách tiếp dịch được xác định bởi 3 yếu tố:

- Nhu cầu hiệu chỉnh sự thiếu hụt kéo dài từ sau khi mổ-như ước tính ở trên: cần được tiếp nhanh dưới sự giám sát trực tiếp của bác sĩ.
- Kế hoạch duy trì
- Phản ứng của bệnh nhân, bao gồm:
 - Hiện tượng tim đập nhanh chậm lại
 - Lượng nước tiểu thải ra
 - Huyết áp tăng lên
 - Áp lực tĩnh mạch cảnh tăng lên
 - Mất bị trũng xuống trở lại bình thường

Duy trì dịch

Tiếp 3 lít/ngày đối với người lớn(125ml/giờ); dùng luân phiên túi 1lít trong 8 giờ.

Với tình trạng chất điện giải bình thường, cho dùng dung dịch muối đẳng trương, tiếp đến dextrose (glucoza) 5% và Ringer lactate; glucoza 5% chỉ thích hợp như một chất thay thế cho nước đối với bệnh nhân không thể uống được.

Thay thế các dịch bị mất khác bằng dung dịch chứa muối: dung dịch muối đẳng trương hoặc dung dịch Hartmann được bổ sung kali 20mmol/lit, nếu cần.

Khi quyết định chế độ truyền dịch cần sử dụng các phương án trên để liệt kê ra những gì cần truyền. Nếu chưa chắc chắn về lượng truyền thì cho chế độ truyền trong vài giờ đã, sau đó sẽ quay lại và kiểm tra phản ứng của bệnh nhân.

Sẽ rất hữu ích nếu tính được lượng muối và kali tại phòng thí nghiệm sau vài ngày truyền dịch để điều chỉnh đầu vào tương ứng. Các giá trị bình thường là:

Muối: 125–145 mmol/litre

Kali: 3.5–5.5 mmol/litre (K⁺ less than 3.5 mmol/litre)

Kali phải được pha loãng và truyền chậm (không nhiều hơn 20 mmol/giờ)

Người lớn cỡ trung bình cần khoảng 100mmol để tăng cấp độ huyết thanh lên 1 mmol/lít

Tham khảo thêm cuốn *Sử dụng máu lâm sàng* (WHO, 2000) để biết thêm thông tin về chế độ dịch truyền

Máu

Chỉ tiếp máu khi thực sự cần thiết vì có nguy cơ phản ứng cấp hoặc chậm và nguy cơ nhiễm trùng do truyền máu

Biểu đồ cân bằng dịch

Biểu đồ cân bằng dịch đo lượng dịch vào cơ thể bệnh nhân theo giờ và lượng dịch ra sau 24 giờ. Khi hết 24 giờ, lấy tổng lượng dịch vào (dịch truyền, dịch qua đường miệng) trừ đi tổng lượng dịch ra (nước tiểu, chất dẫn lưu, chất dẫn lưu mũi-dạ dày) thì có được một hiệu số. Hiệu số đó được gọi là cân bằng dịch. Cân bằng dịch “dương” có nghĩa là lượng vào nhiều hơn lượng ra: như thế là bệnh nhân bị tích nước. Thực tế, cân bằng dịch dương không thực sự dương vì có một số lượng dịch ra mà không thể đo được chính xác (ví dụ như phân) và một số khác thì hoàn toàn không thể đo được (trong mồ hôi và hô hấp, được gọi là “lượng mất vô cảm”). Chính vì thế một người lớn khỏe mạnh bình thường sẽ có cân bằng dịch dương khoảng 1-1,5lít/ngày. Vì những lý do này, trong 24 giờ đầu, biểu đồ cân bằng dịch thường cho thấy cân bằng dịch dương lớn, có thể cao khoảng 10lít. Vào các ngày sau đó, cân bằng dịch sẽ xuống khoảng 1-1,5lít dương/ngày.

Nhìn chung, nếu bệnh nhân ốm nặng như trong các trường hợp nhiễm trùng phẫu thuật thì thường có cân bằng dịch dương mỗi ngày, nó có nghĩa là bệnh vẫn tiếp diễn mà không thuyên giảm.

Chăm sóc vùng truyền dịch

Truyền dịch sau mổ để cứu sống bệnh nhân. Giọt không nhỏ và thất bại trong xử trí hạ huyết áp là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra tử vong trong đêm đầu sau đại phẫu.

Tất cả các bệnh nhân bị đại phẫu cần truyền dịch hậu phẫu để điều chỉnh thiếu hụt hoặc duy trì. Sự thay thế an toàn ống nội tĩnh mạch là vô cùng quan trọng:

- Dùng tĩnh mạch ở vị trí có thể duy trì được trong thời gian dài trong phòng bệnh
- Đưa ống vào một cách cẩn thận; cần nhắc được tay bệnh nhân khi đã đặt ống
- Dùng băng dính vào da và dùng các cánh hay phần rộng khác của ống IV để dính vào.

BỘ PHẬN CHĂM SÓC TÍCH CỰC (CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT)

Thường khó xác định xem bệnh nhân có cần được chăm sóc hậu phẫu tại bộ phận chăm sóc đặc biệt hay không nếu trong bệnh viện có đơn vị đó. Người ra quyết định, dù là bác sĩ phẫu thuật hay bác sĩ gây mê, cần phải cân bằng giữa chi phí đắt đỏ cho các nguồn lực nếu bệnh nhân được đưa vào ICU vì lý do không chuẩn.

Giám sát đặc biệt thường được yêu cầu cho các trường hợp dưới đây:

- Phẫu thuật thần kinh sọ não
- Chấn thương đầu bị tắc đường khí
- Bệnh nhân phải đặt ống, bao gồm cả mở thông khí quản
- Sau phẫu thuật các chấn thương nghiêm trọng
- Dẫn lưu ngực trong 24 giờ đầu
- Khó khăn về thông khí
- Khó khăn trong đường khí, tiềm ẩn hay đã có, ví dụ như sau khi cắt bỏ tuyến giáp, lấy bướu cổ.
- Mạch và huyết áp không ổn định, cao hoặc thấp
- Khó tiểu tiện hoặc giảm niệu
- Tiền sản giật và sản giật nặng
- Nhiễm trùng phẫu thuật
- Biến chứng trong khi gây mê hoặc phẫu thuật, đặc biệt là xuất huyết bất ngờ
- Giảm thân nhiệt
- Giảm ôxy huyết
- Trẻ sơ sinh sau khi phẫu thuật

Thông khí sau mổ

Thông khí bằng máy (IPPV) có thể là một phần trong kế hoạch chăm sóc sau mổ đối với các ca đại phẫu hoặc được quyết định vào cuối ca phẫu thuật do tình thế yêu cầu. IPPV nên được tiếp tục sau khi mổ nếu có các tình huống sau:

- Suy hô hấp hoặc độ bão hoà ôxy <80%
- Tình trạng suy nhược toàn thân
- Bụng căng to nghiêm trọng
- Chấn thương ngực nghiêm trọng
- Chấn thương đầu hay sau khi phẫu thuật nội sọ

Tránh dùng thuốc giãn cơ tác dụng lâu để hỗ trợ IPPV. Nếu bệnh nhân “đấu tranh” với máy thở phải hỏi tại sao? Bệnh nhân có bị tăng CO₂ trong máu không? Có bị đau không? Có bị tăng huyết áp không? Cần điều trị những vấn đề này trước khi cho dùng thuốc giãn cơ

Có một số nguyên nhân cần đến thông khí không phải do phẫu thuật, bao gồm nhiễm độc phốt-phát hữu cơ, rắn cắn, uốn ván và một số chấn thương ở đầu nhưng chỉ dùng khi bệnh nhân còn thở lúc nhập viện.

Thường dễ quyết định việc chỉ định thông khí khi có các tình huống trên. Nhưng, nếu còn nghi ngờ, vẫn cần thông khí

Khi không được thông khí, bệnh nhân bị suy hô hấp sẽ nhanh bị chết vì giảm ôxy máu và tăng lượng CO₂ trong máu. Nhiều người chết vì không được thông khí trong thời gian ngắn sau mổ hoặc sau chấn thương.

Rời khỏi ICU

Quyết định cho bệnh nhân rời ICU phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng chăm sóc tại phòng bệnh mà bệnh nhân sẽ được chuyển đến. Trước khi rời khỏi ICU, bệnh nhân phải có được những biểu hiện sau:

- Tỉnh táo
- Đường khí tốt, đã rút ống nội khí quản, ổn định sau khi rút ống được vài giờ
- Thở dễ dàng
- Huyết áp và lượng nước tiểu ổn định
- Hemoglobin >6g/dl hoặc truyền máu tiến triển
- Dịch dạ dày ở cấp tối thiểu, có nhu động ruột, bụng không bị căng
- Hết sốt
- Thần sắc tốt hơn, ngồi dậy được, không bị lẫn lộn

Áp lực đối với số lượng giường để điều trị các trường hợp khẩn cấp có nghĩa là các chỉ dẫn trên đây có thể phải thay đổi. Nếu bệnh nhân bị chết sau khi rời khỏi

ICU thì phải tìm hiểu nguyên nhân và rút kinh nghiệm, đặc biệt là nếu cái chết đó có vẻ như có thể tránh được.

Cố gắng theo dõi bệnh nhân tại phòng bệnh sau khi rời khỏi ICU trong một tuần. Tìm hiểu xem điều gì xảy đến với bệnh nhân.

Cở sở vật chất và vật tư cho gây mê

15

15.1. THIẾT BỊ VÀ VẬT TƯ Ở BỆNH VIỆN CÁC TUYẾN KHÁC NHAU

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Bệnh viện ở các tuyến khác nhau có nhu cầu về nhân sự, trang thiết bị và thuốc khác nhau
- Thuốc phải được đặt hàng và bảo quản tốt
- Bệnh viện có ICU có thể cần các thiết bị và vật tư bổ sung

Dù bác sĩ gây mê có được đào tạo tốt đến mức nào đi chăng nữa thì khả năng thực hiện gây mê an toàn hoàn toàn phụ thuộc vào sự sẵn có của thuốc, sự cung cấp ôxy và các trang thiết bị trong bệnh viện. Thuốc và ôxy phải được đặt hàng và bảo quản tốt, thiết bị phải được bảo quản trong tình trạng làm việc an toàn bằng cách thường xuyên vệ sinh, bảo dưỡng và kiểm tra. Những bệnh viện không tuân thủ các yêu cầu cơ bản này sẽ thất bại trong việc thực hiện gây mê an toàn.

Danh mục các thiết bị được liệt kê dưới đây là cần thiết để có thể thực hiện hồi sức, các bệnh cấp tính, các trường hợp gây mê cấp cứu theo 3 cấp độ tương ứng với 3 tuyến tại các nước có ngân sách dành cho y tế hạn hẹp. Các đầu mục ghi trong ngoặc đơn có thể có hoặc không có hoặc có thể lựa chọn. Thiết bị IVI (truyền tĩnh mạch) có nghĩa là tất cả những gì cần có để truyền nhỏ giọt bao gồm:

- Bơm tiêm
- Kim tiêm
- Bướm
- Ống

- Bộ cho (dung dịch và máu)
- Dịch (muối đẳng trương hoặc Ringer lactate)
- Băng dính các cỡ

ĐƠN VỊ CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT

Bệnh viện tuyến trên thường có đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU). Tuy nhiên, trang thiết bị cho chăm sóc đặc biệt nên có ở tất cả các bệnh viện nơi thực hiện phẫu thuật và gây mê

Tại tuyến thấp nhất, ICU là một phòng bệnh có chuẩn tốt hơn về điều dưỡng và được trang bị tốt hơn so với các phòng bệnh khác. Mặc dù các trường hợp điều trị và phẫu thuật đều được nhận vào đây, ICU đặc biệt quan trọng cho chăm sóc sau các ca đại phẫu hoặc các ca phẫu thuật có biến chứng và thường được đặt gần phòng mổ. Nếu thiết bị cho phép thì sự giám sát và thông khí có thể tiếp tục sau khi mổ nhưng trong thời gian lâu hơn. Ở phần lớn các bệnh viện, 70% các bệnh nhân được nhận vào ICU là bệnh nhân phẫu thuật.

Cấp 1: Bệnh viện nhỏ hay trung tâm y tế

- Bệnh viện ở nông thôn hoặc trung tâm y tế có số lượng giường bệnh ít, phòng mổ được trang bị cho các ca tiểu phẫu.
 - Cung cấp các biện pháp điều trị cấp cứu cho 90-95% các ca chấn thương hay sản khoa (bao gồm cả mổ lấy thai)
 - Chuyển bệnh nhân (ví dụ như bị chuyển dạ nghẹt, tắc ruột) lên điều trị ở tuyến trên
- Nhân lực**
- Cán bộ trợ y không được đào tạo về gây mê
 - Y tá, hộ lý
- Thuốc:**
- Ketamine 50 mg/ml tiêm, 10 ml
 - Lidocaine 1% or 2%
 - [Diazepam 5 mg/ml tiêm, 2 ml]
 - [Pethidine 50 mg/ml tiêm, 2 ml]
 - [Epinephrine (adrenaline)] 1 mg tiêm
 - [Atropine 0.6 mg/ml]
- Thiết bị:** Đầu tư ban đầu
- Thiết bị hồi sức cho người lớn và trẻ em
 - Máy hút dùng chân
 - [Máy nén Oxy]
- Các thủ thuật:**
- Chuyển dạ thường
 - Thụt rửa tử cung
 - Cắt bao quy đầu
 - Giảm tràn dịch tinh mạc, rạch và dẫn lưu
 - Khâu vết thương
 - Kiểm soát xuất huyết bằng băng áp lực

- Mở ổ và băng vết thương
- Giảm bớt tạm thời
- Vệ sinh hay ổn định vết gãy hở hoặc kín.
- Dẫn lưu ngực (có thể)

Vật tư tiêu hao:

- IVI
- Catheter hút cỡ 16 FG
- Găng tay để khám

Cấp 2: Bệnh viện huyện/tỉnh

- Bệnh viện tuyến tỉnh có 100-300 giường bệnh và được trang bị để thực hiện các loại phẫu thuật
- Điều trị ngắn ngày 95-99% các tình trạng nguy hiểm đến tính mạng

Thủ thuật:

Giống như Cấp 1, ngoài ra còn:

- Mở lấy thai
- Mở bụng (thường không do tắc ruột)
- Cắt cụt
- Chữa thoát vị
- Thất ống
- Điều trị vết gãy kín và bó bột Paris
- Phẫu thuật mắt bao gồm lấy nhân mắt bị đục
- Lấy dị vật: ví dụ ,dị vật đường khí
- Thông khí cấp cứu và xử trí đường khí đối với bệnh nhân chuyển viện như bệnh nhân bị tổn thương ngực và đầu

Nhân lực

- Một hoặc hai bác sĩ gây mê qua đào tạo
- Nhân viên y tế tuyến huyện, cán bộ lâm sàng chính, y tá, hộ lý
- Các chuyên gia kiêm nhiệm hoặc

- Bupivacaine 0.5% nặng hoặc thường 4 ml]
- Pethidine 50 mg tiêm
- [Hydralazine 20 mg tiêm]
- Frusemide 20 mg tiêm
- Dextrose 50% 20 ml tiêm
- Aminophylline 250 mg tiêm
- Ephedrine 30/50 mg ống

Thiết bị: Đầu tư ban đầu

Hệ thống gây mê hoàn chỉnh, hồi sức và xử trí đường khí bao gồm:

- Nguồn Oxy
- Bình phun hơi
- Vòi
- Van
- Túi làm phòng phổi
- Mặt nạ (cỡ 00-5)
- Mặt bằng làm việc và kho
- Hệ thống gây mê nhi
- Bộ hồi sức nhi và người lớn
- [Oxy kế]
- Đèn soi thanh quản, lưới đèn Macintosh 1-3 [4]
- Máy làm giàu oxy [bơm]
- Máy hút dùng chân [dùng điện]
- Túi truyền áp lực IV
- Bộ hồi sức nhi và người lớn
- Kim Magills (người lớn và trẻ em), que thăm và/hoặc ống nong

bác sĩ thường trú /bác sĩ sản/bác sĩ phụ khoa

Thuốc:

Như cấp 1, ngoài ra còn có:

- Thiopental 500 mg or 1 g bột
- Suxamethonium bromide 500 mg bột
- Atropine 0.5 mg tiêm
- Epinephrine (adrenaline) 1 mg tiêm
- Diazepam 10 mg tiêm
- Halothane 250 ml khí
- [Ether 500 ml khí]
- Lidocaine 5% dung dịch tuỷ sống nặng 2 ml

Cấp 3: Bệnh viện tuyến trung ương

Bệnh viện có 300-1000 hoặc nhiều hơn giường bệnh, với các thiết bị cơ bản để chăm sóc đặc biệt. Mục đích điều trị như cấp 1 và cấp 2, ngoài ra còn thêm:

- Thông khí trong phòng mổ và ICU
- Đặt ống nội khí quản kéo dài
- Chăm sóc chấn thương ngực
- Điều trị chức năng máu và điều trị có tính hướng cơ
- Xử trí bệnh nhân ICU cơ bản và giám sát đến 1 tuần:tất cả các loại trường hợp nhưng hạn chế hoặc không điều trị:
 - Suy hệ thống đa cơ quan
 - Thảm tách máu
 - Phẫu thuật tim và thần kinh phức tạp

Vật tư tiêu hao:

Dụng cụ IVI (dịch tối thiểu, dung dịch muối đẳng trương, Ringer lactate và dextrose 5%)

- Catheter hút cỡ 16 FG
- Găng tay khám bệnh
- Găng tay khử trùng cỡ 6-8
- Ống mũi-dạ dày cỡ 10–16 FG
- Đường khí miệng cỡ 000-4
- Ống khí quản cỡ 3–8.5
- Kim chích tuỷ sống cỡ 22G và 25G
- Pin cỡ C

Thiết bị: đầu tư ban đầu

Như cấp 2, ngoài ra còn có (1/phòng mổ hoặc giường ICU)

- Ôxi kế , que thăm dự trữ , dành cho người lớn và trẻ em*
- ECG (máy điện tim)*
- Máy gây mê kèm thở, nguồn điện không chế được bằng tay
- Bơm truyền (2 chiếc/giường)
- Túi áp lực dùng cho IVI
- Máy hút điện
- Máy khử rung (1/phòng bệnh/giường ICU)
- [Máy đo huyết áp tự động*]
- [Máy đo biểu đồ CO2*]
- [Máy phân tích*]
- Cặp nhiệt độ [que thử nhiệt độ*]
- Chăn sưởi điện
- Máy sưởi điện

- Suy hô hấp kéo dài
- Chăm sóc hoặc giám sát chuyển hoá
- Lòng nuôi trẻ sơ sinh
- Mặt nạ thanh quản khí cỡ 2,3,4 (3 bộ/phòng mổ)

Thủ thuật:

Như cấp 2, ngoài ra còn:

- Phẫu thuật mắt và nội sọ
- Phẫu thuật ruột
- Phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh
- Phẫu thuật ngực
- Phẫu thuật mắt
- Phẫu thuật sản phụ khoa, ví dụ như sửa chữa bàng quang-âm đạo

Nhân lực:

Cán bộ và chuyên gia lâm sàng ngành gây mê và phẫu thuật

Thuốc

Như cấp 2, ngoài ra còn có:

- Vecuronium 10 mg bột
- [Pancuronium 4 mg tiêm]
- Neostigmine 2.5 mg tiêm
- [Trichloroethylene 500 ml

Khí]

- Calcium chloride 10% 10 ml
- tiêm
- Potassium chloride 20% 10 ml

Tiêm truyền

Thiết bị cho ICU

ICU không cần phải có máy thở hay các máy móc đắt tiền khác. ICU có thể là một buồng bệnh, nơi có:

- Bình ôxy
- Dụng cụ truyền nhỏ giọt để qua đêm
- Dụng cụ đo và giám sát ít nhất một giờ một lần:
 - Huyết áp
 - Mạch

- Ống nong, người lớn và trẻ em(1 bộ/phòng mổ)

*Tốt nhất là mua theo phương thức đồng bộ trong một đơn vị

Vật tư tiêu hao:

Như cấp 2, ngoài ra còn có:

- ECG chám
- Tuần hoàn thông khí
- Bộ cho dùng cho bơm IVI
- Ống hút Yankauer
- Vật tư tiêu hao cho máy hút
- Vật tư tiêu hao cho máy biểu đồ CO₂, máy phân tích ôxy theo các chỉ dẫn dưới đây của nhà sản xuất:

- Đường thở
- Xiphông nước
- Đầu nối
- Bộ phận lọc
- Ô đựng dầu

- Lượng nước tiểu
- Bảo hoà oxy
- Cấp độ tỉnh táo
- Các quan sát chung khác về bệnh nhân

Giám sát bệnh nhân cả đêm là yếu tố quyết định sự thành công hay thất bại của ICU. Yếu tố quan trọng khác là đội ngũ nhân viên có hành động kịp thời khi các chỉ số giám sát cho thấy có vấn đề xảy ra hay không. Việc sử dụng một hoặc hai máy thở bằng điện đơn giản nhưng đáng tin cậy (không phụ thuộc vào khí hay oxy) sẽ tăng gấp đôi tính hiệu quả của ICU cơ bản. Có thể có máy thở nhỏ xách tay sử dụng bằng pin kèm máy nén tích phân, mặc dù chúng khá đắt.

Ôxy kế (Máy đo nồng độ bão hoà oxy)

Ôxy kế là thiết bị giám sát sinh lý học được sử dụng rộng rãi nhất. Nó đặc biệt hữu dụng trong gây mê lâm sàng và trong ICU và rất dễ sử dụng. Tuy nhiên, giá khá cao và độ duy kém vì nó là thiết bị điện tử, thời gian sử dụng ngắn, giá của đầu dò rất cao. Nó chỉ có thể sử dụng được từ 3-4 năm và nhiều đầu dò phải được thay trong thời gian này.

Ôxi kế nên là chuẩn tối thiểu của giám sát trong tất cả các phòng mổ nơi thực hiện đại phẫu.

15.2.GÂY Mê VÀ ÔXY

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Cung cấp oxy tin cậy là thiết yếu đối với gây mê và bất kỳ bệnh nhân nặng nào.
- Ở nhiều nơi, máy cô oxy là cách phù hợp và kinh tế nhất, với vài bình dự trữ để dùng khi mất điện
- Dù có nguồn oxy nào đi chăng nữa thì vẫn cần có một hệ thống duy trì và dự phòng.
- Nhân viên lâm sàng cần được đào tạo cách sử dụng oxy an toàn, hiệu quả và tiết kiệm

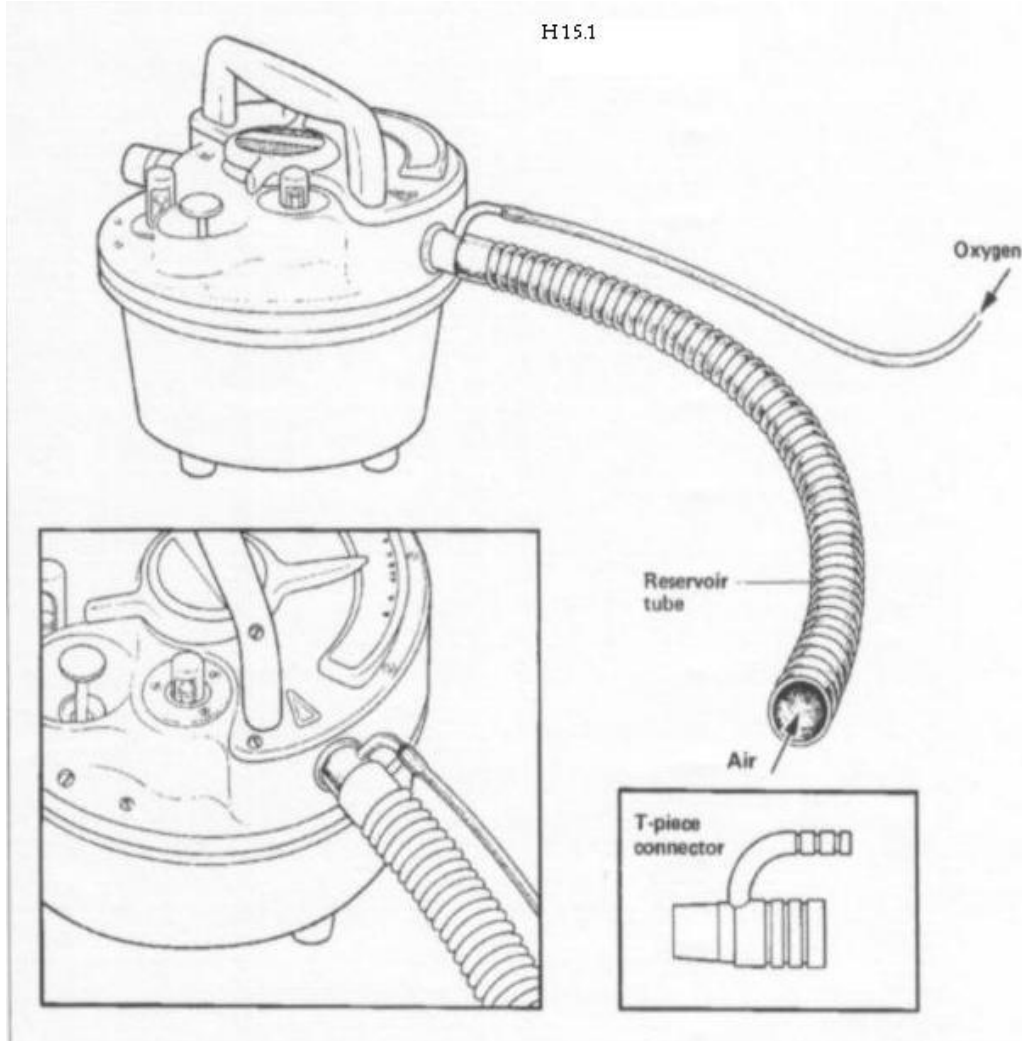
Nồng độ oxy cao rất cần thiết trong và sau khi gây mê:

- Nếu bệnh nhân quá trẻ, quá già, yếu hoặc thiếu máu
- Nếu sử dụng các thuốc gây ra suy tim hô hấp như halothane

Không khí chứa 20,9% oxy, do đó việc làm giàu oxy bằng hệ thống hở là một phương pháp rất kinh tế để cung cấp oxy. Chỉ thêm 1 lít/phút là có thể tăng

nồng độ ôxy của khí hít vào lên 35-40%. Với việc làm giàu ôxy ở mức 5 lít/phút có thể đạt được nồng độ 80%. Ôxy công nghiệp như ôxy sử dụng để hàn hoàn toàn thích hợp để làm giàu bằng hệ thống hờ và được sử dụng rộng rãi cho mục đích này.

Bổ sung ôxy vào hệ thống hờ, dùng bộ phận hình chữ T và ống dẫn khí tại cửa vào bình phun (Hình 15.1)



Nếu không có bộ phận hình chữ T với ống dẫn khí được làm sẵn thì có thể thay thế bằng ống oxy tiết diện nhỏ lắp vào ống có tiết diện to. Nối bộ phận hình chữ T và ống dẫn khí với cửa vào bình phun và bật hệ thống cung cấp ôxy. Bằng cách này, ôxy từ bình bơm trong quá trình thoát ra không bay đi mất mà được lưu lại trong ống dẫn để cho lần hít tiếp theo. Độ dài của ống, tất nhiên đủ để mở ra không khí tại đầu bên kia để tạo ra đường cho không khí thoát ra và nó phải dài ít nhất 30cm.

NGUỒN ÔXY

Trong thực tế có hai nguồn ôxy cho mục đích chữa bệnh:

- Bình oxy: được chuyển hoá từ oxy lỏng
- Máy cô oxy: có thể tách oxy từ không khí

Ở các bệnh viện xa trung tâm, nơi không thể nhập bình oxy thường xuyên, thường hay sử dụng máy cô oxy. Tuy nhiên, bình oxy có thể được sử dụng để cung cấp oxy khi mất điện còn máy cô oxy thì không thể làm được điều này. Không có điện, luồng oxy từ máy cô sẽ dừng trong vòng vài phút.

Hệ thống cung cấp oxy lý tưởng là hệ thống dựa chủ yếu vào máy cô oxy nhưng có dự phòng bình oxy.

Hệ thống bình oxy

- Không đắt khi mua
- Đắt khi sử dụng
- Cần phải cung cấp quanh năm
- Cần đào tạo và bảo dưỡng
- Có thể chứa oxy

Hệ thống máy cô oxy

- Đắt hơn khi mua
- Không đắt khi sử dụng
- Chỉ cần điện
- Cần đào tạo và bảo dưỡng
- Không thể chứa oxy, chỉ cung cấp oxy khi máy chạy.

Chi tiết máy móc cho hệ thống, được thiết kế để cung cấp oxy một cách tin cậy cho 4 trẻ em và 2 người lớn, có thể tìm thấy tại Phòng An toàn máu và Công nghệ lâm sàng, WHO, và văn phòng Cung ứng, UNICEF. Để biết thêm chi tiết, liên hệ:

Phòng An toàn máu và Công nghệ lâm sàng

Tổ chức Y tế Thế giới

1211 Geneva 27

Switzerland

Fax: +41 22 791 4836 E-mail: bct@who.int

<http://www.who.int/bct/dct>

Văn phòng cung ứng

UNICEF

3 United Nations Plaza

NY 10017, USA

BÌNH OXY

Bình oxy được sản xuất theo một quy trình công nghiệp khá đắt đỏ. Một bình oxy cần một chiếc van đặc biệt để giải phóng oxy theo cách được kiểm soát và một bộ phận đo dòng để kiểm soát dòng. Thiếu bộ phận đo dòng, việc sử dụng oxy từ bình sẽ rất lãng phí; thiếu van thì việc sử dụng là vô cùng nguy hiểm. Không phải tất cả các loại bình oxy đều như nhau, có ít nhất 5 loại bình được sử dụng ở các nước khác nhau. Mỗi chiếc van chỉ vừa với một chiếc bình.

Trước khi đặt mua van cần có các thông tin về loại bình oxy hiện đang được sử dụng từ các đơn vị cung cấp bình. Điều này cần được xác nhận bởi những người có hiểu biết về kỹ thuật hiện đang làm việc trong bệnh viện như bác sĩ gây mê, bác sĩ thực hành lồng ngực hoặc kỹ thuật viên được đào tạo.

Để xác định bình oxy đạt chuẩn quốc tế có thể nhìn vào kí hiệu màu trắng in trên bình. Tuy nhiên, tiêu chuẩn này thường bị làm ngơ. Bình oxy dùng trong y tế có xuất xứ từ USA thường có màu xanh lá cây, bình có xuất xứ từ các nước thuộc khối thịnh vượng chung thường màu đen có vai màu trắng. Bình oxy dùng trong công nghiệp nên được phân biệt rõ ràng, nhưng đó không phải là vấn đề. Không bao giờ được sử dụng bình cung cấp khí cho bệnh nhân trừ khi biết rõ chất bên trong của nó.

Cung cấp oxy cho bệnh nhân yêu cầu nhiều hơn so với việc có được bình oxy. Cần phải có hệ thống hoạt động đồng bộ tại chỗ không chỉ bao gồm máy truyền oxy mà cả nhân sự được đào tạo để thao tác và một hệ thống bảo dưỡng, sửa chữa và cung cấp các bộ phận dự phòng.

Một hệ thống hoàn chỉnh để sử dụng oxy trong bình yêu cầu:

- Nguồn cung cấp bình oxy tin cậy
- Vận chuyển bình oxy đến bệnh viện
- Quy trình đảm bảo rằng bệnh viện đã đặt đúng lượng oxy thích hợp
- Máy móc đưa oxy từ bình đến với bệnh nhân
 - Van thích hợp
 - Bộ phận đo dòng
 - Ống dẫn oxy
 - Dụng cụ làm ẩm
 - Ống đưa oxy đến mặt bệnh nhân
 - Catheter (hoặc mặt nạ) mũi để đưa oxy đến đường khí của bệnh nhân
- Cán bộ được đào tạo lâm sàng có thể cho bệnh nhân dùng đúng lượng oxy, đúng cách, đúng bệnh nhân
- Ngân sách đủ để đảm bảo sự ổn định trong cung cấp oxy

Sử dụng bình oxy an toàn

Việc cung cấp oxy từ bình phải được nối qua một chiếc van giảm áp phù hợp. Đối với bình cỡ to, van này không hợp nhất với ống đóng áp lực của bình; trên máy Boyle cả ống đóng và van giảm áp đều là bộ phận của máy.

Dùng oxy từ bình không có van sẽ vô cùng nguy hiểm.

Khi nối bình với máy gây mê, cần chắc chắn rằng bộ phận nối không có bụi hay dị vật vì chúng có thể gây dính van. Không bao giờ được cho mỡ hay

dầu vì chúng có thể bén lửa trong ôxy nguyên chất, đặc biệt khi ở áp suất cao. Nhớ rằng bình ôxy chứa ôxy nén dạng khí. Bình ôxy đầy thường có áp suất khoảng 13 400 kPa (132 atmophe 2000 p.s.i.). Nó nên được thay thế nếu áp suất bên trong dưới 800 kPa (8 atmospheres, 120 p.s.i.).

Bình ôxy là một vật nguy hiểm. Nếu nó rơi, nó có thể làm bị thương, thậm chí gây chết người.

Chắc chắn rằng bình được bảo quản và nút chặt một cách an toàn. Khi bảo quản phải để bình thẳng đứng. Khi sử dụng phải cố định chắc chắn ở tư thế nằm ngang áp vào tường hoặc dựng đứng được giữ bằng dây xích hay dây da

Cung cấp, thiết bị và bảo dưỡng

Ôxy nén rất đắt và việc sử dụng có thể đặt ra các vấn đề về hậu cần và giá cả đối với các bệnh viện xa trung tâm. Ví dụ như ở Cộng hoà liên bang Tanzania, khảo sát gần đây cho thấy 75% bệnh viện tuyến tỉnh được cung cấp ôxy dưới 25% trong năm. Một hệ thống bình ôxy đáng tốt phụ thuộc vào nguồn cung cấp tốt và vận chuyển quanh năm đáng tin cậy. Ở nhiều nước, bình ôxy phải mua chứ không được thuê và thường xuyên bị mất khi vận chuyển. Điều này đã làm tăng chi phí. Rất may, vì ôxy cần cho cả công nghiệp và y tế nên chúng thường sẵn có. Vì bình ôxy công nghiệp và ôxy y tế được sản xuất theo quy trình như nhau nên ôxy công nghiệp có chất lượng tốt hoàn toàn an toàn khi sử dụng cho y tế. Nó có thể dễ mua và rẻ hơn vì giá ôxy theo tiêu chuẩn y tế thường cao hơn. Tuy nhiên, nếu mua ôxy từ nguồn không chính thức thì phải kiểm tra chất lượng trước khi sử dụng (có thể sử dụng máy phân tích cầm tay) Sử dụng ôxy tiết kiệm và có hiệu quả, đảm bảo tối đa quyền lợi của bệnh nhân là rất quan trọng. Nếu hiểu một cách thấu đáo thì có thể sử dụng nguồn cung ôxy một cách khá tiết kiệm. Nồng độ ôxy trong không khí(21%) thường chỉ cần phải tăng lên đến 40% đã có thể mang lại lợi ích lớn cho đa số bệnh nhân cần ôxy rồi.

MÁY CÔ ÔXY

Máy cô ôxy có thể sử dụng ở bệnh viện các tuyến. Chúng cung cấp ôxy rẻ hơn so với bình ôxy và làm cho bệnh viện luôn có ôxy khi khó mua bình ôxy. Chỉ nên mua các mẫu trong danh mục mà WHO đưa ra để sử dụng tại bệnh viện tuyến huyện. Danh mục mới nhất về các loại máy cô ôxy đạt chuẩn có tại Phòng An toàn máu và công nghệ lâm sàng, WHO và UNICEF. Các loại máy này đều đạt chuẩn và giá cả rất tiết kiệm.

Máy cô oxy được thiết kế cho sử dụng với từng loại bệnh nhân thường cho tốc độ thấp đến 4lít/phút oxy bán nguyên chất với áp suất khá thấp. Cách dùng dạng Ôxy này hoàn toàn giống như cách dùng oxy trong bình.

Ôxy từ máy cô dưới áp suất khá thấp, do đó không thể dùng trong máy gây mê khí nén(Boyle)

Nếu nguồn điện trực trực, dòng oxy từ máy sẽ chỉ tiếp tục được trong khoảng 1 phút, do đó cần có kế hoạch dự phòng trong các trường hợp cấp cứu, ví dụ như nguồn điện dự phòng hay bình oxy nén dự phòng.

Máy cô oxy được lắp đặt tại nhiều bệnh viện nơi không thường xuyên có bình oxy. Máy cô đảm bảo nguồn cung oxy đáng tin cậy hơn và giá cả thấp hơn so với bình oxy. Máy cô oxy sử dụng Zeolite để tách oxy từ nitơ trong không khí. Ôxy được sản xuất trong máy cô có độ tinh khiết thấp nhất là 90% và có thể sử dụng giống như oxy trong bình và có tác dụng tương tự.

Máy cô oxy ít tốn điện hơn chung cất phân đoạn và có thêm một lợi điểm nữa là oxy được sản xuất trong phòng mổ hoặc cạnh giường bệnh nhân nếu có nguồn điện (khoảng 350W). Giá mua một máy cô oxy chỉ bằng một nửa số tiền mua bình oxy trong một năm, chi phí cho điện năng tiêu thụ và các phụ tùng thay thế thấp.

Một hệ thống hoàn chỉnh để đưa oxy dựa vào máy cô yêu cầu:

Nhà sản xuất và cung cấp máy cô

Điện trong bệnh viện: điện lưới hoặc máy phát điện

Hệ thống đảm bảo sự cung cấp kịp thời các bộ phận thay thế chính và các phụ tùng khác

- Hệ thống đưa oxy từ máy cô đến bệnh nhân, bao gồm:
 - Bộ phận đo dòng
 - Ống dẫn oxy
 - Dụng cụ làm ấm
 - Ống đưa oxy đến mặt bệnh nhân
 - Catheter(hoặc mặt nạ)mũi để đưa oxy đến đường khí của bệnh nhân
- Cán bộ được đào tạo lâm sàng có thể cho bệnh nhân dùng đúng lượng oxy, đúng cách, đúng bệnh nhân
- Cán bộ được đào tạo về kỹ thuật bảo dưỡng máy và sửa chữa máy khi cần
- Ngân sách đủ để đảm bảo nguồn cung oxy

Để sử dụng có hiệu quả tại bệnh viện tuyến huyện, máy cô phải:

- Có thể hoạt động trong các điều kiện ngược lại:
 - Nhiệt độ bên ngoài tối đa là 40%
 - Độ ẩm tối đa 100%

- Dòng không ổn định
- Môi trường cực bụi
- Không thể đưa ôxy có nồng độ dưới 70%
- Có hướng dẫn sử dụng dễ hiểu
- Có nguồn cung phụ tùng thay thế trong 2 năm sử dụng

Nếu bệnh viện có kế hoạch sử dụng máy cô ôxy nên nghĩ đến việc mua ít nhất 2 chiếc. Nhớ rằng không loại máy nào có thể làm việc được mãi, đặc biệt là nếu bất cẩn khi sử dụng. Các bệnh viện nên lập kế hoạch bảo dưỡng thường xuyên, thường là sau 5000 giờ sử dụng. Bảo dưỡng máy không quá phức tạp và nếu cần có thể được thực hiện bởi chính người sử dụng sau khi được đào tạo sơ qua.

15.3 CHÁY, NỔ VÀ CÁC NGUY CƠ KHÁC

Tất cả nhân viên phòng mổ nên cẩn thận với nguy cơ cháy nổ khi sử dụng bình phun hơi gây mê. Điều quan trọng là phải phân biệt giữa loại khí dễ cháy và loại khí dễ nổ. Nổ nguy hiểm hơn nhiều cho cả nhân viên và bệnh nhân. Trong số các loại thuốc gây mê được kể đến trong cuốn sách này, ête là chất dễ gây cháy, nổ với nồng độ dùng trong lâm sàng:

- Hỗn hợp ête và không khí ở nồng độ sử dụng cho gây mê dễ bốc cháy
- Hỗn hợp ête và không khí (ở bất kỳ nồng độ nào) cũng không gây nổ
- Hỗn hợp ête và ôxy hoặc oxit nitơ gây nổ
- Các chất khác được sử dụng trong phòng mổ như cồn sát khuẩn da cũng có nguy cơ gây cháy hoặc nổ khi có ôxy ở nồng độ cao

Nguy cơ xuất hiện tại nơi mà khí do bệnh nhân thở ra vào phòng hoặc bất kỳ thời điểm nào mà khí gây mê từ máy không may lọt vào phòng. Nếu sử dụng ête 3-5% như một loại thuốc gây mê kết hợp với thuốc giãn cơ thì có thể nồng độ ête trong không khí do bệnh nhân thở ra sẽ ít hơn so với nồng độ thấp nhất có thể gây cháy (2%).

Nếu ête được sử dụng trong máy nén khí (Boyle) thì khí luôn có khả năng gây nổ.

Khi sử dụng những loại khí dễ cháy, nguồn bắt cháy dễ nhất trong phòng mổ là máy điện nhiệt dùng cho phẫu thuật và các thiết bị điện khác. Điện tĩnh không tự bốc cháy nhưng có thể gây nổ nếu có xuất hiện hỗn hợp khí giàu ôxy. *Để giảm thiểu nguy cơ nổ, không bao giờ được sử dụng máy điện nhiệt ở bệnh nhân được gây mê bằng ête. Nếu cần phải sử dụng một trong những kỹ thuật này vì lợi ích của bệnh nhân thì không được dùng kỹ thuật còn lại.*

Nếu có thể thì phòng mổ và thiết bị trong phòng nên là những loại có tính năng khử tĩnh điện. Điều này quan trọng trong khí hậu khô và kể cả khi ẩm ướt.

Ồ và công tắc điện nên có tính năng chịu được tia lửa hoặc được đặt cao hơn nền nhà ít nhất 1m. Khí do bệnh nhân thở ra nên được mang ra khỏi van thở ra qua ống dẫn khí tiết diện rộng xuống nền (ête nặng hơn không khí) hoặc ra khỏi phòng mổ. Không để bất kỳ ai đứng lên ống và không có gì có thể bắt lửa để gần đầu cuối của ống. Nếu sử dụng cách làm giàu ôxy trong khi khởi mê chứ không phải khi mê, khí do bệnh nhân thở ra sẽ không thể gây nổ trong vòng 3 phút khi dừng bổ sung ôxy

Không được để bất kỳ nguồn gây cháy do tia lửa nào trong vòng 30cm so với van thở ra có chứa hỗn hợp dễ gây cháy nổ khi thoát ra ngoài

15.4. BẢO DƯỠNG THIẾT BỊ

Các nguyên tắc quan trọng trong bảo dưỡng thiết bị là:

- Bác sĩ gây mê làm việc một mình trong một bệnh viện nhỏ cần phải hiểu và chịu trách nhiệm về việc bảo quản máy móc và chăm sóc bệnh nhân.
- Tất cả các thiết bị cần được kiểm tra thường xuyên, bảo dưỡng và sửa chữa để không nhanh hỏng và trở nên nguy hiểm khi sử dụng.
- Cần lập danh sách hoặc bản kiểm kê các thiết bị hiện có để xác định danh mục các thiết bị cần mua thêm
- Lập danh mục các bộ phận dự trữ, pin và các vật tư tiêu hao khác và tìm ra cách mua chúng
- Cố gắng ước tính xem khi nào sẽ cần thay thế và đặt hàng các phụ tùng trước khi máy bị hỏng và gây ra khó khăn cho công việc
- Tất cả máy móc thiết bị phải được bảo quản trong môi trường sạch, không có bụi, cách những nơi có nhiệt độ cao và được đặt cẩn thận khi không sử dụng
- Phải làm sạch các chất gây mê ra khỏi bình bơm hơi nếu không sử dụng trong một tuần hoặc lâu hơn
- Đóng nút bần hoặc buộc kín đầu bình và ống ga trong khi bảo quản để tránh bị côn trùng chui vào.

Danh mục các loại thiết bị gây mê thường dùng ở bệnh viện tuyến huyện có thể tìm thấy trong cuốn Gây mê tại bệnh viện tuyến huyện (WHO, 2001)

Để tìm thấy lời khuyên trong việc bảo dưỡng đơn giản, xem *Bảo dưỡng và sửa chữa thiết bị phòng thí nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và bệnh viện* (WHO, 1994) và *Chăm sóc và sử dụng an toàn thiết bị trong bệnh viện* (Skeet and Fear, Nhà xuất bản VSO).

Phần 6

Chấn thương và chỉnh hình

Xử trí chấn thương cấp

16

16.1. CHẤN THƯƠNG TOÀN CẢNH

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Xử trí chính xác trong vòng vài giờ đầu tiên sau chấn thương là một việc có ý nghĩa sống còn
- Bệnh viện nên có hệ thống chăm sóc chấn thương như Chăm sóc chấn thương ban đầu để bảo đảm rằng những tình trạng nguy hiểm đến tính mạng có thể được xác định và điều trị nhanh chóng
- Nhân viên bệnh viện nên được tập huấn chăm sóc chấn thương cấp, một hoạt động thường đòi hỏi kỹ năng làm việc nhóm

Bạo lực là vấn đề y tế công cộng đầu tiên. Mỗi năm có hơn 2 triệu người chết vì thương tích do bạo lực gây ra. Nhiều người đã sống sót sau tai nạn nhưng trở thành tàn phế tạm thời. Trong số những người ở độ tuổi từ 15-44, bạo lực giữa các cá nhân với nhau là nguyên nhân đứng thứ ba dẫn đến tử vong, tử tử đứng thứ tư và chiến tranh đứng thứ sáu. Ngoài việc gây ra thương tích và tử vong, bạo lực có thể gây ra hàng loạt các vấn đề về sức khỏe bao gồm sức khỏe tâm thần, bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thai ngoài ý muốn và các vấn đề về hành vi.

Trên toàn thế giới, thương tích trở thành vấn đề y tế công cộng chính. Ở các nước công nghiệp hoá, thương tích có chủ ý và không có chủ ý (vô tình) trở thành nguyên nhân thứ ba gây ra tử vong và là nguyên nhân chính gây ra cái chết giữa nhóm người có độ tuổi từ 18-40. Chấn thương, bao gồm cả thương tích do tai nạn giao thông là nguyên nhân thứ hai gây tử vong sau AIDS ở nhóm người có độ tuổi từ 18-25. Điều này có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự ổn định về tài chính của bất kì quốc gia nào.

Phòng chống tai nạn là khía cạnh quan trọng nhất của xử lý chăm sóc chấn thương. Một trong những biện pháp quan trọng để phòng chống tai nạn thương tích là giáo dục bệnh nhân và cán bộ y tế cách thức hiệu quả để thực hiện công tác này.

HỆ THỐNG CHĂM SÓC CHẤN THƯƠNG VÀ CÔNG TÁC ĐÀO TẠO

Phụ lục *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu: Xử lý chấn thương tại tuyến huyện và các vùng xa* có thể được sử dụng để tham khảo nhanh và học tập những kiến thức và kỹ năng cơ bản để xác định bệnh nhân bị chấn thương cần được đánh giá, hồi sức và ổn định nhanh.

Cuốn *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu* cung cấp nền tảng để bác sĩ và y tá có thể hình thành những kiến thức và kỹ năng cần thiết để xử lý chấn thương với trang thiết bị tối thiểu và không cần những công nghệ tinh vi. Các yếu tố được đưa ra trong *Chăm sóc chấn thương ban đầu* bao gồm:

- Độ dài quãng đường cần phải vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện
- Thời gian vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện
- Sự có mặt của những thiết bị công nghệ cao và các vật tư khác
- Sự vắng mặt của các chuyên gia chấn thương tại bệnh viện tuyến huyện

Phòng chống chấn thương là cách rẻ nhất và hiệu quả nhất để giảm thương tích và tử vong do chấn thương gây ra.

Chiến lược phòng chống bao gồm:

- Cải thiện độ an toàn trên đường
- Đào tạo lái xe tốt hơn
- Cảnh báo người đi xe đạp và đi bộ
- Thắt dây bảo hiểm trong xe hơi hoặc đội mũ khi đi xe máy
- Tránh dùng các chất có cồn khi lái xe
- Hạn chế sự náo động

Những chiến lược này không dễ thực hiện và thành công của phòng chống chấn thương ở một vùng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm:

- Văn hoá
- Nhân lực
- Chính trị
- Ngân sách y tế
- Đào tạo

16.2. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG BAN ĐẦU MỤC ĐÍCH XỬ TRÍ BỆNH NHÂN BỊ THƯƠNG TÍCH

1. Khám, chẩn đoán và điều trị các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng ngay khi bệnh nhân đến bệnh viện

2. Sử dụng cách điều trị đơn giản nhất có thể ổn định được tình trạng bệnh nhân
3. Thực hiện khám tổng thể để chắc chắn không bỏ qua một thương tổn nào
4. Thường xuyên đánh giá lại để biết kết quả điều trị; nếu tình trạng bệnh nhân xấu đi thì phải đánh giá lại
5. Chỉ bắt đầu điều trị xác định sau khi bệnh nhân đã ổn định
6. Khi không có cách điều trị tại chỗ thì cần có kế hoạch chuyển bệnh nhân an toàn đến trung tâm khác

Chết do chấn thương

Chết do chấn thương xuất hiện ở ba giai đoạn

Chết ngay lập tức

Bệnh nhân không kịp đưa đến bệnh viện và chết do chấn thương quá nặng, bao gồm:

- Vỡ tim hoặc động mạch ngực
- Xuất huyết ồ ạt
- Não hoặc các mô thần kinh khác bị phá huỷ hàng loạt

Những cái chết như thế chỉ có thể giảm thiểu được bằng các chiến lược phòng chống trong cộng đồng.

Chết sớm

Bệnh nhân còn sống khi được đưa vào viện cần phải được hồi sức ngay lập tức. Nhiều cái chết vào giai đoạn đầu có thể tránh được bằng cách chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả các chấn thương nguy hiểm đến tính mạng như:

- Tràn khí phế mạc
- Ngực bị giập
- Xuất huyết ổ bụng
- Thương tích ở xương chậu và xương dài

Chết muộn

Chết muộn xuất hiện do:

- Nhiễm trùng
- Suy đa cơ quan

Chăm sóc ban đầu tốt có thể phòng tránh được biến chứng và tử vong ở giai đoạn sau

Dù tai nạn xảy ra lúc nào thì cũng cần phải chăm sóc chấn thương ngay khi bệnh nhân được đưa đến bệnh viện. Nếu làm được điều này thì có thể cứu sống bệnh nhân, phòng tránh được biến chứng và tàn tật cho bệnh nhân.

16.3. SÁU PHA TRONG XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG BAN ĐẦU

Hiệu quả của việc xử lý các chấn thương nghiêm trọng phụ thuộc vào 6 bước sau:

- Phân loại
- Đánh giá ban đầu
- Đánh giá thì 2
- Ổn định
- Vận chuyển
- Chăm sóc thực thụ

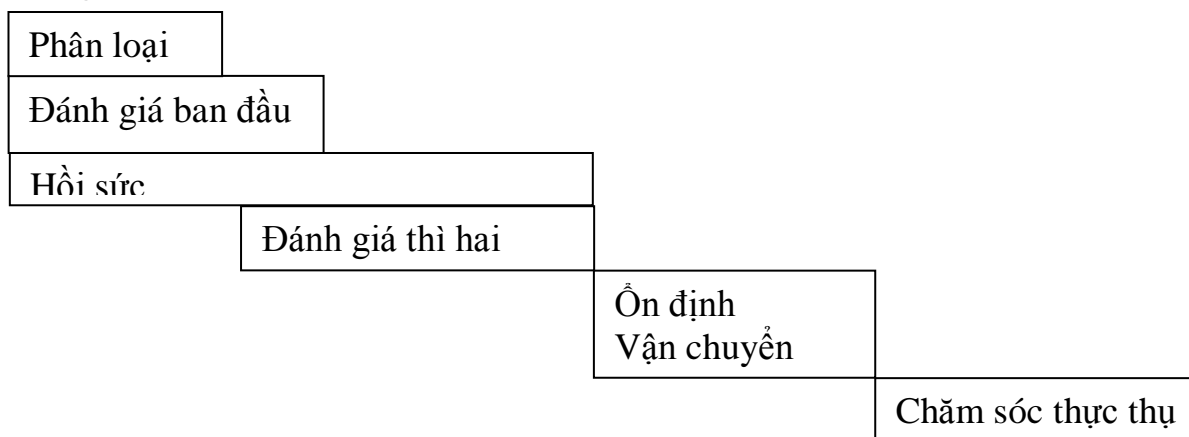
Trình tự của PTC được mô tả trong hình 16.1:

- Bắt đầu hồi sức cùng lúc với đánh giá ban đầu
- Không đánh giá kì hai khi chưa hoàn thiện đánh giá ban đầu
- Không bắt đầu điều trị thực thụ khi chưa hoàn thiện đánh giá thì 2

PHÂN LOẠI

Phân loại có nghĩa là xếp hạng và điều trị bệnh nhân theo thứ tự ưu tiên được xác định bởi:

- Nhu cầu y tế
- Nhân lực sẵn có
- Nguồn lực sẵn có



Bệnh nhân thường được xếp hạng theo thứ tự ưu tiên:

- Tại phòng đón tiếp bệnh nhân
- Xếp thứ tự trong danh sách phẫu thuật
- Trong các phòng cấp cứu

- Trong các khu vực gặp thảm họa

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

Phần này chiếm toàn bộ Phụ lục : *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*. Thực hiện đánh giá ban đầu và đánh giá thì 2 đối với mọi nạn nhân bị thương tích, đặc biệt là những bệnh nhân có:

- Bệnh sử:
 - Ngã từ >3m
 - Tai nạn giao thông đường bộ: tốc độ thực >30km/giờ
 - Bị ném từ xe hay kẹt trong xe
 - Người đi bộ hoặc đi xe đạp bị xe hơi đâm
 - Người sử dụng phương tiện giao thông không kiểm chế
 - Có người chết trong cùng tai nạn hoặc do bị tấn công
 - Thương tích do vũ khí tốc lực cao hoặc thấp
- Và/hoặc trong khi khám:
 - Nghẹt đường thở hoặc hô hấp
 - Huyết áp <100mmHg
 - Thang điểm Glasgow <13/15 (xem Phụ lục)
 - Vết thương xuyên thấu
 - >1 vùng bị thương

Tầm quan trọng của ABCDE

ABCDE là một cách đơn giản để nhớ những điều thiết yếu của đánh giá ban đầu.

Đây là đánh giá thứ nhất của PTC; nó cũng là điều mà cần được xem lại bất kì khi nào tình trạng bệnh nhân bị xấu đi, dù nó xuất hiện sau khi bệnh nhân đến viện được 5 ngày hay 5 phút

A là duy trì đường thở

Ôxy không thể tới được các mô nếu đường thở bị nghẹt; nguyên nhân thường gặp nhất của hiện tượng nghẹt là bất tỉnh kết hợp với tư thế nằm ngửa làm cho lưỡi tụt về phía sau và họng bị xẹp. Các nguyên nhân khác bao gồm chấn thương cổ và dị vật.

B là đánh giá hô hấp và xử trí các tổn thương ngực gây đe dọa đến tính mạng bệnh nhân

Thậm chí cả khi đường thở mở, ôxy cũng không thể vào trong phổi trừ khi bệnh nhân thở hoặc có ai đó thực hiện thông khí nhân tạo cho phổi. Thở có thể bị

dừng do bị chấn thương nặng ở đầu, giảm ôxy huyết, ngưng cơ học hoặc ngưng tuần hoàn.

C đánh giá tuần hoàn và kiểm soát chảy máu

Ôxy ở trong phổi không thể đến được các mô trừ khi tim hoạt động; nguyên nhân thường gặp của tuần hoàn không phù hợp bao gồm mất máu (sốc) và tăng áp lực lên tim do tràn khí phế mạc hoặc tràn máu màng tim. Sốc và huyết áp thấp rất nguy hiểm đối với bệnh nhân nhưng đặc biệt là đối với bệnh nhân bị thương ở đầu vì nguồn cung máu cho não sẽ bị giảm. Điều này gây ra vòng tròn nguy hiểm trong đó giảm ôxy huyết tạo ra phù não và phù não lại giảm luồng máu vào não.

D là đánh giá tình trạng thần kinh và mức độ tri giác

Kiểm tra tổn thương thần kinh là phần sống còn của đánh giá ban đầu. Không được khám thần kinh tổng thể ở giai đoạn này. Đánh giá mức độ tỉnh táo của bệnh nhân bằng cách sử dụng sự phân loại đơn giản như:

A Tỉnh táo

V Phản ứng bằng lời nói

P Cộng hưởng với đau

U Không phản ứng

Hoàn tất việc khám trong vòng 30 giây

E là bộc lộ nạn nhân/kiểm soát môi trường xung quanh

Gỡ bỏ quần áo của bệnh nhân và khám toàn bộ, đằng trước và đằng sau nhưng không được để bệnh nhân bị lạnh. Khám tổng thể bệnh nhân là cách duy nhất để chắc chắn là không có vết thương nào bị bỏ qua.

Điều trị ngay lập tức các vấn đề nguy hiểm đến tính mạng tìm thấy khi thực hiện đánh giá ban đầu ABCDE như chảy máu, tràn khí phế mạc hay nghẹt đường thở. Những vấn đề ít cấp thiết hơn như gãy tay chẳng hạn, có thể đợi đến khi bệnh nhân ổn định; chúng sẽ được xem xét đến trong đánh giá thì hai và nên được điều trị thích hợp trong pha chăm sóc thực thụ.

ABCDE dễ nhớ bằng tiếng Anh. Nếu đọc nó bằng ngôn ngữ khác hãy cố gắng tìm ra cách đơn giản nhất để nhớ những điểm này theo thứ tự đúng. Trong cấp cứu, sự hỗ trợ đơn giản như việc giúp nhớ được 6 pha của Xử lý chăm sóc chấn thương ban đầu, nhưng nó không thay thế được nhu cầu suy nghĩ cẩn thận về từng bệnh nhân.

Kĩ năng hồi sức

Để hồi sức ban đầu cho bệnh nhân bị chấn thương không cần nhiều kĩ năng thực hành. Cách duy nhất để học những kĩ năng này là thực hành dưới sự

chỉ dẫn của người có kinh nghiệm và tay nghề tốt. Một bác sĩ gây mê có kinh nghiệm hay một bác sĩ phẫu thuật chấn thương cũng có thể giúp bạn trong việc thực hành và tích lũy những kinh nghiệm đó.

Những kỹ năng cần thiết bao gồm:

- Thăm khám nhiều lần để chẩn đoán và điều trị những chấn thương nguy hiểm đến tính mạng, bao gồm cả những trường hợp cần đến hồi sức tim phổi
- Kỹ năng đường thở: những kỹ năng đơn giản, sử dụng đường thở nhân tạo, xuyên ống nội khí quản và mở thông khí quản, nếu cần.
- Xuyên ống nội tĩnh mạch đúng ở bất kì ven nào.
- Xử lý sốc
- Xuyên dẫn lưu lồng ngực

Những kỹ thuật này và những thủ thuật khác như thông khí quản, được đề cập trong Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*

ĐÁNH GIÁ THÌ 2

Mục đích của đánh giá thì 2 là để chắc chắn rằng tất cả các hệ thống và bộ phận cơ thể đều đã được kiểm tra và không bỏ qua bất kì điều quan trọng nào. Trong quá trình đánh giá thì 2 nên xác định tất cả các chấn thương và bắt đầu nghĩ về kế hoạch điều trị. Chụp X-quang, nếu có thể, là một phần của đánh giá thì 2.

Nếu có bất kì sự tổn hại nào không giải thích được thì cần phải thực hiện lại đánh giá ban đầu.

Trong quá trình đánh giá thì hai cần nhìn kĩ vào:

- Đầu, cổ và cột sống
- Hệ thần kinh: có thể thực hiện khám thần kinh mở rộng hơn
- Ngực
- Bụng: Nếu thấy chảy máu trong ổ bụng cần nghĩ đến việc thụt rửa phúc mạc chẩn đoán; kể cả khi kết quả âm tính cũng có thể phải mở bụng gấp
- Tổn thương xương chậu và chi

Sau đánh giá thì 2 cần ghi chép toàn bộ các kết quả, bao gồm:

- Lịch sử chi tiết của chấn thương
- Các bệnh đã mắc trước đó
- Các loại thuốc
- Dị ứng thuốc
- Các kết quả tìm thấy khi khám ở đánh giá ban đầu và đánh giá thì 2
 - Kết quả của các xét nghiệm đặc biệt, nếu có

- Chi tiết việc điều trị đã thực hiện và phản ứng của bệnh nhân

ỔN ĐỊNH VÀ CHUYỂN VIỆN

Bệnh nhân đã được khám, điều trị các tình trạng nguy hiểm đến tính mạng, và thực hiện đánh giá kì hai để phát hiện các tổn thương, do đó nên có một kế hoạch quản lý rõ ràng.

Khi đã hoàn tất các hồ sơ văn bản, chỉ định dùng giảm đau, gửi các mẫu đi xét nghiệm, cố định các chỗ gãy thì cần phải quyết định phương án điều trị tốt nhất:

- Đưa bệnh nhân vào buồng bệnh
- Đưa bệnh nhân vào phòng mổ
- Đưa bệnh nhân đi chụp X-quang
- Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện khác

Trước khi cho bệnh nhân chuyển viện:

- Cần nhớ rằng chuyển viện không phải là một biện pháp điều trị
- Liên lạc với nơi đến để nhận được sự hỗ trợ
- Tiên liệu những tình huống xấu sẽ xảy ra trên đường đi và chuẩn bị để đối phó với nó
- Cung cấp thuốc giảm đau trên đường đi
- Bố trí cán bộ có chuyên môn đi cùng với bệnh nhân

CHĂM SÓC THỰC THỤ

Ngay khi bệnh nhân được hồi sức, ở trong tình trạng ổn định và đã được đưa đến nơi cần đến thì có thể thực hiện kế hoạch điều trị.

Để cứu sống bệnh nhân có thể phải thực hiện ngay một thủ thuật ngoại khoa như một phần của đánh giá ban đầu và hồi sức sớm. Trước khi đưa bệnh nhân vào phòng mổ thì bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê cần bàn bạc thật kĩ.

Bệnh nhân đặc biệt và tình huống đặc biệt

Cần lưu ý các bệnh nhân đặc biệt và những tình huống đặc biệt. Trẻ em và phụ nữ mang thai có những yêu cầu đặc biệt và có thể cần được điều trị theo cách khác vì ở họ giải phẫu và sinh lý khác so với những người bình thường khác. Thông tin chi tiết về vấn đề này có thể xem trong phần : *Bệnh nhân nhi; Gây mê nhi và Phụ lục: Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*

16.3.CÁC THỦ THUẬT

Phần còn lại của bài này cung cấp thông tin về các thủ thuật, mặc dù không được mô tả chi tiết trong phần Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*, nhưng có thể cần thiết trong việc quản lý các bệnh nhân bị chấn thương nghiêm trọng.

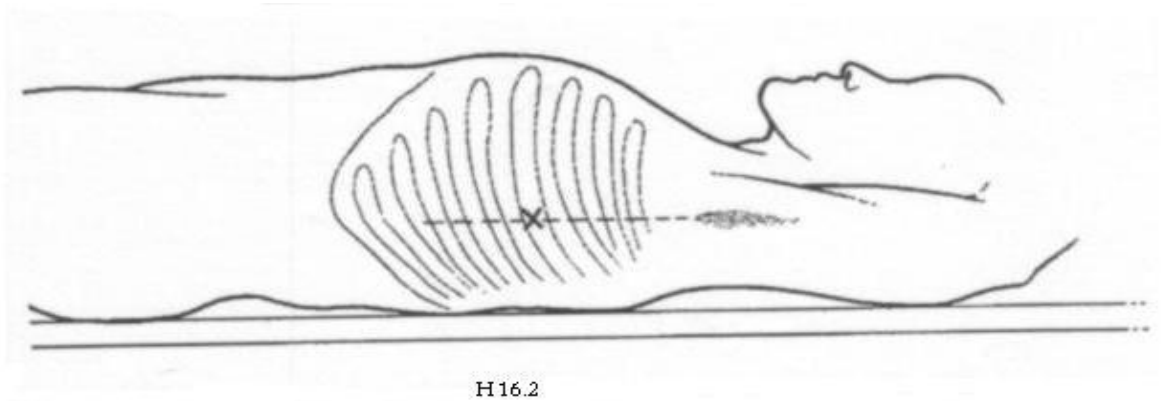
ĐẶT DẪN LƯU LÒNG NGỰC VÀ DẪN LƯU CHÍN NGÂM NƯỚC

Dẫn lưu chín ngâm nước được chỉ định dùng trong:

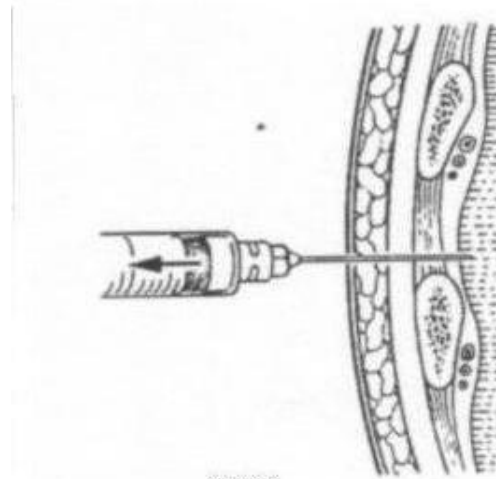
- Tràn khí phế mạc
- Tràn máu màng phổi
- Tràn máu-khí phế mạc
- Viêm mủ màng phổi

Kỹ thuật

1. Sát khuẩn da và thâm nhiễm da, cơ và màng phổi bằng lidocaine 1% tại khoảng liên sườn thích hợp, thường là xương sườn thứ 5 hoặc thứ 6, tại đường giữa nách(Hình 16.2). Ghi nhớ độ dài cần thiết để kim có thể vào được khoang màng phổi; thông tin này có thể sẽ hữu ích khi xuyên ống dẫn lưu.

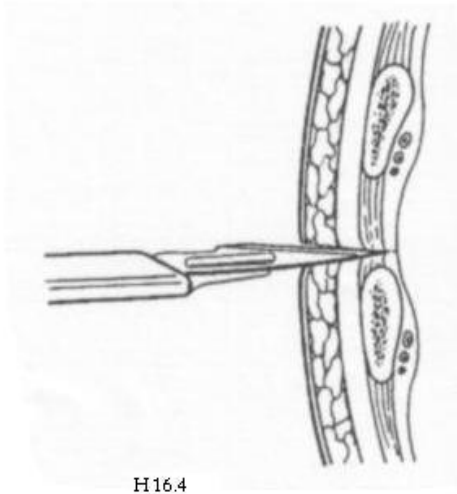


2. Hút dịch từ khoang ngực để xác định chẩn đoán (Hình 16.3)

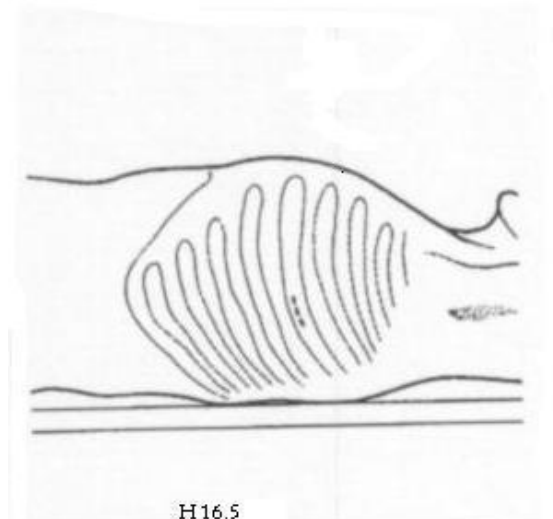


H16.3

3. Rạch một đường nhỏ ngay trên xương sườn để tránh làm tổn thương các mạch dưới phần dưới của xương sườn (Hình 16.4;16.5). Ở trẻ em cần rạch chính xác ở giữa khoảng liên sườn

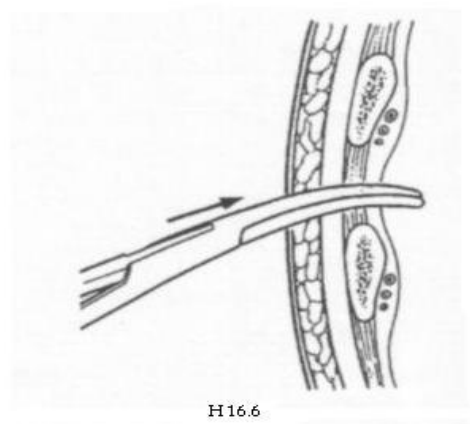


H16.4

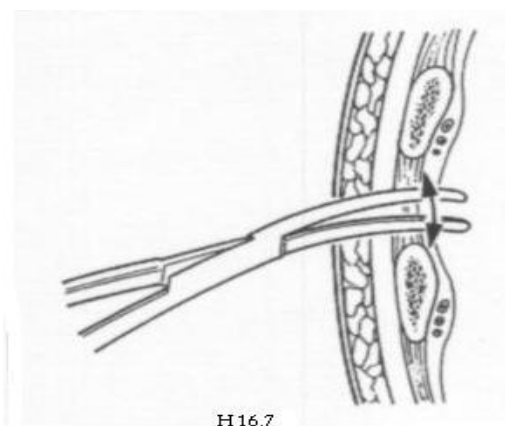


H16.5

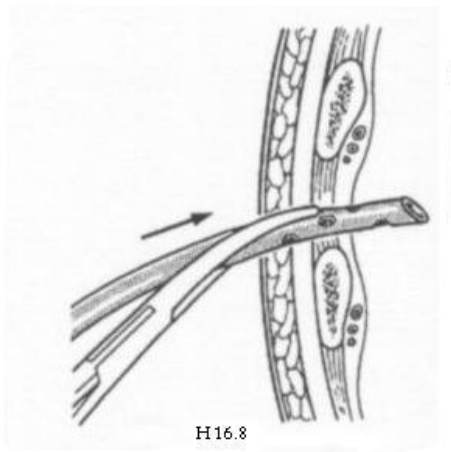
4. Dùng một chiếc kẹp động mạch cong, thâm nhập màng phổi và mở rộng đường rạch (Hình 16.6;16.7). Dùng chính chiếc kẹp đó kẹp đầu ống và đưa nó vào lồng ngực (Hình 16.8,16.9).



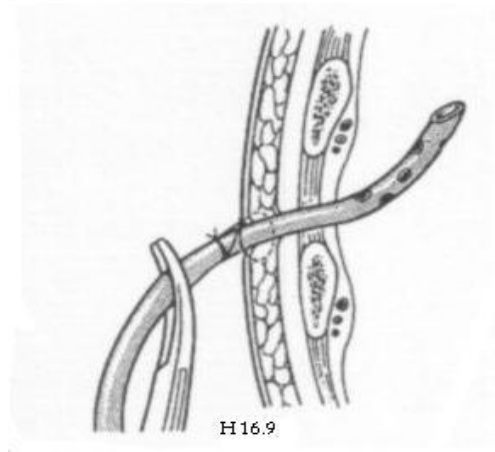
H16.6



H16.7

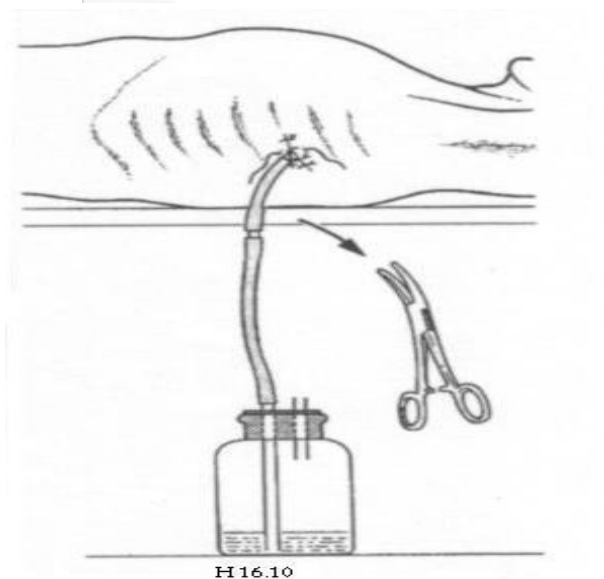


H16.8



H16.9

5. Đóng vết rạch bằng các mũi khâu da rời, dùng một mũi chỉ để neo ống. Dùng một mũi chỉ không thắt khác bên cạnh ống để đóng vết rạch khi tháo ống. Băng vết rạch.
6. Nối ống với hệ thống dẫn lưu chín ngâm nước và đánh dấu mức dịch ban đầu trong chai (Hình 16.10)



H 16.10

Chăm sóc sau khi dẫn lưu

Dùng một chiếc kẹp động mạch bên cạnh giường để kẹp ống khi thay chai. Hệ thống dẫn lưu sẽ mở nếu mức dịch dao động tự do khi áp suất trong màng phổi thay đổi. Hiện tượng bọt liên tục xuất hiện trong vài ngày có thể là biểu hiện của rò phế quản-màng phổi và cần phải cho bệnh nhân chuyển tuyến. Thay ống nối và chai ít nhất 48 giờ/lần bằng chai và ống tương đương đã được khử trùng. Rửa và sát khuẩn các dụng cụ đã dùng để loại bỏ những gì còn sót lại trước khi tiệt trùng lại.

Nếu không có dịch chảy ra trong 12 giờ mặc dù đã “bóp nặn” ống thì kẹp ống trong 6 giờ và chụp X-quang lồng ngực. Nếu ngực mở rộng một cách hợp lý thì có thể tháo bỏ ống.

Để tháo ống cần giảm đau cho bệnh nhân trước, sau đó tháo băng. Sát khuẩn da. Giữ mép hai mép vết thương sát với nhau bằng ngón tay cái và các ngón tay khác qua gạc trong khi cắt mũi chỉ neo ống. Rút ống ra ngay khi trợ lý thắt nút chỉ để mở trước đó.

MỞ THÔNG KHÍ QUẢN

Mở thông khí quản được chỉ định trong các trường hợp:

- Tiên liệu được khó khăn khi quản lý đường thở
- Cần di chuyển bệnh nhân bị bất tỉnh

Quản lý phẫu thuật nghẹt đường thở cấp là một thủ thuật mở sụn nhẫn giáp cấp cứu (xem Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*)

Kỹ thuật mở thông khí quản theo kế hoạch

1. Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên bàn hay giường. Đặt túi cát (hoặc khăn tắm được cuộn tròn đối với trẻ sơ sinh và trẻ em) dưới vai (Hình 16.11) để làm cho cổ mở rộng hơn.

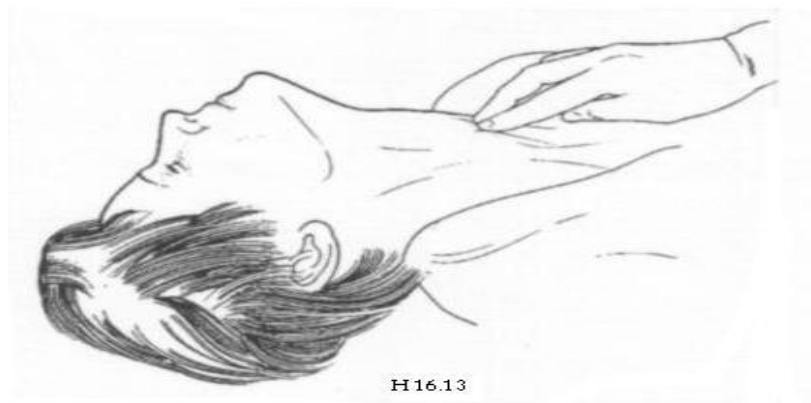


H16.11

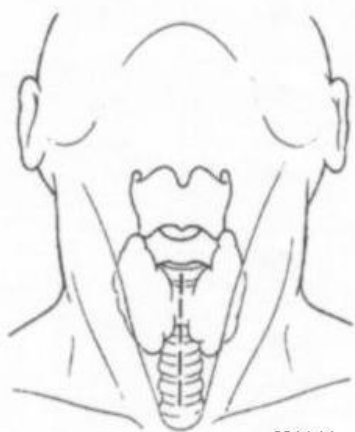


H16.12

2. Khử trùng da và thâm nhiễm da bằng thuốc gây tê tại chỗ từ vết khía hình chữ V trên xương ức dọc theo đường giữa đến sụn nhẫn giáp (hình 16.12)
3. Nắn sụn nhẫn giáp để chắc chắn về vị trí của nó (Hình 16.13) và rạch một đường rạch giữa bờ dưới của nó và mép trên của vết khía hình chữ V trên xương ức (hình 16.14; 16.15).
4. Tách các cơ dính ra khỏi đường rạch giữa bằng dụng cụ bóc tách cùn (Hình 16.16) để bộc lộ khí quản cùng với eo tuyến giáp nằm trước nó. Kéo eo lên và xuống hoặc chia bằng kẹp động mạch và buộc các đầu (Hình 16.17, 16.18). Chia và kéo cân mạc trước khí quản (Hình 16.19) làm bộc lộ sụn khí quản thứ hai và thứ ba. Sau đó nhấc và cố định khí quản bằng vài chiếc banh có móc vào da.



H16.13



H16.14



H16.15

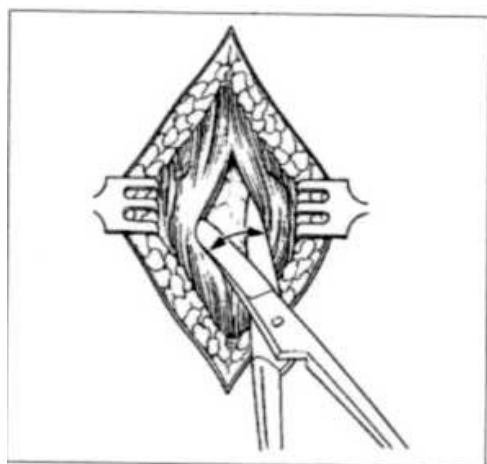
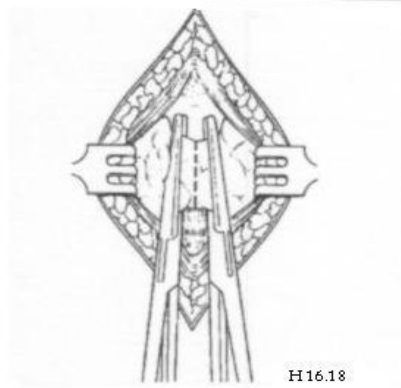


Figure 16.16



H16.17

- Ở trẻ sơ sinh và trẻ em, rạch một đường liên sụn ngang giữa vòng tròn thứ hai và thứ ba (Hình 16.20). Tránh cắt phải khí quản. Đường rạch sẽ được mở tiếp khi cổ được mở rộng bằng cách xuyên khăn tẩm cuộn tròn ở dưới vai.

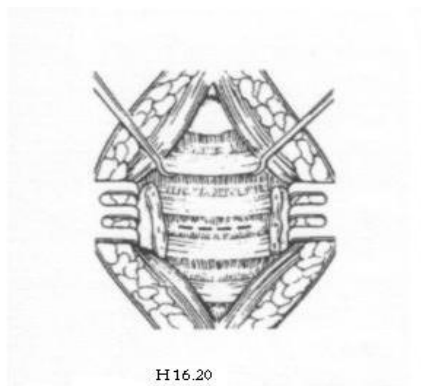


H16.18

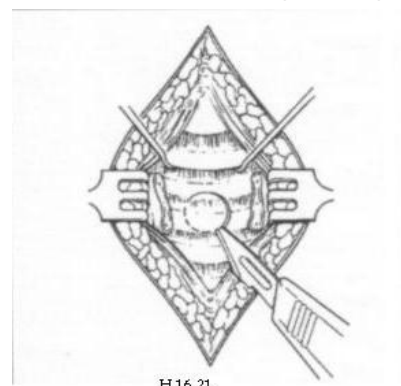


H16.19

- Ở người lớn, cắt một phần nhỏ của khí quản (Hình 16.21). Kích thước của lỗ được tạo ra bởi vết cắt nên vừa với ống thông khí quản.

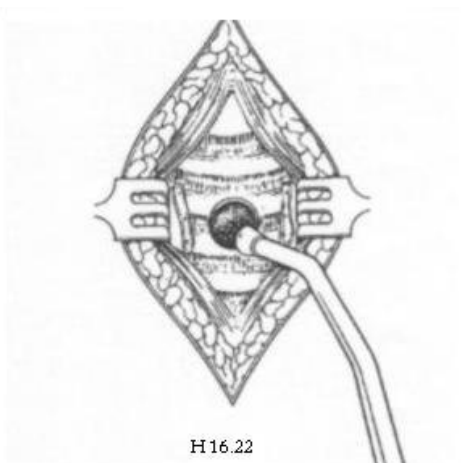


H16.20



H16.21

5. Hút chất bài tiết từ khí quản trong giai đoạn này (Hình 16.22) và hút lại khi đặt ống.



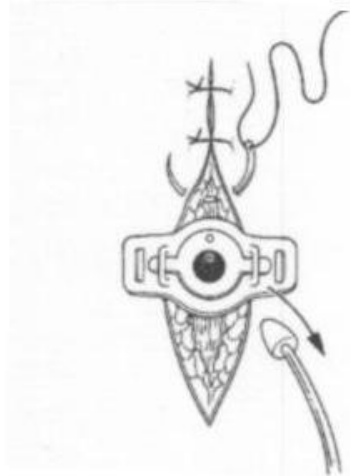
H16.22



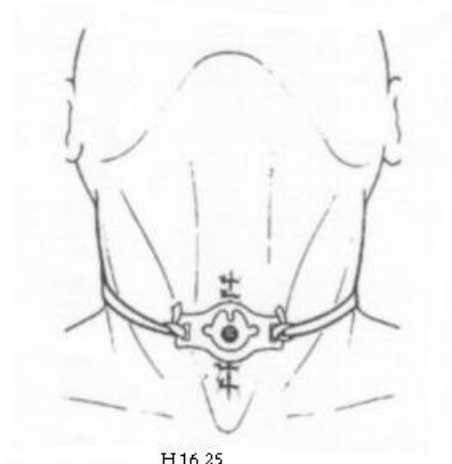
H16.23

6. Đặt bộ ống thông khí quản, tháo nút bịt và khâu nối lỏng da bằng chỉ cỡ 2.0, mũi khâu đứt đoạn (Hình 16.23, 16.24):

- Ở trẻ em, bỏ khăn ở dưới vai ra trước khi khâu da; có thể dùng băng băng lạnh xuyên dưới cổ để gắn các cánh vào ống và giữ nó tại chỗ (Hình 16.25)



H16.24



H16.25

7. Khi đặt ống thông khí quản vào khí quản, cần đảm bảo rằng nó đi vào cân mạc một cách hoàn toàn chính xác. Nếu bệnh nhân đã bị xuyên ống nội khí quản thì cần chắc chắn rằng ống thông khí quản nằm ở dưới ống nội khí quản; nếu cần, rút ống nội khí quản. Đánh giá và xác nhận tình trạng mở của ống thông bằng cách gắn chuông vào ống nghe. Nếu có luồng khí bình thường qua ống thì sẽ nghe thấy tiếng nổ to với mỗi lần thở ra. Khi bị nghẹt bán phần thì tiếng động sẽ nhẹ hơn và ngắn hơn, cùng với tiếng khò khè hay tiếng huyết gió. Nếu ống bị đặt trước khí quản hay bị chặn hoàn toàn bởi các chất bài tiết thì sẽ không nghe thấy âm thanh nào. Tháo và thay ống nếu nghi ngờ ống không mở hay về vị trí của ống.

Chăm sóc sau khi mở thông khí quản

Thường xuyên hút các chất bài tiết ra khỏi cây khí-phế quản bằng một catheter tiết trùng được đưa xuống dưới qua ống thông khí quản. Tránh kích ứng phế quản vì có thể gây ho.

Không khí xung quanh bệnh nhân nên được giữ ẩm và ấm bằng các phương tiện làm ẩm. Khi cần, nhỏ một ít nước muối sinh lý đã được tiết trùng vào phế quản để làm mềm niêm mạc.

Thay ống thông khí quản trong thường xuyên. Nếu ống bên ngoài bị bật ra thì xuyên lại ngay lập tức và kiểm tra vị trí của nó bằng khám lâm sàng và chụp X-quang ngực. Luôn phải có ống dự phòng. Nếu cần thì cho bệnh nhân chuyển viện để điều trị tiếp.

Biến chứng

Các biến chứng thường gặp bao gồm:

- Chảy máu sớm sau mổ
- Nhiễm trùng
- Xẹp phổi
- Hình thành vảy kết

Hẹp khí quản có thể là một biến chứng muộn

CẮT MẠC

Xem bài 18: Chấn thương chỉnh hình (18.8. Biến chứng)

LỖ KHOAN HỘP SỌ

Xem bài 17: Kỹ thuật chỉnh hình (17.6: Lỗ hộp sọ)

Kỹ thuật chỉnh hình

17

17.1. KÉO

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Sử dụng phương pháp kéo thích hợp để điều trị các vết gãy ở chi và cột sống cổ.
- Thực hiện kéo chi qua da hoặc qua xương bằng cách xuyên đinh qua xương xa chỗ gãy
- Thực hiện kéo xương cột sống cổ bằng cách sử dụng băng treo qua cằm và đầu hoặc kẹp sọ.
- Lượng tạ kéo qua hệ thống kéo đối trọng với lực của cơ kéo ngang qua chỗ gãy, làm cho xương được xếp đúng hàng và độ dài.

KÉO QUA DA

Khi kéo da cần phải tạo áp lực lên da để duy trì lực kéo ngang qua xương. Áp lực tối đa khi sử dụng phương pháp này là 5kg. Nếu hơn 50kg thì da sẽ bị trầy xước, hình thành các vết phỏng giộp và bị đau nhức do băng quá chặt bị trượt. Việc băng chặt để đề phòng bị trượt làm tăng nguy cơ tạo ra hội chứng tăng áp lực khoang trong chấn thương chi.

Nếu cần hơn 5kg để kiểm soát chỗ gãy thì thay thế bằng kéo qua xương. Không được thực hiện việc kéo da đối với da bị trầy, rách, vết mổ, loét, mất cảm giác hay bệnh mạch ngoại biên.

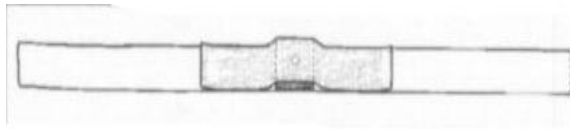
Kỹ thuật

1. Rửa chi bằng xà phòng và nước rồi làm khô. Nếu có thể, dùng bộ kéo có đủ băng dính, dây kéo, thanh dàn rộng và miếng bảo vệ mắt cá bằng bọt biển. Những thứ đó thường không có, do đó có thể ứng phó với các dụng cụ được mô tả dưới đây.

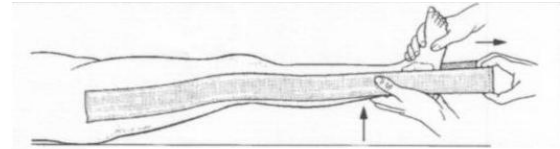
2. Đo độ dài tương ứng của băng dính và đặt nó lên bề mặt để phần có keo dính ngửa lên trên. Trước khi thực hiện điều này cần hỏi xem bệnh nhân có dị ứng với băng dính không

3. Đặt một thanh dài rộng bằng gỗ hình vuông có cạnh khoảng 7,5cm (có lỗ ở giữa) vào giữa băng dính (Hình 17.1)

4. Nhẹ nhàng nâng cao chân lên khỏi giường trong khi kéo theo chiều dọc. Xuyên băng vào mặt giữa và mặt bên của chân để cho thanh dài rộng cách lòng bàn chân 15cm (Hình 17.2)

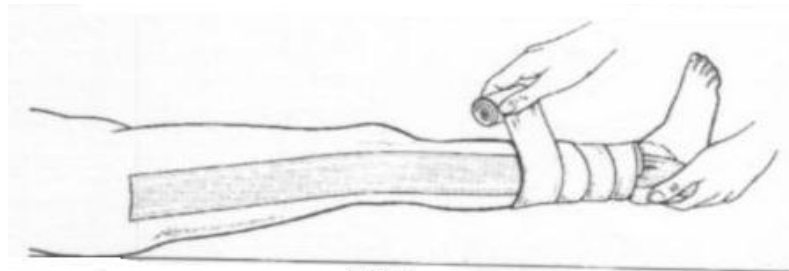


H17.1



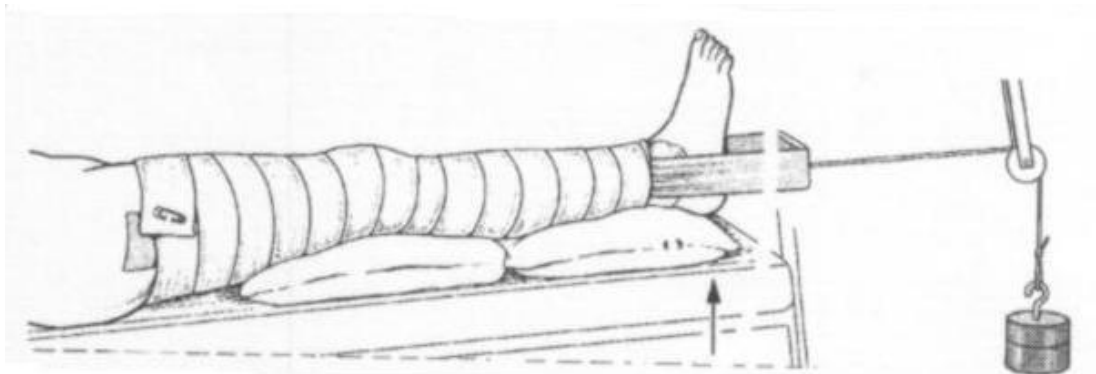
H17.2

5. Lót xương bằng nỉ hoặc len cotton. Quần crêp hay băng gạc thông thường thật chặt qua băng (Hình 17.3)



H17.3

6. Nâng cuối giường và gắn một dây kéo xuyên qua miếng dẫn rộng với tạ kéo có trọng lượng yêu cầu (Hình 17.4). Trọng lượng của tạ kéo của không được vượt quá 5kg.



H17.4

Biến chứng

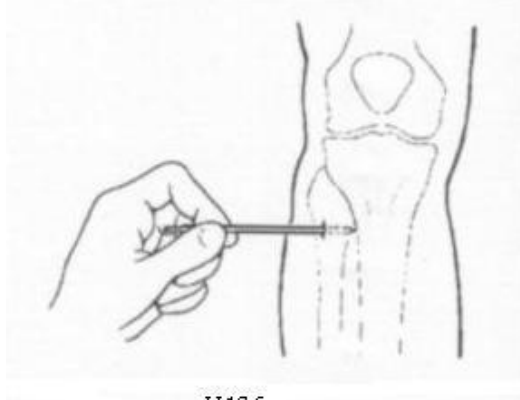
- Phản ứng dị ứng với chất dính
- Hình thành các nốt phỏng giộp và loét điểm tỳ khi băng bị trượt
- Hội chứng tăng áp lực ổ bụng do quần quá chặt
- Tê liệt thần kinh xương mác do quần chặt đầu gối

KÉO QUA XƯƠNG

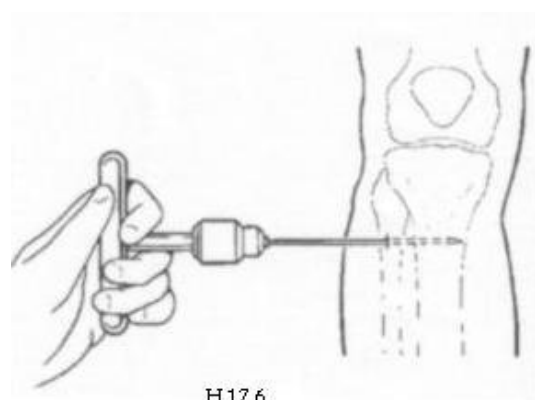
Thực hiện kéo qua xương bằng cách xuyên một chiếc đinh kim loại qua phần xương quay và móc tạ kéo vào đinh. Điều quan trọng là phải xuyên đinh kim loại chính xác để tránh gây tổn thương cho mạch máu, dây thần kinh, khớp và đĩa đệm. Trọng lượng của tạ kéo phụ thuộc vào vết gãy nhưng, nhìn chung là khoảng 1/10 đến 1/7 trọng lượng cơ thể.

Kĩ thuật

1. Khử trùng da và đắp ga tiệt trùng lên vùng xung quanh. Thâm nhiễm da và cá mô mềm dưới xương bằng lidocaine 1% ở cả mặt vào và mặt ra.
2. Thực hiện một đường chọc rạch nhỏ trên da và đưa đinh qua đường rạch theo chiều dọc và tại góc phải đến trục dài của xương. Tiếp tục đưa vào cho đến khi đầu của đinh chạm vào xương nằm dưới (Hình 17.5). Lý tưởng là đinh nên đi qua da và các mô dưới da chứ không đi qua cơ.

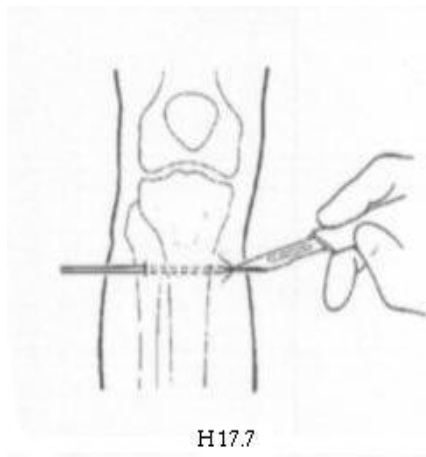


H17.5

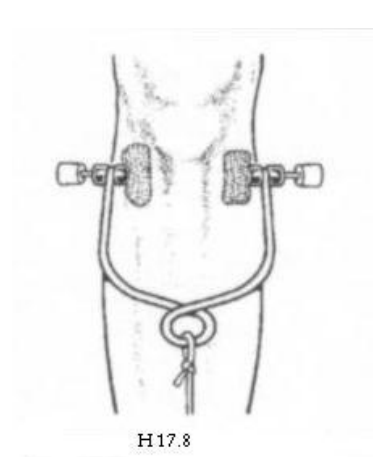


H17.6

3. Xuyên đinh với tay cầm hình chữ T hoặc khoan quay tay (Hình 17.6). Đưa đinh vào cho đến khi nó làm da căng ra ở mặt đối diện và chích một vết nhỏ qua điểm căng đó (Hình 17.7)
4. Băng vết thương ở da tách biệt bằng gạc tiệt trùng. Gắn một chiếc vòng kẹp vào đinh, đẩy 2 đầu đinh bằng 2 cái chặn và thực hiện việc kéo (Hình 17.8)



H17.7



H17.8

5. Thực hiện kéo ngược bằng cách nâng đầu tương ứng của giường hoặc bằng cách xuyên một thanh nẹp tựa vào góc của chi.

Vị trí xuyên đinh

Lỗi củ trước xương chày

Xuyên đinh dài cách củ xương chày 2cm và sau mép trước của xương chày 2cm (Hình 17.5). Bắt đầu trên mặt ngang để tránh chạm vào dây thần kinh xương mác thông thường.

Xương gót

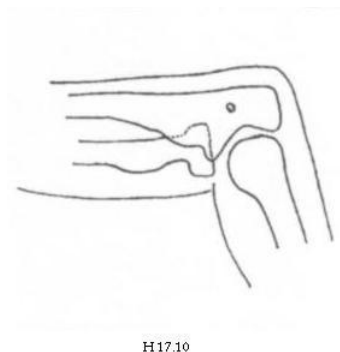
Xuyên đinh 4,5m về phía trên và 4cm về phía dưới so với đầu mắt cá giữa (Hình 17.9). Bắt đầu trên mặt giữa để tránh chạm vào động mạch sau xương chày và dây thần kinh và tránh đi vào khớp dưới sên.

Lỗi cầu xương đùi

Xuyên đinh từ mặt giữa, tại phần giữa xương, ở mức của cực gần của xương bánh chè.



H17.9



H17.10

Mỏm khuỷu

Xuyên đinh từ mặt giữa của xương trụ cách đầu mỏm khuỷu 2cm và trước vỏ sau 1cm. Cần lưu ý để tránh chạm vào dây thần kinh xương trụ (Hình 17.10)

Biến chứng

- Nhiễm trùng ở vết đinh thường xảy ra:
 - Da có vẻ bị viêm và có dịch chảy ra; đinh bị lỏng
 - Kiểm soát nhiễm trùng bằng cách rửa vết thương, thay băng và cho dùng kháng sinh

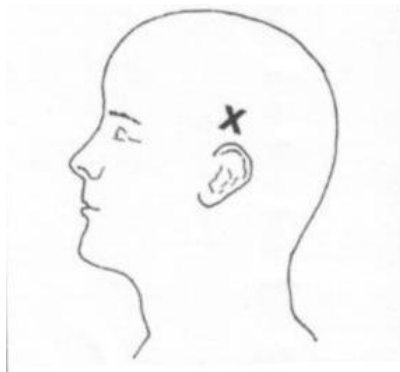
- Nếu không có kết quả thì xuyên một cái đinh mới tại chỗ khác hoặc dùng kéo.
- Có thể phòng ngừa cứng khớp bằng các bài tập tích cực và tích cực có trợ giúp

KÉO SỢ

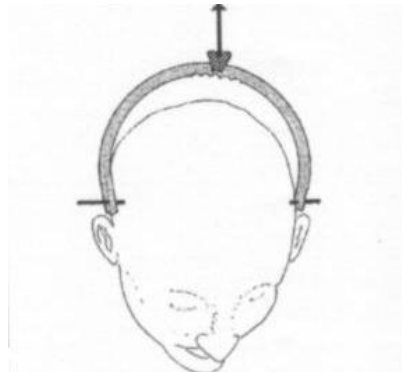
Sử dụng biện pháp kéo sọ trong những trường hợp bị chấn thương và nhiễm trùng ở cột sống cổ. Có thể dùng kẹp Gardner-Wells hoặc dụng cụ vòng

Kĩ thuật: Kẹp Gardner-Wells

1. Xuyên đinh dưới vành xương sọ tại đường của ống tai ngoài, trên đỉnh loa tai 2-3cm (Hình 17.11 và 17.12).



H17.11



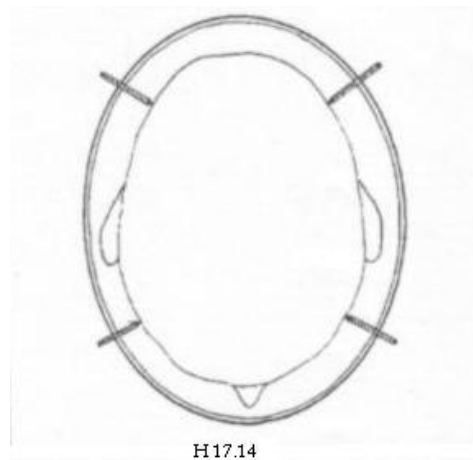
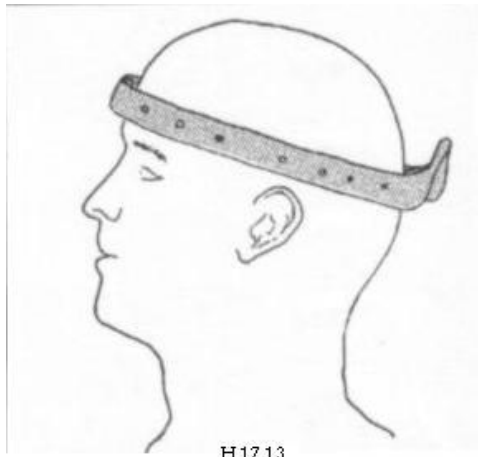
H17.12

2. Chuẩn bị da đầu bệnh nhân bằng cách cạo tóc và rửa da bằng dung dịch sát khuẩn.
3. Xác định vị trí kẹp chính xác và đánh dấu điểm xuyên đinh
4. Thâm nhiễm các vùng xuyên đinh bằng lidocaine 1% và xuyên qua da dưới xương. Xuyên đinh bằng cách lần lượt vít chặt từng đầu cho đến khi đạt 3,6 momen. Vít chặt bằng tô vít momen đặc biệt hoặc dùng hai ngón tay cầm chặt tô vít để xoắn đinh
5. Băng vết thương bằng gạc tiệt trùng và dùng tạ kéo phù hợp. Làm chặt đinh một lần nữa vào ngày sau đó rồi để như thế trừ khi nó bị lỏng ra.

Kĩ thuật kéo bằng vòng

1. Xác định kích thước vòng bằng cách đo chu vi đầu hoặc bằng cách ước chừng. Cần chuẩn bị các điểm gắn rộng từ 1-2cm
2. Đặt đầu bệnh nhân ra ngoài giường và giữ bằng dụng cụ giữ đầu đặc biệt hoặc nhờ trợ lý giữ giúp. Vòng kẹp nên ở ngay trên lông mi và tai (Hình 17.13).

3. Dùng hai chiếc đinh sau-ngang và hai chiếc đinh ngang 1/3 trán. Có thể đặt xa chân tóc vì yếu tố thẩm mỹ nhưng nên đặt ở ngay trước cơ thái dương (Hình 17.14).



4. Cạo tóc dưới các vùng đã chọn để xuyên đinh, sát khuẩn da đầu và thâm nhiễm bằng lidocaine 1% qua 4 lỗ đã chọn.
5. Đưa đinh vào các lỗ vít. Yêu cầu bệnh nhân nhắm mắt trong khi thực hiện thủ thuật.
6. Tiếp theo, làm chặt các đinh liên tục ngang qua các đường chéo. Nếu có tô vít momen thì vặn ở mức 34-35kg. Nếu không có thì xoắn ốc chặt trong khi giữ tô vít bằng hai ngón tay.
7. Xoắn chặt thêm một lần nữa sau 1-2 ngày và sau đó nếu nó bị lỏng ra.

KÉO CHI

Dưới đây là ví dụ về việc thực hiện kéo chi trên và chi dưới

Hình 17.15: Kéo Dunlap

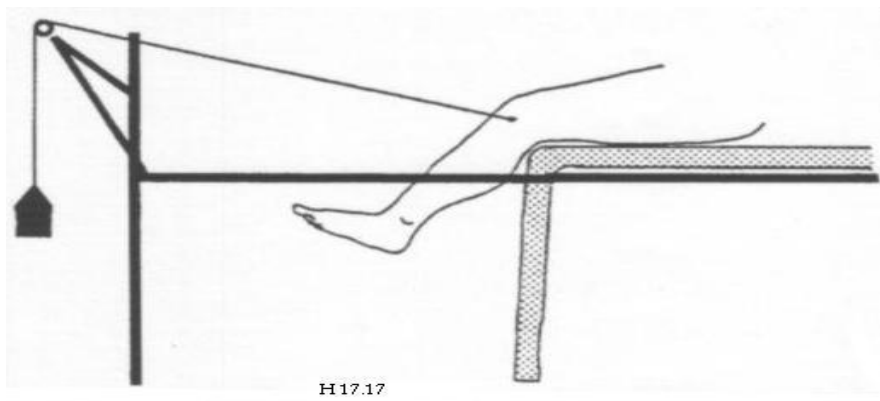
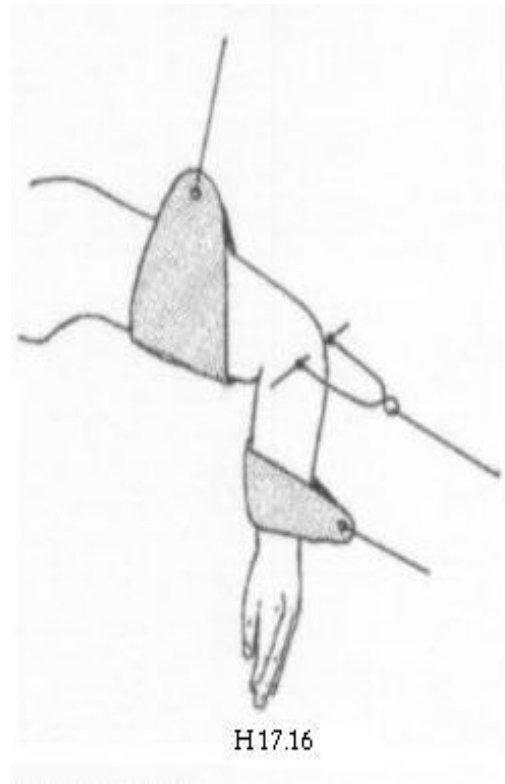
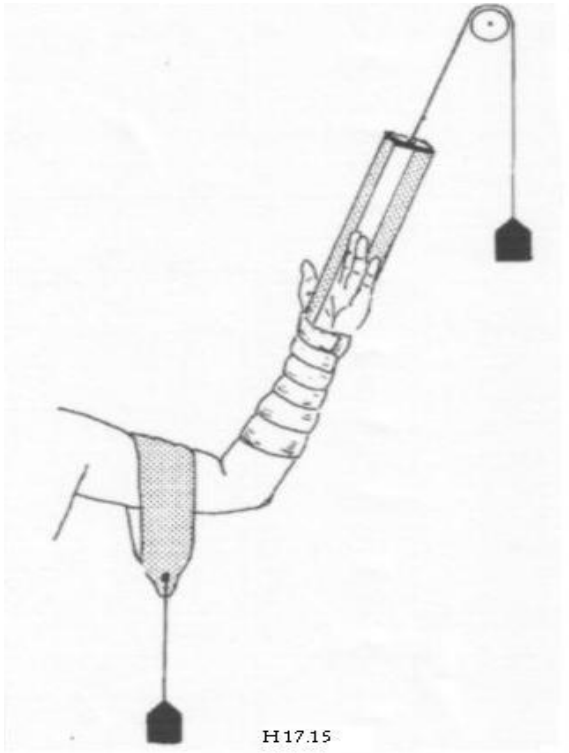
Hình 17.16: Kéo mỏm khuỷu

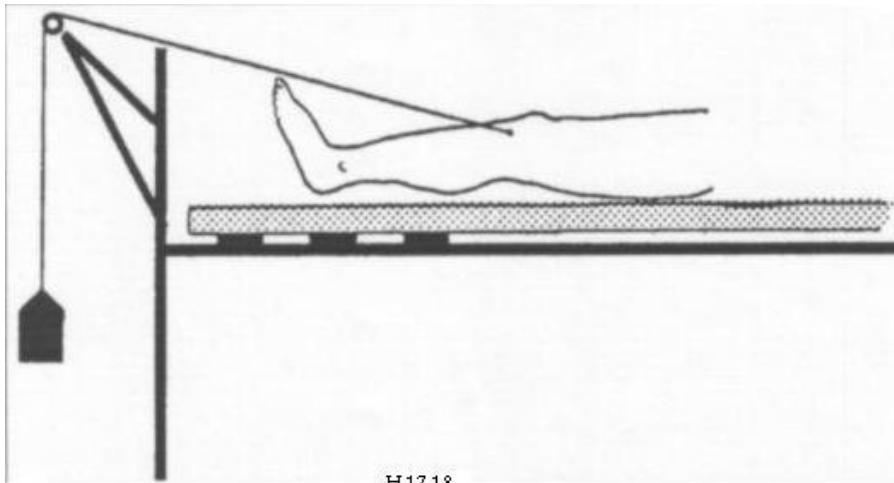
Hình 17.17: Kéo Perkin

Hình 17.18: Kéo Perkin

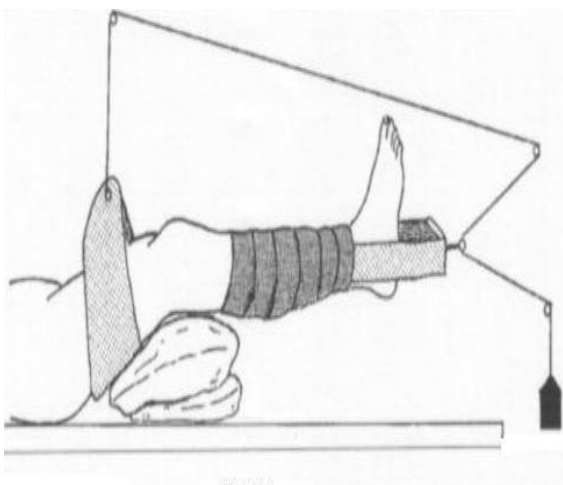
Hình 17.19: Kéo Russel

Hình 17.20: 90/90 treo cân bằng

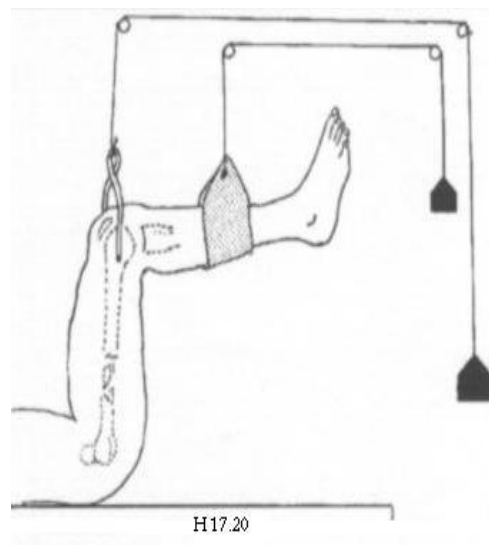




H17.18



H17.19



H17.20

17.2. BÓ BỘT VÀ NẸP

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

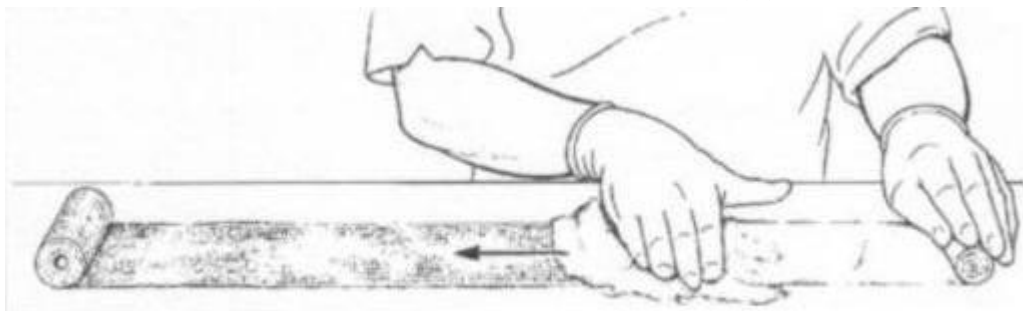
- Bó bột và nẹp tạo sự bất động chi hoặc cột sống sau khi bị chấn thương hoặc trong các trường hợp bất thường về xương hay mô mềm
- Dùng thạch cao hoặc sợi thủy tinh để thực hiện bó bột và nẹp
- Nếu cần, gỗ và bìa cứng có thể dùng để nẹp tạm thời
- Bột được bó xung quanh chi tạo ra sự cố định cứng hơn so với nẹp

NGUYÊN VẬT LIỆU

Thạch cao của băng Paris

Thạch cao của băng Paris được cung cấp ở dạng làm sẵn hoặc có thể tự làm.

Để chuẩn bị thạch cao của băng Paris, dùng băng gạc (vải muxolin) dài 500cm và rộng 15cm. Trải một phần cuộn băng lên bàn khô, mặt nhẵn lên trên, đổ bột thạch cao lên và dàn đều (canxi sulfat khan hoặc thạch cao)(Hình 17.21)



H17.21

Trải bột vào mặt lưới của các sợi cotton một cách nhẹ nhàng nhưng chắc chắn, cẩn thận cuộn phần đã có bột lại. Bắt đầu tương tự như thế với phần tiếp theo cho đến khi toàn bộ cuộn băng được trải bột. Băng thạch cao có thể sử dụng ngay hoặc bảo quản ở nơi khô ráo để sử dụng sau này.

Sợi thủy tinh

Băng bằng sợi thủy tinh và nguyên liệu nẹp được cung cấp ở dạng cuộn làm sẵn. Nó nhẹ hơn thạch cao và không thấm nước nhưng khó tháo và đắt hơn

BÓ BỘT

1. Làm sạch da và băng các vết thương. Nếu cần thì cho chỉ định dùng thuốc giảm đau. Để chi ở tư thế đúng. Đo chiều dài của đoạn chi cần bó để làm nẹp bột. Đặt dây rạch dọc và cuộn bông mỡ hoặc giấy bản. (Hình 17.22)
2. Ngâm nẹp bột, băng bột và vát bột. Bột ngâm đủ nước khi hết bọt khí nổi lên. Không được vát bột quá khô (Hình 17.23)



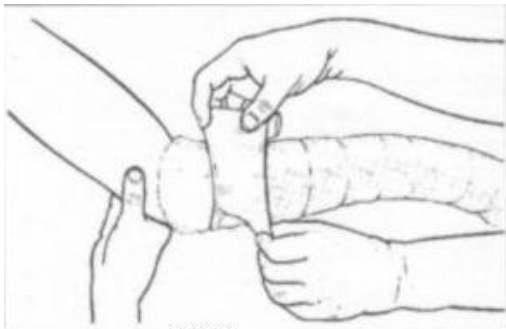
H17.22



H17.23

3. Đặt nẹp bột vào mặt sau của chi và các vị trí tăng cường. Quấn bột đủ chặt, vòng băng bột sau phủ lên 2/3 vòng trước (Hình 17.24)

4. Quấn bột vòng quanh những chỗ xương nhô ra. Để chừa 3cm tại mép trên và mép dưới của bột để tránh bị kích ứng do phần cuối của bột gây ra. (Hình 17.25)



H17.24

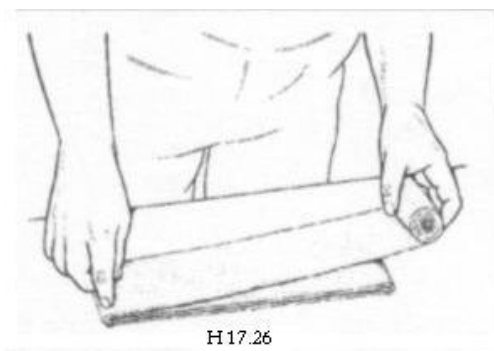


H17.25

5. Bột sẽ khô hoàn toàn sau 24 giờ, do đó cần khuyên bệnh nhân cẩn thận để không làm bột bị móp, méo hoặc để vật nặng lên trong thời gian này. Nếu thấy các dấu hiệu như sưng, đau, tê, tím ở các ngón tay thì cần thông báo ngay cho bác sĩ để xử trí.
6. Kỹ thuật bó bằng sợi thủy tinh cũng tương tự như bó bột nhưng sợi thủy tinh sẽ chặt sau 30 phút và sau đó thì không bị ảnh hưởng bởi nước nữa.

NEP

1. Đo chiều dài cần thiết của thanh nẹp. Đặt 3-5 lớp đệm đã đo lên mặt phẳng và đặt 5-10 lớp thạch cao lên trên bề mặt miếng đệm (Hình 17.26)
2. Túm các lớp thạch cao ở mỗi đầu, chìm vào nước và nhẹ nhàng nắm mà không được vắt. Đặt thạch cao ảm lên miếng đệm và dùng lòng bàn tay vuốt thẳng
3. Đặt nẹp lên chi, cạnh của miếng đệm hướng về phía bệnh nhân, dùng băng hoặc gạc quấn lại (Hình 17.27)



H17.26



H17.27

Chỉ dẫn đối với bệnh nhân

Chỉ dẫn cho bệnh nhân hoặc người thân đi cùng hay những người có mặt trong phòng bó bột. Sử dụng ngôn ngữ đơn giản để bệnh nhân có thể hiểu như ví dụ dưới đây

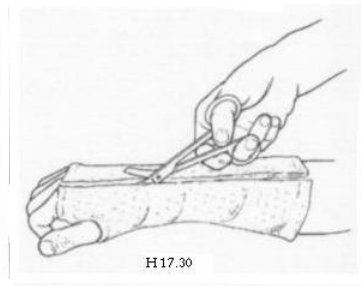
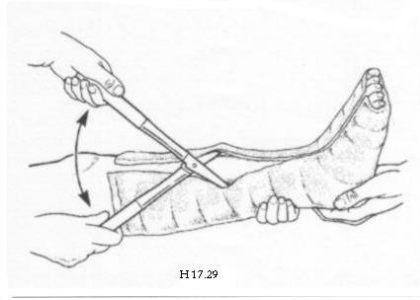
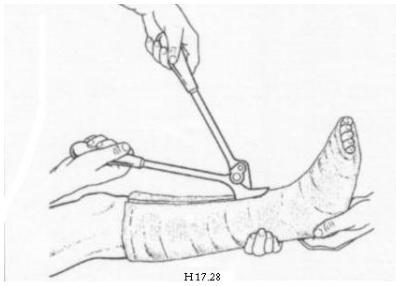
Chăm sóc bột và nẹp

- Giữ bột /nẹp luôn khô
- Không được gãi da dưới bột hoặc nẹp bằng vật nhọn hay tù
- Để bột khô trong vòng 24 giờ trước khi đặt vật nặng lên hoặc đặt bột lên bề mặt cứng
- Đối với các thương tích cấp, nâng phần bị thương trong vòng 24-48 giờ và cử động các ngón tay/chân thường xuyên
- Quay lại cơ sở y tế ngay nếu:
- Bột/nẹp bị ẩm, mềm hoặc vỡ
- Bị đau tăng dần
- Bị tê hoặc đau nhói dây thần kinh hoặc khó cử động ngón tay/chân
- Màu sắc của da chân/tay thay đổi
- Bột/nẹp có mùi hôi

THÁO BỘT

Tháo bột bằng cưa điện dao động hoặc bằng kéo cắt thạch cao (Hình 17.28)

1. Cắt hai đường dọc bề mặt của bột, tránh vùng xương nhô lên. Bắt đầu cắt từ dưới đáy, sau đó làm lỏng bột (Hình 17.29)
2. Hoàn tất việc tách bột và nẹp bằng kéo cắt thạch cao, cẩn thận để không làm tổn thương đến lớp da ở dưới (Hình 17.30)
3. Trong các trường hợp phức tạp hoặc nếu bệnh nhân là trẻ em thì làm mềm thạch cao bằng nước pha dấm, sau 10-15 phút thì tháo ra dễ như tháo băng thường.



Biến chứng

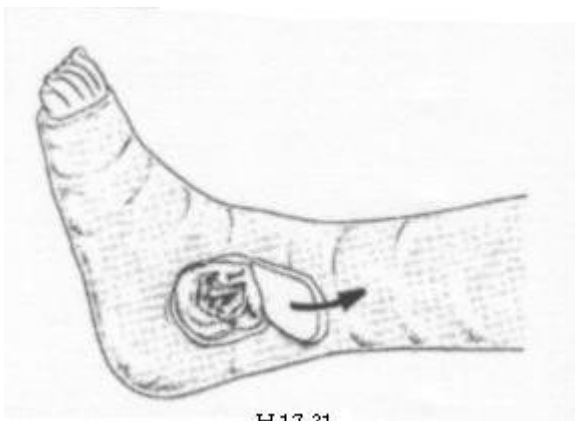
Phần lớn các vấn đề xảy ra do kỹ thuật ban đầu không đảm bảo

Loét điểm tỳ

Loét điểm tỳ là do da bị hoại thư vì áp lực tại chỗ tạo bởi mặt trong của bột. Chúng xuất hiện ở vùng xương nhô ra do quá trình bó bột không chuẩn và do dị vật ở dưới bột. Các vùng hay bị là: ụ chằm, cột sống cổ (C₆-C₇), bả vai, gai đốt sống đặc biệt vùng cùng cụt, mào chậu - mấu chuyển lớn - gót chân - mắt cá chân (ngoài), vùng khớp khuỷu - đầu dưới xương trụ, khớp gối...

Vùng bị áp lực bắt đầu có những điểm đau nhưng nếu bỏ qua thì da nằm ở dưới trở nên tê vì vết thương hở phát triển. Khi dẫn lưu thì thường có mùi hôi. Điều trị loét điểm tỳ như sau:

1. Xuyên bột mới hoặc tạo một cửa sổ ở bột cũ tại vùng nghi ngờ (Hình 17.31). Nếu có ổ loét thì rửa vết thương và điều trị bằng cách thay băng thường xuyên
2. Băng lỗ trên bột và thay cửa sổ. Băng kín để giữ thạch cao tại chỗ (Hình 17.32)



Giộp da

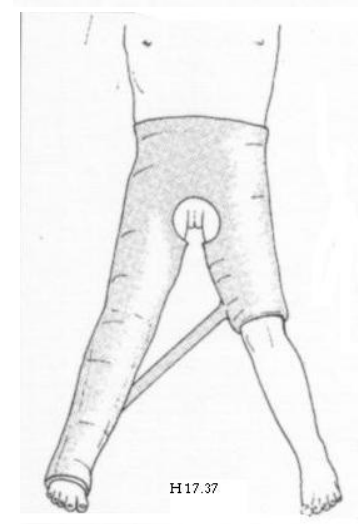
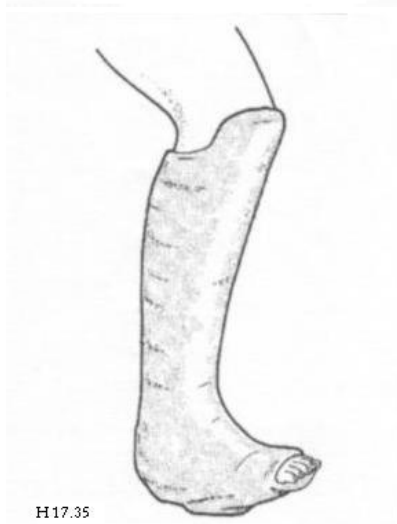
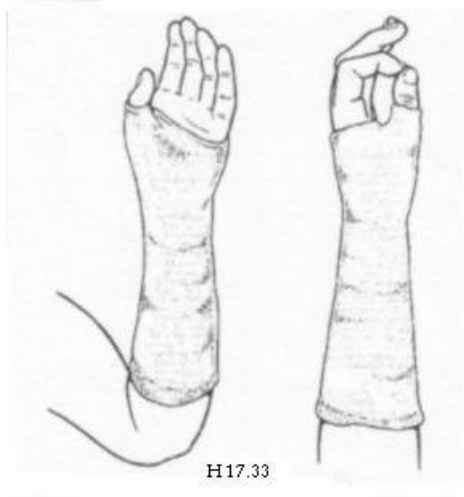
Da ở dưới bột trở nên khô và có vảy vì các biểu mô bị thải không ra hết. Da cũng có thể bị mắc cảm với thạch cao hoặc dị ứng với sợi thủy tinh nên xuất

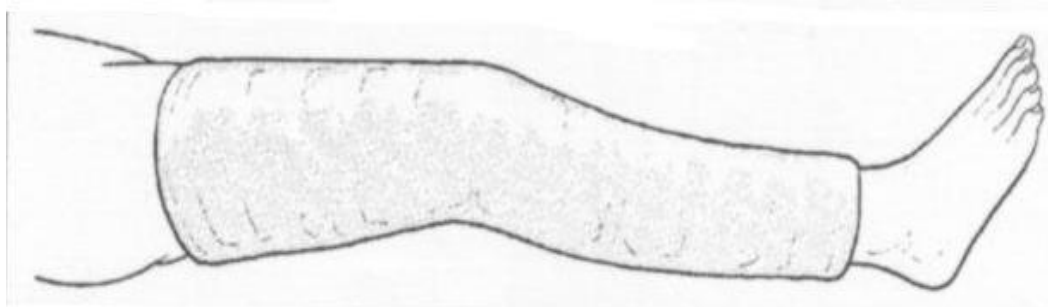
hiện viêm da. Khi thời tiết nóng, nhiễm trùng do tụ cầu khuẩn có thể làm cho bệnh nhân bị đau dữ dội và bị viêm da mủ

Các thuốc kháng sinh toàn thân kháng histamin và nâng chi có thể làm dịu triệu chứng trong vòng 48 giờ. Trong các trường hợp nặng hoặc không thấy có tiến triển thì sử dụng phương pháp điều trị vết gãy

Các loại bó bột và nẹp

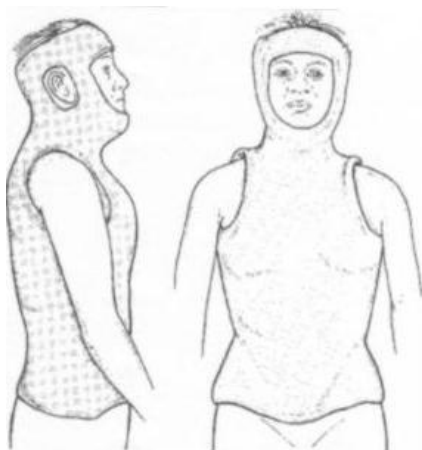
- Hình 17.33: Bó bột chéo ngón cái tay ngắn
- Hình 17.34: Bó bột tay dài
- Hình 17.35: Bó bột mang gân xương bánh chè ngắn
- Hình 17.36: Bó bột hình trụ





H17.36

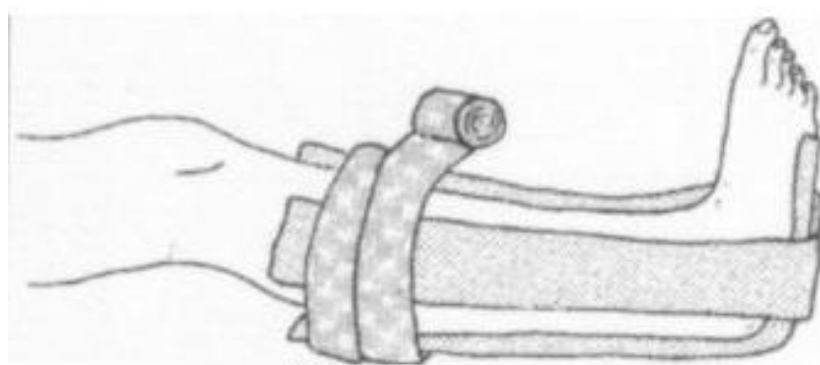
- Hình 17.37: Bó bột chéo hông
- Hình 17.38: Áo Minerva
- Hình 17.39: Nẹp kẹp đường miệng
- Hình 17.40: Nẹp mắt cá 3 đường



H17.38



H17.39



H17.40

17.3. CỔ ĐỊNH NGOÀI

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Cổ định ngoài là một kĩ thuật cố định chỗ gãy bằng cách đặt đinh vào xương phía trên và phía dưới chỗ gãy và nối đinh với một thiết bị bên ngoài
- Vị trí gãy được điều chỉnh bằng cách thay đổi bộ phận bên ngoài
- Có thể thay bằng cho vết thương, mở ổ, đóng kì hai hoặc ghép da

VẬT LIỆU

Bố trí khung cố định vừa với phần bị gãy và đảm bảo sự ổn định (Hình 17.41 và 17.42)

Dùng đinh có một phần có ren xoắn, đường kính 3-6cm là tốt nhất, nếu không có thì vẫn có thể dùng đinh nhọn. Một nửa đinh có ren xoắn ở cuối (Hình 17.41) và đinh cố định xuyên thì có ren xoắn ở giữa (Hình 17.42)

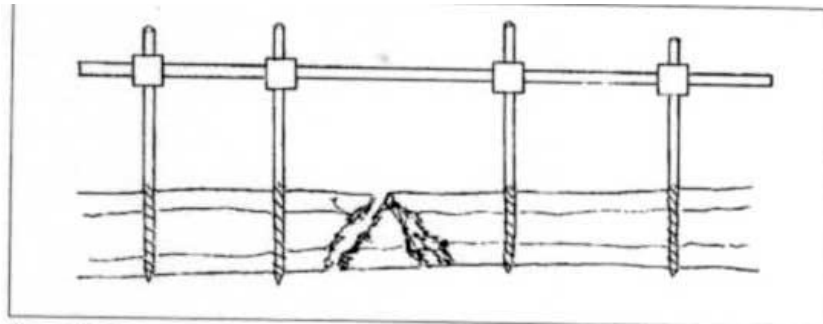
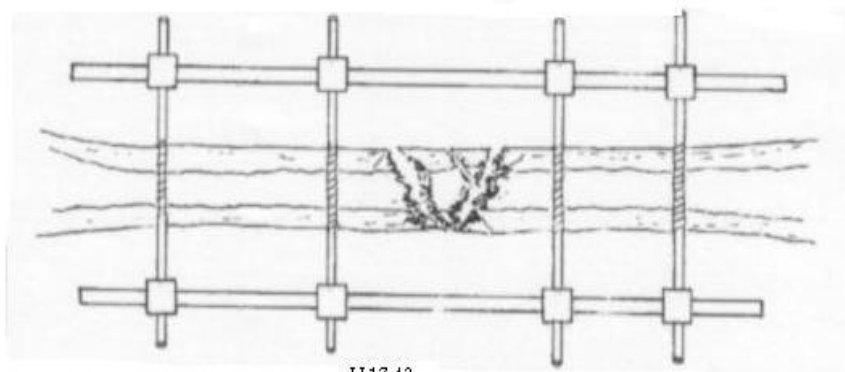


Figure 17.41



H17.42

Khung nối bao gồm các clamp để giữ đinh để mở rộng khoảng cách giữa các bộ đinh. Khung có thể mua hoặc tự làm. Khung đơn giản nhất là được tạo bởi các thanh kim loại hoặc gỗ buộc chặt với đinh bằng thạch cao Paris. Các thiết bị đồng bộ hơn sẽ tạo được sự ổn định lớn hơn và linh hoạt hơn.

Kĩ thuật

1. Chuẩn bị và đắp chi bằng ga đã được khử trùng. Để xuyên đinh có thể dùng gậy tê tại chỗ ở vùng thực hiện thủ thuật nhưng nếu bị gãy nhiều thì có thể phải gây mê toàn thân. Xuyên đinh ở vùng an toàn để tránh làm tổn hại đến các mạch máu và dây thần kinh. Các vùng có thể xuyên bao gồm:

- Mép dưới da của xương chày
- Xương gót
- Xương quay
- Xương trụ

Dùng một nửa đinh ở xương quay và xương trụ. Tiếp cận xương cánh tay và xương đùi từ mặt ngang, tiếp sau là màng ngăn giữa các cơ; cũng chỉ dùng một nửa đinh cho các loại xương này

2. Rạch một đường nhỏ qua vùng xuyên đinh tại vùng đã được sát khuẩn. Đưa đinh nhọn vào xương và khoan xuyên qua cả hai lớp vỏ. Tại vùng đã có một nửa đinh thì phải cẩn thận để không đưa đinh sang bên kia vỏ thứ hai. Khi sử dụng đinh cố định xuyên thì đưa đinh qua da ở mặt đối diện, để phần nhô ra vừa đủ để gắn với khung ở cả hai mặt (Hình 17.42)

3. Băng bằng băng tiệt trùng vòng quanh đinh và gắn với khung. Để tăng độ ổn định, xuyên khung gắn với da để có thể nhìn rõ phần băng

4. Dùng ít nhất 2 đinh cho mỗi mảnh xương chính để đảm bảo sự ổn định khi quay. Có thể dùng đinh thứ ba để tăng sự ổn định nhưng nếu dùng quá 3 chiếc đinh cho một mảnh vỡ thì cũng không đem lại lợi ích gì hơn. Sắp xếp đinh cho thẳng hàng dọc theo trục dài của xương. Khoảng cách rộng giữa các đinh trong mỗi mảnh xương sẽ đảm bảo sự ổn định của toàn bộ khung.

Biến chứng

- Tổn thương thần kinh và mạch máu do đinh
- Nhiễm trùng gần đinh thường xảy ra. Điều này có thể được giảm thiểu bằng cách vệ sinh da tại vùng đóng đinh hàng ngày. Phần lớn các nhiễm trùng là ở bề mặt và có thể được kiểm soát bằng rửa tại chỗ hoặc kháng sinh. Nếu không hết nhiễm trùng thì nên rút đinh và xuyên lại đinh mới ở vùng khác.

17.4. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT

- Chẩn đoán hình ảnh bao gồm các kỹ thuật hình ảnh khác nhau: Chụp X-quang, siêu âm, scan xương, MRI scan, CT scan
- X-quang là kỹ thuật thông dụng nhất có thể thực hiện được ở bệnh viện tuyến huyện
- X-quang rất hữu ích trong chẩn đoán và điều trị nhưng các bác sĩ thực hành cần có khả năng xử trí các ca bệnh mà không có nó
- Chụp X-quang thông dụng và hữu ích nhất bao gồm chụp lồng ngực, cột sống, xương chậu và các chi; chụp X-quang xương sọ thường cho kết quả hạn chế vì nó không cho biết hoặc xác nhận những tổn hại nội sọ nguy hiểm đến tính mạng.
- Đối với các bệnh nhân bị rối loạn bụng cấp bao gồm thương tích do chấn thương thì siêu âm là phương pháp được lựa chọn đầu tiên ở những nơi có điều kiện
- Nếu được các kỹ thuật viên có tay nghề cao thực hiện thì độ nhạy của siêu âm đối với việc dự đoán xuất huyết trong phúc mạc là khoảng 90% và có thể lên đến gần 100%

Chụp X-quang thông thường được thực hiện bằng cách đưa tia X - một sóng điện từ có bước sóng trong khoảng 10 nanômét đến 100 picômét (tức là tần số từ 30 PHz đến 3EHz) qua cơ thể người để có được một hình ảnh trên phim (hình ảnh analog) hoặc trên máy dò điện tử (hình ảnh kỹ thuật số). Đối với những dạng vật chất có phân tử lượng càng cao thì khả năng đâm xuyên của tia X càng giảm và ngược lại. Chụp X-quang cho ta thấy được những chi tiết kiến trúc của một bộ phận như xương phổi.

Chiếu X-quang thì cần những tia X có độ đâm xuyên trung bình từ 70-80 Kv nhưng cường độ thì rất thấp, chỉ cần từ 1,5-3mA. Chiếu X-quang có thể cho phép xoay bệnh nhân ở nhiều hướng khác nhau để khám xét các bộ phận theo đủ mọi hướng.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) sử dụng công nghệ tương tự. Đây là phương pháp đo tỷ trọng X-quang của những thể tích cơ bản trong một lớp cắt. Phương pháp này tạo những hình ảnh của một lớp cắt cơ thể trong đó nghiên cứu các tỷ trọng chính xác hơn hình ảnh X-quang thường trên 100 lần.

Chụp cộng hưởng từ (MRI) không dùng tia X, nó mang đến những thông tin thuộc lĩnh vực hoá học bằng cách khai thác từ tính của các nhân nguyên tử (cộng hưởng từ hạt nhân)

Chụp siêu âm cắt lớp dùng siêu âm là sóng có tần số cao trên 20KHz. Siêu âm được dùng trong chẩn đoán có tần số từ 2 Mhz đến 10 Mhz tùy theo yêu cầu thăm khám. Siêu âm không gây tác hại như tia X, do đó thăm khám siêu âm vô hại và có thể dùng để thăm khám cho thai phụ.

Chụp X-quang thông thường là kỹ thuật được dùng nhiều nhất ở các bệnh viện tuyến huyện. Điều quan trọng là phải quyết định được cần những thông tin gì từ kết quả chụp X-quang. Nếu kết quả không làm thay đổi biện pháp điều trị thì đừng lãng phí nguồn lực để cho bệnh nhân chụp X-quang.

Ở nhiều nơi, thiết bị không đủ để cho một kết quả chụp X-quang đáng tin cậy. Cần phải có khả năng điều trị ban đầu có hoặc không có kết quả chụp X-quang. Không được lãng phí X-quang hay gửi bệnh nhân đi xa để chụp khi họ đang trong tình trạng cấp cứu. Cuốn cẩm nang này đưa ra các phương pháp chẩn đoán và điều trị phần lớn các tổn thương, có hoặc không sử dụng X-quang.

Kỹ thuật

Chụp X-quang cần có một máy phát bằng điện để tạo ra tia X, chụp và phương pháp rửa phim. Thiết bị này có thể được xuyên ở phòng chụp X-quang hoặc sử dụng di động trong các buồng bệnh, phòng mổ hay phòng cấp cứu. Máy di động thường không cho ra được hình ảnh với chất lượng cao như máy cố định nhưng hữu dụng đối với các bệnh nhân bị gãy xương đang điều trị bằng phương pháp kéo hoặc các bệnh nhân bị thương nặng không thể di chuyển an toàn đến phòng chụp X-quang được.

Dưới đây là những cách chụp và chiếu cơ bản thường dùng. Do quy trình chẩn đoán hình ảnh phải phù hợp với từng loại bệnh nhân nên cần thông báo cho nhân viên chụp X-quang và kỹ thuật viên về thông tin chẩn đoán cần thiết và những gì bác sĩ muốn chứng minh hay loại trừ

Đầu

Thường chụp ở tư thế nằm để thuận tiện cho việc bất động bệnh nhân. Tư thế ngồi chỉ dùng trong trường hợp tìm mức nước hoặc bơm thuốc cản quang vào các não thất.

Ngực

- Chụp xương ức: chụp chéo và chụp nghiêng

- Chụp khớp ức –đòn: Bệnh nhân nằm chéch hoặc nằm sấp thẳng,
- Chụp lồng ngực toàn bộ: Bệnh nhân đứng hoặc ngồi, bệnh nhân nằm
- Chụp xương sườn nghiêng: hai tay giơ cao và chéo sau đầu

Bụng

Bụng: đau bụng cấp(đứng, nằm ngửa)

Bụng: chấn thương bụng (nằm ngửa và nhìn ngang)

Cột sống

- Cột sống cổ: (chụp thẳng, nghiêng, chéch)
- Cột sống lưng: (chụp thẳng, nghiêng)
- Cột sống thắt lưng:(chụp thẳng, nghiêng, chéch)
- Chụp xương cùng: (chụp thẳng, nghiêng)

Khung chậu

- Chụp thẳng: bệnh nhân nằm ngửa, trục của xương cùng-cụt tiếp theo cột sống lưng và thắt lưng, theo đường giữa phim.
- Chụp khớp cùng-chậu: chụp thẳng trước ra sau, chụp thẳng sau ra trước, chụp chéch,

Các chi

- AP và nhìn ngang bao gồm khớp trên và dưới xương
- Chụp xiên và nhìn đặc biệt ở những vùng cụ thể.

Vai

Chụp xương bả vai thẳng hoặc nghiêng

Mắt cá

Nhìn xoay vào ở góc 15 độ

Đầu gối

Chụp đầu gối thẳng , đầu gối nghiêng và chụp khe khớp đầu gối giữa hai lồi cầu

17.5. VẬT LÝ TRỊ LIỆU

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Vật lý trị liệu làm cho hệ cơ xương hoạt động trong khi xương, cơ bị tổn thương hay các vết nối liền lại
- Duy trì vận động sớm trong quá trình lành vết thương giúp phòng tránh huyết khối tĩnh mạch, loét đẫm tỳ và làm tăng chức năng phổi

TẠI SAO, AI, CÁI GÌ VÀ NHƯ THẾ NÀO

Tại sao?

Các chi bị bất động rất nhanh chóng bị mất khả năng thông qua sự không hoạt động của cơ, xương và khớp. Lượng cơ giảm đi và sức mạnh cũng giảm đi. Không phải mang trọng lượng nên xương mất chất khoáng và trở nên dễ bị thương tổn và gãy. Sự vận động của khớp cần thiết cho việc nuôi dưỡng các sụn khớp; nếu khớp bị bất động trong thời gian dài, các mô hình sợi sẽ bắt đầu phát triển ngang qua bề mặt khớp.

Mục đích của vật lý trị liệu là để phòng tránh những thay đổi này và giữ cho hệ cơ xương hoạt động trong khi chờ các xương, cơ và vết nối liền lại. Các cơ quan khác cũng được hưởng lợi rõ ràng do chức năng hồi phục: duy trì vận động bình thường giúp phòng tránh huyết khối tĩnh mạch và tăng chức năng phổi.

Ai nên cung cấp dịch vụ vật lý trị liệu?

Tất cả những người cung cấp dịch vụ này nên có hiểu biết giống nhau về nội dung và các kỹ thuật cơ bản của vật lý trị liệu. Nếu có bác sĩ vật lý trị liệu thì người này nên điều khiển trị liệu nhưng thường cần một số người khác tham gia cùng. Nếu không có bác sĩ vật lý trị liệu thì những cán bộ y tế khác nên gánh trách nhiệm này. Những người này có thể là:

- Trợ lý vật lý trị liệu
- Y tá
- Bác sĩ điều trị
- Nhân viên trợ y
- Gia đình bệnh nhân

Bệnh nhân và các thành viên trong gia đình nên được huấn luyện cách thực hiện những chức năng cần thiết và nên được phát một bản hướng dẫn rõ ràng. Cuối cùng, cần phải tạo được động lực cho bệnh nhân bằng cách xác định được kết quả của quá trình vật lý trị liệu.

Cần những vật liệu gì?

Không cần máy móc đắt tiền. Phần lớn vật liệu có thể có tại chỗ hoặc nhờ thợ mộc làm khi có đủ vật liệu.

Trang thiết bị cơ bản bao gồm:

- Khung overhead tại giường: cần cho một số giường, đặc biệt là nếu sử dụng phương pháp kéo.
- Nạng và khung tập đi: Cần được cung cấp sẵn
- Ống xóp bên trong hoặc các loại vật để đệm khác: sử dụng cho các bệnh nhân đang điều trị bằng phương pháp kéo để tránh bị loét điểm tỳ.
- Tạ kéo: tạ kéo dùng cho việc kéo dài chi

Quá trình trị liệu nên được thực hiện như thế nào?

Căn cứ vào loại thương tích và khả năng thực hiện của bệnh nhân mà sử dụng các kỹ thuật khác nhau. Bắt đầu bằng một loạt vận động và kéo dài các chi bị ảnh hưởng khi tình trạng của thương tích cho phép. Điều này sẽ thay đổi khi quá trình liền vết thương tiến triển và được mô tả trong phần các thương tích đặc thù, bài 18: Chấn thương chỉnh hình. Bắt đầu vận động và kéo dài các chi bị thương tích càng sớm càng tốt.

Kỹ thuật

Kỹ thuật được phân loại như sau:

- Tích cực: bệnh nhân cử động chi có hoặc không có sự chống đối
- Tích cực có hỗ trợ : bệnh nhân cử động khớp với sự giúp đỡ của kỹ thuật viên vật lý trị liệu
- Bị động: Một mình kỹ thuật viên vật lý trị liệu cử động khớp

Trị liệu tích cực và tích cực có hỗ trợ được ưa dùng trong nhiều trường hợp.

Thể dục đẳng trường

Thể dục đẳng trường bao gồm liên kết cơ không có cử động khớp và nó có tác dụng ngang qua các khớp bị thương tổn để giữ cho các cơ hoạt động

Cử động với trọng lực

Cử động với trọng lực cho phép các chi trở nên phụ thuộc trong khi không mang khớp và cho phép cử động với áp lực nhỏ lên xương. Nó làm việc hiệu quả với các thương tích ở vai

Hỗ trợ tập đi

- Bằng gậy, nạng, khung tập đi
- Trọng lượng xuyên lên chi được phân loại như sau:
 - Không mang trọng lượng: chi được giữ cách mặt đất
 - Chạm dưới: Trọng lượng lên chi chỉ dừng lại ở mặt đất, tạo ra ít lực ngang qua vùng hông hơn so với không mang trọng lượng
 - Mang một phần trọng lượng: Xuyên một phần trọng lượng cơ thể lên chi, một phần lên thiết bị hỗ trợ và thay đổi trọng lượng khi vết thương lành.
 - Mang toàn bộ trọng lượng: thiết bị hỗ trợ được dùng để giữ thẳng bằng và trong tình huống cấp cứu.

17.6. LỖ KHOAN HỘP SỌ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Tụ máu ngoài màng cứng và dưới màng cứng làm tăng áp lực nội sọ và gây ra tổn thương thần kinh
- Đặc điểm lâm sàng của tăng áp lực nội sọ bao gồm giảm ý thức, mạch chậm, đồng tử giãn, liệt nhẹ bán thân
- Giảm áp lực bằng lỗ nhỏ hộp sọ là thủ thuật cấp cứu để cứu sống bệnh nhân

ÁP LỰC NỘI SỌ

Tăng áp lực nội sọ sẽ gây ra các thương tích thứ phát đối với não. Nguyên nhân gây tăng áp lực nội sọ là:

- Sung não do tổn động CO₂ trong não
- Giảm ôxy huyết
- Giảm huyết áp
- Tụ máu dưới màng cứng, ngoài màng cứng và tụ máu nội sọ

Các đặc điểm lâm sàng của tăng áp lực nội sọ bao gồm:

- Rối loạn ý thức
- Mạch chậm
- Đồng tử giãn
- Co giật khu trú
- Liệt nhẹ nửa người
- Rối loạn các chức năng sống

Tụ máu ngoài màng cứng cấp và tụ máu dưới màng cứng cấp là hai tình trạng duy nhất có thể được hưởng lợi từ lỗ nhỏ hộp sọ. Bệnh sử chấn thương và chẩn đoán lâm sàng rõ ràng là cần thiết trước khi tiến hành thủ thuật.

Tụ máu ngoài màng cứng cấp

Các dấu hiệu truyền thống bao gồm:

- Mất ý thức xen lẫn với tỉnh táo, với hiện tượng rối loạn phát triển nhanh
- Chảy máu động mạch màng não giữa với sự gia tăng nhanh áp lực nội sọ
- Phát triển hiện tượng liệt nhẹ nửa người ở bên đối diện với đồng tử giãn ở cùng phía và hiện tượng rối loạn phát triển nhanh

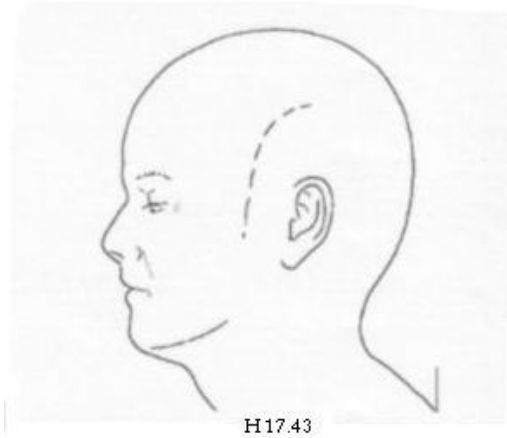
Tụ máu dưới màng cứng cấp

Tụ máu dưới màng cứng cấp với máu bị đông cục ở khoảng dưới màng cứng. Các triệu chứng thần kinh xuất hiện trong vòng 72 giờ sau khi chấn thương và thường xuất hiện vào những giờ đầu. Ngoài các dấu hiệu thay đổi tri giác, các triệu chứng thần kinh đặc biệt có thể khác nhau phụ thuộc vào vị trí của khối máu tụ: đau đầu, nhìn mờ, thay đổi tính khí, nói khó, liệt nhẹ nửa người hay liệt nửa người thực sự.

Xử trí bằng phẫu thuật. Tạo lỗ nhỏ hộp sọ để dẫn lưu máu tụ thường là thủ thuật cấp cứu để cứu bệnh nhân.

Kỹ thuật

1. Cạo và chuẩn bị hộp sọ tại vùng thái dương giữa tai và giới hạn ngoài của ổ mắt bên phía nghi ngờ bị nén(Hình 17.43)
2. Thâm nhiễm da đầu bằng thuốc gây tê tại chỗ và rạch một đường dài 3cm qua da và mạc thái dương. Tách cơ thái dương và rạch màng xương. Kiểm soát chảy máu bằng những chiếc banh vết mổ hoặc đốt điện. Gây tê tại chỗ bằng epinephrine cũng giúp kiểm soát chảy máu bề mặt(Hình 17.44)

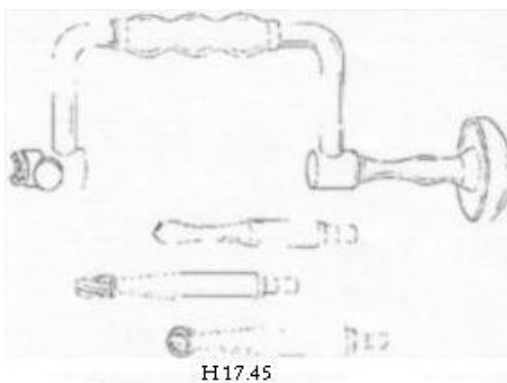


H17.43

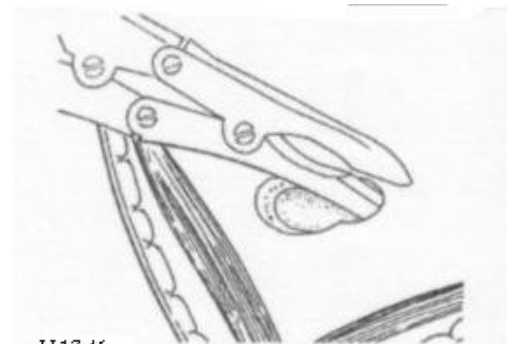


H17.44

3. Tạo lỗ nhỏ 2cm trên và dưới mỏm ổ mắt của xương đằng trước. Dùng máy khoan cắt, bắt đầu tạo một lỗ qua mặt ngoài và trong. Dùng một chút lực khi cắt mặt trong để tránh đâm xuyên qua não. Chuyển sang khoan hình nón hoặc hình trụ để làm chỗ mở rộng ra một cách cẩn thận (Hình 17.45)



H17.45



H17.46

4. Nếu cần, làm rộng chỗ mở tiếp bằng đục thô (Hình 17.46):

- Kiểm soát chảy máu từ nhánh trước của động mạch màng não giữa bằng cách đốt hoặc thắt.
- Kiểm soát chảy máu tĩnh mạch
- Kiểm soát chảy máu xương bằng sáp xương

5. Hút toàn bộ ổ tụ máu ngoài màng cứng bằng bơm tay. Nếu không tìm thấy ổ tụ máu ngoài màng cứng thì tìm ổ tụ máu dưới màng cứng. Nếu có thì cần nghĩ đến việc mở màng cứng để giải phóng ổ tụ máu hoặc bố trí chuyển bệnh nhân lên tuyến trên. Nếu không tìm thấy ổ tụ máu thì khoan lỗ ở bên đối diện để loại trừ chảy máu dội

6. Khâu da đầu bằng hai lớp. Nếu có hiện tượng rò dịch màng cứng thì không dùng dẫn lưu mà đóng vết thương chặt để phòng ngừa hiện tượng rỉ kéo dài và nhiễm trùng thứ phát.

Chấn thương chỉnh hình

18

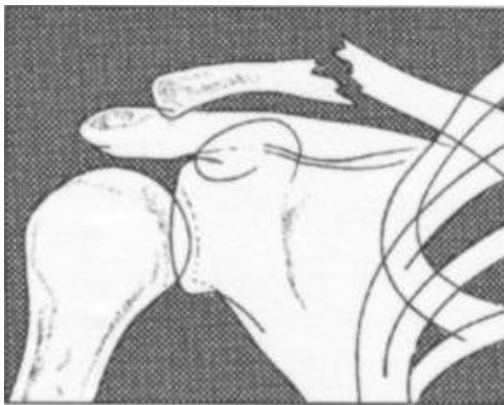
18.1. CHẤN THƯƠNG CHI TRÊN GỖY XƯƠNG ĐÒN

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng
- Điều trị bằng băng treo và cử động sớm
- Chỗ gãy sẽ liền sau 4 tuần đối với trẻ em và 6-8 tuần đối với người lớn

Đánh giá

Thăm khám lâm sàng cho thấy xương đòn giữa và xương đòn xa bị mềm, sưng, biến dạng và thường nghe tiếng răng rắc. Chụp X-quang để xác nhận chẩn đoán nhưng không nhất thiết.(Hình 18.1)



H18.1



H18.2

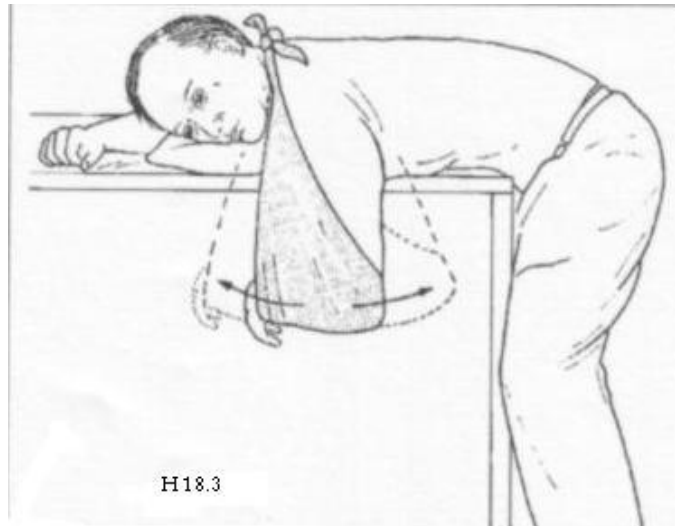
Điều trị

- Dùng một chiếc băng đeo như trong hình 18.2; băng số 8 sẽ thuận tiện hơn nhưng không giúp cho chỗ gãy liền lại.

- Các chỗ gãy sẽ liền mà các chức năng ít hoặc không bị mất. Bệnh nhân nên tiếp tục đeo băng cho đến khi hết đau. Sẽ mất khoảng 4-6 tuần đối với người lớn và 3-4 tuần đối với trẻ em.

Phục hồi chức năng

Bắt đầu tập mở rộng khuỷu tay và treo tay trong vòng vải ngày (Hình 18.3)



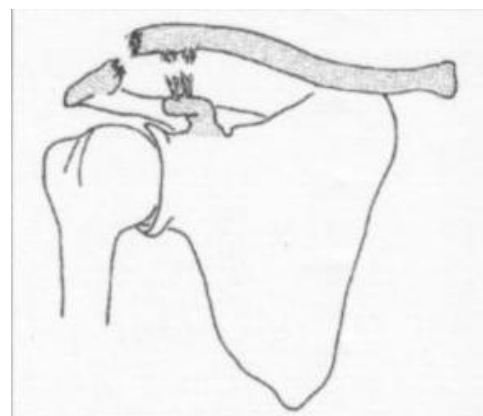
H18.3

TRẬT KHỚP CÙNG ĐÒN

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng
- Điều trị bằng băng treo tay
- Khi dễ chịu hơn, bắt đầu thực hiện các loại cử động và làm khỏe cơ tích cực trên vai

Trật khớp cùng đòn thường do ngã giáng đầu vai xuống. Các trường hợp được phân loại bằng số lượng vết gãy phía trên của xương đòn (Hình 18.4)



H18.4

Đánh giá

Khớp cùng đòn mềm khi sờ nắn và cuối xương đòn nhô lên. Không nhất thiết phải chụp X-quang nhưng cần xác nhận chẩn đoán nếu có chỗ gãy

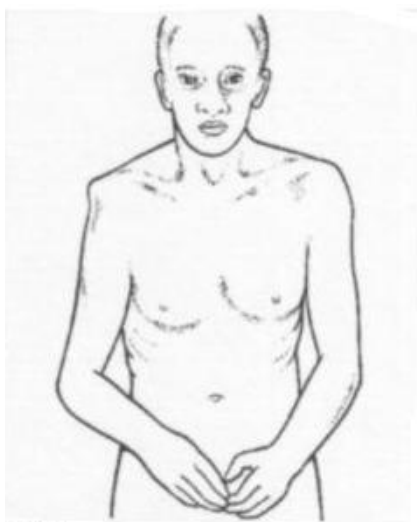
Điều trị

- Dùng băng treo tay để hỗ trợ trọng lượng của tay và loại bỏ lực làm biến dạng của khớp. Điều này không giữ cho khớp ở vị trí đúng về phương diện giải phẫu nhưng việc duy trì biến dạng sẽ gây ra mất chức năng
- Tháo băng treo hàng ngày để khuỷu tay được mở rộng. Bắt đầu tập treo tay khi dễ chịu hơn và bắt đầu làm khoẻ cơ tích cực trước tuần thứ 2

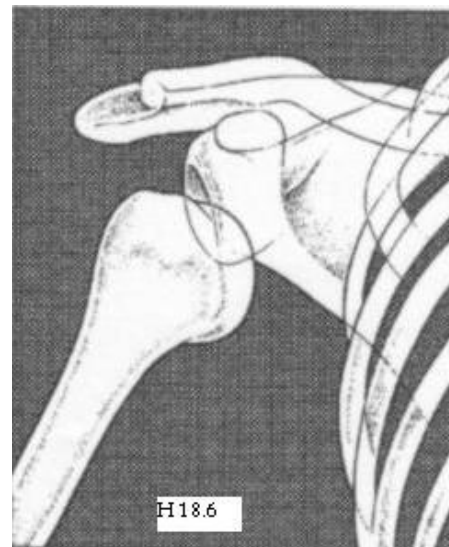
TRẬT KHỚP VAI

Khớp vai là khớp linh hoạt nhất của cơ thể. Tuy nhiên, sai khớp vai là tổn thương thường gặp nhất trong các chấn thương vùng vai. Những tổn thương thường thấy trong sai khớp vai lần đầu là bong phức hợp sụn viền-dây chằng, khuyết xương bờ ổ chảo, tổn thương đụng dập đầu trên xương cánh tay.

Đánh giá (Hình 18.5,18.6)



H18.5



H18.6

- Đau, sưng nề, bất lực vận động khớp vai.
- Tư thế cánh tay giạng và xoay ngoài.
- Biến dạng vùng vai: Mỏm cùng vai dô, vai vuông, dấu hiệu mắc áo, dấu hiệu nhát rìu dưới mỏm cùng vai.
- Dấu hiệu lò xo: khi làm động tác dạng/khép cánh tay.
- Rãnh Delta ngực đầy.
- Sờ thấy hõm khớp rỗng, chỏm xương nằm ở rãnh Delta ngực.

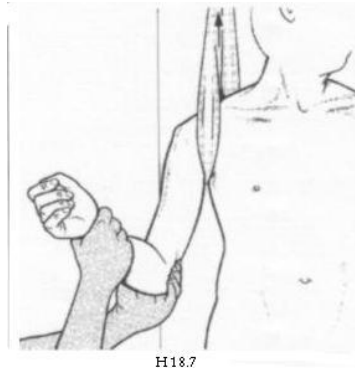
Điều trị (Hình 18.7,18.8,18.9)

1. BN nằm ngửa trên bàn hoặc trên sàn

2. Dùng đai da/vải bạt quấn qua nách bên sai khớp treo qua vai lành giao cho trợ lý số 1 kéo giữ.
3. Trợ lý số 2 cầm lấy cổ tay bệnh nhân kéo theo trục chi, đồng thời tay dạng dần ra, càng dạng nhiều càng tốt.
4. Người nắn dùng 2 ngón tay cái đẩy chỏm xương về vị trí ổ khớp. Sau khi nắn chỉnh xong cho chụp X-quang để kiểm tra, hết sai khớp và không có biến chứng gãy xương
5. Cố định cánh tay khép xoay trong trong 2 tuần, sau đó cho bệnh nhân tập vận động.



H18.8



H18.7



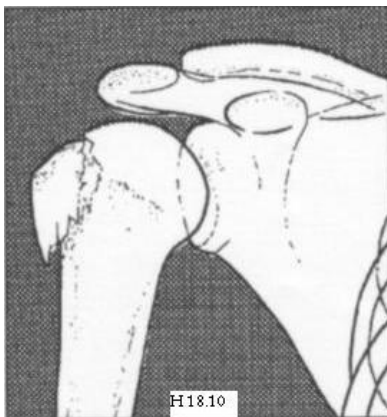
H18.9

GÃY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

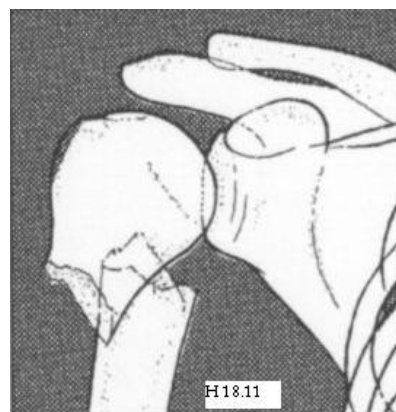
NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Vị trí của chỗ gãy quyết định cách điều trị
- Cần chụp X-quang để đánh giá tổn thương
- Điều trị bảo tồn chỗ gãy di lệch
- Biến chứng chủ yếu là cứng vai

Gãy đầu trên xương cánh tay là do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp và được phân loại theo vùng bị tổn thương:



H18.10



H18.11

- Củ lớn (Hình 18.10)

- Cỏ phẫu thuật (Hình 18.11)
- Cỏ giải phẫu
- Đầu xương cánh tay

Đánh giá

Xem xét tiền sử và khám lâm sàng thấy đau, sưng, mất cử động khớp vai. Cần cho chụp X-quang để xác nhận loại gãy và chỉ dẫn điều trị

Điều trị

Bắt động các chỗ gãy bằng băng treo. Bắt đầu cử động khớp vai sau vài ngày. Điều trị bảo tồn các chỗ gãy khi gây mê. Nếu không tiến triển như mong muốn cần nghĩ đến việc điều trị bằng phẫu thuật.

Bắt đầu vận động càng sớm càng tốt khi bệnh nhân có thể chịu đựng được việc treo cánh tay và thực hiện các bài tập (Hình 18.3). Bắt đầu vận động tích cực chống lại trọng lực hoặc nâng tạ khi chỗ gãy liền. Điều này thường xảy ra vào tuần thứ 6-8

GÃY THÂN XƯƠNG CẢNH TAY

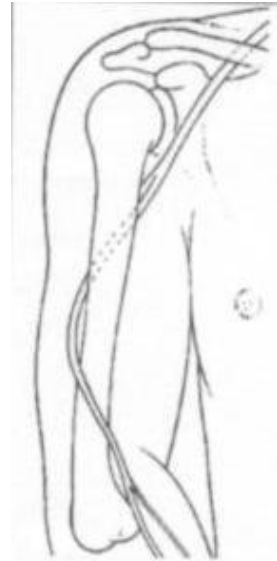
NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Gãy thân xương cánh tay là do chấn thương trực tiếp hay quay tay
- Điều trị bảo tồn bằng nẹp và nẹp bột chữ U
- Biến chứng nghiêm trọng nhất là tổn thương dây thần kinh quay và liên lệch

Gãy thân xương cánh tay là kết quả của chấn thương trực tiếp hay thương tích do quay tay (Hình 18.12). Dây thần kinh quay quấn vòng quanh thân giữa sau của xương và bị thương tổn (Hình 18.13)

Đánh giá

Khám lâm sàng thấy xương mềm, biến dạng và không ổn định. Chụp X-quang để xác nhận chẩn đoán nhưng quan trọng nhất là để xác định vị trí và mức độ liền của chỗ gãy trong quá trình điều trị. Luôn phải kiểm tra chức năng của thần kinh quay trước và sau khi chỗ gãy liền.



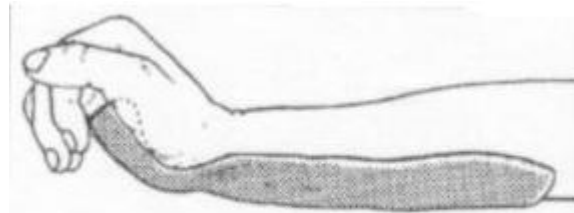
H18.13

Điều trị

Điều trị bảo tồn và dùng nẹp bột chữ U (Hình 18.14). Bột ôm hết nách, ôm vòng qua khối cơ Delta và ôm lấy khuỷu. Bàn tay và khuỷu tay có thể vận động tự do, khuỷu thì có thể vận động một phần.



H18.14



H18.15

Liệt thần kinh quay không liên quan đến vết gãy hở sẽ tự khỏi trong đa số các trường hợp. Treo cổ tay mở rộng và bắt đầu bài tập mở rộng thụ động cho đến khi chức năng vận động quay lại (Hình 18.15)

GÃY TRÊN LÒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là vết gãy phức tạp, không ổn định
- Điều trị bảo tồn sau đó bó bột hoặc kéo
- Trong các trường hợp không tiến triển ở người lớn thì cần điều trị bằng phẫu thuật
- Tồn thương dây thần kinh và động mạch dẫn đến

Các kiểu gãy bao gồm:

- Trên lồi cầu
- Trong lồi cầu (Hình 18.16)
- Gãy mỏm gò xương giữa và ngang
- Gãy biệt lập lồi cầu và rỗng rọc



Đánh giá

Bệnh nhân bị sưng và đau gần khuỷu tay và đau mỗi khi thử vận động. Để chẩn đoán chính xác cần cho chụp X-quang.

Đánh giá tình trạng thần kinh và mạch của tay. Tồn thương động mạch dẫn đến hội chứng khoang ở cẳng tay và liên quan đến:

- Đau nhiều
- Giảm nhạy cảm
- Đau khi mở rộng thụ động các ngón
- Mạch ở cổ tay giảm
- Tay bị tái nhợt

Điều trị

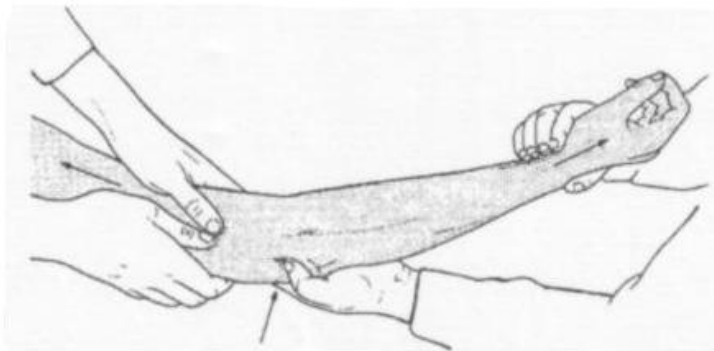
Thực hiện điều trị theo mức độ gãy:

Độ 1: gãy vỏ trước xương cánh tay

Độ 2: gãy hoàn toàn xương cánh tay nhưng không di lệch

Độ 3: gãy hoàn toàn, di lệch nhưng diện gãy vẫn còn tiếp xúc nhau

Độ 4: gãy hoàn toàn, hai đầu gãy di lệch xa nhau không còn tiếp xúc nhau



H18.17



H18.18

Độ 1 và độ 2: điều trị bảo tồn. Bất động với nẹp bột cánh cẳng bàn tay, khuỷu gấp 90 độ trong 3 tuần ,theo dõi 1-2 ngày (độ 1). Đối với gãy độ 2, bất động bằng nẹp bột cánh cẳng bàn tay có rạch dọc. (Hình 18.17,18.18)

Độ 3: nắn và bất động bằng bó bột, nếu thất bại có chỉ định phẫu thuật nắn hở

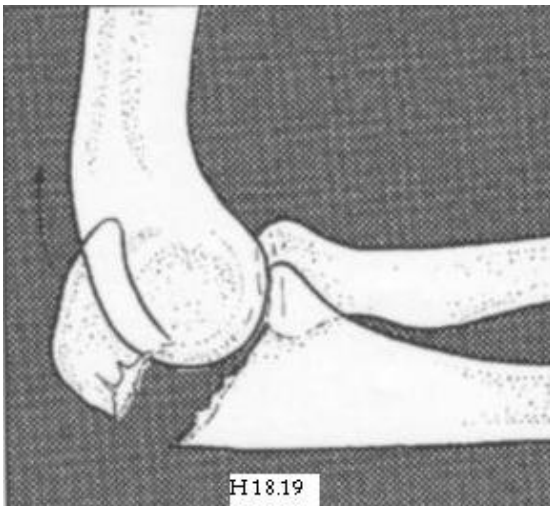
Độ 4: có chỉ định nắn hở ngay để tránh tình trạng thương tổn phần mềm do nắn

GẦY MỠM KHUYỬU

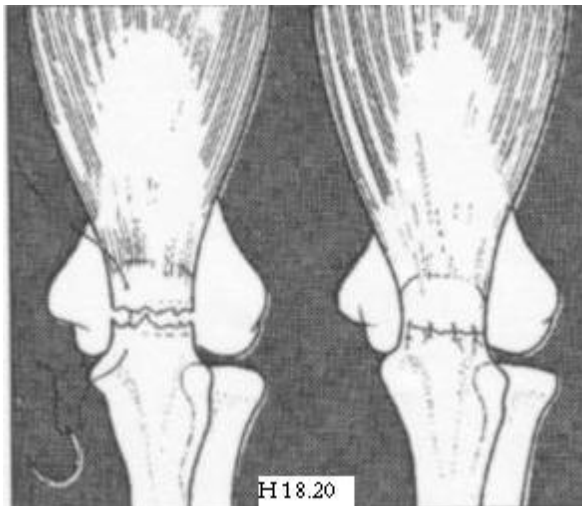
NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng và xác nhận lại bằng chụp X-quang
- Điều trị gãy không di lệch bằng băng treo tay dài ở góc 90 độ
- Dùng băng treo kèm mở rộng khuỷu cho gãy di lệch hoặc ổn định bằng phẫu thuật.

Gãy mỏm khuỷu có thể là do ngã đập khuỷu xuống đất hoặc bị đánh vào mỏm khuỷu. (Hình 18.19)



H18.19



H18.20

Đánh giá

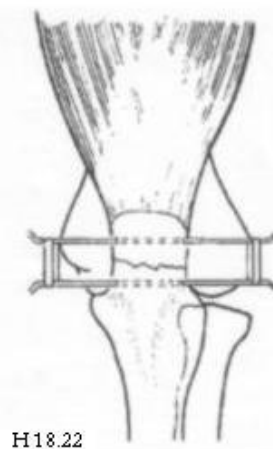
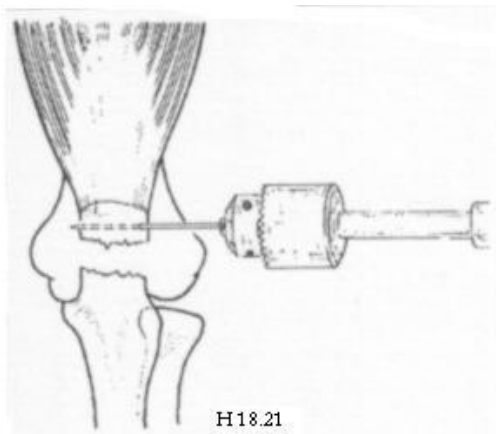
Khám lâm sàng cho thấy mỏm khuỷu bị sưng và sờ thấy gián cách giữa hai đầu gãy. Cần kiểm tra chức năng thần kinh xương trụ. Chụp X-quang để xác nhận chẩn đoán và các tổn thương liên quan

Điều trị

Điều trị gãy không di lệch bằng nẹp, khuỷu gấp 90 độ
 Điều trị gãy di lệch với khuỷu mở rộng hoàn toàn; gãy di lệch có thể được điều trị tốt hơn bằng phẫu thuật

Các phương pháp đơn giản bao gồm:

- Khâu gân cơ tam đầu bị rách (Hình 18.20)
- Thay đinh dưới da bằng băng cao su (Hình 18.21 và 18.22)

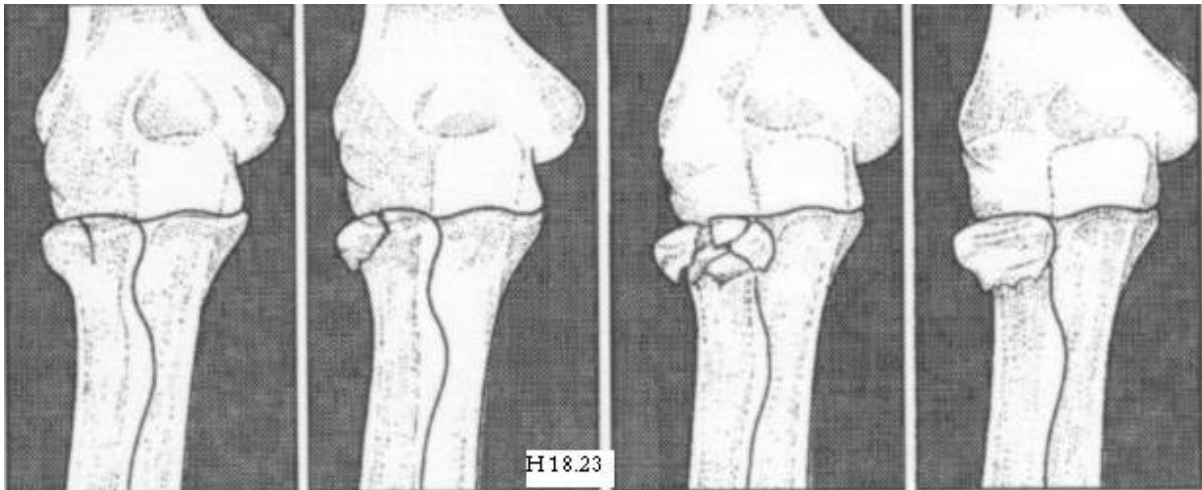


GÃY ĐẦU VÀ CỔ XƯƠNG QUAY

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Với các chỗ gãy bị di lệch ít thì điều trị bảo tồn, nẹp sau và bắt đầu cử động càng sớm càng tốt khi thấy dễ chịu
- Điều trị chỗ gãy di lệch trong khớp bằng cử động s và điều trị bằng phẫu thuật nếu có điều kiện

Đầu xương quay rất quan trọng đối với việc quay sấp và ngửa của cẳng tay cũng như sự vận động linh hoạt và mở rộng tại khuỷu tay. Có thể phân loại gãy bằng sự tham gia của khớp (Hình 18.23)



Đánh giá

Bệnh nhân bị đau và sưng ở mặt ngang của khuỷu tay. Khi bị gãy di lệch ít thì vẫn còn có thể cử động được. Cần chụp X-quang để chẩn đoán

Điều trị

1. Điều trị chỗ gãy di lệch ít bằng băng treo tay và bắt đầu cử động khi có thể
2. Để giảm gãy di lệch của cổ xương quay:

- Đặt ngón tay cái lên đầu xương quay và kéo dọc kèm theo ấn vẹo vào tay
- Nhẹ nhàng xoay cẳng tay trong khi ấn bằng ngón cái vào đầu xoay
- Đặt tay vào băng treo dài
- Bắt đầu cử động ngoài băng treo ở tuần thứ 3

3. Điều trị gãy trong khớp di lệch và gãy vụn bằng cử động sớm.

Nếu có điều kiện thì thực hiện ổn định bằng phẫu thuật hoặc rạch đầu xương quay

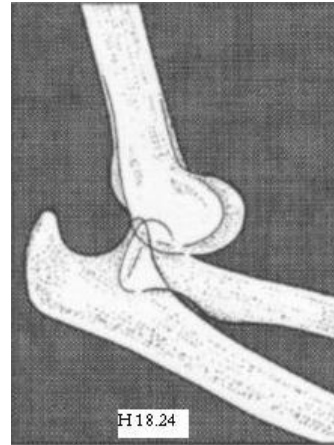
TRẬT KHỚP KHUỖY

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Thương tích xuất hiện do ngã chống bàn tay xuống đất khi khuỷu duỗi.
- Điều trị bảo tồn ngay lập tức
- Ở trẻ em, mòm lồi cầu có thể bị kẹt vào khớp và có thể phải phẫu thuật để tháo ra

Nguyên nhân trật khớp khuỷu thường do chấn thương; ngã ở tư thế chống tay, khuỷu tay duỗi, cẳng tay ngửa (Hình 18.24).

Tổn thương có thể đứt các dây chằng, rách bao khớp, xương có thể bị vỡ, chằng hạn vỡ đầu dưới xương cánh tay, vỡ mỏm khuỷu. Những mảnh vỡ có thể kẹt lại trong khớp và cần phải phẫu thuật để xử lý.



Đánh giá

Triệu chứng trật khớp khuỷu gồm: sau chấn thương bệnh nhân bị sưng, đau và hạn chế vận động khớp khuỷu. Khám thấy khuỷu ở tư thế 50o - 60o; sờ thấy mỏm khuỷu ra sau và lên trên, đầu dưới cánh tay nhô ra trước. Nếu có tổn thương mạch máu, thần kinh sẽ ảnh hưởng đến cảm giác và vận động ngón tay, mạch quay... Chụp Xquang sẽ xác định được trật khớp khuỷu và gãy xương kèm theo.

Điều trị

1. Điều trị bảo tồn ngay lập tức
2. Khi điều trị bảo tồn, khuỷu sẽ thực hiện một loạt các vận động. Sau khi điều trị bảo tồn cần xác nhận vị trí của mỏm lồi cầu bằng chụp X-quang
3. Đặt tay vào nẹp sau ở góc gấp 90 độ
4. Bắt đầu cử động khuỷu sau 10 ngày hoặc ngay sau khi hiện tượng sưng, đau cho phép thực hiện cử động, tháo nẹp trong thời gian ngắn. Dùng nẹp sau 4-6 tuần.

GÃY CẰNG TAY

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Gãy cẳng tay là vết gãy phức tạp, thường phải phẫu thuật để điều trị đối với người lớn.
- Nguyên nhân dẫn đến gãy cẳng tay là:
 - Gãy giữa thân xương
 - Trật Monteggia
 - Gãy trật Galeazzi
- Biến chứng phổ biến nhất là mất phản xạ quay của cẳng tay

Nguyên nhân gãy cẳng tay là do chấn thương trực tiếp hoặc ngã chống tay xuống trong tư thế duỗi làm cho cẳng tay gấp, cong lại và bị bẻ gãy

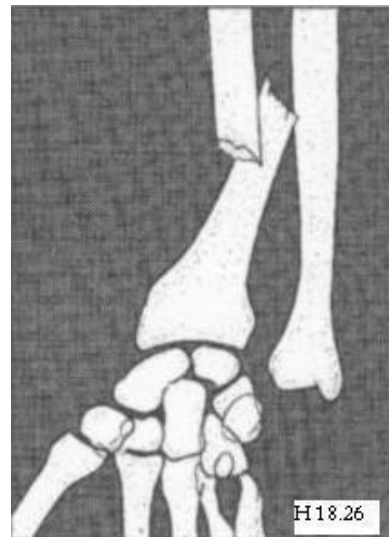
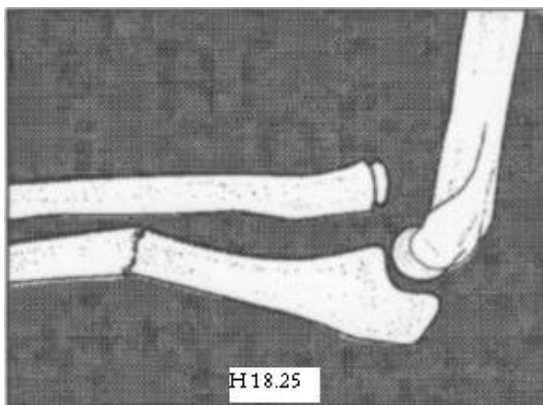
Đánh giá

- Biến dạng cẳng tay rõ (tròn, căng như một cái ống, cong do gấp góc, gồ lên do di lệch sang bên, cẳng tay luôn ở tư thế sấp).
- Điểm đau chói cố định.
- Cử động bất thường và lao xao xương tại vị trí gãy tương ứng.

Chụp X-quang 2 xương cẳng tay để chẩn đoán xác định, cho biết vị trí-tính chất ổ gãy.

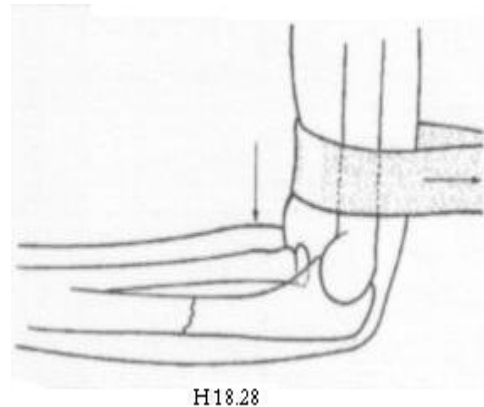
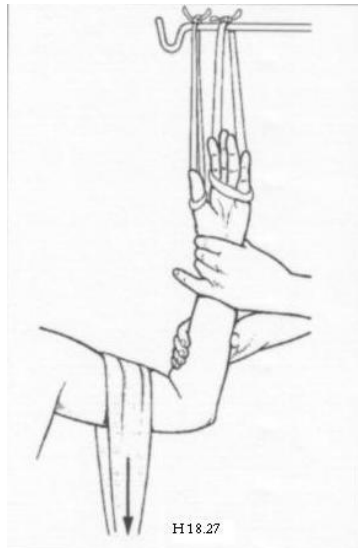
Gãy Monteggia bao gồm 1/3 trên xương trụ và trật khớp quay trụ trên (Hình 18.25)

Gãy Galeazzi là gãy của 1/3 dưới xương quay và trật khớp quay trụ dưới (Hình 18.26)



Điều trị

- Gãy giữa thân có thể ở cả hai xương; điều trị vết gãy ở từng xương bị di lệch ít bằng cách bó bột dọc theo tay, khuỷu gấp 90 độ và cẳng tay ở tư thế trung bình giữa sấp và ngửa.
- Điều trị bảo tồn gãy di lệch và dùng nẹp dọc theo tay; kéo ngón và thao tác cẳng tay với khuỷu gấp 90 độ. Kéo ngược lại trên khuỷu (Hình 18.27)



- Giảm gãy Monteggia như đã mô tả với gãy di lệch (Hình 18.28). Bó bột dọc tay ở tư thế ngửa. Thường mang lại kết quả tốt ở trẻ em còn đối với người lớn thì có thể phải phẫu thuật.
- Điều trị gãy Galeazzi như đã mô tả ở phần gãy giữa thân. Chúng thường không ổn định và thường cần phải phẫu thuật.

Phục hồi chức năng

Bắt đầu cử động ngoài bột ở tuần 6-8

GÃY XA XƯƠNG QUAY

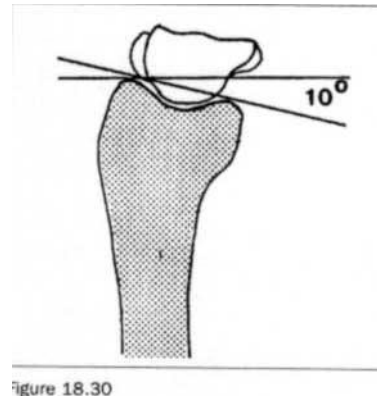
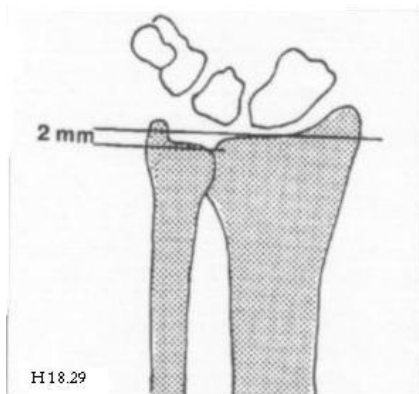
NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT

- Gãy xa xương quay là một trong những loại gãy chi trên thường gặp nhất
- Thường điều trị bảo tồn và dùng nẹp bột chữ U
- Kết quả điều trị bảo tồn có thể được kiểm tra trên phim chụp X-quang
- Biến chứng thường gặp nhất là sai lệch vị trí và mất cử động

Gãy xa xương quay xuất hiện do ngã chống tay thẳng xuống đất. Hướng biến dạng phụ thuộc vào vị trí cổ tay tại thời điểm va chạm (Hình 18.29)

Mục đích của việc điều trị là bảo tồn vị trí giải phẫu của các biến dạng sau:

- Xương quay bị ngắn lại so với xương trụ (Hình 18.29)
- Mất độ nghiêng lòng bàn tay của bề mặt khớp xương quay, có thể nhìn thấy trên phim chụp X-quang (hình 18.30)



- Bề mặt khớp bị vỡ

Đánh giá

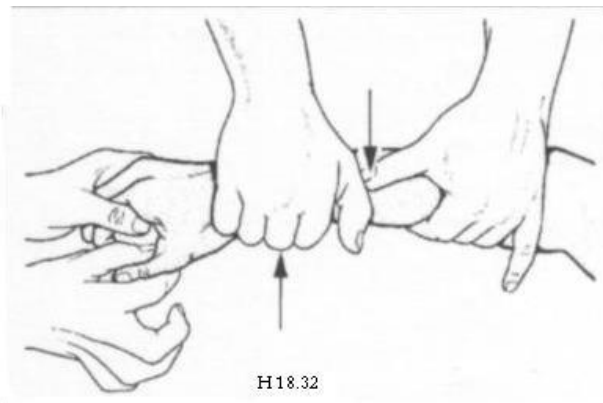
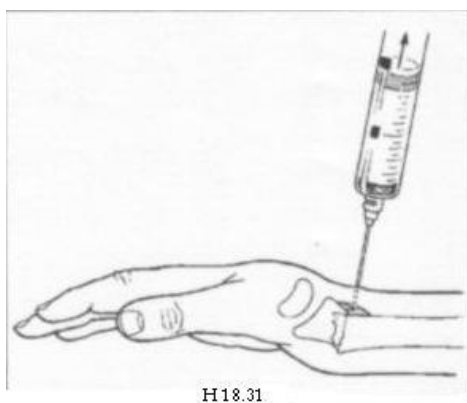
Thực hiện chẩn đoán dựa trên bệnh sử do ngã chống tay thẳng xuống đất, sưng, mềm ở cổ tay và có biến dạng

Đánh giá chức năng gân, tim mạch và độ nhạy của tay

Chụp X-quang để phân biệt gãy xương quay với các thương tổn xương cổ tay và kiểm tra xem chỗ gãy có được bảo tồn phù hợp không.

Điều trị

1. Gây mê để điều trị bảo tồn, dùng gây mê toàn thân bằng ketamine, phong bế tĩnh mạch bằng lidocaine hoặc phong bế ổ tủy máu. Phong bế ổ tủy máu bao gồm việc tiêm 5-10ml lidocaine 2% trực tiếp và ổ tủy máu ở chỗ gãy, sử dụng kỹ thuật sát khuẩn nghiêm ngặt (hình 18.31)
2. Bảo tồn chỗ gãy bằng cách kéo dọc tay ngang qua cổ tay và ấn lên mảnh xương quay xa để nắn chỉnh biến dạng góc (Hình 18.32). Đối với những trường hợp gãy Colle (gãy duỗi do ngã chống bàn tay xuống, di lệch đầu xa ra sau), thì cần kết hợp với uốn cổ tay và làm trệch nhẹ xương trụ.



3. Tiếp theo, dùng nẹp kẹp đường miệng thành khuôn để duy trì vị trí gãy. Ba điểm đỡ khuôn bao gồm ấn trên và dưới chỗ gãy và ấn ngược lại ở phía đối diện của xương gần đỉnh gãy.

4. Trong khoảng 10 ngày và 2 tuần, thay nẹp kẹp đường miếng bằng bó bột tay ngắn và kiểm tra vị trí gãy bằng chụp X-quang. Chỗ gãy thường liền sau 6 tuần.
5. Nếu kết quả không tốt thì phải nghĩ đến việc mở và nắn chỉnh bên trong, thay dụng cụ điều chỉnh ngoài hoặc điều trị bảo tồn bằng điều chỉnh bằng đinh dưới da.

GÃY XƯƠNG CỔ TAY VÀ GÃY TRẬT

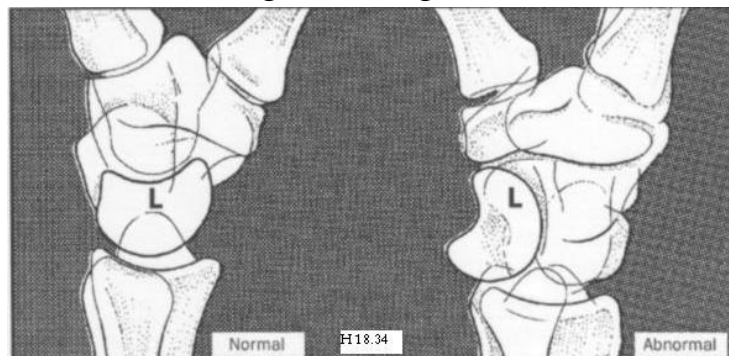
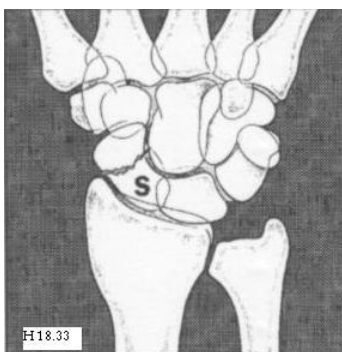
NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT

- Nguyên nhân của tổn thương là do ngã duỗi tay khi đang bị tăng huyết áp
- Khó chẩn đoán và thường bị bỏ sót
- Chụp X-quang để chẩn đoán tốt hơn
- Điều trị bảo tồn là cần thiết ban đầu nhưng có thể phải điều trị bằng phẫu thuật

Gãy xương cổ tay được chia làm ba loại:

- Gãy xương thuyền
- Gãy/Trật
- Trật

Gãy xương thuyền cổ tay (Hình 18.33,18.34) là loại gãy xương thường gặp nhất trong các gãy xương vùng cổ tay (khoảng 85%). Nguyên nhân thường gặp là do chấn thương do chơi thể thao, tai nạn giao thông, tai nạn lao động.



Đánh giá

- Biểu hiện thường mơ hồ, không rõ ràng, dễ nhầm lẫn với chấn thương phần mềm cổ tay, bong gân
- Sưng nhẹ cổ tay vùng hố lồi
- Ấn đau nhói vùng hố lồi khi gãy thân hoặc cực gần xương thuyền, đau tại lồi củ xương thuyền khi gãy ở cực xa

- Hạn chế tầm vận động khớp cổ tay
- Giảm sức cầm nắm bàn tay

Khảo sát hình dạng xương thuyền trên phim X-quang với các tư thế cổ tay khác nhau từ sấp mặt lòng bàn tay hoàn toàn đến ngửa bàn tay. Ngoài 2 phim chụp cổ tay thẳng và nghiêng thường quy cần chụp cổ tay ở 3 tư thế đặc biệt là nghiêng trụ, Schreck I và Schreck II.

Điều trị

Điều trị gãy xương thuyền ít di lệch bằng băng treo chéo ngón cái hoặc bó bột. Thời gian liền từ 6-20 tuần.

18.2 BÀN TAY

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT

- Điều trị các vết rách ngay sau khi đánh giá cẩn thận, mở ổ và rửa sạch
- Chỉ đóng vết thương khi đã sạch, dùng chỉ, tự liền hoặc ghép da
- Sau thương tổn, nâng tay để kiểm tra vết sưng và bắt đầu cử động sớm
- Thương tổn nền móng tay đòi hỏi sự điều trị đặc biệt

CÁC VẾT RÁCH

Đánh giá

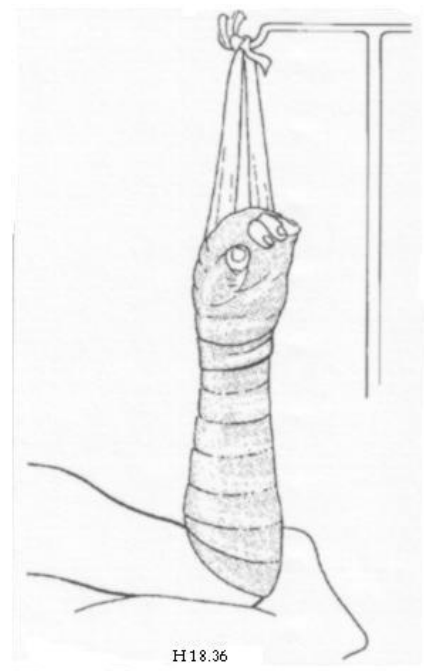
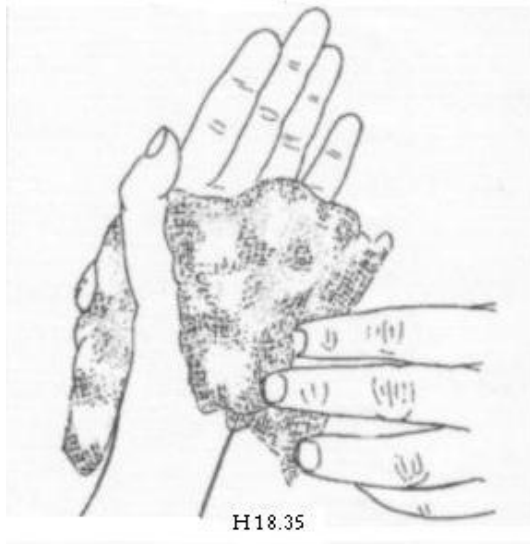
- Điều trị ngay các thương tích ở tay. Thăm khám tại chỗ để kiểm tra tuần hoàn, cảm giác và chức năng vận động
- Nhẹ nhàng khám vết thương bằng kỹ thuật khử trùng để xác định xem nó sạch hay bị nhiễm bẩn. Vết thương bị nhiễm bẩn có chứa dị vật, các mảnh vỡ hoặc mô chết.

Điều trị

1. Mở ổ và rửa tất cả các vết thương trong phòng mổ hoặc khu vực cấp cứu. Nếu cần gây tê tại chỗ thì dùng lidocaine 1% *không có epinephrine*
2. Tiêm dự phòng uốn ván và kháng sinh. Chụp X-quang để kiểm tra xương và khớp
3. Cầm máu bằng cách ấn gạc tiệt trùng. Nếu cần, mở rộng vết thương, cẩn thận để không rách ngang nếp gấp da ở lòng bàn tay hoặc ngón tay. Lấy

tất cả dị vật và các mô hoại tử nhưng *không được cắt bất kì mảng da nào trừ khi nó đã bị chết.*

4. Nếu vết thương sạch, sửa chữa các gân cơ duỗi nhưng không được chữa gân cơ gấp và dây thần kinh.
5. Đóng vết thương sạch qua dẫn lưu, sử dụng các mũi khâu đứt đoạn nếu da không bị căng. Nếu vết thương bị nhiễm bẩn thì hoãn đóng vết thương đến sau khi mở ổ lần hai. Các vết thương nhỏ hơn 1cm vuông sẽ tự liền. Thực hiện ghép da đối với các vết thương lớn không thể liền mà không có kéo da.
6. Che tay bằng gạc tiệt trùng và băng nén (Hình 18.35)
7. Dùng nẹp thạch cao giữ cổ tay ở góc mở 20 độ, khớp xương đốt ngón tay gấp 90 độ và khớp gian đốt ngón duỗi hoàn toàn. Giữ đầu ngón tay hở trừ khi chúng bị tổn thương.
8. Kiểm soát phù nề, nâng tay trong tuần đầu bằng cách dùng khung treo hay dùng băng treo hình tam giác (Hình 18.36)
9. Bắt đầu các bài tập tích cực càng sớm càng tốt và kiểm tra vết thương sau 2-3 ngày để tháo dẫn lưu



Tổn thương nền móng tay

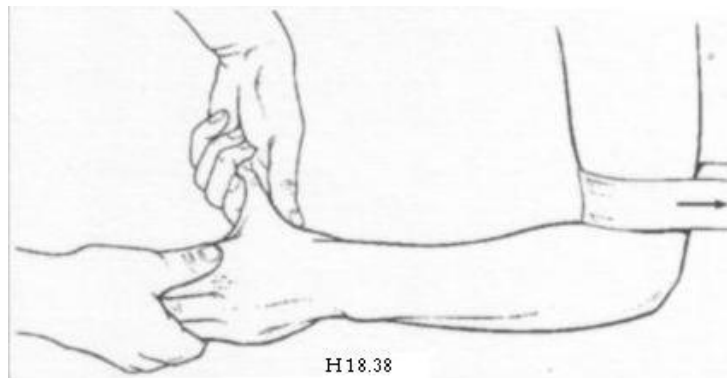
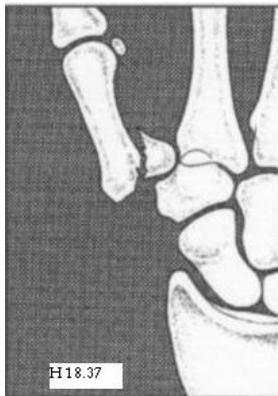
- Tụ máu dưới móng gây đau nghiêm trọng là kết quả của việc tụ máu sau dưới móng tay. Có thể nhìn thấy tụ máu từ màu đỏ thẫm đến màu đen ở dưới móng tay. Để giảm đau, tạo một hoặc hai lỗ nhỏ trong móng bằng một cái đinh nóng an toàn hoặc đầu lưỡi dao mổ số 11 đã được sát trùng.

- Nếu không điều trị ngay, vết rách nền móng tay có thể gây ra biến dạng móng tay kéo dài. Tháo bỏ móng và sau khi mở ổ và rửa sạch, sửa chữa vết rách bằng chỉ nhỏ, mịn. Nếu có thể, đặt lại móng lên trên vết rách đã được khâu cho đến khi vết thương liền và móng tay mới bắt đầu mọc

GẤY VÀ TRẬT KHỚP

Gãy Bennett

Đây là kiểu gãy xiên xương ngón cái bao gồm cả khớp cổ tay-ngón tay (Hình 18.37)



1. Điều trị bảo tồn vết gãy bằng cách kéo dọc theo ngón cái được giữ ở tư thế giạng ra.
2. Ấn ngang gốc xương bàn tay để giảm gãy và trật khớp (Hình 18.38)
3. Duy trì điều trị bảo tồn bằng cách nẹp chéo ngón cái

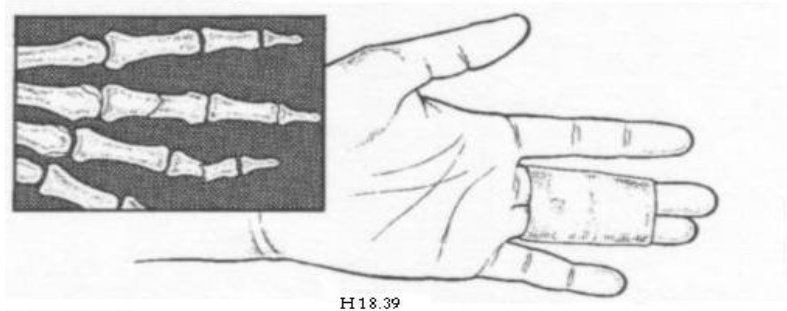
Gãy xương bàn tay

Gãy xương bàn tay thường xuất hiện tại nền, giữa thân và cổ tay. Phần lớn các vết gãy là ổn định và có thể điều trị bảo tồn và bất động bằng thạch cao. Quay là biến dạng quan trọng nhất cần điều chỉnh. Nếu nó xuất hiện, các ngón tay sẽ chéo khi gấp làm suy giảm chức năng chung của tay

- Điều trị bằng bó bột tay ngắn hoặc nẹp với cổ tay duỗi và 3 điểm làm khuôn cho vết gãy. Khi điều trị các vết gãy không ổn định thì mở rộng bó bột để bao gồm cả ngón hoặc buộc ngón với ngón bên cạnh để cung cấp sự ổn định xoay
- Thời gian lành là 4-6 tuần

Đốt ngón tay/chân

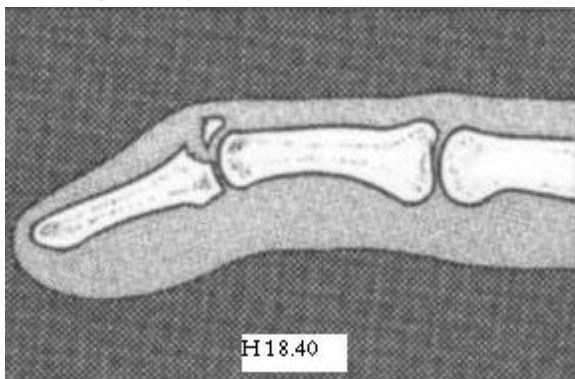
Điều trị vết gãy ổn định, không di lệch bằng cách buộc ngón gãy vào ngón không gãy ở bên cạnh (Hình 18.39) hoặc bằng nẹp đơn giản ở mặt lưng. Giảm gãy di lệch bằng cách kéo và ấn trực tiếp để chỉnh sửa biến dạng. Dùng bó bột tay ngắn có kèm nẹp kim loại duỗi dưới và qua ngón.



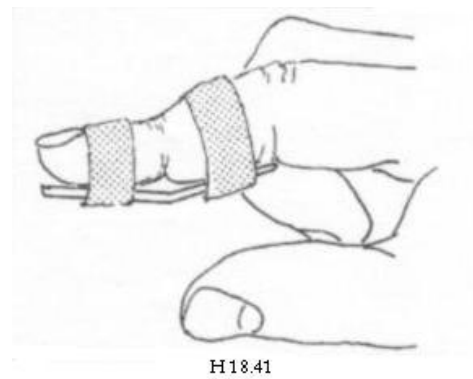
H18.39

Ngón tay hình cái vồ

Ngón tay hình cái vồ là kết quả của vết rách gân duỗi dọc tại chỗ lồng vào đốt xa của ngón. Nó có thể liên quan đến một vết gãy bật ra của mép lưng đốt xa ngón tay (hình 18.40)



H18.40



H18.41

Điều trị bằng nẹp đốt xa ngón tay ở tư thế duỗi quá mức. (Hình 18.41)
Duy trì duỗi liên tục trong 6-8 tuần

18.3.GÃY XƯƠNG CHẬU VÀ XƯƠNG HÔNG

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

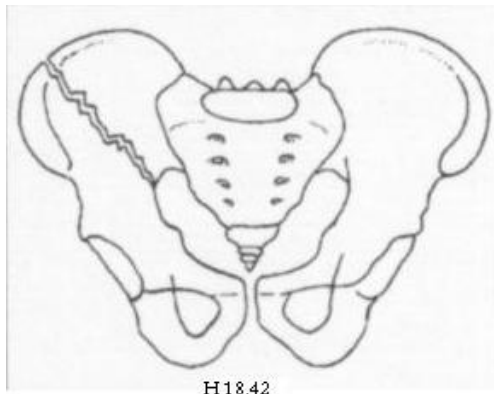
- Gãy vòng đai chậu là do chấn thương mạnh và được phân loại thành ổn định và không ổn định
- Gãy không ổn định liên quan đến mất máu rõ rệt và tổn thương đa hệ thống
- Điều trị ban đầu bằng hồi sức toàn thân và ấn xương chậu tạm thời
- Biến chứng bao gồm chứng huyết khối tĩnh mạch sâu, tổn thương dây thần kinh hông và tử vong xuất huyết hoặc do tổn thương các cơ quan nội tạng

GÃY VÒNG ĐAI CHẬU

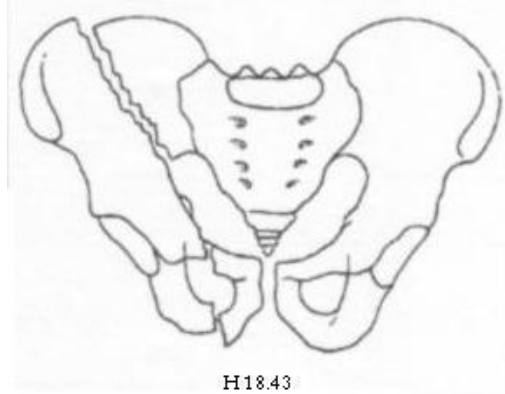
Gãy xương chậu xuất hiện do bị chấn thương mạnh và thường đi kèm với tổn thương hệ sinh dục -niệu và các cơ quan trong ổ bụng. Hiện tượng mất máu trong xảy ra do gãy xương chậu và các cơ quan mềm bị hư hại gây ra sốc giảm dung lượng máu.

Gãy một cung: Gãy cung trước(gãy ngành mu-chậu và ngồi chậu,gãy một hay cả hai bên); Trật khớp mu; Gãy cung sau(gãy dọc theo các lỗ xương cùng);Trật khớp cùng-chậu;Gãy cánh chậu. (Hình 18.42)

Gãy cả 2 cung trước và sau: Gãy khung chậu kiểu Malgaigne (gãy ngành mu chậu-ngồi chậu của cung trước và gãy dọc cánh chậu của cung sau);Gãy khung chậu kiểu Voillemier(gãy ngành mu chậu-ngồi chậu / trật khớp mu của cung trước + gãy dọc xương cùng cụt(gãy cung sau)/trật khớp cùng chậu của cung sau). (Hình 18.43)



H18.42



H18.43

Đánh giá

Khám lâm sàng cho thấy:

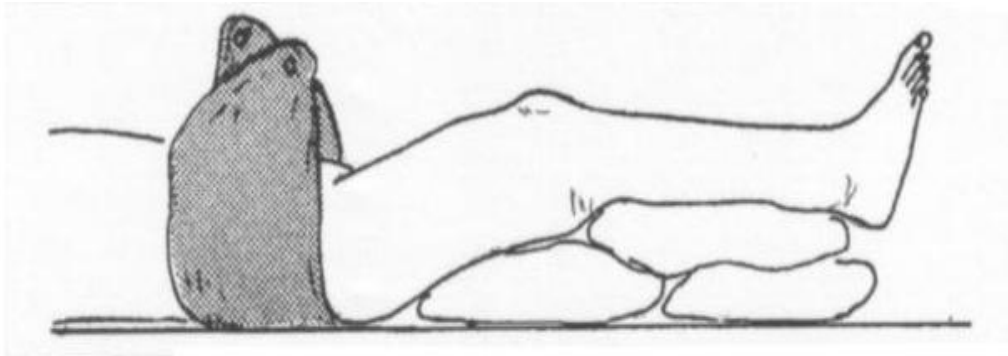
- Sưng nề tụ máu vùng gãy xương.
- Bất lực vận động: không nâng được chân lên khỏi giường.
- Ép giữa khung chậu đau chói.
- Chụp X-quang thẳng nghiêng để xác định gãy: cung trước/cung sau, trật khớp mu/trật khớp cùng –chậu.

Cần tập trung khám tổng thể

Điều trị

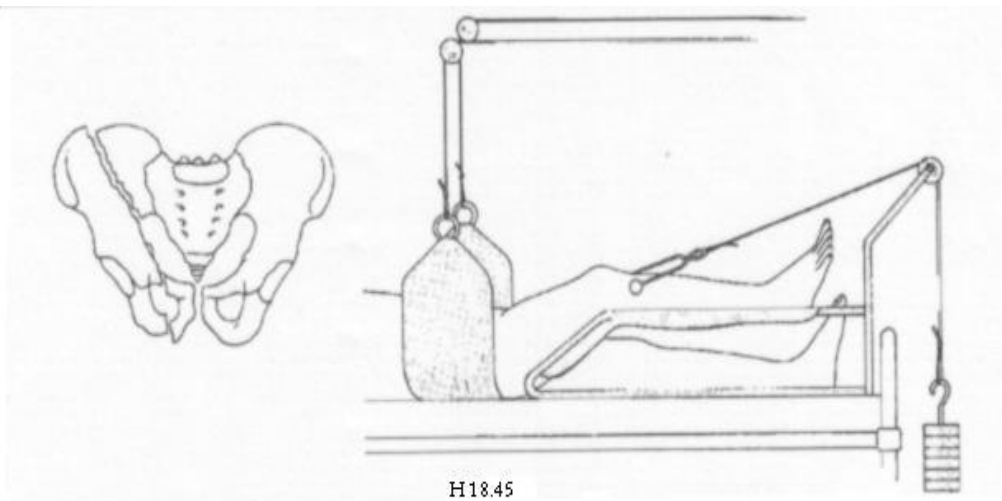
Điều trị bảo tồn: cố định

- Gãy một cung(trước/sau) ít di lệch - cho nằm bất động 5-6 tuần.(Hình 18.44)



H18.44

Gãy hai cẳng/Gãy kiểu Malgaigne ít di lệch - Nằm bất động trên giường, gác chân trên giá Braun 4-8 tuần.(Hình 18.45)



H18.45

Gãy khung chậu di lệch: Nắn chỉnh bằng xuyên đinh Kirschner qua lồi cầu xương đùi kéo liên tục; Chân đặt trên giá Braun kéo trọng lượng $=1/7P$ cơ thể; Thời gian kéo: 10 -14tuần,kéo liên tục;Kết hợp để người bệnh để mông trên võng vải bắt chéo giúp cho diện gãy ép vào nhau;Tập vận động khi liền xương.

GÃY Ổ CỐI

NHỮNG ĐIỂM MẮC CHỐT:

- Gãy ổ cối thường do tổn thương xương chậu vì chấn thương mạnh.
- Điều trị nhằm mục đích bảo tồn sự tương hợp giữa đầu xương đùi với ổ cối bằng cách kéo hoặc phẫu thuật nếu có điều kiện
- Biện chứng bao gồm chứng huyết khối tĩnh mạch, tổn thương thần kinh hông và hông bị viêm khớp thoái hoá muộn

Gãy ổ cối có thể chia thành:

- Gãy rìa trên ổ cối.
- Gãy rìa dưới ổ cối.
- Gãy rìa ổ cối thành mảnh lớn gây bán trật khớp háng nhẹ.
- Gãy đáy ổ cối, chỏm xương đùi : Gọi là trật khớp háng trung tâm hoàn toàn.

Đánh giá

Thăm khám lâm sàng cho thấy: Đau nhiều trong khớp háng; Không đứng-không cử động được khớp háng; Cử động khớp háng rất đau; Có thể thay đổi vị trí máu chuyển lớn khi trật khớp háng trung tâm.

Chụp X-quang phát hiện gãy rìa trên-dưới ổ cối, gãy rìa ổ cối mảnh lớn/gãy đáy ổ cối có chỏm xương đùi lọt qua gây trật khớp háng trung tâm.

Điều trị bảo tồn:

Gãy rìa ổ cối ít di lệch: cố định

Xuyên đinh Kirschner qua lõi cầu xương đùi kéo liên tục với P=8 – 10kg trong 10 – 14 tuần

Đồng thời dùng một lực kéo sang bên băng khăn vải quàng qua đầu trên xương đùi/xuyên đinh qua máu củ lõi xương đùi kéo liên tục P=8kg

Cố định: Gãy rìa ổ cối thành mảnh lớn có di lệch.

Gãy đáy ổ cối có trật khớp háng trung tâm.

Gãy ổ cối di lệch nặng chỉnh không kết quả.

Điều trị bằng phẫu thuật: Kết xương bằng Vít xóp/nẹp vít/đinh Kirschner. Sau mổ 4 tuần ,người bệnh mới tỳ đè lên khớp háng.

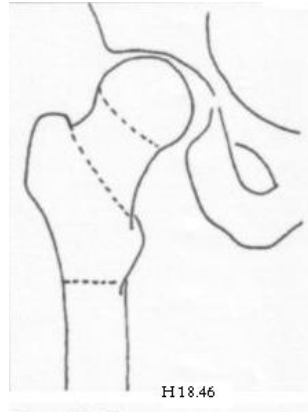
Không được chuyển bệnh nhân đến bệnh viện khác trừ khi biết chắc rằng ở đó có thể thực hiện những ca phẫu thuật phức tạp

GÃY XƯƠNG HÔNG

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Gãy xương hông được phân loại thành gãy trong bao (gãy cổ xương đùi) và gãy ngoài bao (gãy liên máu chuyển và gãy dưới máu chuyển)
- Điều trị gãy trong bao di lệch bằng cố định ngoài hoặc thay bộ phận giả
- Điều trị gãy ngoài bao bằng cách kéo hoặc cố định trong
- Kéo Perkin rất hiệu quả và tránh không phải cố định như khi dùng các kĩ thuật khác

Gãy xương hông ở những người cao tuổi bị loãng xương thường xuất hiện sau khi ngã nhẹ. Ở những người trẻ hơn thì hiện tượng này thường do những chấn thương nghiêm trọng hơn. Người ta phân loại gãy xương hông theo vị trí giải phẫu của chúng (Hình 18.46)



- Gãy trong bao (gãy cổ xương đùi)
- Gãy ngoài bao (gãy liên mấu chuyền)
- Gãy ngoài bao (gãy dưới mấu chuyền)

Trong các trường hợp gãy trong bao, nguồn cung cấp máu cho đầu xương đùi bị gián đoạn

Điều này có thể dẫn đến biến chứng thứ phát của bệnh hoại tử không có mạch của đầu xương đùi

Đánh giá

Chẩn đoán từ bệnh sử bị ngã, đau hông và chân không chịu được lực

Khám lâm sàng cho thấy một chân bị ngắn lại và quay ra phía ngoài. Đau nhiều hơn khi cố cử động hông, đặc biệt là khi quay. Cần chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt

Điều trị

Gãy trong bao

Điều trị bằng cố định trong hoặc thay đầu xương đùi giả. Nếu không thể thực hiện được thì:

Điều trị gãy không di lệch hoặc gãy nằm cứng bằng kéo nhẹ qua da và vận động nhẹ nhàng cho đến khi vết gãy liền (khoảng 8-12 tuần)

Điều trị gãy di lệch ban đầu bằng kéo nhẹ trong vài tuần để kiểm soát đau, sau đó bắt đầu ngồi và đi lại bằng nạng

Gãy ngoài bao

Điều trị bằng kéo Perkin hoặc phẫu thuật. Kéo Perkin sẽ duy trì vị trí gãy trong khi bệnh nhân vẫn có thể ngồi dậy để di vận động đầu gối và khớp hông, tránh đề lên điểm tỳ và viêm phổi.

TRẬT KHỚP HÔNG

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Chẩn đoán từ bệnh sử và kết quả khám lâm sàng; chụp X-quang để xác định các chỗ gãy có liên quan
- Để tránh biến chứng hoại tử có mạch và mất vận động khớp, cần giảm trật khớp càng sớm càng tốt
- Điều trị bảo tồn thường hiệu quả nếu được thực hiện nhanh

Trật khớp hông thường do chấn thương mạnh và có liên quan đến tổn thương ổ cối, thân xương đùi và xương bánh chè. Trật khớp sau thường xảy ra nhiều hơn.

Đánh giá

Chẩn đoán dựa trên bệnh sử tổn thương và kết quả khám lâm sàng thấy hông bị cong, khép, quay vào trong và đau khi cử động. Khám lâm sàng cũng đủ để chẩn đoán những cần chụp X-quang để xác định các chỗ gãy liên quan. Kiểm tra chức năng thần kinh xương hông bằng cách thử cảm giác và sức mạnh của bàn chân và mắt cá

Điều trị

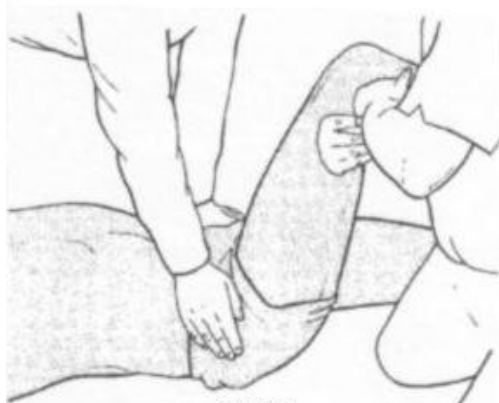
1. Điều trị bảo tồn càng sớm càng tốt

Để bệnh nhân nằm ngửa, kéo xương hông bị cong trong khi người khác giữ xương chậu xuống để tạo lực kéo ngược (Hình 18.47); thường phải sử dụng thuốc giãn cơ

Nếu không có người trợ giúp thì dùng phương pháp thay thế khác khi bệnh nhân nằm sấp;

Kéo về phía dưới, chân cong qua mép bàn

Nhẹ nhàng quay hông trong khi ấn đầu xương đùi tại vùng mông (Hình 18.48)



H18.47



H18.48

- Thực hiện kéo qua da sau điều trị bảo tồn, sau vài ngày thì bắt đầu đi lại không mang trọng lực bằng nạng. Cho phép chịu lực sau 12 tuần. Nếu bị gãy xương vành xương sau rộng thì điều trị bằng cách kéo trong 8-12 tuần trong khi xương kết lại.

18.4. CHẤN THƯƠNG CHI DƯỚI

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Gãy thân xương đùi là do chấn thương mạnh và thường liên quan đến các tổn thương khác
- Mở ổ và rửa vết gãy hở trong điều kiện tiệt trùng càng sớm càng tốt
- Điều trị bằng cách kéo và điều khiển vị trí gãy có hoặc không có chụp X-quang
- Gãy cổ xương đùi là loại thương tổn xương thường gặp nhất và thường bị bỏ qua.

Đánh giá

- Thăm khám lâm sàng cho thấy các dấu hiệu sau:
- Sốc (hay gặp).
- Biến dạng chi(quai lồi ra ngoài/gãy 1/3 trên, quai lồi ra sau/gãy1/3D).
- Ấn đau chói cố định.
- Lạo xạo xương(khó tìm).
- Cử động bất thường(không nên tìm).
- Thay đổi trục chi.
- Chiều dài tương đối và tuyệt đối xương đùi thay đổi(ngắn hơn bên chi lành).
- Chu vi chi lớn hơn bên lành

Điều trị

- Sơ cứu: Phòng chống choáng bằng cách cố định tạm thời. hoặc dùng nước lạnh hoặc nước đá chườm lên chi tổn thương. Có thể dùng Morphin ống 0,1g, 1-2 ống
Promedon ống 0,02g ,1-2ống hoặc giảm đau tại chỗ bằng Novo/lidocain 0,25% , 20-40ml phồng bẻ góc chi; ủ ấm cho bệnh nhân(nếu lạnh), tiến hành bù dịch qua đường miệng hoặc truyền; cầm máu: nếu có vết thương/gãy hở; cố định.chỗ gãy

2. Điều trị thực thụ:

Điều trị bảo tồn: Bó bột ngay nếu gãy rạn dưới cốt mạc hoặc cành xan(đối với trẻ em) hoặc gãy di lệch không đáng kể (đối với người lớn). Nên dùng phương pháp bó bột ngực-chậu-bàn chân trong thời gian từ 6-8 tuần đối với trẻ em và 12-16 tuần đối với người lớn. Nếu gãy có di lệch ở trẻ em hoặc gãy không có điều kiện kết xương ở người lớn thì nắn chỉnh sau đó bó bột hoặc nắn chỉnh và kéo liên tục (thường dùng cho trẻ em) Nếu điều trị bảo tồn không mang lại kết quả như mong đợi thì phải điều trị bằng phẫu thuật

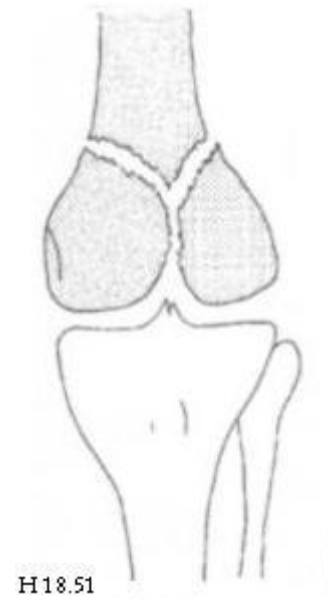
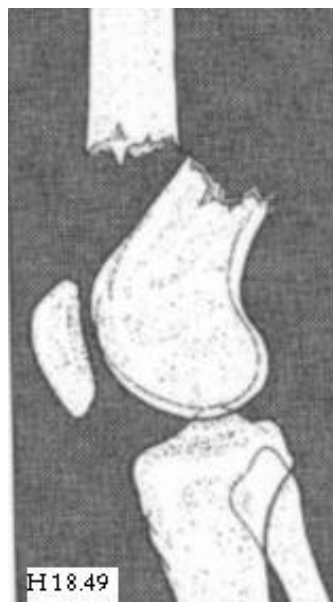
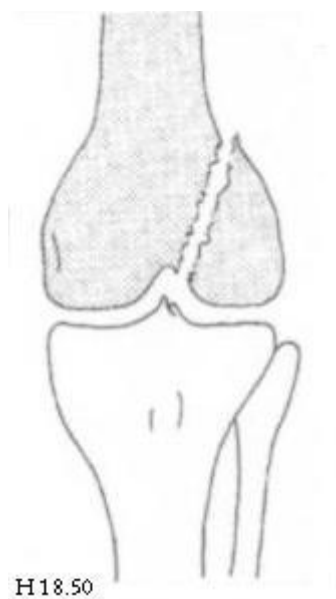
GÃY XƯƠNG ĐÙI NGOẠI BIÊN

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Gãy xương đùi ngoại biên có nguyên nhân giống như gãy trên lồi củ hoặc mở rộng sang khớp đầu gối như gãy liên lồi củ.
- Điều trị gãy không di lệch bằng bó bột
- Điều trị gãy di lệch bằng kéo

Gãy trên lồi củ xuất hiện ngay trên khớp gối. Mảnh vỡ ngoại biên tạo thành góc phía sau do lực kéo của cơ bụng chân tại điểm gắn của nó với mặt sau của xương đùi ngoại biên (Hình 18.49)

Gãy liên lồi cầu xuất hiện vừa như một loại gãy lồi củ đùi đơn (Hình 18.50) vừa như gãy trên lồi củ mở rộng sang khớp (Hình 18.51)



Đánh giá

Cần xem xét bệnh sử chấn thương mạnh, có dấu hiệu sưng và biến dạng ngay trên đầu gối. Cần chụp X-quang để chẩn đoán xác định và đánh giá tổn thương bề mặt khớp. Kiểm tra cảm giác, lực vận động và tình trạng mạch cuia chân và bàn chân

Điều trị

Gãy không di lệch

Điều trị gãy không di lệch bằng cách bó bột hết chiều dài của chân không mang trọng lượng

Gãy di lệch

1. Điều trị gãy di lệch bằng cách kéo qua xương đóng đinh xương chày. Co đầu gối sẽ giúp giảm biến dạng góc của đùi ngoại biên. Điều này được thực hiện bằng cách đặt gối dưới đầu gối, treo cân bằng hoặc dùng phương pháp kéo Perkin

2. Căn chỉnh các bề mặt khớp trong vòng vài milimet bằng cách kéo, bảo tồn hoặc phẫu thuật

3. Bắt đầu làm mạnh cơ tứ đầu bằng kéo liên tục khi bớt đau

4. Khi chỗ gãy đã kết lại (4-6 tuần), chuyển sang bó bột hết chiều dài của chân

5. Bắt đầu mang trọng lực vào tháng thứ 3 khi chỗ gãy đã kết chắc.

Tổn thương động mạch khoeo cần được điều chỉnh ngay lập tức bằng phẫu thuật nếu muốn cứu chi

TÔN THƯƠNG XƯƠNG BÁNH CHÈ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT

- Gãy xương bánh chè do chấn thương trực tiếp vào đầu gối trước
- Gãy di lệch thường liên quan đến vỡ phức hợp gân cơ tứ đầu và phải phẫu thuật để sửa chữa nhằm bảo tồn chức năng duỗi của đầu gối

Gãy xương bánh chè sẽ di lệch nếu gân cơ tứ đầu bị rách và cơ tứ đầu kéo các mảnh vỡ tách ra.

Trật khớp bánh chè ngang xảy ra sau lực trực tiếp vào mặt giữa của xương hoặc do tổn thương xoắn ở xương bánh chè phát triển không ổn định.. Để giảm trật khớp, để đầu gối duỗi và đẩy ngang xương bánh chè

Đánh giá

Cần nghi ngờ gãy xương bánh chè khi có bệnh sử chấn thương, sưng và đau chói qua đầu gối trước. Nếu gãy di lệch, bệnh nhân sẽ không thể duỗi đầu gối và có thể sờ thấy khoảng trống giữa các mảnh vỡ di lệch. Vỡ gân tứ đầu hoặc bong gân khớp gối cũng có dấu hiệu lâm sàng tương tự. Cần chụp X-quang để chẩn đoán phân biệt.

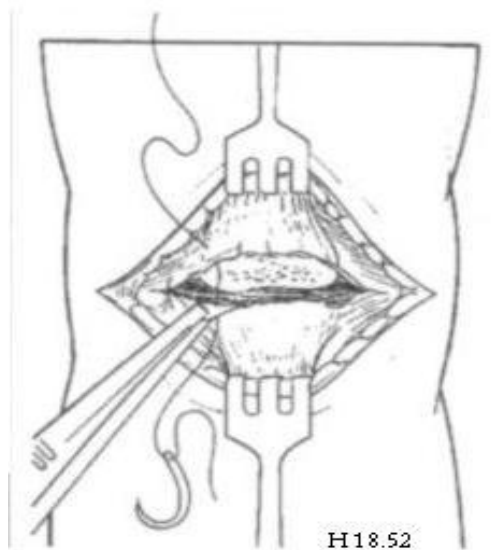
Điều trị

Gãy không di lệch

Điều trị gãy không di lệch bằng nẹp bột hoặc bó bột ống đui-cổ chân trong 4-6 tuần. Cho phép mang trọng lực hoàn toàn khi bó bột

Gãy di lệch

Điều trị gãy di lệch bằng phẫu thuật hoặc bằng cách khâu gân cơ tứ đầu (Hình 18.52). Loại bỏ các mảnh vỡ nhỏ và nếu cần, loại bỏ một phần xương bánh chè. Dùng nẹp bột hoặc bó bột như đối với gãy không di lệch

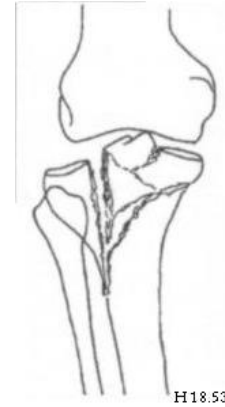


GÃY MÂM CHÀY

NHỮNG ĐIỂM MẬU CHÓT:

- Gãy mâm chày là tổn thương trong khớp tại phần chịu lực của khớp gối
- Điều trị gãy không di lệch bằng nẹp bột hoặc bó bột
- Điều trị gãy di lệch và không ổn định bằng cách kéo hoặc ổn định bằng phẫu thuật
- Đánh giá tổn thương các mạch vùng khoeo

Gãy mâm chày là do lực dọc hoặc lực ngang từ lõi củ xương đùi vào trong bề mặt khớp xương chày của đầu gối. Gãy không ổn định nhất bao gồm cả thân xương chày ngang và bằng (Hình 18.53)



Đánh giá

Đầu gối bị sưng, đau và biến dạng tại vị trí tổn thương. Chụp X-quang để xác định vị trí gãy và chỉ định điều trị. Thực hiện thăm khám chức năng thần kinh và mạch tại bàn chân và mắt cá. Tổn thương động mạch khoeo cần được điều trị ngay nếu muốn bảo tồn chân.

Điều trị

Gãy không di lệch

Điều trị gãy không di lệch và gãy có lõm bề mặt khớp dưới 5mm ban đầu bằng nẹp bột. Sau 1-2 tuần, bắt đầu cử động ngoài nẹp. Bệnh nhân không mang trọng lực trong 6 tuần và mang trọng lực bán phần với nạng hoặc gậy trong 6 tuần nữa.

Gãy di lệch

Điều trị bảo tồn gãy di lệch hoặc gãy không ổn định, sau đó bó bột, kéo xương gót hoặc điều trị bằng phẫu thuật

GÃY THÂN XƯƠNG CHÀY

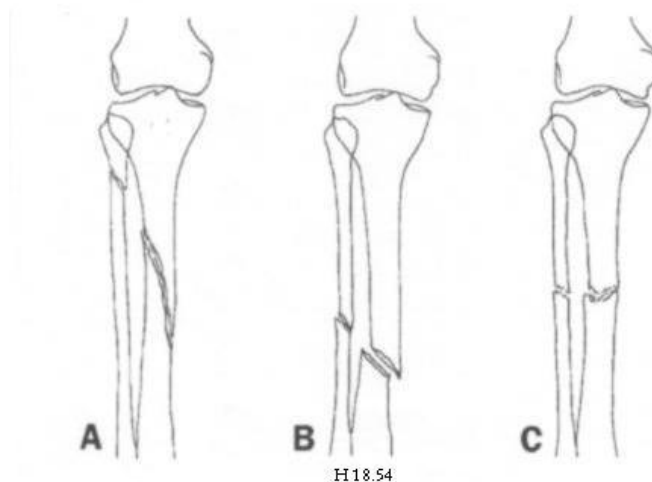
NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Tốc độ liền vết thương và biến chứng liên quan đến tổn thương mô mềm lan rộng.
- Gãy hở thường gặp và đòi hỏi phải mở ổ ngay lập tức
- Bảo tồn và bó bột là phương pháp phù hợp với hầu hết các loại gãy
- Cố định ngoài rất hữu ích đối với gãy liên quan đến vết thương hở hoặc gãy giập nát và không ổn định
- Biến chứng bao gồm hội chứng khoang, xương không kết và nhiễm trùng

Gãy ở vùng này thường là gãy hở.

Các kiểu gãy bao gồm: (Hình 18.54)

- Gãy xoắn ốc do tổn thương bởi lực nhẹ (A)
- Gãy xiên ngắn (B)
- Gãy ngang (C)



Lượng mô mềm (da, cơ, thần kinh, động mạch) bị hư hại có ảnh hưởng đến tốc độ hồi phục và nguy cơ nhiễm trùng sau đó.

Đánh giá

Thăm sát da thật kỹ để xem có vết thương nào không. Các vết gãy toàn bộ độ dày của da thường cho thấy gãy hở và nên chuẩn bị mở ổ và rửa chỗ gãy. Trong khí khám ban đầu cần kiểm tra chức năng mạch và thần kinh của bàn chân. Dấu hiệu của hội chứng khoang đang phát triển bao gồm:

- Đau tăng dần
- Bàn chân và ngón chân lạnh và xanh xao

- Đau khi co, duỗi thụ động các ngón chân và mắt cá
- Cảm giác khó cử động tăng dần ở vùng khoang bắp chân

Điều trị bằng phẫu thuật để làm giảm các khoang bốn chân càng sớm càng tốt

Điều trị

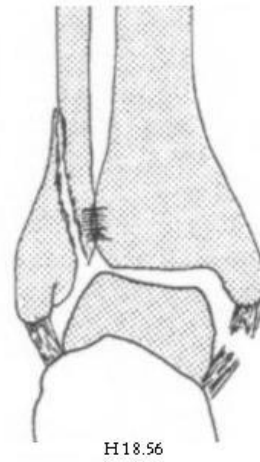
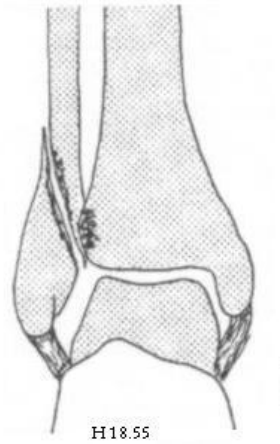
1. Mở ổ chỗ gãy hờ ngay lập tức
2. Bảo tồn gãy xương chày bằng cách treo chân lên cuối bàn thăm khám và kéo dọc chân
3. Đặt chân vào nẹp bột chân dài 3 đường, đầu gối gấp 10-20 độ
4. Sau 2-3 tuần, tháo nẹp và bó bột dài hết chân.
5. Kiểm tra lại bệnh nhân 3 tuần một lần. Chụp X-quang để kiểm tra vị trí chỗ gãy và tiến độ phục hồi
6. Khi vị trí gãy cảm thấy ổn định, thực hiện bó bột mang gân xương bánh chè và bắt đầu cử động đầu gối và mang trọng lực. Thời gian liền các vết gãy xương bánh chè không bị biến chứng là khoảng 6 tháng. Chỗ gãy hờ cần được thay băng hoặc ghép da và các chỗ gãy giáp nát không ổn định sẽ hồi phục nhanh nếu sử dụng khung cố định ngoài. Có thể dùng khung một bên hoặc khung hai bên. Khi da đã được đóng và chỗ gãy đã ổn định thì tháo khung và bó bột trong khoảng thời gian còn lại của quá trình điều trị.

GÃY XƯƠNG MẮT CÁ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Gãy xương mắt cá thường do lực quay ngược, quay lộn ra ngoài và lực dọc
- Các bộ phận liên quan bao gồm xương chày, xương mác, xương sên và ba bộ dây chằng
- Gãy xương mác tách biệt thường ổn định. Phần lớn các tổn thương khác bao gồm 2 hoặc hơn các bộ phận ở phía trên và cần được điều trị bằng phẫu thuật. Có thể sử dụng cố định ngoài cho các chỗ gãy dọc

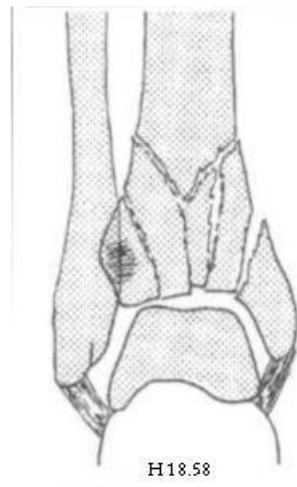
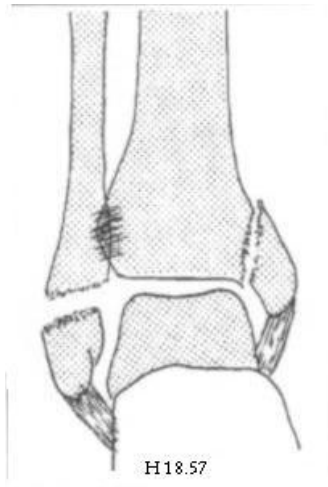
Gãy xương mác xa tách biệt thường do lực quay lộn ra ngoài qua mắt cá. Vì chỉ có một bộ phận thuộc vòng khớp bị ảnh hưởng nên chỗ gãy thường ổn định (Hình 18.55)



Một tổn thương tương tự kết hợp với gãy mắt cá giữa hoặc rách dây chằng cơ Delta (hình 18.56) thì không ổn định và gây ra trật khớp mắt cá nhẹ.

Tổn thương ngược gây ra trật khớp nhẹ giữa khớp và gãy cả hai mắt cá (Hình 18.57).

Lực dọc làm cho bề mặt khớp xương chày xa bị gãy (Hình 18.58) gây ra tổn thương nén cho xương xốp và tổn hại rõ nét cho sụn khớp mắt cá chân.



Đánh giá

Gãy xương mắt cá do tổn thương bởi lực nhẹ như ngã bậc cầu thang thấp. Để chẩn đoán cần xem xét các biến dạng và sờ nắn các vùng bị mềm. Chụp X-quang để xác định tình trạng khớp xương mắt cá sau khi điều trị bảo tồn.

Nếu phim chụp X-quang cho thấy khoảng sụn rõ có độ dày đồng nhất ở cả ba mặt khớp và có mối tương quan bình thường giữa bề mặt xương chày xa với xương sên thì có nghĩa là điều trị bảo tồn đã mang lại kết quả tốt.

Điều trị

Điều trị gãy xương mác tách biệt bằng nẹp bột 3 đường, sau 7-10 ngày thì bó bột chân ngăn mang trọng lực.

Gãy không ổn định

Điều trị bảo tồn chỗ gãy không ổn định bằng kéo dọc nhẹ nhàng, sau đó thao tác ở hướng đối diện của chỗ bị biến dạng:

- Đặt chỗ gãy xoay lộn ra ngoài với gót chân xoay ngược, bàn chân quay vào trong và mắt cá gấp 90 độ; duy trì vị trí này bằng cách giữ ngón chân cái để hỗ trợ trọng lực của chân trong khi người khác tiến hành nẹp bột
- Đặt chỗ gãy loại ngược với gót chân lộn ra một chút, bàn chân ở vị trí trung tính và mắt cá gấp 90 độ.

Gãy do lực dọc (Hình 18.58) thường khó điều trị bảo tồn. Nếu kéo nhẹ và thao tác các mảnh vỡ không mang lại kết quả tốt thì cần kéo xương gót hoặc dùng khung cố định ngoài.

TÔN THƯƠNG BÀN CHÂN

Gãy xương sên

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Khám lâm sàng có thể chẩn đoán được nhưng cần chụp X-quang để chẩn đoán xác định và chỉ dẫn điều trị
- Điều trị bảo tồn và bất động
- Gãy trật có thể phải điều trị bằng phẫu thuật

Gãy cổ xương sên thường do lực quanh trục tác động vào bàn chân làm gập mu bàn chân. Cổ xương sên bị đẩy lại xương chày trước và bị gãy (Hình 18.59). Nếu vẫn tiếp tục bị lực này tác động thì sẽ bị trật khớp dưới xương sên.



H18.59

Đánh giá

Chẩn đoán dựa vào bệnh sử gập mu bàn chân, sưng, đau ở gân mắt cá và bàn chân sau. Chụp X-quang mắt cá và bàn chân để xác định vị trí và quy mô vết gãy.

Điều trị

Điều trị gãy di lệch ít bằng nẹp bột, sau đó bó bột chân ngắn không mang trọng lực từ 6-8 tuần.

Điều trị bảo tồn gãy di lệch bằng kéo dọc nhẹ nhàng, kéo gót về phía trước và gập mu bàn chân. Tiếp theo, lật ngửa bàn chân và gập gan bàn chân để căn chỉnh các mảnh vỡ chính. Bó bột chân ngắn.

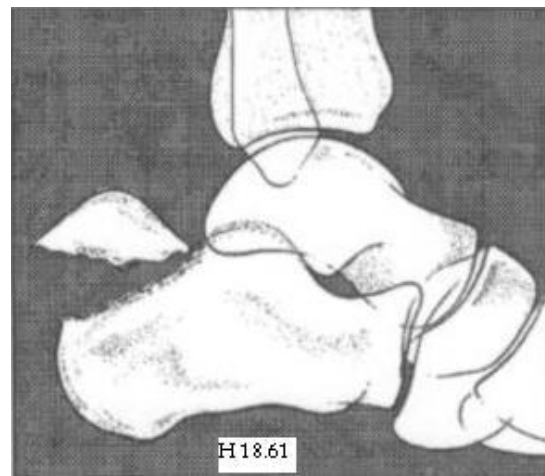
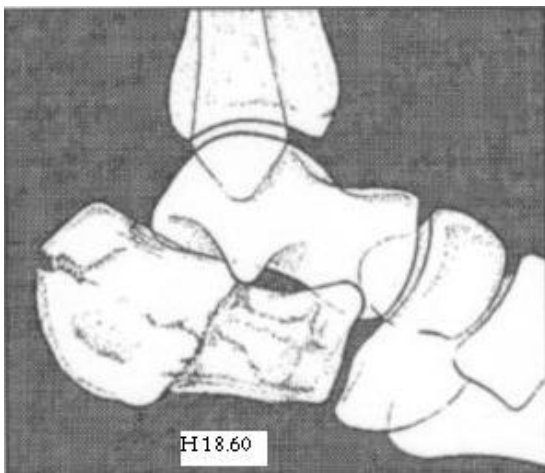
Nếu xương sên bị di lệch, ấn trực tiếp vào mảnh vỡ bị đẩy ra trong khi điều trị bảo tồn.

Gãy xương gót

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Gãy xương gót thường nằm ở thân xương gót vào trong khớp dưới xương sên hoặc như gãy bật phần sau lồi củ.
- Cơ chế tổn thương là do đá gót trúng vào vật cứng
- Điều trị bằng ép, nâng, nẹp và bắt đầu chịu lực dần dần

Gãy xương gót thường do lực dọc từ xương sên vào khớp dưới xương sên và thân của xương gót (Hình 18.60). Gãy bật lồi củ xương gót xảy ra do gân Asin bị co lại (Hình 18.61). Những chỗ gãy này thường không vào khớp dưới xương sên.



Đánh giá

Khám lâm sàng thấy sưng, mềm ở bàn chân sau. Chụp X-quang để chẩn đoán xác định. Hỏi xem bệnh nhân có bị đau giữa lưng không và sờ nắn cột sống để đánh giá gãy đốt sống

Điều trị

Điều trị gãy xương gót bằng băng nén, nẹp chân ngắn và nâng. Không để chân bị tổn thương phải chịu lực. Khuyến khích cử động ngón chân và đầu gối trong khi nâng chân. Bắt đầu chịu lực một phần ở tuần thứ 6-8 sau

khi bị tổn thương và chịu lực toàn phần, nếu bệnh nhân chịu đựng được, ở tháng thứ 3.

Gãy trật khớp xương cổ-bàn chân (Gãy Lisfranc)

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Tổn thương do gập bàn chân trước vì lực
- Chẩn đoán bằng chụp X-quang cho thấy chỗ gãy ở gốc xương bàn chân kèm trật khớp nhẹ hoặc trật khớp cổ-bàn chân
- Điều trị bảo tồn và bất động
- Cố định bằng đinh có thể cần thiết
- Thường đau chân giữa trong thời gian dài.

Tổn thương gây ra trật khớp cổ-bàn chân, gãy xương bàn chân và xương cổ chân (Hình 18.62).



Đánh giá

Biến dạng thường không rõ vì bị sưng nhiều. Trong phim chụp X-quang, các mép giữa của xương bàn thứ hai và thứ tư xếp thẳng hàng tương ứng với các mép giữa của xương hình nêm và xương hộp.

Điều trị

Điều trị bảo tồn để quay bàn chân giữa về vị trí giải phẫu. Nẹp bột chân ngắn và yêu cầu bệnh nhân giữ chân nhấc lên. Nếu không thực hiện hoặc duy trì được điều trị bảo tồn thì cần ổn định bằng đinh hay vít.

Gãy xương bàn chân và xương ngón chân

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Gãy xương bàn chân và xương ngón chân là các tổn thương thường gặp do chấn thương nhẹ.
- Điều trị gãy và trật khớp ở vùng này bằng điều trị bảo tồn và bất động.

Đánh giá

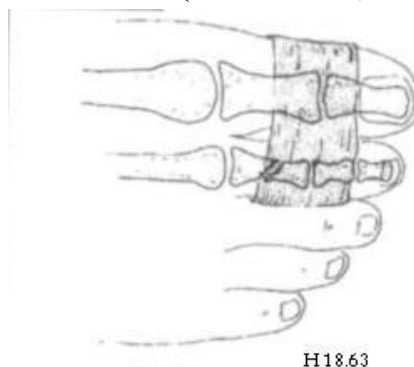
Khám lâm sàng thấy mềm và sưng. Biến dạng không rõ. Chụp X-quang để chẩn đoán xác định

Gãy do lực xuất hiện ở các xương bàn chân. Bệnh nhân bị đau, chỗ tổn thương mềm nhưng không có bệnh sử của chấn thương cấp

Điều trị

Điều trị trật khớp và gãy có góc bằng điều trị bảo tồn. Bất động gãy xương bàn chân bằng giày chặt hoặc bó bột chân ngắn.

Điều trị gãy và trật khớp xương ngón chân bằng cách quấn ngón bị thương cùng với ngón lành bên cạnh(Hình 18.63)



H18.63

Điều trị gãy do lực bằng cách hạn chế thời gian bệnh nhân sử dụng chân. Nếu cần thì sử dụng giày chặt hoặc bó bột cho đến khi hết đau

18.5. TỔN THƯƠNG CỘT SỐNG

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Đánh giá cột sống dựa trên bệnh sử tổn thương, khám lâm sàng, khám thần kinh tổng thể và kết quả chụp X-quang
- Tổn thương cột sống có thể là ổn định hoặc không ổn định, dựa trên tổn hại về xương và dây chằng
- Chức năng thần kinh có thể bình thường những vẫn có thể có chấn thương không hoàn chỉnh hoặc tổn hại tuỷ sống
- Điều trị trên cơ sở quy mô tổn thương

Gãy ổn định nếu không có biến dạng sau đó. Gãy không ổn định nếu có thể có sự thay đổi trong vị trí gãy.

Trong một thương tổn tủy sống hoàn toàn, tủy sống bị thương tổn không hồi phục được, và không có chức năng về vận động và cảm giác hay điện dưới mức thương tổn. Trong thương tổn không hoàn toàn, vài chức năng được bảo toàn. Sự phân biệt giữa thương tổn hoàn toàn và không hoàn toàn là điều cốt yếu: tiên lượng đối với những thương tổn hoàn toàn là xấu, trong khi đối với những bệnh nhân với thương tổn không hoàn toàn có thể hy vọng có ít nhất một vài mức độ cải thiện nào đó

Đánh giá

1. Hỏi xem bệnh nhân có bị đau cổ hoặc đau lưng hay mất cảm giác ở tay hoặc chân không. Đối với bệnh nhân bị bất tỉnh thì phải chờ đến khi họ đủ tỉnh táo để trả lời câu hỏi. Cần đợi đến khi kết quả chụp X-quang cho thấy cột sống hoàn toàn bình thường
2. Thăm sát toàn bộ cột sống khi bệnh nhân nằm nghiêng, người cuộn lại. Kiểm tra xem có bị sưng và thâm tím không. Nắn cột sống để xem các phần bị mềm và kiểm tra xen có giãn cách hay thay đổi trong vị trí các mòm gai không.
3. Khám thần kinh tổng thể và cẩn thận như được chỉ dẫn trong bảng 18.1 và ghi lại các kết quả. Nếu có sự thiếu hụt thì xác định mức độ từ khám vận động và cảm giác. Tổn thương hoàn toàn nếu không có chức năng thần kinh dưới mức dây cột sống. Trong các tổn thương không hoàn toàn, rễ thần kinh xương cùng thường vẫn còn chức năng.

Trong giai đoạn sóc tủy sống (thường trong 48 giờ đầu sau chấn thương) có thể không có chức năng tủy sống. Khi hết sóc, có thể có một số hồi phục về thần kinh với các tổn thương không hoàn toàn. Trong vòng vài ngày đầu không thể có được chẩn đoán xác định

Khám thần kinh ở bệnh nhân bị tổn thương cột sống

Cảm giác

Kiểm tra cảm giác đối với việc châm kim vào chi và thân

Kiểm tra cảm giác quanh hậu môn để đánh giá rễ thần kinh xương cùng.

Chức năng vận động

Đánh giá vận động và sức mạnh của các nhóm cơ chính

Xác định xem trương lực cơ thắt trực tràng có bình thường không

Phản xạ

- Phản xạ gân sâu ở chi trên và chi dưới
- Phản xạ hành hang: véo đầu dương vật, nếu cơ hành hang co lại thì kết quả là dương tính

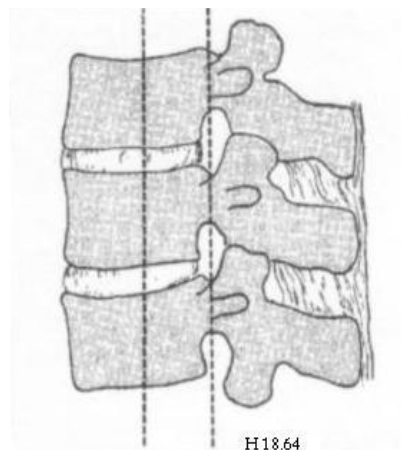
- Phản xạ hậu môn: gãi da gàn hậu môn, nếu hậu môn co lại thì kết quả là dương tính
- Phản xạ babinski: đánh vào dưới chân, các ngón co lại bình thường và duỗi với tổn thương thần kinh vận động trên

Kiểm tra bằng X-quang

Nên chụp X quang tư thế bên cột sống. Để đọc kết quả trên phim chụp thì quy tắc đầu tiên là đếm tất cả 7 đốt sống cổ và đảm bảo rằng phần trên của T1 có thể thấy được trên phim. Sau đó, theo phương pháp ABCS.

A = Alignment (sự thẳng hàng). Kiểm tra một đường thông suốt ở mặt trước và mặt sau của các thân đốt sống và đường gai-mảnh. Từ C1 đến T1. 4 đường được đánh giá là : các thân đốt sống trước, các thân đốt sống sau, đường gai-mảnh và các đỉnh của các mỏm gai

B = Bones (đánh giá tìm gãy xương). Xương cột sống về mặt giải phẫu được chia thành 3 cột (Hình 18.64)



Cần thận kiểm tra mỗi thân đốt sống để đảm bảo rằng các chiều cao trước và sau tương tự nhau (sự chênh lệch trên 3mm gợi ý gãy xương) ; lần theo các đốt sống ra ngoài, đến các mảnh cung đốt sống và các mỏm gai. Đặc biệt chú ý đến các đoạn cột sống cổ trên và dưới, nơi đây nhiều gãy xương đã bị bỏ sót. Kiểm tra cung của C2, có thể cho thấy một gãy xương xuyên qua phần trên của thân đốt sống C2

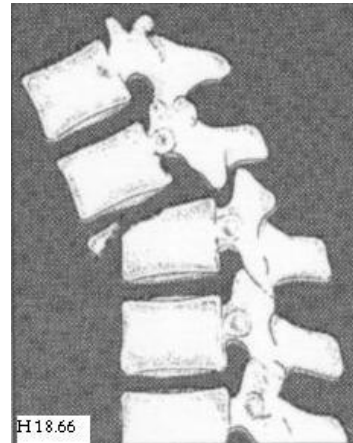
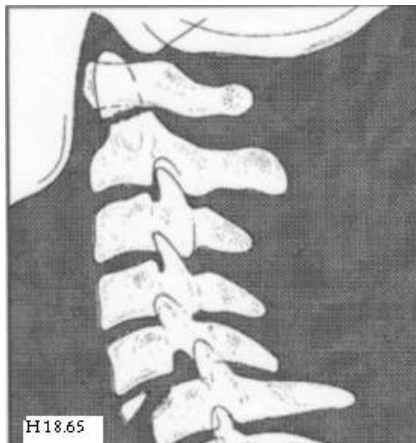
C = Cartilage (sụn). Kiểm tra khoảng gian đốt sống và các diện khớp. Bởi vì sụn không cản quang trên các phim cột sống cổ, khoảng gian đốt sống nơi sụn hiện diện cần được đánh giá. Sự hẹp hay giãn rộng của khoảng gian đốt sống có thể chỉ rõ vỡ sụn.

S = Soft tissue (các mô mềm) : tìm kiếm dấu hiệu sưng phù của khoảng trước cột sống , đặc biệt là ở mức C2 C3 (>5mm), và kiểm tra khoảng trước răng, bình thường dưới 3 mm ở người trưởng thành và dưới 5 mm ở trẻ em. Khoảng trước cột sống ở C2 hoặc C3 không được lớn hơn 1/2 bề rộng của thân đốt sống kề cận. Sự sưng phù bất thường của khoảng trước cột sống có thể là do máu hay phù nề.

Điều trị

Cột sống cổ

- C1: Đốt sống cổ thứ nhất có một khoảng rộng dành cho tuỷ sống và tổn thương thần kinh thường ít xảy ra:
 - Ban đầu, dùng dụng cụ kéo sọ để ổn định vị trí gãy.
 - Khi đã ổn định, chuyển sang bó bột Minerva hoặc nẹp cổ cứng. Chỗ gãy thường liền sau 3 tháng
- C2: gãy hình răng tại điểm nối của thân cột sống thường không ổn định (hình 18.65):



- Để bảo tồn gãy, dùng dụng cụ kéo sọ với đầu duỗi quá mức
- Vào tuần thứ 4-6, chuyển sang bó bột Minerva hoặc halo vest
- C2: Thân đốt sống:
 - Bảo tồn chỗ gãy bằng cách đặt cổ ở vị trí trung tính và bó bột Minerva hay nẹp cổ cứng
 - Tránh kéo vì sẽ làm ảnh hưởng đến chỗ gãy
- C3-7: Điều trị chỗ gãy, trật và gãy trật (hình 18.66) bằng dụng cụ kéo sọ, sau 4-6 tuần thì thay bằng bó bột Minerva hoặc halo vest. Thời gian liền là 3-4 tháng.

Sai diện khớp hoặc trật khớp nhẹ

Tăng dần tạ kéo (từ 5kg/giờ đến 20kg) trong khi giám sát các dấu hiệu thần kinh và chụp X-quang thường xuyên. Khi các diện khớp được mở ra thì thử bảo tồn trật khớp bằng quay nhẹ và duỗi cổ. Nếu không có kết quả thì để nó bị trật như thế và điều trị giống như trên.

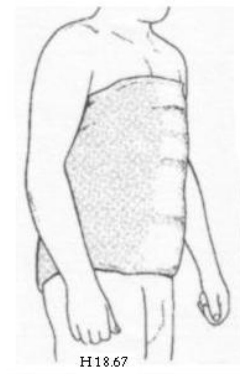
Tổn thương thần kinh

Tổn thương tuỷ sống trên C5 gây ra liệt các cơ hô hấp và bệnh nhân thường chết trước khi được chăm sóc y tế. Khi chưa đến mức này hoặc tại mức

này, điều trị tương tự như đối với bệnh nhân không bị ảnh hưởng về thần kinh. Tuy nhiên, bắt đầu chăm sóc da, ruột và bàng quang ngay lập tức.

Cột sống ngực-thắt lưng

1. Đặt bệnh nhân lên giường có đệm mềm và cử động chi bằng cách cuộn người lại. Tắc ruột liệt thường xảy ra tiếp sau gãy thắt lưng. Không cho bệnh nhân ăn gì qua đường miệng cho đến khi có nhu động ruột trở lại. Giám sát và ghi chép thường xuyên tình trạng thần kinh
2. Nếu không bị tổn thương thần kinh, bắt đầu đi lại khi thuận tiện, dùng bột thân hay dây đeo (Hình 18.67). Chụp X-quang ở tư thế ngồi sẽ xác nhận tính ổn định của chỗ gãy. Bệnh nhân không nên đứng lên, cúi xuống trong ít nhất 3 tháng. Đối với tổn thương thần kinh không hoàn toàn thì điều trị như trên nhưng giám sát tình trạng thần kinh sát sao cho đến khi hồi phục ổn định.



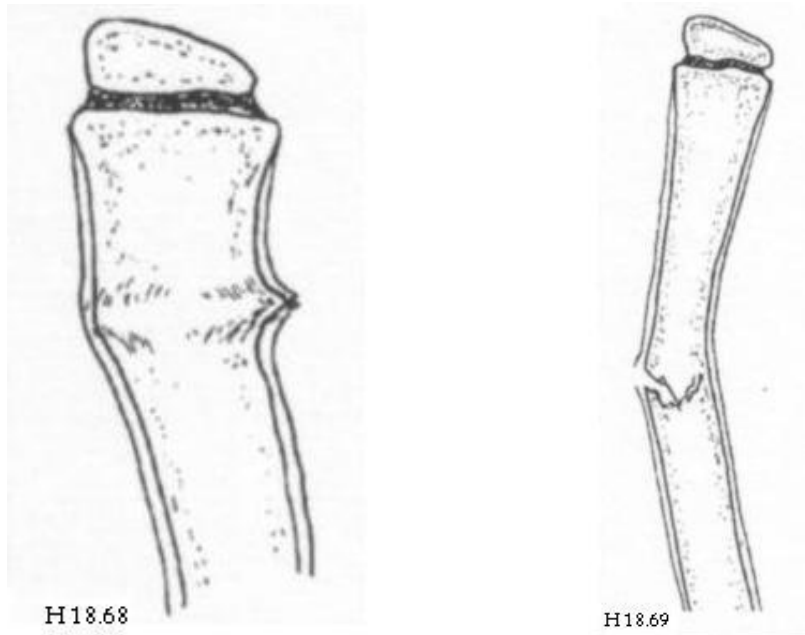
Nếu bị tổn thương thần kinh hoàn toàn thì bắt đầu chương trình phục hồi chức năng ngay để tránh các biến chứng tiềm ẩn.

18.6. GÃY XƯƠNG Ở TRẺ EM

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Các đĩa đệm mở và màng xương cứng làm cho vết gãy ở trẻ em khác với người lớn.
- Điều trị gãy bằng điều trị bảo tồn; gãy đầu xương di lệch có thể cần phải phẫu thuật
- Sự phát triển trong tương lai sẽ tổ chức lại một số biến dạng hiện có về độ dài, sự tạo góc và di lệch nhưng không làm thay đổi sự xoay.

Sự phát triển chiều dài xuất hiện qua các tấm sụn đầu xương và phát triển chiều ngang qua màng xương. Màng xương là một lớp dạng sợi dày bao quanh xương và cung cấp sự ổn định cho vòng xuyên (Hình 18.68) và gãy xương lành tươi (Hình 18.69)



Gãy đĩa đệm được phân loại theo vị trí và đường gãy ngang đĩa đệm (Hình 18.70)

Nếu sự phát triển tiềm ẩn của sụn đầu xương bị hư hại thì mô hình phát triển sẽ thay đổi và thường xảy ra biến dạng chi.

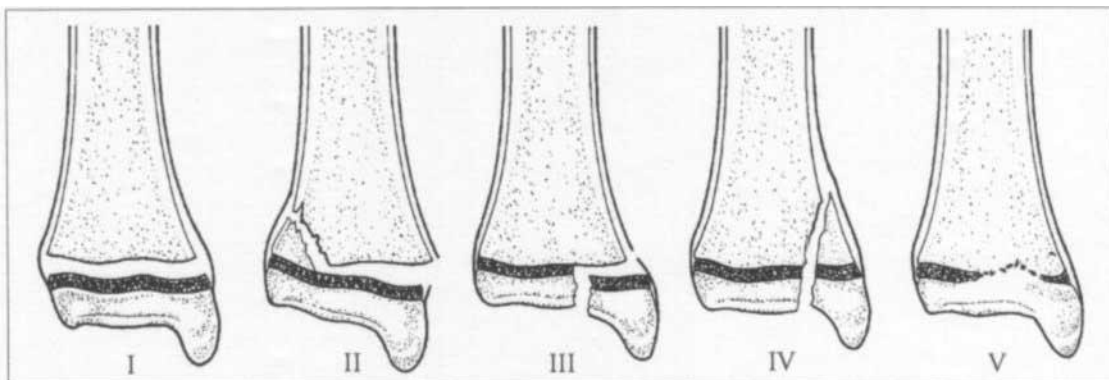


Figure 18.70

Đánh giá

Xác định gãy bằng cách tìm các dấu hiệu sưng, mềm, thâm tím và biến dạng. Chụp X-quang nếu có điều kiện. Nếu không thể xác định được chỗ gãy thì đó có thể là nhiễm trùng.

Sự không ổn định của khớp ở trẻ em xuất hiện do rách dây chằng và gãy đầu xương. Chụp X-quang trong khi kéo ngang khớp để bộc lộ vị trí không ổn định.

Điều trị

Điều trị gãy đầu xương bằng các phương pháp bảo tồn nhẹ. Chỉ nên thử 1 hoặc 2 lần vì các thao tác lặp lại có thể làm ảnh hưởng đến sự phát triển sau này.

Biến dạng nhỏ hiện tại của các chỗ gãy loại 1 và loại 2 sẽ thay đổi. Gãy loại 3 và 4 bao gồm sụn khớp và đĩa đệm. Nếu di lệch hơn vài milimet duy trì ở những cấu trúc này sau điều trị bảo tồn thì cần điều trị bằng phẫu thuật.

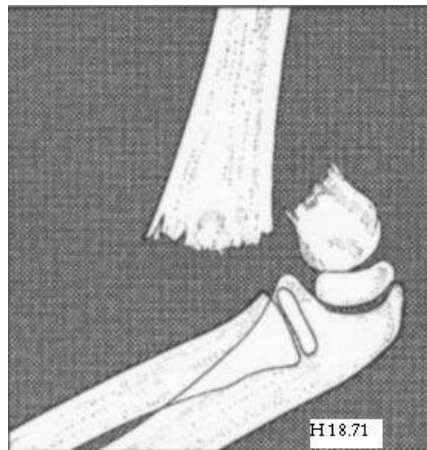
Nhìn chung, gãy không bao gồm đĩa đệm sẽ liền tại vị trí chấp nhận được đến khi nào sự sắp xếp chung của chi được duy trì. Khả năng tổ chức lại suy giảm theo tuổi và trẻ em có khả năng điều chỉnh các biến dạng nhiều hơn.

Điều chỉnh dự đoán sau khi gãy xương dài ở trẻ em	
Chiều dài	1,5-2cm
Sự tạo góc	30 độ
Xoay	Không
Di lệch	100%

Các loại gãy đặc thù

Gãy trên lồi củ xương cánh tay

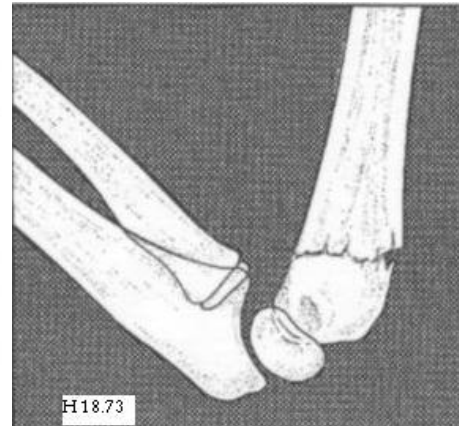
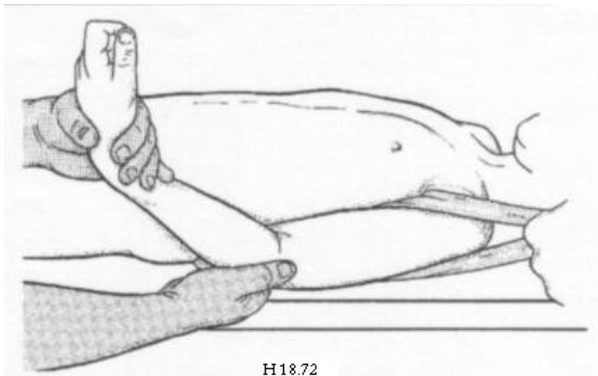
Tuổi	Thường gặp nhất từ 18 tháng đến 5 năm
Cơ chế	Ngã khi tay duỗi
Đánh giá	Đau, sưng, biến dạng ngay trên khuỷu. Khám chức năng thần kinh và mạch tại cẳng tay và bàn tay
X-quang	Hữu ích nhưng không nhất thiết. Không trì hoãn điều trị khi không có kết quả X-quang (Hình 18.71)



Điều trị

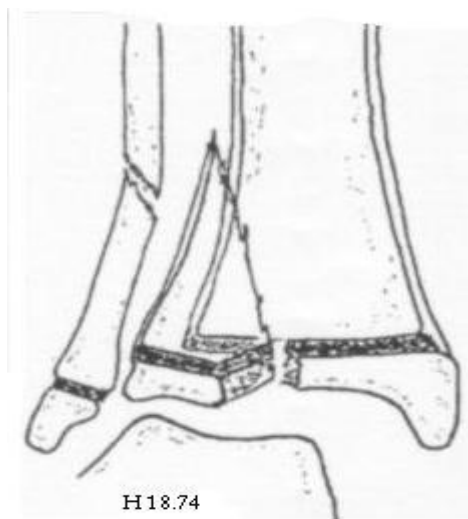
1. Để bệnh nhân nằm ngửa mặt lên, kéo cẳng tay, khuỷu tay gần như duỗi thẳng
2. Trong khi duy trì kéo, cầm máu xa của xương cánh tay và điều chỉnh di lệch giữa, ngang và xoay (Hình 18.72)

3. Tiếp theo, gập khuỷu tay chậm chậm trong khi đẩy mấu xa về phía trước vào trong vị trí bảo tồn (hình 18.73)



4. Kiểm tra mạch xương quay trước và sau khi bảo tồn. Nếu bị giảm khi khuỷu tay gập lại thì duỗi căng tay cho đến khi mạch quay trở lại. Bất động cánh tay bằng nẹp bột sau gập 120 độ hoặc tại vị trí mạch còn nguyên vẹn.
5. Nếu tuần hoàn có vấn đề hoặc nếu không thể bảo tồn tốt thì điều trị bằng kéo mỏm khuỷu hay kéo Dunlap.

Gãy 3 lớp xương chày xa (Hình 18.74)



Tuổi	12-15, vào thời điểm đóng đầu xương chày xa
Cơ chế	Giật, lực xoay ngoài tác động vào khớp mắt cá
Đánh giá	Mất cá sung, đau có hoặc không có biến dạng khác
X-quang	Cần thiết để chẩn đoán nhưng nếu không có vẫn bắt đầu điều trị

Điều trị

1. Kéo dọc đến bàn chân bằng cách giữ giữa bàn chân và gót chân
2. Lộn gót chân, đưa mắt cá từ góc gấp bàn chân về vị trí trung tính(90 độ) và xoay bàn chân vào
3. Duy trì bảo tồn bằng cách cầm ngón chân cái, treo bàn chân lên trong khi đặt nẹp bột 3 đường.
4. Tạo khuôn thạch cao khi nó khô
5. Chụp X-quang sau bảo tồn khi có thể.

18.7. CẮT CỤT

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

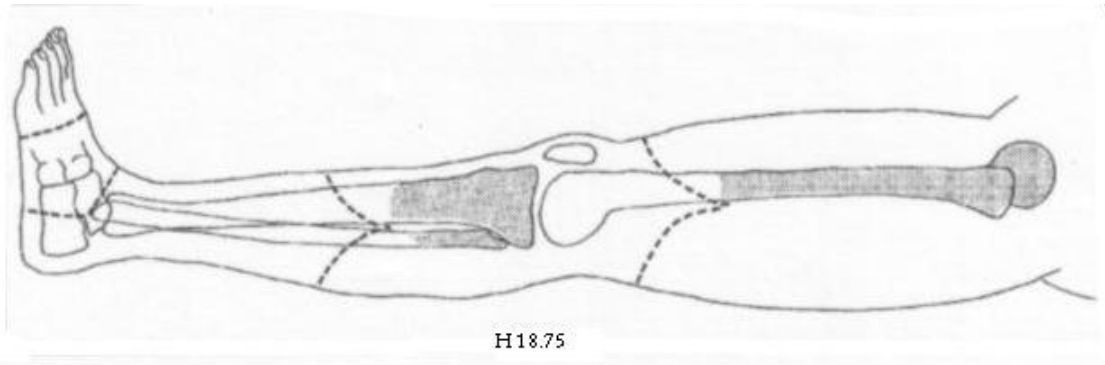
- Cắt cụt chi là thủ thuật xác định cần suy nghĩ và tư vấn cẩn thận trước khi phẫu thuật
- Cắt cụt được thực hiện trong tình trạng cấp cứu chấn thương chi nghiêm trọng và trong các trường hợp phẫu thuật theo kế hoạch vì bị nhiễm trùng hay có khối u.
- Khi thực hiện cắt cụt ở trẻ em, nếu có thể, cần bảo tồn đĩa đệm
- Phục hồi chức năng tập trung vào việc thay thế các chức năng bị mất

Cắt cụt là việc loại bỏ một phần chi trên hoặc chi dưới.

Thực hiện cắt cụt bằng phẫu thuật để:

- Loại bỏ u ác tính
- Điều trị nhiễm trùng nặng
- Điều trị bệnh động mạch giai đoạn cuối
- Loại bỏ chi sau khi bị chấn thương chi không thể sửa chữa được.

Xác định mức độ cắt cụt bằng chất lượng mô và yêu cầu thay thế bằng bộ phận giả. Các mức chuẩn để cắt cụt chi dưới được trình bày trong hình 18.75. Đối với chi trên, cố bảo tồn chi càng dài càng tốt.



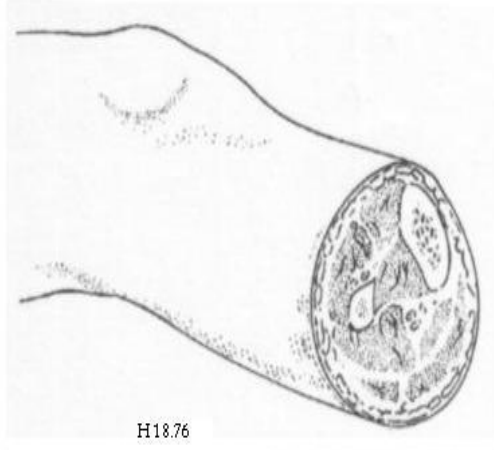
Đánh giá

- Đánh giá da, cơ, mạch, chức năng thần kinh và tình trạng xương. Để vết thương lành cần có luồng máu bình thường. Có thể bù lại chức năng cơ bị mất nhưng cần có cảm giác của da tại vùng cắt cụt.
- Khi chi còn nguyên nhưng bị hư hại do chấn thương thì cần phải đánh giá cẩn thận và tham vấn đồng nghiệp cũng như bệnh nhân trước khi thực hiện cắt cụt
- Nếu mất mạch và cảm giác, cần thực hiện cắt cụt. Nếu bị tổn thương nghiêm trọng đến 3 trong số 5 mô chính (động mạch, thần kinh, da, cơ và xương) thì cần cắt cụt sớm.

Kỹ thuật

Cắt cụt không dài

Dùng cắt cụt không dài trong các tình huống cấp cứu đối với những vết thương bị nhiễm bẩn hoặc nhiễm trùng như một phương tiện loại bỏ các mô bị hư hại hoặc nhiễm bệnh.

1. Chia da, cơ và xương tại hoặc gần mức như nhau, không thử vạt thẳm mỡ hay đóng vết thương (Hình 18.76)
- 
2. Thắt tất cả các mạch bị chảy máu và cắt dây thần kinh trong khi kéo nhẹ để chúng co vào vết thương. Khâu lược vạt da bằng vải mũi chỉ để tránh bị kéo tiếp. Băng tiệt trùng.
 3. Mở ổ và rửa vết thương 2-5 ngày/lần cho đến khi không còn mô chết hoặc nhiễm trùng. Vào thời điểm này, thực hiện cắt cụt xác định và đóng vết cắt.

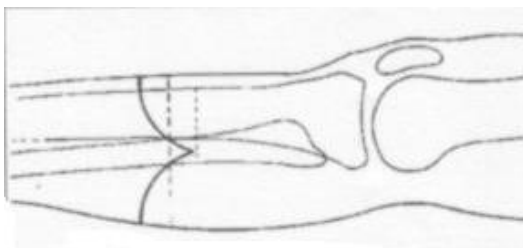
Cắt cụt xác định

Thực hiện cắt cụt xác định là thủ thuật theo kế hoạch khi chi sạch và không bị nhiễm trùng hay sau khi đã cắt không dài.

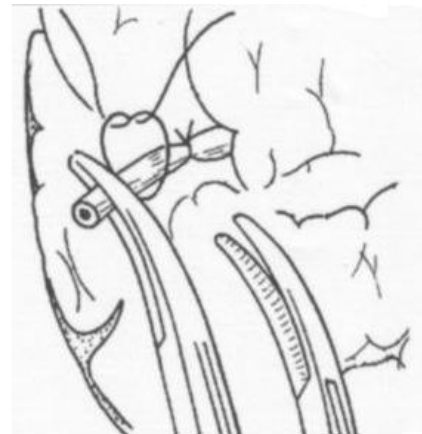
Đối với chi trên, bảo tồn càng nhiều càng tốt. Mức lý tưởng đối với chi dưới khi cắt cụt là 12cm gần với khớp đầu gối(cắt ngang đùi) và 8-14cm cách xa khớp đầu gối(cắt ngang xương chày). Khi có thể, cứu khớp gối để cải thiện chức năng khi lắp chi giả.

Cắt cụt qua đầu gối có thể được chấp nhận ở trẻ em

1. Cắt vạt da 5-6cm và cơ 2-4cm cách xa mức dự kiến của đoạn xương (Hình 18.77)
2. Sửa vạt da để cho tổng chiều dài các vạt da bằng 1 hoặc 1,5 lần đường kính của chi. Các điều kiện tại chỗ có thể đòi hỏi phải có các vạt da không bằng nhau hoặc bất thường.
3. Làm nhỏ đầu trước của xương và cắt xương mác cách chỗ cắt xương chày 3 cm.
4. Buộc tất cả các mạch chính bằng nút buộc đôi (Hình 18.78)



H18.77



5. Cắt các dây thần kinh trong khi làm căng nhẹ và để chúng co lại vào vết thương. Khâu các cơ đối diện qua đầu cuối của xương và gắn vạt da với xương qua màng xương hoặc lỗ khoan.
6. Tháo garo và dừng chảy máu trước khi đóng tiếp
7. Khâu lỏng da và mạc thành 2 lớp bằng các mũi khâu đứt đoạn. Nếu đóng da gặp khó khăn thì dùng vạt da dày trên vị trí không mang trọng lực của phần chi (gốc) còn lại. Không làm căng da khi khâu.
8. Trong phần lớn các trường hợp, dùng ống dẫn lưu và tháo ra sau 1-2 ngày. Băng kín và dùng nẹp thạch cao đối với phần chi còn lại.
9. Làm cho phần gốc thành hình trụ với sự phân bố đều các cơ. Gốc hình nón hoặc hình củ sẽ đau và khó vừa với ổ bộ phận giả

Cắt cụt bàn chân

Tiến hành cắt cụt trong khoảng bàn chân tại góc ngón hoặc xuyên qua bàn chân, căn cứ vào mức độ bảo tồn của mô. Cắt cụt gần hơn (khớp cổ-bàn chân hoặc khớp giữa cổ chân) có thể chấp nhận được nhưng có thể dẫn đến sự thiếu cân bằng cơ. Chúng có thể cần phải nẹp và chuyển gân để duy trì sự thẳng bằng của lòng bàn chân khi đi lại.

Cắt cụt chi trên

Cứu được càng nhiều phần chi càng tốt. Thường không có tay giả và việc bảo tồn bất kì chức năng nào cũng rất hữu ích.

Các vật da dày sẽ phù hợp với phần lớn phần chi còn lại.

Tại cổ tay, bảo quản khớp xương cổ tay để duy trì cử động co và duỗi

Cứu khớp xương quay-xương trụ để duy trì cử động lật ngửa và úp sấp của cẳng tay.

Đối với bệnh nhân bị cắt cụt cả hai chi trên có thể thực hiện phẫu thuật Krukenberg . Đây là thủ thuật lựa chọn, tách xương quay và xương trụ, đảm bảo lực cơ cho mỗi xương. Kết quả là cẳng tay còn cảm giác và có thể cầm nắm đơn giản được.

Cắt cụt ở trẻ em

Trẻ em thích ứng với việc sử dụng chi giả nhanh hơn so với người lớn. Khi có thể, cần bảo quản đĩa đệm và đầu xương để duy trì sự phát triển bình thường của chi. Cắt cụt xuyên khớp có thể chịu đựng được nếu sử dụng vật da ghép lên bề mặt mang trong lực của chi.

18.8. BIẾN CHỨNG HỘI CHỨNG KHOANG

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Hội chứng khoang là do hiện tượng sưng trong khoảng cân mạc đóng; khi áp lực trong khoang tăng, nguồn cung máu cho cơ bị mất
- Điều trị ngay bằng phẫu thuật để giải phóng da và cân mạc tại khoang liên quan.

Tăng áp lực khoang thường do:

- Bó bột hoặc băng quá chặt
- Chi bị nén từ phía ngoài

- Đóng vảy vết bong
- Gãy
- Tổn thương đè ép các mô mềm
- Tổn thương động mạch

Vùng thường bị nhất là khoang trước và khoang sau của chân và khoang lòng bàn tay- cẳng tay. Các vùng khác bao gồm bắp đùi, lưng cẳng tay, bàn chân, lưng bàn tay và ít gặp hơn là hông.

Kết quả chẩn đoán lâm sàng cho thấy:

- Đau không liên quan đến tổn thương
- Khi nắn khoang thấy cơ căng
- Đau có thất bị động ở các cơ liên quan
- Giảm cảm giác
- Các nhóm cơ liên quan bị yếu
- Xanh xao và sự làm đầy mao mạch bị giảm
- Áp lực trong khoang tăng lên (nếu có thể đo)

Điều trị

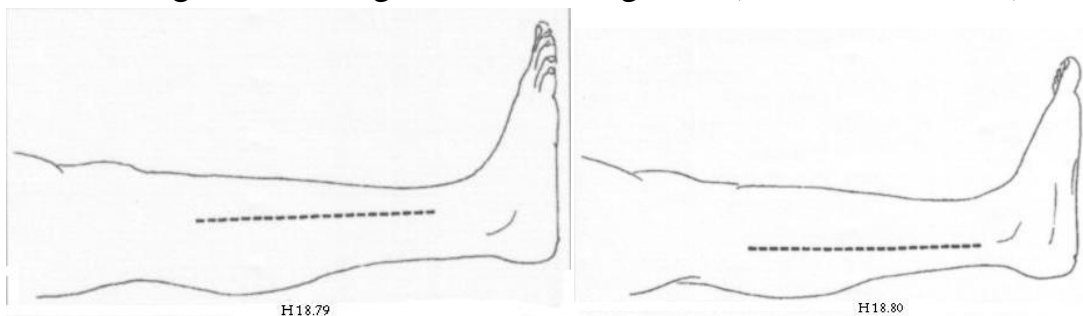
Tách bột và băng nếu có. Không được nâng chi lên nhưng quan sát cẩn thận tiến triển. Nếu dấu hiệu và triệu chứng vẫn tồn tại thì điều trị hội chứng khoang cấp bằng phẫu thuật để giảm nén ngay lập tức.

Chỉ chậm chễ một chút cũng làm tăng hoại tử cơ, do đó, nếu nghi ngờ hội chứng khoang thì thực hiện giải nén ngay.

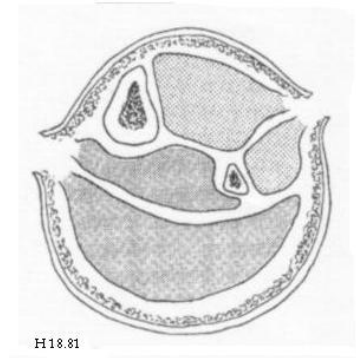
Kỹ thuật

Chân

1. Rạch hai đường rạch dài để giải nén 4 khoang chân (Hình 18.79, 18.80)

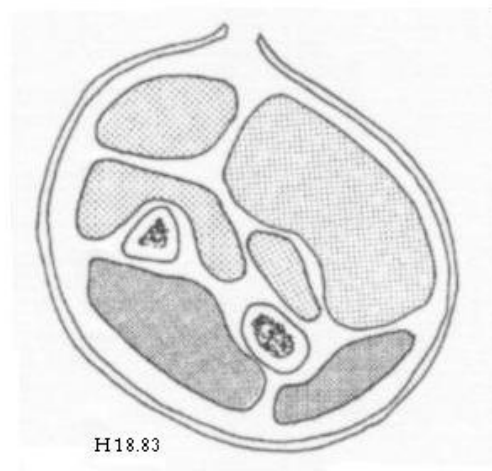
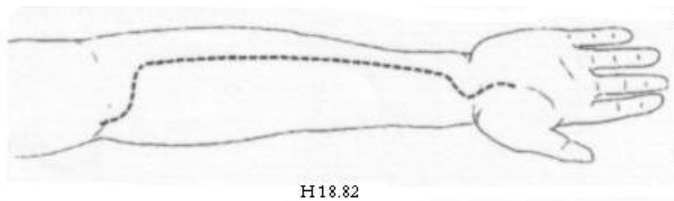


2. Rạch một đường tại mặt ngang trước của chân ngay trước xương mác. Chia da và cân mạc xung quanh khoang trước và khoang ngang.
3. Rạch một đường thứ hai dài 1-2cm sau mép giữa xương chày để đánh giá khoang bề mặt và khoang sâu sau (Hình 18.81)



Cẳng tay

1. Giải nén khoang bề mặt và khoang sâu lòng bàn tay bằng một đường rạch đơn bắt đầu gần với khuỷu tay và mở rộng ngang qua ống xương cổ tay (Hình 18.82)
2. Chia cân mạc bề mặt theo toàn bộ chiều dài để mở ống cổ tay và giải nén thần kinh ở điểm giữa. Bộc lộ các cơ sâu trong khoang và rạch cân mạc xung quanh cơ tròn quay sấp, cơ vuông quay sấp, cơ gấp (Hình 18.83)



3. Thăm sát các cơ tìm dấu hiệu hoại tử. Cơ chết có màu đỏ thẫm, khi cắt không chảy máu, không giật khi véo và có độ mềm nhẽo. Loại bỏ cơ chết nhưng nếu còn nghi ngờ thì để lại và đánh giá lại sau 1-2 ngày. Không đóng vết thương
4. Băng bằng băng tiệt trùng và nẹp chi. Nếu có chỗ gãy liên quan thì dùng dụng cụ cố định ngoài, kéo hoặc bó bột. Đưa bệnh nhân trở lại phòng mổ để tái mở ổ sau 1-2 ngày. Khi vết thương sạch và sưng đã giảm thì đóng vết thương hoặc dùng miếng ghép da

HỘI CHỨNG NGHẼN MẠCH MỠ

Hội chứng nghẽn mạch mỡ xảy ra sau chấn thương nặng chi dài. Bệnh học không rõ nét nhưng dường như có rất nhiều các chất tuỷ xương vào trong dòng máu. Những chất này tắc ở phổi, não và các cơ quan khác. Hội chứng trở

nên nguy hiểm vào ngày thứ hai hoặc thứ ba sau tổn thương. Vì phổi bị ảnh hưởng nên có hiện tượng suy hô hấp có thể trở nên nguy hiểm chết người đối với một tỷ lệ nhỏ trong số bệnh nhân.

Các dấu hiệu bao gồm:

- Lẫn lộn và cấu gât
- Mạch và tốc độ hô hấp tăng
- Các đốm xuất huyết xuất hiện trong nách, màng kết, vòm miệng và cổ
- Dung lượng oxy động mạch thấp (nếu có thể kiểm tra)

Điều trị

1. Ổn định chỗ gãy chân dài. Sự ổn định sớm có thể tránh được hội chứng
2. Cho thở ôxy và hỗ trợ hô hấp trong vài ngày. Tác động hiện có ít nhưng bao gồm tầm nhìn kém, thận bất thường và thay đổi về thần kinh.

18.9. CHẤN THƯƠNG LIÊN QUAN ĐẾN CHIẾN TRANH

NHỮNG ĐIỂM MẤU CHÓT:

- Mức độ nghiêm trọng của vết thương do súng bắn liên quan đến kích thước, hình dáng và tốc độ của viên đạn
- Các tổn thương do tốc độ thấp gây ra các vết thương nhỏ và được điều trị bằng mở ổ bề mặt, dùng kháng sinh và tiêm phòng uốn ván
- Các tổn thương do tốc độ cao gây ra hư hại xương và mô mềm lan rộng và được điều trị bằng mở ổ, rửa như đối với gãy hở; không đóng vết thương ban đầu.
- Điều trị các chỗ gãy liên quan bằng bó bột, kéo hoặc cố định ngoài

VẾT THƯƠNG DO SÚNG BẮN

Các tổn hại mô của vết thương do đạn liên quan đến khối lượng, hình dáng và tốc độ của viên đạn. Đạn nặng có đà lớn hơn và tạo ra năng lượng lớn hơn khi va chạm vào vật. Hình dáng bên ngoài viên đạn xác định cách thức nó xuyên vào cơ thể. Các mảnh bom mìn thường bất thường về hình dáng và làm rách các mô trên đường chúng đi vào cơ thể.

Sự tổn hại mô xuất hiện do tổn thương trực tiếp do bị đạn bắn, sóc là kết quả của sự phân tán năng lượng khi đạn giảm tốc độ và tác động tạo lỗ hồng bằng lực hút trước và sau viên đạn. Các vết thương nhỏ ở đầu vào và đầu ra có thể cùng tồn tại với các cơ duỗi và tổn thương xương.

Đánh giá và chẩn đoán

Vì nhiều vùng bị ảnh hưởng nên cần khám sát toàn bộ cơ thể bệnh nhân để xác định tất cả các vết thương. Tổn thương ở đầu, ngực và bụng có thể nguy hiểm đến tính mạng và nên nâng bệnh nhân lên như đã trình bày ở các mục 16.4 đến 16.7 và Phụ lục: *Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu*.

Kiểm tra kỹ cảm giác, trương lực cơ và tuần hoàn của các chi bị tổn thương và ghi chép các kết quả. Không nhất thiết phải chụp X-quang nhưng nó sẽ giúp đánh giá loại gãy và xác định xem có mảnh vỡ nào còn sót lại trong khớp không. Nếu có thì cần phải loại bỏ.

Điều trị

Phương pháp điều trị cần căn cứ vào loại vũ khí gây ra tổn thương và mức độ tổn thương mô mềm.

Tổn thương do đạn bắn với vận tốc thấp

Khi đạn bắn với vận tốc dưới 1500feet/giây thì sẽ gây ra các tổn thương nhỏ:

1. Mở ổ bề mặt vết thương. Thường được thực hiện ở phòng bệnh nhân ngoại trú
2. Rửa vết thương
3. Không được đóng vết thương
4. Dùng kháng sinh tĩnh mạch trong 1-3 ngày
5. Tiêm phòng uốn ván
6. Điều trị bảo tồn chỗ gãy hở bằng bó bột, kéo hoặc cố định ngoài.
7. Nếu mảnh đạn còn ở trong khoang khớp thì sắp xếp để lấy nó ra trong vòng vài tuần.

Tổn thương do đạn bắn với tốc độ cao

Nếu viên đạn bắn với tốc độ lớn hơn 1500feet/giây thì sẽ gây ra các vết thương lớn:

1. Mở ổ vết thương trong phòng mổ, gây mê thích hợp
2. Rửa từng vết thương sau khi đã loại bỏ tất cả mô chết và dị vật như đã trình bày ở phần gãy hở
3. Rửa giữa các vết thương đầu vào và đầu ra
4. Không đóng vết thương. Tái mở ổ sau 2-5 ngày và đóng hoặc ghép da khi vết thương sạch.
5. Cho dùng kháng sinh và tiêm phòng uốn ván như trên
6. Điều trị chỗ gãy bằng bó bột hoặc tốt hơn là dùng cố định ngoài hoặc kéo.

VẾT THƯƠNG DO Mìn MẶT ĐẤT

NHỮNG ĐIỂM MẮU CHÓT:

- Mô hình tổn thương liên quan đến loại bom mìn
- Các tổn thương do hơi xuất hiện do mìn nhạy cảm với áp lực (, trong khi mìn vương nổ gây ra tổn thương do các mảnh nhỏ bay vào.
- Đánh giá toàn thân bệnh nhân để tìm tổn thương đa hệ thống
- Điều trị tổn thương chi bằng mở ổ và đậy da
- Thường phải cắt cụt.

Mìn mặt đất được chia thành mìn đè nổ hoặc mìn vương nổ. Mìn hơi rất nhạy cảm với áp suất và phát nổ khi trọng lượng của nạn nhân đè vào mìn. Mìn vương nổ phát nổ sau khi dây kéo bị dẫn mạnh, do đó khi người và vật đi qua vương vào mìn sẽ nổ.

Mô hình tổn thương

Dẫm lên mìn đè nổ:

- Mất bàn và một phần chân
- Rách và xé nát da, cơ và xương
- Xương trở thành vật gây thương tích thứ hai, do đó có thể gây thương tích cho bụng và đáy chậu

Nhặt phải mìn đè nổ:

- Mất bàn tay và cánh tay
- Tổn thương mắt và mặt

Mìn vương nổ:

- Vết thương thủng trên toàn bộ cơ thể
- Tổn thương đầu, ngực và bụng
- Các mảnh mìn có tốc độ thấp và cao

Đánh giá và chẩn đoán

Tiến hành hồi sức cơ bản như đã chỉ dẫn trong bài 16: Xử trí chấn thương cấp và phần Phụ lục: Chăm nang chăm sóc chấn thương ban đầu. Kiểm tra toàn bộ cơ thể bệnh nhân để xác định vị trí của tất cả các vết thương và đánh giá các tổn thương đầu, ngực, bụng và đáy chậu

Chấn thương chi thường xảy ra sau tổn thương do mìn đè nỏ và phần cuối của chi có thể bị mất. Khám phần chi còn lại để kiểm tra mô có máu và thần kinh-những yếu tố cần thiết để tái cấu trúc chi.

Điều trị

1. Che vết thương bằng băng tiệt trùng
2. Nẹp tạm thời chỗ gãy cho đến khi bệnh nhân được đưa đến phòng mổ
3. Chỉ định dùng kháng sinh tĩnh mạch và tiêm phòng uốn ván như với gãy hở
4. Mở ổ vết thương, loại bỏ toàn bộ mô chết và dị vật. Trong khi mở ổ lần đầu, rất khó có thể xác định được những mô nào còn được cung cấp máu đầy đủ. Nếu còn nghi ngờ, giữ lại mô và đánh giá lại trong lần mở ổ tiếp theo. Đánh giá cơ dựa vào màu sắc, chảy máu và khả năng co.
5. Loại bỏ các mảnh xương vỡ không có mô dính vào
6. Giữ lại toàn bộ da bị chảy máu để che gốc chi. Giữ lại da từ phần cắt cụt để sử dụng cho việc ghép da sau này.
7. Tái mở ổ vết thương trong phòng mổ 2-5 ngày/lần cho đến khi có thể đóng vết thương hoặc ghép da.
8. Điều trị chỗ gãy bằng nẹp, kéo hoặc cố định ngoài. Không cần thiết phải cắt cụt chi ở phần lớn các chỗ gãy gần. Cố giữ lại càng nhiều càng tốt. Cố định ngoài đặc biệt có ích trong các tổn thương có vết thương mô mềm lan rộng.

Phục hồi chức năng

- Bắt đầu thực hiện các bài tập vận động các cơ còn lại càng sớm càng tốt. Việc hình thành sẹo lớn do tổn thương vì mìn sẽ dẫn đến xơ co cứng nghiêm trọng.
- Ghép da lên phần mang trọng lực của phần còn lại của chi sau khi bị cắt cụt sẽ làm cho nó vừa với chi giả.
- Sắp xếp lắp chân giả, nếu có, khi da đã lành hoàn toàn. Đối với việc cắt cụt cả hai tay thì nên dùng thủ thuật Krukenberg (mục 18.33).

Chỉnh hình chung

19

19.1. CÁC VẤN ĐỀ BẨM SINH VÀ PHÁT TRIỂN

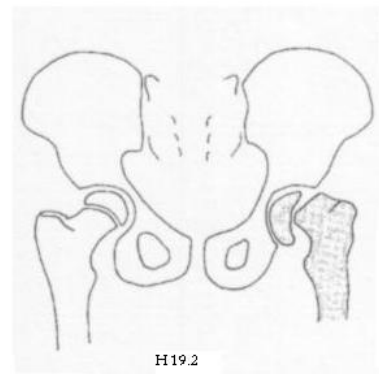
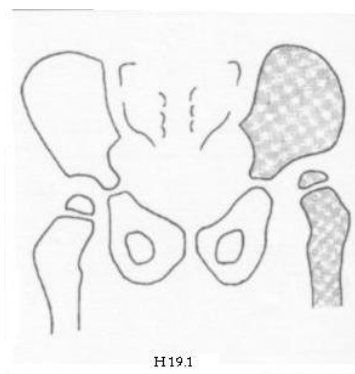
RỐI LOẠN XƯƠNG HÔNG Ở TRẺ EM

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Có 4 loại rối loạn xương hông chính ở trẻ em; mỗi loại xuất hiện ở một độ tuổi đặc trưng và có thể gây ra biến dạng hông nghiêm trọng nếu không được điều trị sớm
- Các loại đó là:
 - Loạn sản xương hông phát triển
 - Viêm khớp nhiễm trùng
 - Hoại tử khớp (Bệnh hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em)
 - Trượt điểm cốt hoá ở đầu trên xương đùi
- Chẩn đoán dựa trên thăm khám lâm sàng. X-quang có tác dụng để chăm sóc sau đó nhưng không nhất thiết phải thực hiện

Mỗi loại rối loạn xương hông ở trẻ em có bệnh học khác nhau nhưng tất cả đều gây ra tổn hại cho đầu trên xương đùi gần và dẫn đến không thể sửa chữa được chức năng xương hông bởi những thay đổi của sự phát triển bình thường.

Loạn sản xương hông hoặc sai khớp hông bẩm sinh là do sự không ổn định của xương hông trong trục khớp. Áp lực thay đổi làm trục khớp lớn lên với một vành nông (Hình 19.1). Khi hông trượt ngang ra ngoài ổ, chân sẽ ngăn lại và sụn khớp sẽ bị thoái hoá.



Viêm khớp nhiễm trùng phá huỷ khớp và sụn đang phát triển do vi trùng từ các vết thương gần khớp hoặc do nhiễm trùng huyết xâm nhập vào.

Vì thiếu nguồn cung cấp máu cho xương hông nên gây ra hiện tượng hoại tử xương kèm sự suy sụp của đường viền tròn đầu xương đùi. Điều này làm suy giảm vận động và dẫn đến viêm khớp thoái hoá sau này.

Trượt điểm cốt hoá ở đầu trên xương đùi làm thay đổi đường viền ở đầu xương đùi trong ổ, suy giảm vận động và gây ra viêm khớp thoái hoá (Hình 19.2)

Đánh giá và chẩn đoán

Tuổi tác là một chỉ số hữu dụng trong chẩn đoán. Tất cả các rối loạn này đều liên quan đến sự giảm vận động, nhưng mất khả năng chuyển động quay vào lại xuất hiện sớm nhất. Ở trẻ lớn tuổi hơn, đau đầu gối và chân tay là các biểu hiện thường gặp. Nhiễm trùng có liên quan đến các dấu hiệu toàn thân như sốt và khó ở. X-quang rất có ích nhưng không nhất thiết phải chụp ngay. Kết quả chụp X-quang cần thiết cho việc xác định các chẩn đoán dài hạn trong quá trình tiếp sau đó.

Tuổi

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| • Loạn sản phát triển | Xuất hiện khi sinh |
| • Viêm khớp nhiễm trùng | Trong suốt thời thơ ấu |
| • Hoại tử khớp | 4-8 năm |
| • Trượt đầu xương | 7-15 năm |

Các kết quả tìm thấy

Loạn sản phát triển

- Con so
- Sinh ngược
- Hông không ổn định từ khi sinh ra
- Chân ngắn
- Nếp gấp da đùi không đối xứng

Viêm khớp nhiễm trùng

- Các dấu hiệu toàn thân
- Đau khi cử động hông
- Hông bị giữ ở tư thế gấp và giạng ra

Hoại tử xương

- Đi khập khiễng không rõ nguyên nhân
- Đau đầu gối khi thăm khám gối thông thường
- Mất chuyển động quay vào

Trượt đầu xương

- Đi khập khiễng
- Đầu gối đau khi thăm khám thông thường
- Mất chuyển động quay vào

Điều trị

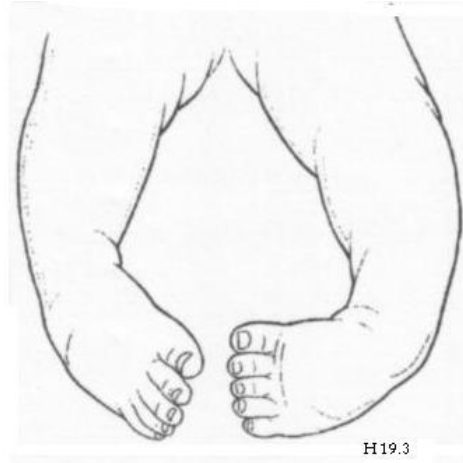
- Điều trị bệnh nhân bị loạn sản phát triển khi sinh bằng bảo tồn nhẹ và dùng bộ dây treo Pavlick (nếu có) hoặc bó bột băng chéo hông khi giàng ra và khi gấp vào. Đặt hông ở vị trí có thể điều trị bảo tồn một cách ổn định nhưng không được gấp chúng ở góc lớn hơn 90 độ.
- Viêm khớp nhiễm trùng cần phải dẫn lưu phẫu thuật ngay (mục 19.5 – 19.6). Khi hút, nếu thấy có dịch khớp đục hoặc giống như mủ thì chẩn đoán xác định là viêm khớp nhiễm trùng. Trong trường hợp này cần thực hiện dẫn lưu phẫu thuật ngay mà không đợi kết quả nuôi cấy
- Nếu nghi ngờ bệnh Perthe (hoại tử chỏm xương đùi ở trẻ em) thì đặt trẻ lên giường nghỉ, sử dụng kéo qua da thẳng chân và tạ kéo nặng vài kilo. Khi đau giảm, bắt đầu thực hiện vận động tích cực và tích cực có trợ giúp. Khi hết đau hoàn toàn thì bắt đầu đi lại, chịu lực một phần với nạng và phân đầu để chịu lực toàn bộ nếu có thể chịu đựng được. Kiểm tra trẻ thường xuyên để chắc chắn là trẻ hoàn toàn hết đau khi vận động. Nếu vẫn đau thì phải thực hiện lại quy trình trên từ đầu. Quá trình tái phân bố mạch máu đầu xương sẽ mất khoảng 1-2 tuần.
- Trượt đầu xương đùi gần cần phải được cố định bằng đinh để tránh di lệch tiếp. Đây là một thủ thuật phức tạp yêu cầu một loại đinh đặc biệt và thiết bị chụp X-quang. Trong khi sắp xếp để điều trị theo cách này, nên đặt trẻ trong dụng cụ kéo chân thẳng. Nếu trẻ phải đi xa để được điều trị bằng phẫu thuật thì cho dùng nạng để chân không phải chịu lực hoặc bó bột băng chéo.

BÀN CHÂN VẠO

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Chân vẹo là một dị dạng của bàn chân và bắp chân dưới được mô tả bởi phần trước quay vào trong và hướng xuống;
- Bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt bằng nắn và bó bột lặp đi lặp lại
- Bệnh nhân bị bàn chân vẹo sau 6-12 tháng tuổi sẽ phải phẫu thuật.

Chân vẹo là một dị dạng của bàn chân và bắp chân dưới được mô tả bởi phần trước quay vào trong và hướng xuống. Các xương, khớp, cơ và mạch máu của chi đều bất thường. Nó có thể ảnh hưởng đến một bàn chân (một bên) hay cả hai chân (hai bên). (Hình 19.3).



Những dị dạng ít nghiêm trọng hơn có thể được điều chỉnh bằng cách duỗi nhẹ chân trước hoặc mắt cá nhưng không duỗi cả hai. Các nguyên nhân khác dẫn đến sự biến dạng tương tự bao gồm chứng co cứng khớp, sốt bại liệt, thoát vị tuỷ-màng tuỷ. Chúng gây ra những bất thường khác nhau và được điều trị khác nhau

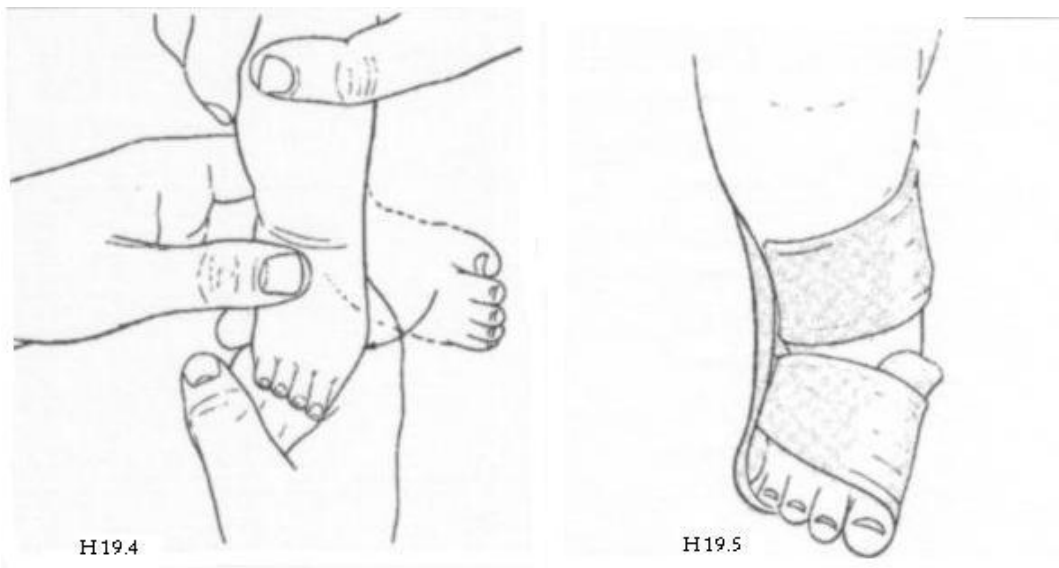
Điều trị

Bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt bằng các thao tác nhẹ nhàng và bó bột. Thay bột hàng tuần cho đến khi đạt được sự điều chỉnh cần thiết.

Kỹ thuật

1. Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa thoải mái trên bàn thăm khám hoặc trong lòng mẹ.
2. Nhẹ nhàng đẩy chân trước từ vị trí vẹo vào sang vị trí vẹo ra. Đặt ngón cái lên gốc ngón chân thứ 5 để làm điểm tựa trong khi đẩy chân trước theo chiều ngang (Hình 19.4)
3. Tiếp theo, lộn gót chân bị ngược trong khi nhẹ nhàng kéo dẫn các cấu trúc chặt ở giữa. Cầm gót chân trong bàn tay và quay toàn bộ bàn chân ra ngoài.
4. Khi những biến dạng này trở lại vị trí bình thường, bắt đầu đưa bàn chân về phía trên ra khỏi vị trí gập lòng bàn chân. Đặt bàn tay vòng quanh gót chân và quay bàn chân về phía trước trong khi đẩy vào giữa chân. Không được đẩy lên vào đầu các xương ngón chân vì sẽ làm cho bàn chân bị cong ở giữa.

5. Giữ bàn chân đã được nắn chỉnh đúng vị trí bằng cách bó bột, đầu gối gấp hoặc dùng nẹp bột hoặc nẹp đàn hồi (Hình 19.5)



6. Thay bột hoặc nẹp hàng tuần, từ từ đưa bàn chân về vị trí bình thường. Khi đã điều chỉnh xong thì giữ vị trí bằng bó bột hay dây treo cho đến khi trẻ biết đi. Nếu bàn chân bị biến dạng nghiêm trọng thì có thể không dùng bột hoặc nẹp để điều trị được mà phải cần điều trị bằng phẫu thuật.

19.2. U XƯƠNG

NHỮNG ĐIỂM MẮT CHÓT:

- Các khối u trong xương có thể là nguyên phát(xuất phát từ trong xương) hoặc di căn(xuất phát từ một nơi nào khác và lan sang xương)
- Phân biệt giữa u lành và u ác cần đến sự trợ giúp của X-quang và sinh thiết
- Điều trị u xương ác tính đòi hỏi các biện pháp đặc hiệu, bao gồm hoá trị liệu, xạ trị và phẫu thuật.

Các khối u di căn sang xương thường gặp nhất ở xương chậu, cột sống, xương sườn, xương đùi xa và xương cánh tay gần. Chúng đến từ vú, phổi, tuyến tiền liệt, thận và tuyến giáp. Kiểm tra các vùng này nếu nghi ngờ là u di căn.

Các khối u xương nguyên phát xuất hiện từ mô xương, sụn, màng hoạt dịch, collagen và các tế bào xương ống. U ác tính có tỷ lệ tử vong cao và thường di căn sang phổi.

Đánh giá và chẩn đoán

Các dấu hiệu và triệu chứng của u xương bao gồm:

- Đau nhói, có thể không liên quan đến hoạt động
- Sưng và mềm
- Gãy bệnh lý

Cần chụp X-quang và sinh thiết để chẩn đoán xác định. Chụp X-quang lồng ngực nếu nghi ngờ có thương tổn di căn. Chẩn đoán phân biệt chính là nhiễm trùng. Nếu nghi ngờ thì cho hút để tìm mủ trong thương tổn.

Biểu hiện trên phim chụp X-quang:

U lành tính

- Vùng sáng được bao quanh bởi xương đặc có chứa các thương tổn
- Vỏ còn nguyên vẹn
- Không có khối mô mềm

U ác tính

- Vùng sáng khuếch tán, không có xương đặc bao quanh
- Thường có hình ảnh xương bị loang lổ, có lỗ thủng ở vỏ.
- Có thể có xương có màng mới tại bờ khối u
- Có thể có khối mô mềm

U di căn

- Tương tự như u ác tính
- Có thể có xương màng cứng tại các thương tổn từ tuyến tiền liệt hoặc vú.

Điều trị

Bố trí việc điều trị tại nơi có đủ thiết bị. U lành tính có thể cần theo dõi hoặc ghép xương để tránh gãy xuyên qua thương tổn. Nếu xương bị gãy thì điều trị bằng các phương pháp bảo tồn thông thường. Khi lành thì tiến hành điều trị khối u thực thụ. Các u ác tính cần đến những biện pháp đặc hiệu bao gồm hoá trị liệu, xạ trị và phẫu thuật.

19.3. NHIỄM TRÙNG

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Nhiễm trùng khớp xuất phát từ nhiễm trùng ở một nơi nào đó trong cơ thể hoặc từ các vết thương ngay trong khớp
- Nghi ngờ nhiễm trùng nếu có biểu hiện sưng, đau và mất cử động khớp.
- Chẩn đoán xác định bằng hút dịch từ khớp
- Điều trị bằng dẫn lưu mở hay qua kim hút và kháng sinh

VIÊM KHỚP NHIỄM TRÙNG

Phần lớn các trường hợp mắc bệnh do vi khuẩn lan truyền theo đường máu vào khớp, có thể từ xương hoặc phần mềm cạnh khớp. Trong trường hợp nhiễm khuẩn theo đường máu, vi khuẩn từ các mao mạch màng hoạt dịch khớp xâm nhập vào màng hoạt dịch, bám dính tại chỗ gây phản ứng tập trung bạch cầu trung tính sau ít giờ. Trong vòng 48 giờ, sụn khớp bị tổn thương do vi khuẩn kích thích các tế bào sụn giải phóng các protease, cytokin do sự xâm nhập trực tiếp của vi khuẩn và các tế bào viêm vào sụn. Trên mô bệnh học có thể tìm thấy vi khuẩn ở lớp bề mặt màng hoạt dịch và sụn khớp cũng như các ổ áp-xe nhỏ trên bề mặt màng hoạt dịch khớp, sụn khớp, thậm chí ở các lớp xương dưới sụn trong các trường hợp nặng. Màng hoạt dịch tăng sinh tạo thành hình ảnh màng máu phủ trên bề mặt sụn khớp. Vi khuẩn cũng gây viêm tắc các mạch máu màng hoạt dịch.

Đánh giá và chẩn đoán

Các triệu chứng của viêm khớp nhiễm trùng bao gồm sốt, lạnh run, khớp sưng, nóng, đỏ, đau và cứng. Các khớp lớn thường bị ảnh hưởng, như các khớp gối, mắt cá, khớp háng, và khớp khuỷu.

Chẩn đoán viêm khớp nhiễm trùng dựa trên xác định sự nhiễm khuẩn của dịch khớp. Hoạt dịch có thể được chọc hút dễ dàng nếu tôn trọng các nguyên tắc về vô trùng ở phòng khám chuyên khoa hoặc bệnh viện. Dịch khớp sẽ được phòng xét nghiệm phân tích tìm số lượng bạch cầu, chỉ điểm của tình trạng nhiễm trùng. Cây dịch khớp, làm kháng sinh đồ giúp nhận dạng vi khuẩn gây bệnh và xác định loại kháng sinh thích hợp. Chụp Xquang khớp giúp phát hiện tổn thương xương kế cận khớp.

Kỹ thuật hút dịch khớp

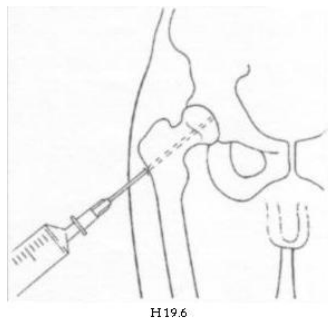
Rửa tay trước khi thực hiện, đắp vùng gần khớp bằng ga tiệt trùng. Dùng lidocaine 1% để gây tê da và mô dưới bao vỏ khớp. Có thể cần giảm đau khi hút dịch khớp hông. dùng kim lòng rộng xuyên trực tiếp vào khớp và hút càng nhiều dịch càng tốt. Gửi các chất dịch đó đi nuôi cấy.

Xương hông

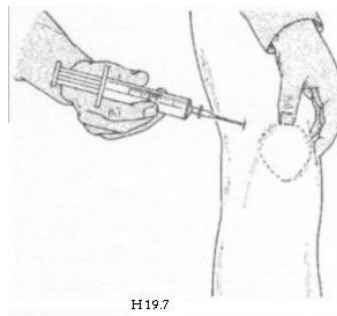
Bệnh nhân nằm ngửa, chọc kim tuỷ sống vào ngay trước máu chuyển rộng tại mắt cá ở góc 45 độ (Hình 19.6). Vừa đưa kim vào vừa hút. Khi kim đi vào bao vỏ khớp sẽ cảm thấy tiếng “pop” và dịch sẽ được hút đầy vào bơm.

Đầu gối

Hút dịch đầu gối bằng phương thức giữa hoặc ngang tại bờ trên của xương bánh chè (Hình 19.7)



H19.6



H19.7

Mắt cá

Hút dịch ở mắt cá bằng phương thức trước ngang hoặc trước giữa tại mức xương chày xa và ngay ngang hoặc giữa so với các gân đuôi.

Điều trị

Điều trị cơ bản dựa trên sử dụng kháng sinh và dẫn lưu hoạt dịch nhiễm trùng ra khỏi khớp. Nên dùng kháng sinh càng sớm càng tốt. Kháng sinh cần tiêm tĩnh mạch, tại bệnh viện. Việc lựa chọn kháng sinh tùy thuộc vào kết quả cấy dịch khớp và kháng sinh đồ. Trong khi chờ đợi kết quả kháng sinh đồ nên dùng ngay kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm. Đôi khi phải kết hợp nhiều loại kháng sinh. Kháng sinh cần được sử dụng liên tục trong thời gian từ 4-6 tuần. Dẫn lưu dịch khớp nhiễm trùng là thủ thuật thiết yếu. Dẫn lưu được thực hiện đều đặn bằng kim và bơm tiêm mỗi ngày trong giai đoạn đầu, hoặc bằng phẫu thuật. Nội soi khớp được dùng để súc rửa khớp và cắt lọc các mô viêm nhiễm hoại tử. Dùng phẫu thuật để dẫn lưu khớp khi không thực hiện được dẫn lưu đầy đủ bằng bơm tiêm và nội soi khớp. Sau phẫu thuật mổ hở hoặc nội soi khớp, đôi khi cần đặt ống để tiếp tục dẫn lưu dịch khớp nhiễm trùng đã tái tạo lại trong các ngày sau.

VIÊM XƯƠNG TUỖ SINH MŨ

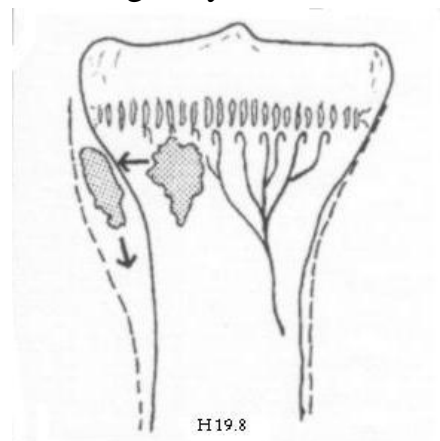
NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT

- Nhiễm trùng xương do vi khuẩn truyền qua đường máu từ nơi khác, từ vết thương bị nhiễm khuẩn và sau phẫu thuật.
- Nhiễm trùng cấp được điều trị bằng kháng sinh; khi có ổ áp-xe thì phải dẫn lưu phẫu thuật.
- Viêm xương tuỷ mạn tính là loại thường gặp nhất; thường có các mảnh xương mục và hiện tượng rò rỉ
- Loại bỏ các mảnh xương mục để kiểm soát nhiễm trùng nhưng chỉ được thực hiện sau khi bao xương được hình thành hoàn toàn.

Nhiễm trùng xương, viêm xương tuỷ xuất hiện do bị nhiễm trực tiếp từ vết thương ở dưới hay qua đường máu từ vùng bị nhiễm trùng khác. Nó xuất hiện dưới hình thức cấp tính và nếu không được điều trị nó sẽ trở thành mạn tính.

Ở nhiều nơi trên thế giới, viêm xương tuỷ là bệnh dịch địa phương, tồn tại dưới hình thức bệnh mạn tính tĩn. Vi khuẩn gây bệnh hay gặp nhất là khuẩn tụ cầu và vị trí thường mắc bệnh nhất là xương đùi và xương chày.

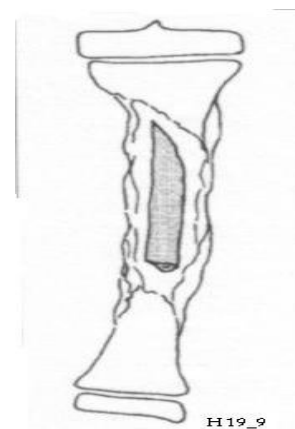
Nhiễm trùng qua đường máu bắt đầu bằng việc các vi khuẩn tụ lại ở võng huyết quản sau mao mạch tại vùng hành xương của đầu xương. Các vi khuẩn sinh sôi tại vùng này và gây ra nhiễm trùng trong tuỷ. Đây là giai đoạn cấp tính. Nếu không được điều trị nó sẽ tạo thành ổ áp-xe trong xương. Áp suất trong ổ áp xe tạo ra các chất như mủ thâm nhiễm vào vỏ xương. Màng xương bị nâng lên và hình thành ổ áp-xe dưới màng xương (Hình 19.8)



Điều này đánh dấu điểm khởi đầu của hình thức mạn tính của căn bệnh này. Các biểu hiện của mô mềm ở điểm bị viêm là sưng, nóng, đỏ, đau. Nếu vẫn không được điều trị thì ổ nhiễm trùng sẽ bị bục, dịch chảy ra và làm xẹp ổ áp-xe và/hoặc bị cắt nhỏ ra dưới màng xương, bao quanh thân xương. Khi đó, thân xương nguyên bản sẽ trở nên bị nhấn chìm trong ổ áp xe, không được cung cấp máu và trở thành những mảnh xương mục.

Bấy giờ thì khía cạnh quan trọng nhất của quá trình này mới xuất hiện: ống bao màng xương bị nâng lên bắt đầu hình thành xương mới và xương này sẽ trở thành bao xương (sự tăng sinh một xương mới) (Hình 19.9).

Sự nguyên vẹn của bao xương xác định hình thức cuối cùng và chức năng của chi. Tổn thương bao xương, dù do nhiễm trùng hay do mở ổ phẫu thuật, sẽ gây ra sự hình thành bao xương không hoàn chỉnh. Đầu đầu xương có thể cũng bị tổn thương nếu nhiễm trùng nặng.



Đánh giá và chẩn đoán

Triệu chứng viêm xương tuỷ cấp tính ở trẻ em thường là sốt cao rét run, sung nóng đỏ vùng tổn thương. Khi có ban đỏ vùng da tại chỗ kèm sưng phồng phần mềm thường do mủ đã vượt qua vỏ xương, màng xương lan vào phần mềm. Khớp lân cận có thể bị viêm. Ở người lớn, viêm đốt sống đĩa đệm là dạng phổ biến nhất của viêm xương tuỷ theo đường máu. Bệnh nhân đau âm ỉ tại vùng tổn thương, co cơ cạnh cột sống, hạn chế vận động cột sống, ấn tại chỗ đau chói kèm triệu chứng chèn ép thần kinh như liệt, rối loạn đại tiểu tiện... do các biến chứng chèn ép của ổ áp-xe hoặc xẹp, trượt đốt sống. Triệu chứng toàn thân ban đầu có thể sốt cao, gai rét, về sau sốt nhẹ âm ỉ.

Điều trị

Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, dẫn lưu mủ và tổ chức hoại tử (nếu có). Ngay trước khi cho thuốc cần cấy máu, cấy dịch khớp, làm nhanh xét nghiệm dịch khớp hoặc bệnh phẩm mủ tại chỗ bằng phương pháp soi tươi nhuộm gram tìm vi khuẩn. Căn cứ kết quả soi tươi nhuộm gram kết hợp với các yếu tố nguy cơ dự đoán chủng vi khuẩn để lựa chọn ngay kháng sinh thích hợp - trước khi có kết quả cấy máu hoặc dịch mủ. Kháng sinh thuộc nhóm diệt khuẩn, liều cao, khởi đầu dùng đường tĩnh mạch. Khi có kết quả kháng sinh đồ, điều trị dựa vào kết quả đáp ứng và kháng sinh đồ.

Thời gian điều trị viêm xương tuỷ nhiễm khuẩn đường máu cấp tính là từ 4 - 6 tuần, nếu thời gian điều trị dưới 3 tuần tỷ lệ thất bại cao gấp 10 lần. Điều trị phẫu thuật trong trường hợp có áp-xe ngoài xương, dưới màng xương, kết hợp có viêm khớp nhiễm khuẩn, hoặc không cải thiện triệu chứng sau 24 - 48 giờ. Viêm đĩa đệm đốt sống: 4 - 6 tuần hoặc dài hơn. Điều trị phẫu thuật phần lớn không cần thiết, trừ khi cột sống mất vững hoặc có triệu chứng chèn ép thần kinh, hoặc áp-xe phần mềm lan rộng không thể giải quyết bằng dẫn lưu dưới da.

Kỹ thuật dẫn lưu ổ áp-xe

1. Gây tê, khử trùng vùng bị ảnh hưởng theo quy định. Rạch một đường trực tiếp qua vùng hành xương của xương bị viêm tại nơi sưng to nhất.
2. Rạch tiếp qua da, các mô dưới ra, cơ và màng xương. Nếu không thấy mủ thì khoan vài lỗ qua vỏ xương vào trong ống tuỷ để cho mủ tắc trong đó thoát ra.
3. Rửa sạch khoang để loại bỏ các chất mủ. Đóng da lỏng qua ống dẫn lưu và gửi mẫu dịch đi xét nghiệm vi khuẩn.

4. Đối với các ổ nhiễm trùng sau giai đoạn cấp tính, điều trị nhằm mục đích dẫn lưu khoang áp-xe trong khi tạo điều kiện để bao xương mới tiếp tục hình thành.
5. Trì hoãn việc loại bỏ các xương mục cho đến khi bao xương mới được hình thành và quá trình này thường mất 6-12 tuần. Trong thời kì này nên dùng kháng sinh hạn chế để điều trị nhiễm trùng mô mềm còn hoạt động, các bệnh toàn thân, nhiễm trùng tại chỗ hoặc trước và sau thủ thuật lấy xương mục.
6. Khi bao xương đã hình thành đầy đủ, có thể lấy các mảnh xương mục ra để kiểm soát nhiễm trùng kéo dài. Thủ thuật lấy xương mục có thể khó thực hiện vì chúng khá lớn và khi lấy ra cần hết sức cẩn thận để không làm gãy bao xương còn lại. Xương mục có thể bị tắc trong bao xương và có thể phải đập nhỏ ra trước khi lấy. Sau khi phẫu thuật, bảo vệ chi bằng bó bột để tránh gãy. Đóng vết thương qua ống dẫn lưu hoặc để hở để ghép da sau này.
7. Thường gặp bệnh nhân viêm xương tuỷ mạn tính với các cơn kịch phát cấp tính. Điều này không bất thường đối với những ổ nhiễm trùng âm ỉ nhiều năm, sau đó lan rộng, kèm theo nhiễm trùng mô mềm cấp, có hoặc không có rò rỉ. Các mảnh xương mục thường là nguồn gốc của nhiễm trùng dai dẳng. Cần điều trị vãng kháng sinh, dẫn lưu các ổ áp-xe mô mềm và loại bỏ xương mục.
8. Nếu bao xương chưa được hình thành hoặc không đủ hiệu quả để duy trì chức năng của chi thì thường cần đến các biện pháp cải tạo lại ngay khi nhiễm trùng được kiểm soát. Đây là các thủ thuật lựa chọn có thể không phù hợp với các bệnh viện tuyến huyện.

19.4. CÁC TRƯỜNG HỢP THOÁI HOÁ

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Viêm khớp là sự bất thường của khớp do sự lạm dụng hoặc tổn thương (viêm khớp thoái hoá) hay viêm nhiễm(viêm khớp dạng thấp)
- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử, thăm khám lâm sàng và chụp X-quang
- Điều trị không dùng phẫu thuật bao gồm chống viêm, tiêm, làm mạnh cơ và nghỉ ngơi

VIÊM KHỚP

Viêm khớp là quá trình kích ứng hay viêm nhiễm khớp. Sụn khớp bị ảnh hưởng đầu tiên, trở nên cứng, bất thường và dần dần bị phá huỷ hoàn toàn. Điều này gây đau, sưng và mất khả năng vận động. Viêm khớp thoái hoá xuất hiện do sụn bị bào mòn và rách. Điều này liên quan đến tuổi tác, tổn thương khớp hoặc sau khi bị nhiễm trùng khớp. Viêm khớp dạng thấp là viêm thứ phát sau phản ứng miễn dịch làm phá huỷ sụn khớp. Nó thường bao gồm nhiều khớp và dẫn đến biến dạng khớp.

Đánh giá và chẩn đoán

Viêm khớp thoái hoá

Viêm khớp thoái hoá có các đặc điểm sau: Đau thường giới hạn ở một hay một số ít khớp; Cứng khớp vào buổi sáng hay sau khi nghỉ. Có thể đau vào ban đêm hay khi thay đổi thời tiết, có thể thấy tiếng lạo xạo trong khớp. Khi bệnh diễn tiến nặng, hoạt động khớp bị giới hạn, có thể xảy ra sai khớp nhẹ hoặc biến dạng khớp.

Thoái hóa khớp cột sống có thể ảnh hưởng đến các đĩa đệm, làm cho chèn ép các dây thần kinh tọa gây đau, tê buốt, nóng rát từ mông xuống bàn chân.

Thoái hóa khớp gối có thể liên quan đến các ngăn giữa, bên, hay bánh chè đùi, đau có thể lan tràn hay định vị ở một khớp.

Các xét nghiệm cận lâm sàng trong thoái hóa khớp thường bình thường, trên phim X-quang khi bệnh diễn tiến nặng có thể thấy hẹp khoảng khớp, xơ cứng xương dưới sụn, các chồi xương, bề mặt khớp bị ăn mòn, các nang dưới sụn.

Viêm khớp dạng thấp

Bệnh thường khởi phát từ từ, tăng dần. Trước khi có triệu chứng của khớp, bệnh nhân có thể có biểu hiện như sốt nhẹ, mệt mỏi, gầy sút, ra nhiều mồ hôi, tê các đầu chi. Các khớp viêm sưng đau rõ nhưng ít đỏ và ít nóng, có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, đau nhiều về nửa đêm gần sáng và khi vận động. Giai đoạn này kéo dài vài tuần đến vài tháng rồi chuyển sang giai đoạn toàn phát.

Trong giai đoạn toàn phát, thường xuất hiện viêm đau nhiều khớp. Đa số viêm khớp có tính chất đối xứng, ở bàn tay và bàn chân thường sưng phần mu hơn phần gan. Sưng đau và hạn chế vận động, ít có nóng đỏ, có thể có nước trong khớp gối. Đau nhiều về đêm gần sáng, có dấu hiệu *phá vỡ khớp* buổi sáng.

Bệnh tiến triển từng đợt nặng dần, dần dần xuất hiện tình trạng dính và biến dạng .

Bệnh nhân gầy sút, mệt mỏi, kém ăn, ra nhiều mồ hôi do rối loạn thần kinh thực vật, da xanh nhợt do thiếu máu. Xuất hiện hạt dưới da. Da khô nhất là các chi, lòng bàn tay bàn chân thường đỏ hồng do giãn mạch. Có thể phù một đoạn chi nhất là chi dưới do rối loạn dinh dưỡng và vận mạch.

Teo cơ quanh các khớp viêm như cơ liên đốt và cơ giun bàn tay, dây chằng khớp thường bị viêm co kéo

Kết quả chụp X-quang: giai đoạn đầu thấy mất vôi ở đầu xương và cản quang ở phần mềm quanh khớp. Sau một thời gian thấy hẹp khe khớp, hình khuyết xương nhỏ ở đầu xương giữa phần tiếp giáp của phần sụn và đầu xương. Giai đoạn muộn thấy dính 2 đầu xương và biến dạng khớp.

Điều trị

Nghỉ ngơi

Giảm hoạt động để bảo vệ khớp khỏi các tổn thương tiếp theo. Trong giai đoạn khởi phát của viêm khớp dạng thấp, dùng nẹp khớp với băng thạch cao di chuyển được. Bắt đầu tập vận động khi có thể.

Dùng thuốc

Dùng thuốc kháng viêm như aspirin hay ibuprofen. Bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp có thể dùng thuốc có corticosteroid uống hoặc các biệt dược khác

Tiêm

Đối với viêm khớp thoái hoá, tiêm cortisone trong khớp, cần lưu ý vì nó thường làm tăng nhanh sự hư hại sụn.

Đối với bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp, cortisone giúp kiểm soát viêm và tiêm định kì có thể sẽ rất hữu ích.

Làm mạnh cơ

Đối với cả hai loại viêm khớp cần cố gắng bảo tồn vận động của khớp và sức mạnh của cơ chi. Các cơ khoẻ mạnh sẽ bảo vệ khớp và làm chậm quá trình hư hại.

Phẫu thuật

Có thể cần đến phẫu thuật trong thời kì cuối hoặc khi điều trị bằng thuốc đối với bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp không có kết quả.

VIÊM TÚI THANH MẠC VÀ VIÊM GÂN XƠ HOÁ

Túi thanh mạc là những chiếc túi chứa một lượng nhỏ chất nhờn nằm giữa các cấu trúc thường xuyên vận động và nhờ nó mà các cấu trúc đó vận động dễ hơn. Khi áp suất tăng hoặc vận động quá nhiều, các túi đó bị viêm, đầy dịch và đau. Gân là dễ bị viêm do bị sử dụng quá nhiều tại những nơi nó gắn với xương (lồi cầu trên ngang xương cánh tay) hoặc di động trong phạm vi bao xung quanh (gân co của các ngón chân/tay hoặc gân Asin ở mắt cá)

NHỮNG ĐIỂM MÁU CHÓT:

- Viêm túi thanh mạc và viêm gân xơ hoá là do phản ứng viêm đối với việc sử dụng quá mức các bộ phận trên.
- Vị trí thường gặp của viêm túi thanh mạc là vai, khuỷu tay, hông và đầu gối
- Viêm gân xơ hoá thường gặp nhất ở khuỷu ngang, mặt quay của cổ tay, đầu gối, gân Asin, bề mặt xương mác của bàn chân
- Điều trị bằng cách nghỉ ngơi và dùng thuốc kháng viêm
- Tiêm Corticosteroid vào trong túi thanh mạc rất hữu ích nhưng không được sử dụng thuốc này xung quanh các gân lớn.

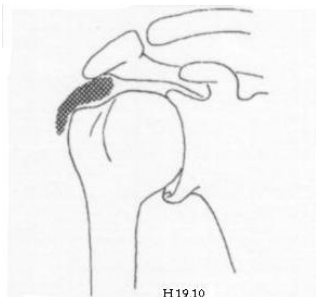
Đánh giá và chẩn đoán

Chẩn đoán dựa trên bệnh sử và các kết quả thăm khám như sưng, mềm, đau khi vận động

Các khu vực thường bị viêm túi thanh mạc và viêm gân xơ hoá

Viêm túi thanh mạc

- Túi dưới mỏm cùng vai (Hình 19.10)



H19.10



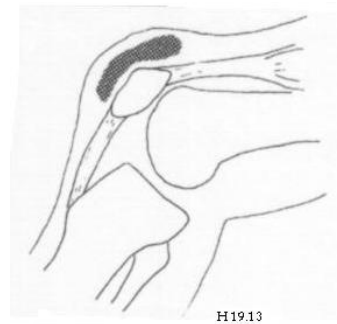
H19.11

- Túi xung quanh mỏm khuỷu tay (Hình 19.11)
Thường do đặt khuỷu tay lên bề mặt rắn. Túi thanh mạc bị viêm thường ở vị trí này, do đó hút dịch nhầy và kiểm tra viêm trước khi điều trị như

điều trị viêm túi thanh mạc. Dịch bị nhiễm trùng bị đục và chứa Gram. Điều trị nhiễm trùng bằng dẫn lưu phẫu thuật và kháng sinh

- Túi thuộc máu chuyển(Hình 19.12)

Nguyên nhân thường gặp là đau ngang hông. Chẩn đoán bằng bệnh sử đau khi đi lại, đau khi nằm lên chỗ bị viêm và mềm khi nắn trực tiếp vào máu chuyển xương đùi.



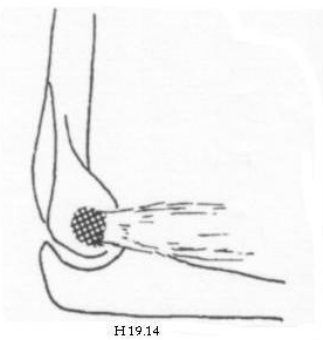
- Túi trước xương bánh chè (Hình 19.13)

Mỗi túi trong số 4 túi bao quanh đầu gối, trong một lúc nào đó, đều có thể bị viêm và đau. Túi trước xương bánh chè là hay bị nhất trong số các túi đó. Điều này do áp lực trực tiếp lên diện trước đầu gối bằng cách hành động như quỳ gối. Các túi khác bị kích ứng do sử dụng quá nhiều liên quan đến đi lại hay leo trèo.

Viêm gân xơ hoá

- Viêm móm lồi cầu ngang (khuỷu tennis) (Hình 19.14)

Đau khi sử dụng tay để cầm, nắm chặt và mềm khi lỏng cơ duỗi căng tay vào trong móm lồi cầu ngang xương cánh tay.



- Viêm bao hoạt dịch gân De Quervain(Hình 19.15)

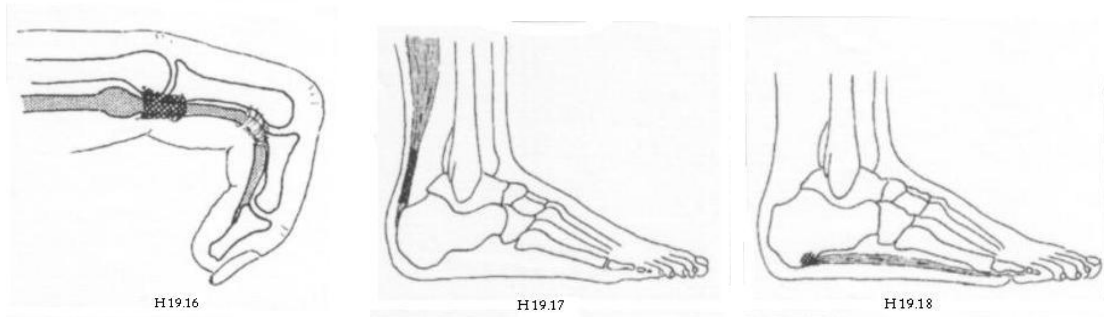
Xuất hiện do vận động quá sức. Sờ thấy rắn chắc, nắn thì di động, cử động thấy vướng hoặc có cảm giác đau đớn, tê dại.

- Ngón tay bật (Hình 19.16)

- Ngón tay cử động khó khăn, muốn cong ngón tay lại, ngón tay như bị kẹt, muốn duỗi ngón tay ra, cũng không dễ. Cố sức duỗi thẳng ngón tay thì

ngón tay bật ra làm cho khớp xa của ngón tay thấy đau. Khi sờ thử chỗ gốc ngón tay, nơi khớp bàn tay và ngón tay thấy nổi cục, ấn vào thì đau.

- Viêm gân Asin (Hình 19.17)
- Viêm gân Achilles xảy ra khi gân nối liền giữa xương gót chân với cơ bắp chân bị sưng tấy. Những triệu chứng đầu tiên là gân Achilles bị bong và vùng da đó bị tấy đỏ, đau.
- Viêm cân gan chân(Hình 19.18)



Gây ra đau khi chịu lực tại điểm lồng cân mạc gan bàn chân vào xương gót

Điều trị

Nghỉ ngơi

Bệnh nhân nên giảm hoạt động hoặc sử dụng nẹp thạch cao trong thời gian ngắn và từ từ hoạt động trở lại khi không gây đau nữa. Chườm nóng hoặc lạnh có thể giúp giảm viêm

Dùng thuốc

Dùng thuốc uống (aspirin hoặc ibuprofen). Có thể tiêm Corticosteroid vào trong túi và bao vỏ nếu các biện pháp khác không hiệu quả. Không được tiêm steroids trực tiếp vào gân. Chúng làm giảm sức mạnh của gân và dẫn đến đứt gân

Phẫu thuật

Đôi khi cần phải phẫu thuật để giải phóng bao vỏ gân để tránh kích ứng gân tiếp diễn. Phương pháp này đặc biệt hữu hiệu đối với ngón tay bật và viêm bao hoạt dịch gân De Quervain.

Phụ lục

Cẩm nang chăm sóc chấn thương ban đầu

**Cẩm nang xử trí chấn thương
tại tuyến huyện và các vùng
sâu vùng xa**

**Douglas A. Wilkinson
Marcus F. Skinner**

Mục lục

ABCDE trong xử trí chấn thương	556
Xử trí đường thở	559
Kỹ thuật xử trí đường thở	560
Xử trí hô hấp (thở)	563
Xử trí tuần hoàn	565
Các biện pháp hồi sức tuần hoàn	567
Đánh giá thì hai	572
Chấn thương ngực	574
Chấn thương bụng	578
Chấn thương sọ não	581
Chấn thương cột sống	584
Đánh giá tình trạng thần kinh	585
Chấn thương chi	587
Các trường hợp chấn thương đặc biệt	589
Chấn thương ở trẻ em	589
Chấn thương ở phụ nữ mang thai	594
Bỏng	595
Vận chuyển nạn nhân ốm nặng	600
Đội cấp cứu chấn thương	601
Thực hiện kế hoạch của đội cấp cứu chấn thương	603

ABCDE trong chăm sóc chấn thương

Xử trí đa chấn thương nghiêm trọng đòi hỏi phải nhận thức rõ về mức độ ưu tiên trong xử trí và mục đích của đánh giá ban đầu để xác định xem những tổn thương nào đe dọa tính mạng nạn nhân. Nếu thực hiện việc này một cách chính xác thì trong khi đánh giá ban đầu có thể xác định được các tổn thương đe dọa tính mạng như:

- Nghẹt đường thở
- Tổn thương lồng ngực kèm khó thở
- Xuất huyết nghiêm trọng bên trong và bên ngoài
- Tổn thương ổ bụng

Nếu có nhiều nạn nhân bị chấn thương thì phải điều trị trên cơ sở sàng lọc theo thứ tự ưu tiên. Sàng lọc thành công đòi hỏi phải có sự đánh giá và suy nghĩ rõ ràng.

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU

Đầu tiên cần thực hiện đánh giá theo ABCDE, cụ thể là:

- A: **A**irway (Duy trì đường thở)
- B: **B**reathing (Đánh giá hô hấp)
- C: **C**irculation (Đánh giá tuần hoàn)
- D: **D**isability (Đánh giá tình trạng tàn tật)
- E: **E**xposure (Bộc lộ nạn nhân/ kiểm tra môi trường xung quanh)

Điều tra ABCDE đôi khi được coi là đánh giá ban đầu. Chức năng ban đầu của nó là chẩn đoán và điều trị các tổn thương nguy hiểm đến tính mạng mà nếu không được chẩn đoán và điều trị có thể dẫn đến tử vong:

- Nghẹt đường thở
- Tổn thương lồng ngực kèm khó thở
- Xuất huyết trong và ngoài nghiêm trọng
- Tổn thương ổ bụng.

Khi có hơn một tổn thương thì nhất thiết phải điều trị cùng một lúc và đòi hỏi sự phối hợp thực hiện của cả đội.

Đường thở

Đánh giá đường thở, xem nạn nhân có thể nói chuyện và thở dễ dàng không? Nếu bị nghẹt thì thực hiện các bước tiếp theo.

- Nâng cằm/đẩy hàm ra phía trước (lưỡi chạm vào hàm)
- Hút sạch các dịch tiết, đờm dãi (nếu có)
- Đặt nội khí quản; bất động cổ ở vị trí trung tâm
- Sử dụng các loại canuyn đường thở (canuyn miệng-hầu hoặc mũi-hầu):
Hãy giữ cổ ở vị trí cố định. Tránh quay đầu nạn nhân.

Hô hấp

Đánh giá tình trạng đường khí và thở bằng thăm khám lâm sàng. Nếu không tốt thì thực hiện:

- Thở máy
- Giải nén và dẫn lưu tràn khí phế mạc và tràn máu màng phổi
- Đóng tổn thương ngực hở

Đánh giá lại ABC nếu nạn nhân không ổn định

Tuần hoàn

Đánh giá tuần hoàn của nạn nhân khi kiểm tra lại nguồn cung ôxy, tình trạng đường khí và đường thở. Nếu không tốt có thể phải thực hiện:

- Cầm máu
- 2 large-bore IV lines (14 hoặc 16 G)
- Truyền dịch nếu có điều kiện

Cho nạn nhân thở ôxy, nếu có điều kiện

Đánh giá tình trạng tàn tật

Đánh giá nhanh tình trạng thần kinh (nạn nhân có tỉnh táo không, có phản xạ đau hay bị bất tỉnh?) Không có thời gian để thực hiện thang điểm Glasgow, do đó trong thời điểm này cần sử dụng quy trình nhanh và rõ ràng dưới đây:

A: Awake (Tỉnh)

V: Verbal Response (Đáp ứng với lời gọi hỏi)

P: Painful Response (Chỉ đáp ứng với các kích thích đau)

U: Unresponsive (Không đáp ứng với tất cả các kích thích)

Bộc lộ

Cởi bỏ áo quần cho nạn nhân và tìm kiếm tổn thương. Nếu nghi ngờ có tổn thương cổ và cột sống thì thực hiện bất động.

Cần lưu ý khi di chuyển nạn nhân, đặc biệt là nếu họ bị bất tỉnh.

Ghi chép.....

Xử trí đường thở

Ưu tiên đầu tiên là thiết lập và duy trì tình trạng đường thở

1. Gọi, hỏi nạn nhân

Bệnh nhân không đáp ứng chứng tỏ ý thức bị rối loạn và bệnh nhân có nguy cơ suy thở. Bệnh nhân trả lời thích hợp với giọng bình thường cho thấy đường thở thông thoáng, hô hấp bình thường và cấp máu não đầy đủ. Nếu nghi ngờ bị chấn thương đầu, cổ hay lồng ngực thì bảo vệ cột sống cổ trong khi đặt nội khí quản.

2. Cho thở ôxy

Cho bệnh nhân thở ôxy nếu có điều kiện, bằng túi tự phòng hoặc mặt nạ.

3. Đánh giá đường thở

Các dấu hiệu nghẹt đường thở bao gồm:

- Ngáy hoặc rít
- Khò khè hoặc tiếng thở bất thường
- Rối loạn (giảm ôxy huyết)
- Dùng các cơ phụ của chuyển động hít vào/thở ra
- Xanh tím

Cần lưu ý dị vật. Sử dụng giảm đau tĩnh mạch trong trường hợp này là hoàn toàn chống chỉ định.

4. Quan tâm đến vấn đề hỗ trợ đường thở

Chỉ định dùng kỹ thuật hỗ trợ đường thở khi:

- Nghẹt đường thở kéo dài
- Chấn thương đâm xuyên cổ có chảy máu (lan rộng)
- Ngừng thở
- Giảm ôxy huyết
- Tổn thương nặng ở đầu
- Chấn thương lồng ngực
- Tổn thương hàm mặt

Nghẹt đường thở yêu cầu phải được điều trị gấp

Kỹ thuật xử trí đường thở

CÁC KỸ THUẬT CƠ BẢN

Nâng cằm, đẩy hàm

Để thực hiện kỹ thuật nâng cằm, đặt hai ngón tay dưới xương hàm dưới và nhẹ nhàng đẩy lên phía trên để đưa cằm ra phía trước. Trong khi thực hiện động tác này cần cẩn thận để không duỗi quá mức cổ. Nếu có thể, nên thực hiện trong khi cổ đã được cố định.

Đẩy hàm được thực hiện bằng cách đưa các góc xương hàm dưới lên để có được hiệu quả tương tự.

Nhờ rằng đây không phải là các thủ thuật xác định và nghẹt có thể xuất hiện lại bất cứ lúc nào.

Đặt canuyn miệng hầu

Chọn canuyn có kích thước phù hợp, mở miệng bệnh nhân bằng kỹ thuật nâng cằm hoặc kỹ thuật bắt chéo ngón tay. Đặt dụng cụ đè lưỡi vào sâu trong miệng, phía trên lưỡi để có thể đè sâu xuống dưới. Đưa canuyn vào sâu bên trong bằng cách nhẹ nhàng trượt canuyn theo đường cong của lưỡi cho tới khi đầu ngoài canuyn nằm giữa hai môi bệnh nhân. Phải cẩn thận khi thực hành những thủ thuật này với trẻ con để tránh tổn thương mô mềm.

Đặt canuyn mũi-hầu

Đặt canuyn vào trong lỗ mũi và điều chỉnh đầu canuyn về phía sau hướng về phía tai của bệnh nhân. Nhẹ nhàng đẩy canuyn qua lỗ mũi sau vào vùng hạ hầu bằng cách xoay nhẹ nhàng cho tới khi gờ ngoài của canuyn nằm sát lỗ mũi ngoài

CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ KHÁC

Đặt nội khí quản đường miệng

Sử dụng đèn soi thanh quản mà không cẩn thận có thể duỗi cổ quá mức. Quan trọng là người phụ hãy giữ cổ của bệnh nhân thẳng và cố định. Dùng sức ép tại sụn nhẫn nếu nghi ngờ bệnh nhân có bụng đầy. Kiểm tra vị trí ống nội khí quản bằng cách xác nhận đã nghe được hơi phổi cả hai bên ngực.

Chỉ định đặt nội khí quản khi không thể khai thông hay duy trì đường thở bằng các thủ thuật đường thở đơn giản trong các trường hợp:

- Chấn thương vùng mặt
- Chấn thương cổ gây phù nề bí tắc đường hô hấp

- Để bảo vệ đường thở khỏi bít tắc do tổn thương sưng, phù nề; trào ngược dịch dạ dày hay các dịch khác vào đường hô hấp.
- Là một phần của xử trí chấn thương sọ não bằng cách giúp kiểm soát nồng độ ôxy và CO₂ trong dòng máu lên não
- Trong xử trí một số chấn thương ngực
- Trong gây mê và phẫu thuật

Thực hiện đặt nội khí quản không được lâu quá 30 giây. Nếu không thể đặt được thì tiếp tục thông khí cho bệnh nhân bằng mặt nạ.

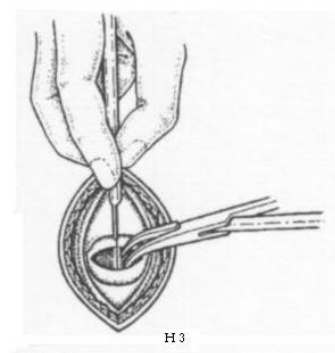
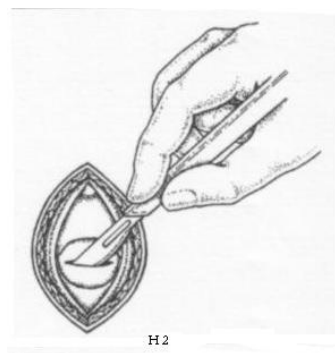
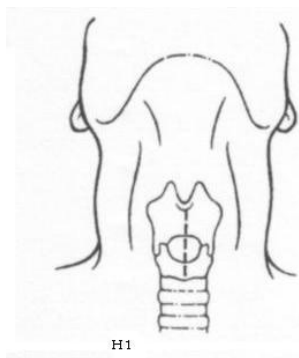
Nhớ rằng, bệnh nhân chết vì thiếu ôxy chứ không chết vì thiếu ống nội khí quản (Endotracheal Tube-ETT)

Mở đường thở cấp cứu bằng phẫu thuật mở màng giáp nhân

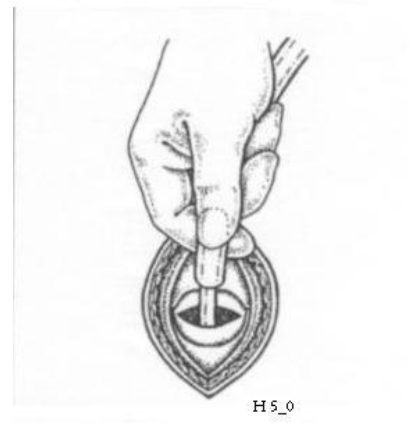
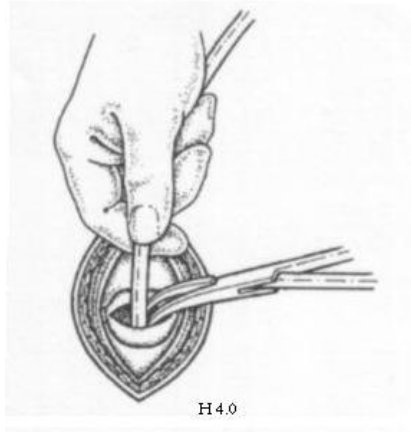
Nên thực hiện thủ thuật này ở những bệnh nhân đã thử đặt ống nội khí quản hai lần nhưng đều bị thất bại và/hoặc những bệnh nhân không thể được thông khí.

Kĩ thuật

1. Đặt bệnh nhân nằm ngửa, cổ duỗi quá mức, thoải mái
2. Sờ tìm gờ giáp hình chữ V ở khoảng giáp-nhân(vùng giới hạn giữa sụn giáp và sụn nhân), và lấy gờ V của mũi ức để định hướng.
3. Sát trùng và gây tê tại chỗ
4. Rạch một đường rạch da 1,5cm và dùng dụng cụ bóc tách cùn để đảm bảo rằng có thể nhìn thấy màng giữa sụn giáp và sụn nhân (Hình 1)
5. Dùng lưỡi dao mổ cỡ 22 hoặc 23, cẩn thận rạch qua màng giáp nhân
6. Đặt cán dao mổ vào trong đường cắt và quay 90 độ để mở đường thở (Hình 2). Có thể dùng kẹp cầm máu hay dụng cụ tách khí quản để thay thế. Mở rộng khoảng giữa sụn nhân và sụn giáp (Hình 3)



7. Đặt một dụng cụ để đặt mỗn hoặc một ống mũi-dạ dày vào trong khí quản nếu đường vào rất nhỏ (Hình 4) hoặc chuyển sang số 9
8. Đưa ống nội khí quản cỡ 4-6 qua dụng cụ để đặt và đưa vào trong khí quản (Hình 5)



9. Rút dụng cụ để đặt ra khi đã sử dụng.

Đề ống tối đa 3 ngày. Không được thử thủ thuật này với trẻ dưới 10 tuổi; đặt vài chiếc kim qua màng sẽ mở đường đủ cho khí vào.

Thủ thuật này nên được thực hiện bởi những người có kinh nghiệm, có kiến thức về giải phẫu học và tình trạng bệnh nhân.

Thủ thuật này không nên được thực hiện một cách đại khái vì đặt sai vị trí, chảy máu và chậm trễ có thể gây ra tử vong.

Ghi chép....

Xử trí hô hấp

Ưu tiên thứ hai là thiết lập thông khí đầy đủ.

1. Quan sát (nhìn)

Quan sát tốc độ hô hấp là rất quan trọng. Xem bệnh nhân có biểu hiện nào dưới đây không?

- Xanh tím
- Tổn thương đâm xuyên
- Ngực bị dập
- Vết thương ngực
- Sử dụng các cơ phụ

2. Sờ

Sờ để tìm:

- Sự thay đổi vị trí của khí quản
- Xương sườn bị gãy
- Tràn khí dưới da

Gõ sẽ giúp cho việc chẩn đoán tràn khí phế mạc và chảy máu màng phổi

3. Nghe

Nghe để tìm:

- Tràn khí phế mạc (giảm tiếng thở tại vùng tổn thương)
- Nhận biết tiếng động bất thường trong ngực

4. Thực hiện hồi sức

- Ưu tiên đặt ống dẫn lưu liên sườn, và trước khi chụp X-quang nếu bị suy hô hấp, để dẫn lưu khí ngực và máu
- Khi có chỉ định đặt nội khí quản nhưng không thể đặt được thì sử dụng mặt nạ hoặc mở đường vào trực tiếp thông qua việc mở màng giáp nhân

CÁC LƯU Ý ĐẶC BIỆT

- Nếu có thể, duy trì thở ôxy cho bệnh nhân đến khi ổn định hoàn toàn
- Nếu nghi ngờ tràn khí màng phổi dưới áp lực thì đưa một chiếc kim lòng rộng vào khoang màng phổi xuyên qua khoảng liên sườn thứ hai, đường giữa xương đòn để giảm nén và tạo thêm thời gian để có thể đặt ống liên sườn

- Nếu thử đặt ống một hai lần không được thì nên dùng thủ thuật mở màng giáp nhân. Điều này phụ thuộc vào tình huống cụ thể, có bác sĩ có kinh nghiệm hay không, các đủ thiết bị không...và thường không thể thực hiện được ở nhiều nơi.

Không được cố tình thử đặt ống nội khí quản mà không thông khí cho bệnh nhân

Ghi chép.....

Xử trí tuần hoàn

Ưu tiên thứ ba là thiết lập tuần hoàn đầy đủ

Sốc là sự bất thường của hệ thống tuần hoàn dẫn đến giảm tưới máu tổ chức và cung cấp ôxy mô. Ở các bệnh nhân bị chấn thương, sốc thường do xuất huyết và giảm dung lượng máu. Chẩn đoán sốc căn cứ vào các kết quả thăm khám lâm sàng: tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, giảm thân nhiệt, xanh xao, chân tay lạnh, giảm tái tưới máu mao mạch và giảm lượng nước tiểu.

SỐC XUẤT HUYẾT (GIẢM DUNG LƯỢNG MÁU)

Sốc xuất huyết do mất máu hay dịch cấp. Lượng máu bị mất sau chấn thương thường khó đánh giá được và trong các chấn thương do các vật tù gây ra thì lượng máu bị mất thường được ước lượng dưới mức mất máu trên thực tế. Hãy nhớ rằng:

- Lượng máu lớn bị mất có thể nằm trong khoang bụng hay khoang màng phổi
- Gãy thân xương đùi có thể bị mất tới 2 lít máu
- Gãy xương chậu thường mất hơn 2 lít máu

SỐC TIM

Sự suy giảm chức năng của cơ tim có thể xảy ra do

- Bệnh nhân bị một chấn thương tim kín
- Chèn ép tim
- Tràn khí màng phổi ép (tắc mạch bằng cách ngửa máu trở về tim)
- Xuyên qua tim
- Nhồi máu cơ tim

Đánh giá áp lực tĩnh mạch cổ nhất thiết phải được thực hiện trong những trường hợp này để hướng dẫn quá trình hồi sức truyền dịch. Chỉ định điện tim, nếu có điều kiện.

SỐC THẦN KINH

Sốc thần kinh do mất trương lực giao cảm, thường là hậu quả của tổn thương tuỷ sống. Bệnh cảnh lâm sàng cổ điển của sốc thần kinh là tụt huyết áp nhưng không đi kèm với dấu hiệu nhịp tim nhanh hay co mạch da.

SỐC NHIỄM KHUẨN

Sốc nhiễm khuẩn ít gặp ngay sau khi chấn thương nhưng lại là nguyên nhân dẫn đến tử vong muộn (do bị suy đa chức năng) trong những tuần tiếp theo sau chấn

thương. Sốc nhiễm khuẩn thường gặp ở các trường hợp bệnh nhân có vết thương thấu bụng và tình trạng nhiễm bẩn khoang phúc mạc do dịch, phân trào ra từ đường tiêu hoá và các bệnh nhân bị bỏng.

Giảm dung lượng máu là tình trạng đe dọa tính mạng và cần phải được nhận biết và điều trị tích cực

Các biện pháp hồi sức tuần hoàn

Mục đích là dừng chảy máu và bảo tồn sự cung cấp ôxy cho các mô. Vì vấn đề thường gặp là mất máu nên cần ưu tiên cho hồi sức truyền dịch

1. Lấy ven

Việc tiến hành lấy ven cần phải được thực hiện nhanh chóng. Tốt nhất nên đặt 2 catheter có khẩu kính lớn (ít nhất là 16G) vào các tĩnh mạch ngoại vi trước khi xem xét đường truyền tĩnh mạch trung tâm.

2. Truyền dịch

Dịch truyền (dung dịch điện giải đẳng trương như dung dịch muối đẳng trương) được sử dụng cho việc hồi sức ban đầu. Trước khi truyền nên làm ấm dịch nếu có thể (bỏ dịch vào thùng nước ấm).

Nhớ rằng:

- Giảm thân nhiệt có thể dẫn đến đông máu bất thường
- Tránh hỗn hợp có chứa glucose

2. Lấy mẫu

Lấy bất kì mẫu nào cần để xét nghiệm và xác định nhóm máu

ƯU TIÊN THỨ NHẤT: CÀM MÁU

Tổn thương chi

Garô không có tác dụng, bên cạnh đó nó còn đè chặt lên mô và gây thiếu máu ngoại vi.

Chảy máu nghiêm trọng do tổn thương xuyên thấu và do cắt cụt có thể được kiểm soát bằng:

- Đặt gạc dưới cân mạc
Cộng
- Dùng tay ấn vào động mạch gần
Cộng
- Băng nén cẩn thận toàn bộ chi bị tổn thương

Tổn thương ngực

Nguồn chảy máu thường gặp nhất là các động mạch thành ngực. Đặt ống dẫn lưu ngực ngay lập tức kèm gây mê hiệu quả sẽ mở rộng phổi và cầm máu (ketamine IV là loại thuốc thường được chọn).

Tổn thương bụng

Nên thực hiện “Mở bụng kiểm soát hư hại (DC)” càng sớm càng tốt trong các trường hợp mà hồi sức truyền dịch không thể duy trì huyết áp tâm thu BP ở mức 80-90mmHg. Mục đích chính của DC là cầm máu trong bụng bằng cách dùng nhiều gạc để nhét chặt vào 4 góc ở bụng (góc trên bên phải-gan, góc trên bên trái-lách, góc dưới bên phải, và góc dưới bên trái). Sau khi 30 phút nhét chặt, hãy dùng clăm hoặc chỉ để khâu lại vết mổ.

Mở bụng DC không phải là phẫu thuật mà là một thủ thuật hồi sức mà bất kỳ bác sĩ hay y tá đã qua đào tạo nào ở bệnh viện tuyến huyện cũng nên thực hiện được với gây mê bằng ketamine. Trước khi thực hiện kỹ thuật này cần phải quan sát kỹ và nếu thực hiện tốt thì có thể cứu sống bệnh nhân.

Mất máu là nguyên nhân chính gây ra sốc ở bệnh nhân bị chấn thương

Chảy máu ồ ạt do gãy xương chậu ở quy mô lớn.

Chảy máu ồ ạt do gãy xương chậu ở quy mô lớn có thể được kiểm soát bằng việc thắt một tấm đra vòng quanh xương chậu.

ƯU TIÊN THỨ HAI: BÙ DỊCH, LÀM ẤM VÀ GÂY Mê BẰNG KETAMINE

Bù dịch

Dịch truyền nên được làm ấm. Hiệu lực tối đa của sự đông máu là khi thân nhiệt trung tâm của bệnh nhân ở độ 38.5°C. Dưới độ 35°C thì rất là khó để cầm máu.

Giảm thân nhiệt ở những bệnh nhân bị chấn thương thường xảy ra trong quá trình di chuyển bệnh nhân ngoài trời lâu, thậm chí cả ở vùng nhiệt đới. Làm cho bệnh nhân lạnh thì rất dễ nhưng làm ấm lại cho họ thì khó, do đó phòng ngừa giảm thân nhiệt là điều vô cùng cần thiết.

Dịch IV và qua đường miệng nên ở nhiệt độ 40-42 độ C; dùng dịch IV tại nhiệt độ trong phòng có nghĩa là đang làm lạnh bệnh nhân!

Hồi sức truyền dịch khi tụt huyết áp

Trong các trường hợp cầm máu không an toàn hoặc không xác định được thì kiểm soát lượng dịch để duy trì BP tâm thu từ 80-90mmHg trong quá trình truyền dịch cho bệnh nhân nặng, bệnh nhân bị chảy máu.

Hồi sức qua đường miệng

Hồi sức qua đường miệng an toàn và hiệu quả đối với những bệnh nhân không bị tổn thương bụng và có phản xạ oẹ dương tính :

- Dịch qua đường miệng nên có hàm lượng đường và muối thấp, hỗn hợp đậm đặc có thể gây ra hiện tượng kéo thấm thấu qua niêm mạc ruột và hiệu quả sẽ ngược lại.
- Nên dùng cháo ngũ cốc loãng dựa trên các thực phẩm có sẵn tại địa phương

Gây mê

Nên chọn Ketamine, 0,2mg/kg, nhắc lại liều, trong quá trình vận chuyển các bệnh nhân bị chấn thương nặng vì nó có hiệu quả dương tính với sự co thắt của cơ và không ảnh hưởng đến phản xạ oẹ

Các thông số tim mạch						
Máu bị mất	Nhịp tim	Huyết áp	Làm đầy mao mạch trở lại	Nhịp thở	Lượng nước tiểu	Tình trạng thần kinh
Đến 750ml	<100	Bình thường	Bình thường	Bình thường	>30ml/giờ	Bình thường
750-1500ml	>100	Tâm thu bình thường	Dương tính	20-30	20-30	Ảnh hưởng nhẹ
1500-2000ml	>120	Giảm	Dương tính	30-40	5-15	Bực dọc/lấn lộn
Hơn 2000ml	>120	Giảm	Dương tính	>40	<10	Lấn lộn/hôn mê

Nước tiểu

Đo lượng nước tiểu thải ra như một chỉ số bảo tồn tuần hoàn. Lượng nước tiểu nên vượt 0,5ml/kg/giờ. Bệnh nhân bất tỉnh có thể cần được đặt catheter niệu nếu họ bị sốc kéo dài.

Truyền máu

Có thể có một số khó khăn đáng kể trong việc lấy máu như không cùng nhóm máu và nguy cơ lây nhiễm các bệnh như HIV, sốt rét, giang mai, thậm chí từ những người trong gia đình bệnh nhân.

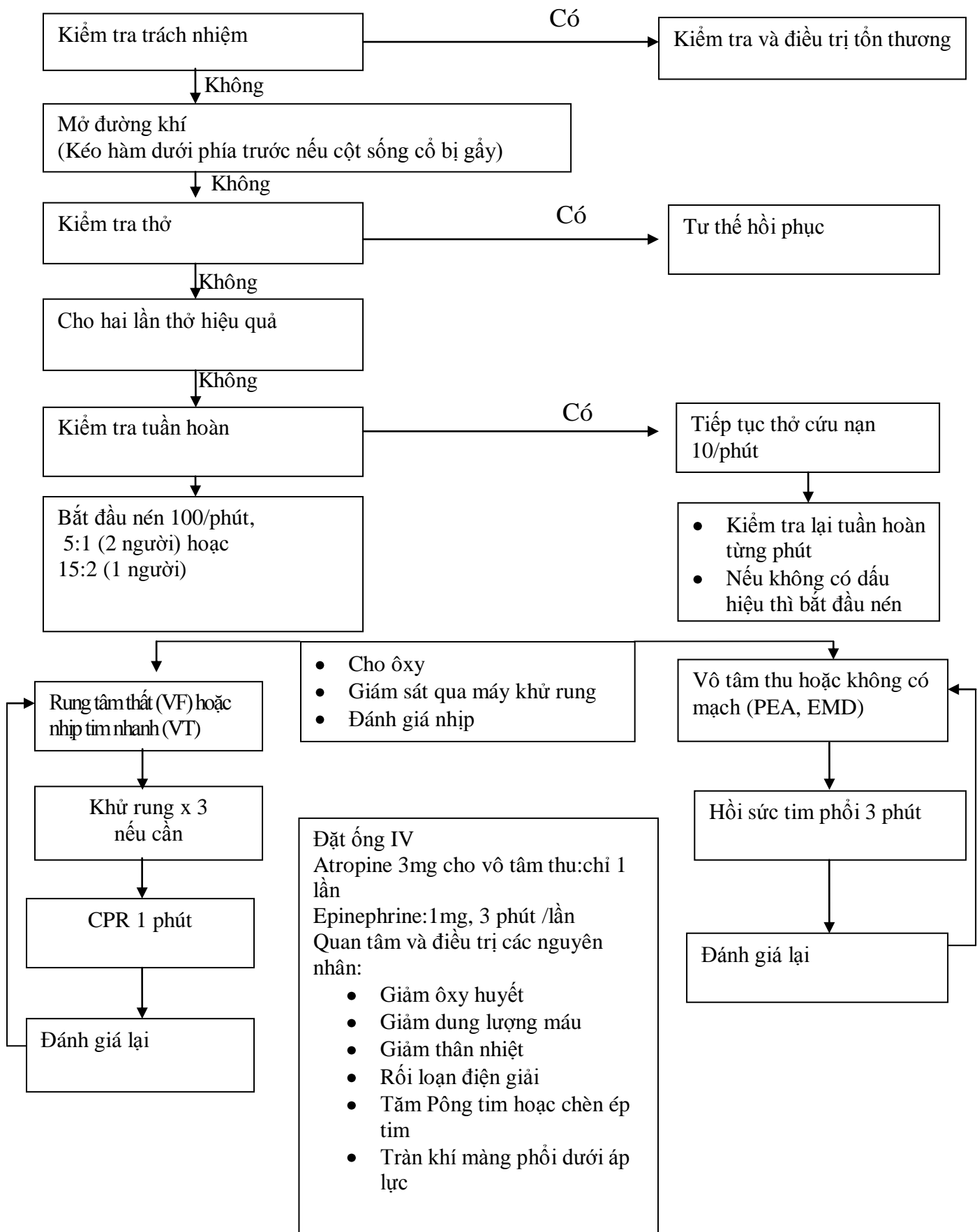
Cần cho truyền máu khi bệnh nhân bị mất ổn định chức năng máu kéo dài mặc dù đã được truyền dịch. Nếu không có máu cùng nhóm thì sử dụng máu nhóm

O trừ (O negative). Cần truyền máu khi lượng hemoglobin dưới 7g/dl và bệnh nhân vẫn đang bị chảy máu.

Ghi chép.....

TRỢ TIM

Đảm bảo sự an toàn của bệnh nhân và chính bạn



Đánh giá thì hai

Chỉ tiến hành đánh giá thì hai sau khi giai đoạn đánh giá ban đầu (ABCDE) đã được hoàn thành.

Nếu xuất hiện bất kỳ sự hư hại nào trong giai đoạn này thì phải dừng ngay và tiến hành đánh giá ban đầu. Cần ghi chép lại tất cả các thủ thuật đã được thực hiện. Thực hiện đánh giá từ đầu đến chân, đặc biệt là những vấn đề sau:

KHÁM ĐẦU

- Bất thường ở da đầu và mắt
- Tai ngoài và màng nhĩ
- Tổn thương mô mềm quanh hốc mắt

KHÁM CỔ

- Vết thương xuyên thấu
- Tràn khí dưới da
- Lệch khí quản
- Hình thức tĩnh mạch cổ

KHÁM THẦN KINH

- Đánh giá chức năng não: dùng thang Glasgow (**Trang 27**)
- Hoạt động vận động tuỷ sống
- Cảm giác và phản xạ

KHÁM NGỰC

- Xương đòn và tất cả xương sườn
- Tiếng thổi và tiếng tim
- Điện tim (nếu có)

KHÁM BỤNG

- Vết thương thấu bụng đòi hỏi phải phẫu thuật để bộc lộ
- Chấn thương tù: đặt ống mũi-dạ dày (trừ trường hợp chấn thương ở mặt)
- Khám trực tràng
- Đặt thông niệu (kiểm tra lỗ tiểu. Nếu có máu, ngừng đặt thông niệu)

Cần nghi ngờ tổn thương cột sống cổ ở các bệnh nhân bị chấn thương đầu cho đến khi xác định được là không phải

XƯƠNG CHẬU VÀ CHI

- Các chỗ gãy
- Mạch ngoại biên
- Vết cắt, vết thâm tím và các tổn thương nhỏ khác

X-QUANG (nếu có và khi có chỉ định)

- Chụp lồng ngực, ngang cổ và xương chậu
- Phim chụp cột sống cổ (quan trọng là phải thấy được toàn 7 xương cổ)
- Xương chậu và các xương dài
- Chụp sọ não sẽ hữu ích nếu cần tìm vết gãy trong các ca chấn thương đầu không bị suy nhược thần kinh trung tâm, nhưng ít khi có chỉ định

Ghi chép.....

Chấn thương ngực

Khoảng ¼ số ca tử vong do chấn thương là do tổn thương ngực. Tử vong ngay sau khi chấn thương thường do vỡ tim hoặc vỡ các mạch máu lớn. Tử vong sớm thường do chấn thương ngực bao gồm nghẹt đường thở, nhồi máu cơ tim hay sặc.

Phần lớn bệnh nhân bị chấn thương ngực có thể được xử trí bằng các thao tác đơn giản và không cần phải điều trị bằng phẫu thuật.

SUY HÔ HẤP

Suy hô hấp có thể do:

- Gãy xương sườn, đụng giập phổi
- Tràn khí màng phổi
- Tràn khí màng phổi dưới áp lực
- Tràn máu màng phổi
- Đụng giập phổi
- Tràn khí màng phổi mở
- Sặc

SỐC XUẤT HUYẾT

Sốc xuất huyết có thể do:

- Tràn máu màng phổi
- Tràn máu trung thất

GÃY XƯƠNG SƯỜN

Các xương sườn có thể gãy tại các vị trí tác động trực tiếp của lực và có thể gây tổn thương phổi thâm tím hoặc lỗ thủng. Ở người già, lực tác động nhỏ bắt nguồn từ một chấn thương đơn giản cũng có thể làm gãy các xương sườn. Các xương sườn gãy thường tương đối ổn định trở lại trong khoảng từ 10 ngày đến hai tuần. Quá trình liền xương hoàn toàn diễn ra trong khoảng 6 tuần.

MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG

Mảng sườn tách rời và di động theo hướng ngược với phần còn lại của thành ngực trong chu kỳ thở. Bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp nghiêm trọng. Đây là tình huống cấp cứu và cần được điều trị bằng thông khí áp lực dương và giảm đau

TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI ÉP

Tràn khí màng phổi dưới áp lực xuất hiện khi không khí từ bên ngoài xâm nhập vào khoang màng phổi nhưng không thoát ra được, hậu quả là làm tăng áp lực liên tục trong lồng ngực bên phổi tổn thương làm cho trung thất bị đẩy sang phía đối diện. Bệnh nhân có biểu hiện khó thở và thiếu ôxy.

Tình trạng này cần được điều trị ngay bằng chọc kim dẫn lưu giải áp màng phổi cấp cứu. Ống khí quản có thể bị đẩy ra vị trí (bên phải hoặc trái) bởi vì hơi áp lực. Đây là triệu chứng muộn. Lưu ý dùng kim chọc có khẩu kính lớn (18G angiocatheter), chọc vào vị trí khoang liên sườn 2, hoặc 3 đường giữa đòn bên ngực bị tổn thương. Thủ thuật này biến tràn khí màng phổi dưới áp lực thành tràn khí màng phổi đơn giản. Nếu tràn khí màng phổi chưa được giải phóng hết và hô hấp của bệnh nhân vẫn bị đe dọa thì cần mở màng phổi dẫn lưu tại khoang liên sườn 5, đường nách trước hoặc đường nách giữa càng sớm càng tốt.

Sự lan rộng của các tổn thương bên trong không thể được xác định bởi bề ngoài của vết thương ở da

TRÀN MÁU MÀNG PHỔI

Tràn máu màng phổi thường gặp hơn ở các trường hợp bị vết thương thấu ngực. Nếu tràn máu màng phổi nghiêm trọng, sức giảm dung lượng máu và suy hô hấp có thể xuất hiện do phổi bị ép.

Xử trí ban đầu bao gồm bồi phụ khối lượng tuần hoàn và giải ép khoang màng phổi bằng cách đặt ống dẫn lưu khẩu kính lớn (ít nhất là 28F) vào khoang màng phổi ở khoang liên sườn V đường nách hoặc đường giữa trước.

- Không cần phẫu thuật nếu bệnh nhân chỉ mất khoảng 500-1500 ml qua khoang màng phổi và máu ngừng chảy.
- Khi bệnh nhân bị mất khoảng 1500ml hoặc hơn qua khoang màng phổi, nhiều khả năng phải phẫu thuật ngực sớm để giải quyết nguyên nhân.
Lượng máu ban đầu có thể ít hơn nhưng máu vẫn tiếp tục chảy không cầm được (lượng máu mất khoảng 200-300 ml/giờ) thì có thể phải phẫu thuật mở ngực cấp cứu.

ĐỤNG GIẬP PHỔI

Đụng giập phổi là chấn thương ngực có nguy cơ gây tử vong thường gặp nhất. Suy hô hấp có thể kín đáo và tiến triển theo thời gian mà không xuất hiện từ đầu. Kế hoạch điều trị triệt để có thể bị thay đổi theo thời gian dựa vào quá trình theo dõi chặt chẽ và liên tục đánh giá bệnh nhân. Đụng giập phổi có thể xảy ra trong chướng hợp tai nạn xe cộ tốc độ cao hoặc ngã từ trên cao.

Các dấu hiệu và triệu chứng của phổi bị đụng giập bao gồm:

- Khó thở, hơi thở ngắn và nông
- Giảm ôxy máu
- Nhịp tim nhanh
- Tiếng thở ít hoặc không có
- Gãy xương sườn
- Xanh tím

VẾT THƯƠNG NGỰC HỞ

Trong các vết thương thành ngực hở, còn gọi là vết thương “hút”, phổi ở bên bị tổn thương bị bộc lộ ra áp suất bên ngoài môi trường, phổi bị xẹp và trung thất bị đẩy sang phía không bị tổn thương. Cần điều trị nhanh để dừng hút. Có thể dẫn lưu ở khoang liên sườn, đặt nội khí quản và thông khí bằng áp lực dương.

CÁC TỔN THƯƠNG KHÁC

Các tổn thương được liệt kê dưới đây cũng có thể gặp trong chấn thương nhưng có nguy cơ gây tử vong cao kể cả ở các trung tâm y tế vùng. Chúng được nhắc đến với mục đích đào tạo.

ĐỤNG GIẬP CƠ TIM

Đụng giập cơ tim trong chấn thương ngực kín thường đi kèm gãy xương ức và các xương sườn. Chẩn đoán dựa vào các bất thường trên điện tâm đồ và xét nghiệm có các men tim tăng. Đụng giập cơ tim có thể đưa đến nhồi máu cơ tim. Bệnh nhân cần được theo dõi điện tim liên tục nếu có thể được. Loại chấn thương này có thể là nguyên nhân của các trường hợp đột tử sau tai nạn.

Cần lưu tâm tới đụng giập phổi và cố gắng hạn chế tình trạng suy hô hấp

ÉP TIM

Ép tim thường là hậu quả của các chấn thương xuyên, hiếm khi xảy ra trong trường hợp chấn thương kín. Nếu nghi ngờ bệnh nhân bị ép tim, phải điều trị sớm với thủ thuật chọc màng ngoài tim. Tam chứng cổ điển chèn ép tim bao gồm:

- Sốc
- Tăng áp lực tĩnh mạch (tĩnh mạch cổ nổi)
- Tay chân lạnh và không có tràn khí màng phổi
- Tiếng tim mờ

Việc điều trị ép tim bằng thủ thuật chọc màng ngoài tim thường khá rủi ro và chỉ nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm

CHẤN THƯƠNG MẠCH MÁU LỚN TRONG NGỰC

Chấn thương các tĩnh mạch và động mạch phổi thường gây tử vong và là một trong số các nguyên nhân chính gây ra tử vong ngay tại hiện trường xảy ra chấn thương.

VỠ KHÍ QUẢN VÀ CÁC PHẾ QUẢN LỚN

Vỡ khí quản và các phế quản lớn là những tổn thương nghiêm trọng có tỷ lệ tử vong trên 50%. 80% các tổn thương vỡ phế quản có vị trí ở trong khoảng 2,5cm quanh cửa khí quản. Các dấu hiệu thường gặp của đứt vỡ khí phế quản gồm:

- Ho ra máu
- Khó thở
- Tràn khí dưới da và tràn khí trung thất
- Tím tái

CHẤN THƯƠNG THỰC QUẢN

Chấn thương thực quản hiếm gặp trong chấn thương kín. Thường gặp hơn là các tổn thương xuyên thực quản do các vết thương xuyên. Bệnh nhân sẽ tử vong nếu không được phát hiện do viêm trung thất. Bệnh nhân thường đau dữ dội vùng thượng vị và ngực, lan ra sau lưng kèm theo các dấu hiệu: khó thở, xanh tím, sốt, nhưng đó thường là các triệu chứng muộn.

CHẤN THƯƠNG CƠ HOÀNH

Chấn thương cơ hoành thường gặp hơn ở các bệnh nhân chấn thương ngực kín cùng với sự gia tăng của tai nạn ô tô. Chẩn đoán tổn thương này thường bị bỏ sót. Cần nghi ngờ chấn thương cơ hoành ở những bệnh nhân có vết thương xuyên thành ngực tại các vị trí (thường ở bên trái):

- Phía dưới khoang liên sườn IV ở phía trước
- Khoang liên sườn VI ở phía bên
- Khoang liên sườn VIII ở phía sau

VỠ ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Vỡ động mạch chủ ngực do các lực tác động rất mạnh theo cơ chế giảm tốc. Các trường hợp vỡ động mạch chủ có nguy cơ tử vong rất cao do lưu lượng tim là 5lít/phút và tổng lượng máu của cơ thể khoảng 5 lít.

Tổn thương động mạch chủ thường không có các dấu hiệu và triệu chứng đặc hiệu.

Chú ý đến sự chèn ép tim ở những bệnh nhân có vết thương xuyên thành ngực

Ghi chép.....

Chấn thương bụng

Chấn thương bụng là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến, thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương. Trong vết thương thấu bụng, gan là tạng hay bị tổn thương nhất, còn trong các chấn thương bụng kín, lách thường hay bị rách và vỡ nhất.

Đánh giá ban đầu các chấn thương bụng bao gồm:

- A. Đường thở và cột sống
 - B. Hô hấp
 - C. Tuần hoàn
 - D. Đánh giá tình trạng tàn tật và thần kinh
 - E. Bộc lộ nạn nhân
-

Sau khi tai nạn xảy ra cần luôn cảnh giác tìm hoặc loại trừ được chấn thương bụng. Chấn thương bụng không được phát hiện vẫn là nguyên nhân tử vong thường gặp trong chấn thương, đáng tiếc là rất nhiều trong số này là những trường hợp có thể cứu được nếu được phát hiện và xử trí kịp thời.

Có hai loại chấn thương bụng cơ bản:

1. Vết thương thấu bụng khi có thủng, rách phúc mạc thành làm cho khoang phúc mạc thông với môi trường bên ngoài, gặp trong trường hợp vết thương hoá khí, vết thương xuyên, vết thương dao đâm
2. Chấn thương bụng kín khi không có sự lưu thông giữa khoang phúc mạc với môi trường, ví dụ như chấn thương do đè ép, nén...

Khoảng 20% bệnh nhân chấn thương bị xuất huyết phúc mạc cấp (máu chảy trong ổ bụng) không có dấu hiệu trong lần thăm khám đầu tiên. Vì vậy phải chẩn đoán bằng cách xoay về đánh giá ban đầu.

Chấn thương bụng kín khó có thể đánh giá được, đặc biệt là ở các bệnh nhân bị bất tỉnh. Những bệnh nhân này có thể cần phải được thụt rửa màng bụng. Để loại trừ chấn thương bụng có thể phải thực hiện thủ thuật mở bụng.

Hoàn chỉnh thăm khám ổ bụng bao gồm cả thăm khám trực tràng để tìm hiểu:

- Nhu động cơ vòng
- Sự nguyên vẹn của thành trực tràng
- Máu trong trực tràng
- Vị trí tuyến tiền liệt

Nhớ kiểm tra xem có máu tại lỗ niệu đạo ngoài (lỗ miệng sáo) không

Các dị vật xuyên sâu nên được giữ tại chỗ cho đến khi bệnh nhân được phẫu thuật

Cần tìm hoặc loại trừ việc mang thai ở bệnh nhân nữ đang trong độ tuổi sinh đẻ. Việc hồi sức cho thai phụ đến kì sinh chỉ thành công sau khi chuyển dạ hoàn chỉnh. Thai nhi có thể hồi sức được và biện pháp điều trị tốt nhất cho thai nhi là hồi sức cho thai phụ.

CHẨN ĐOÁN BẰNG CHỌC RỬA MÀNG BỤNG (DIAGNOSTIC PERITONEAL LAVAGE: DPL)

Chọc rửa màng bụng là một thủ thuật xâm nhập có thể tiến hành nhanh chóng để chẩn đoán xác định mà không cần một số thăm khám tiếp theo. Thấy máu hoặc chất lưu từ ruột là dấu hiệu thương tổn nội tạng. Nếu không có những dấu hiệu này mà người lâm sàng vẫn đặt nghi vấn, hãy cứ cử hành thủ thuật mổ bụng. Phương pháp chọc rửa màng bụng này có giá trị đặc biệt trong các trường hợp bệnh nhân đa chấn thương hay bất tỉnh sau một chấn thương bụng kín mà không khai thác được bệnh sử.

Chỉ định của phương pháp này bao gồm:

- Đau bụng không rõ nguyên nhân
- Chấn thương phần dưới ngực
- Tụt huyết áp, huyết áp tâm thu 90mmHg, không giải thích được nguyên nhân.
- Khó thăm khám chính xác bụng bệnh nhân như bệnh nhân đang dùng thuốc giảm đau
- Bệnh nhân bị chấn thương bụng và có tình trạng thần kinh thay đổi (dùng cồn, tổn thương não)
- Gãy xương chậu

Chống chỉ định của phương pháp này là:

- Bệnh nhân mang thai
- Phẫu thuật bụng trước đó
- Người thực hiện không có kinh nghiệm
- Nếu như kết quả không thay đổi được cách xử trí

CÁC VẤN ĐỀ ĐẶC THÙ KHÁC TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG

Gãy khung chậu thường biến chứng bởi hiện tượng xuất huyết ổ ạt và tổn thương niệu đạo.

- Khám trực tràng để tìm vị trí tuyến tiền liệt và xem có máu tại trực tràng hay vết rách vùng đáy chậu không là vô cùng cần thiết.
- Chụp X-quang xương chậu nếu khó chẩn đoán lâm sàng

Xử trí gãy khung chậu bao gồm:

- Hồi sức (ABC)
- Truyền dịch máu
- Bất động và đánh giá để phẫu thuật
- Giảm đau

Gãy khung chậu thường gây ra mất máu ồ ạt

Chấn thương sọ não

Chậm trễ trong đánh giá bệnh nhân bị chấn thương sọ não làm giảm khả năng sống sót và có thể ảnh hưởng xấu đến tiên lượng lâu dài. Tỷ lệ tử vong sẽ tăng gấp hai lần cho bệnh nhân bị chấn thương sọ não nếu họ thiếu ôxy và tụt huyết áp.

Các tình trạng dưới đây thường đe dọa tính mạng bệnh nhân nhưng khó có thể được điều trị tại bệnh viện tuyến huyện. Điều quan trọng là thực hiện những gì có thể, trong khả năng của các nguồn lực và tay nghề của bác sỹ và để phân loại nạn nhân

TỤ MÁU NGOÀI MÀNG CỨNG

Triệu chứng lâm sàng cổ điển là:

- Mất ý thức sau khi bị chấn thương, sau đó có ý thức trở lại (gọi là khoản tỉnh), rồi tri giác lại giảm nhanh.
- Trong khoản tỉnh, bệnh nhân có thể có định hướng hoặc ngủ gà và có thể kêu đau đầu
- Chảy máu từ động mạch màng não giữa sẽ tăng áp suất trong sọ nhanh chóng
- Khi tri giác xấu đi thấy đồng tử giãn, phản ứng chậm hay không phản ứng ở bên tổn thương (cùng bên). Các dây thần kinh vận động bắt chéo trước khi xuống tuỷ sống nên liệt nửa người xảy ra ở bên đối diện với tổn thương (đối bên).

TỤ MÁU DƯỚI MÀNG CỨNG

Tụ máu dưới màng cứng cấp xuất hiện từ những vết rách tĩnh mạch nối giữa vỏ não và màng cứng. Ngoài các dấu hiệu thay đổi tri giác, các triệu chứng thần kinh đặc hiệu có thể khác nhau phụ thuộc vào vị trí của khối máu tụ: đau đầu, nhìn mờ, thay đổi tính khí, nói khó, liệt nhẹ nửa người hay liệt nửa người thực sự.

Điều trị bằng phẫu thuật khoan lỗ hộp sọ để giải ép.

Các trường hợp dưới đây nên được điều trị bằng cách cổ điển vì phẫu thuật thần kinh thường không cải thiện được kết quả.

VỠ NỀN XƯƠNG SỌ

Cần nghi ngờ vỡ nền xương sọ nếu có dấu hiệu “đeo kính râm”, hoặc dịch não tuỷ chảy qua mũi hay tai.

CHẤN ĐỘNG NÃO

Chấn động não được xem như “sự rung động” cấu trúc não bộ. Biểu hiện chủ yếu là mất ý thức và không có tổn thương nội sọ nào được phát hiện trên phim chụp cắt lớp

VỠ LÚN XƯƠNG SỌ

Có thể có tổn thương nhu mô não kèm theo và cần phẫu thuật nâng xương sọ lún tránh đè ép não và nhiễm khuẩn.

TỤ MÁU NỘI SỌ

Để chẩn đoán xác định tụ máu nội sọ cần phải dựa vào phim chụp cắt lớp. Khối tụ máu gây ra hiệu ứng choán chỗ trong hộp sọ, từ đó làm tăng áp lực nội sọ, đặc biệt là khi khối tụ máu có kích thước lớn.

CÁC LỖI THƯỜNG GẶP

Các lỗi thường gặp trong đánh giá và hồi sức bệnh nhân bị chấn thương sọ não là:

- Sao lãng việc thực hiện ABC và xử trí ưu tiên
- Không xác định những tổn thương khác ở đầu
- Không thăm khám thần kinh cơ bản
- Không đánh giá lại bệnh nhân

XỬ TRÍ

Ổn định đường thở, hô hấp và tuần hoàn, bất động cột sống cổ, nếu có thể. Các dấu hiệu sinh tồn của những chỉ số quan trọng trong tình trạng thần kinh của bệnh nhân cần phải được giám sát và ghi chép thường xuyên. Dùng thang điểm Glasgow để đánh giá

Thang điểm Glasgow		
Chức năng	Đáp ứng	Điểm
Mắt	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi gọi	3
	Mở mắt khi gây đau	2
	Mắt nhắm	1
Lời nói	Đáp ứng đúng	5
	Lẫn lộn	4
	Dùng từ không thích hợp	3
	Đáp ứng bằng những âm thanh vô nghĩa	2
	Không đáp ứng	1
Vận động	Yêu cầu: làm đúng	6
	Cấu: gạt đúng	5

Cấu:co chi	4
Gấp cứng(mắt vỏ não)	3
Duỗi cứng (mắt não)	2
Không đáp ứng	1

Không bao giờ được cho rằng bệnh nhân hôn mê là do rượu hay do thuốc an thần

Nhớ rằng:

- Tổn thương sọ não nghiêm trọng: GCS \leq 8
- Tổn thương sọ não trung bình: GCS= 9-12
- Tổn thương sọ não nhẹ: GCS =13-15

Tình trạng có thể xấu đi do bị chảy máu:

- Đồng tử giãn hoặc không đều gợi ý hiện tượng tăng áp lực nội sọ
- Tổn thương sọ và não không bao giờ là nguyên nhân gây ra tụt huyết áp ở bệnh nhân chấn thương là người lớn.
- Nên tránh dùng thuốc giảm đau vì nó không những ảnh hưởng đến mức độ tri giác mà còn góp phần làm tăng lượng CO₂ tồn dư trong máu.
- Phản ứng Cushing (huyết áp tăng dần, nhịp tim chậm và nhịp thở giảm dần) là một dấu hiệu cấp tính và có nguy cơ gây tử vong do tăng nhanh áp lực nội sọ. Tình trạng này thường đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật kịp thời.

Xử trí cơ bản

Xử trí cơ bản đối với các trường hợp chấn thương sọ não nặng bao gồm:

- Đặt nội khí quản và thông khí tốt để đảm bảo quá trình trao đổi oxy và CO₂ của não (PCO₂ đến 4.5–5 Kpa)
 - Điều này sẽ làm giảm tạm thời lượng máu nội sọ và áp lực nội sọ
 - Thiếu oxy và thông khí kém có thể giết chết bệnh nhân
- Dùng thuốc men để giảm đau và gây liệt
- Lượng dịch truyền IV trung bình có tiêu tiện: có nghĩa là không bị quá tải
- Nâng đầu lên 20%
- Phòng ngừa tăng thân nhiệt

Lưu ý: Không được vận chuyển bệnh nhân nghi ngờ bị chấn thương sọ não trong tư thế ngồi hoặc úp sấp; luôn phải chắc chắn là bệnh nhân đã ổn định trước khi chuyển đi

Chấn thương cột sống

Nguy cơ tổn thương thần kinh trong đa chấn thương rất cao. Tổn thương cột sống và diềm nối ngực - thắt lưng T12-L1 là khá phổ biến. Các tổn thương thường gặp khác bao gồm tổn thương đám rối thần kinh cánh tay và tổn thương thần kinh chân và ngón tay.

Ưu tiên đầu tiên là thực hiện đánh giá ban đầu ABCDE

A Duy trì đường thở và bảo vệ cột sống cổ

B Kiểm soát hô hấp hoặc hỗ trợ hô hấp

C Kiểm soát tuần hoàn và chảy máu

D Quan sát tình trạng thần kinh và mức độ tri giác

E Bộc lộ nạn nhân để đánh giá các tổn thương da và tổn thương chi ngoại biên

Khi khám bệnh nhân bị chấn thương cột sống cần phải để bệnh nhân ở vị trí trung tâm (có nghĩa là không co, duỗi hoặc quay) và không có bất kỳ cử động cột sống nào. Bệnh nhân nên được:

- Nhiều người mang, khiêng, giữ cho cổ và cột sống bất động
- Bất động hoàn toàn: bất động toàn bộ cột sống trên một đường thẳng, bằng nẹp cổ cứng hoặc túi cát
- Vận chuyển ở tư thế trung tâm. Bệnh nhân nằm ngửa

Khi bị tổn thương các đốt sống (có thể gây ra tổn thương tủy sống), cần tìm các dấu hiệu:

- Nhạy cảm đau
- Biến dạng
- Phù nề

Các kết quả thăm khám lâm sàng cho thấy tổn thương cột sống cổ bao gồm:

- Hô hấp khó khăn
- Mềm nhẽo và không có phản xạ
- Tụt huyết áp kèm nhịp tim chậm (không bị giảm dung lượng máu)

Cột sống cổ

Ngoài việc cho chụp X-quang ban đầu, tất cả các bệnh nhân bị nghi ngờ là tổn thương cột sống cổ nên được chụp X-quang trước-sau (AP) và tư thế ngang để thấy được khớp đốt sống đội và trục. Tất cả 7 đốt sống cổ cần phải được nhìn thấy từ cả hai phía

Đánh giá tình trạng thần kinh

Đánh giá mức độ tổn thương cần phải được thực hiện. Nếu bệnh nhân tỉnh thì hỏi một số câu hỏi phù hợp để ước lượng cảm giác. Kiểm tra chức năng vận động của chi trên và chi dưới bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện những cử động nhỏ.

Dưới đây là kết quả đánh giá phản xạ để xác định mức độ thương tổn

Đánh giá vận động

- Đối chiếu vị trí liệt chi trên và vị trí rễ thần kinh tổn thương
 - Nâng khuỷu tay ngang vai – Cơ Delta, C-5
 - Gấp cẳng tay – Cơ nhị đầu, C-6
 - Duỗi cẳng tay – Cơ tam đầu, C-7
 - Gấp cổ tay và các ngón tay-C-8
 - Duỗi các ngón tay – T-1
- Đối chiếu vị trí liệt chi dưới và vị trí rễ thần kinh tổn thương
 - Gấp háng – Cơ thắt lưng chậu, L-2
 - Duỗi gối – Cơ tứ đầu, L-3
 - Gấp cổ chân – Cơ chày trước, L-4
 - Gấp cổ chân –Cơ jep, S-1

Đánh giá cảm giác

Xác định vị trí liệt cảm giác thông qua tiết đoạn

C-5 – Cơ delta

C-6 – Ngón tay cái

C-7 – Ngón tay giữa

C-8 – Ngón tay út

T-4 – Núm vú

T-8 – Vùng mũi ức

T-10 - Rốn

T-12 - Khớp mu

L-4 – Vùng giữa cẳng chân

L-5 – Vùng giữa ngón chân thứ nhất và thứ hai

S-1 – Rìa ngoài bàn chân

S-3 – Vùng mào châu

S-4 và S-5 – Vùng quanh hậu môn

Nếu không có cảm giác hay chức năng vận động nào kèm tổn thương tuỷ sống hoàn toàn thì khả năng hồi phục là rất ít.

Mất chức năng thần kinh tự trị với tổn thương tuỷ sống có thể xuất hiện nhanh và hồi phục chậm

Chấn thương chi

Thăm khám:

- Màu sắc của và nhiệt độ của da
- Đánh giá mạch xa
- Các vết trầy xước và các vùng chảy máu
- Sắp xếp của chi và biến dạng
- Các cử động chủ động và bị động
- Các cử động bất thường và tiếng lạo xạo
- Mức độ đau do tổn thương gây ra

XỬ TRÍ TỔN THƯƠNG CHI

Xử trí tổn thương chi nhằm mục đích:

- Giữ cho máu chảy vào các mô ngoại biên
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn và hoại tử da
- Phòng ngừa tổn thương các dây thần kinh ngoại biên

CÁC VẤN ĐỀ ĐẶC BIỆT LIÊN QUAN ĐẾN CHẤN THƯƠNG CHI

1. Cầm máu bằng cách ấn trực tiếp chứ không bằng garo. Garo có thể bị để quên và gây ra thiếu máu cục bộ
2. Hội chứng khoang xảy ra khi áp lực trong bao cân cơ vượt quá áp lực tưới máu do xuất huyết hay phù nề dưới bao. Đầu tiên, dòng máu tĩnh mạch bị cản trở và khi áp lực trong bao tiếp tục tăng lên thì tuần hoàn động mạch cũng ngừng lại
3. Các bộ phận cơ thể bị cắt cụt do chấn thương cần được che bằng khăn bông gạc tiệt trùng ẩm và đặt vào trong túi nhựa tiệt trùng. Bộ phận bị cắt cụt không được làm lạnh có thể sử dụng được trong vòng 6 giờ sau khi chấn thương, còn nếu được làm lạnh nó có thể sử dụng được trong vòng từ 18-20 giờ.

Ông thông niệu rất là quan trọng trong trường hợp bệnh nhân có chấn thương chi. Nhưng phải lưu ý nếu bệnh nhân có bị gãy xương chậu

HỖ TRỢ CHI: MỞ CÂN CẤP CỨU

Vấn đề hội chứng khoang thường bị tiên lượng dưới mức thực tế.

TỒN THƯƠNG MÔ DO THIẾU ÔXY

Hội chứng khoang kèm tăng áp lực trong cơ (IM) và suy tuần hoàn tại chỗ thường xảy ra trong các chấn thương có tụ máu trong cơ, chấn thương dập nát, gãy hoặc cắt cụt. Nếu huyết áp tâm thu thấp, thậm chí một sự tăng nhẹ trong áp lực IM cũng gây ra giảm truyền tại chỗ. Với nhiệt độ cơ thể bình thường, tuần hoàn ngoại biên của chi bắt đầu giảm tại tâm thu BP khoảng 80mmHg.

TÁI TRUYỀN

Tổn hại gây ra do tái truyền thường nghiêm trọng. Nếu có hiện tượng giảm ôxy huyết tại chỗ (áp suất IM cao, huyết áp giảm) trong hơn 2 giờ thì nó có thể gây ra hư tổn mạch lan rộng. Do đó, cần thực hiện giảm áp sớm.

Khoang cẳng tay và chân dưới đặc biệt có nguy cơ cao.

Ghi chép.....

Các trường hợp chấn thương đặc biệt

CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ EM

Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong ở trẻ em, đặc biệt là ở trẻ em trai. Cơ hội sống sót của trẻ em bị chấn thương nặng phụ thuộc vào chăm sóc trước khi đến bệnh viện và hồi sức sớm.

Đánh giá ban đầu bệnh nhân nhi bị chấn thương cũng tương tự như đối với người lớn. Các ưu tiên đầu tiên là:

- Đường thở
- Hô hấp
- Tuần hoàn
- Đánh giá tình trạng thần kinh sớm
- Bộc lộ nạn nhân mà không làm mất nhiệt

Lượng máu bình thường ở trẻ khá lớn so với người lớn, khoảng 80ml/kg ở trẻ em và 85-90ml/kg ở trẻ sơ sinh. Dùng biểu đồ chiều cao/cân nặng là biện pháp dễ nhất để ước lượng trọng lượng của một đứa trẻ bị ốm nặng.

Tuổi	Nhịp tim (Nhịp/phút)	Áp huyết tâm thu mmHg	Nhịp thở Nhịp thở/phút	Thể Tích Máu ml / kg
<1	120-160	70-90	30-40	85-90
1-5	100-120	80-90	25-30	80
6-12	80-100	90-110	20-25	80
>12	60-100	100-120	15-20	70

Đường vào tĩnh mạch ở trẻ bị giảm ôxy huyết có thể khó khăn. Các vùng có thể dùng để đặt ống bao gồm tĩnh mạch hiển dài qua mắt cá, tĩnh mạch cổ ngoài và tĩnh mạch đùi.

Đường trong xương có thể cung cấp lối vào hệ tuần hoàn nhanh nhất ở các trẻ em bị sốc không thể đặt ống được. Dịch, máu và nhiều loại thuốc có thể được truyền qua đường này. Kim chích xương thường được đặt tại phần bằng phẳng trước xương chày, 2-3cm dưới lồi củ xương chày để tránh chạm vào đĩa đệm đầu xương.

Khi chiếc kim được đặt ở khoang tuỷ, dịch có thể phải được truyền dưới áp lực hoặc bằng bơm khi cần bù dịch nhanh. Nếu không có kim được thiết kế theo mục đích sử dụng trong tĩnh mạch thì dùng kim chích tuỷ sống, kim gây tê ngoài màng cứng hoặc kim sinh thiết tuỷ xương. Đường trong xương có thể dùng được cho bệnh nhân ở mọi lứa tuổi nhưng thường có hiệu quả nhất ở trẻ em dưới 6 tuổi.

Giảm dung lượng máu

Nhận biết hiện tượng giảm dung lượng máu ở trẻ có thể khó hơn ở người lớn. Các đáp ứng ban đầu đối với tình trạng giảm dung lượng máu ở trẻ em là nhịp tim nhanh và da xanh nhợt, các dấu hiệu khác bao gồm giảm huyết áp tối đa, da nổi vân tím, lạnh chi, giảm trí nhớ và đáp ứng chậm với kích thích. Tuy nhiên, cần lưu ý theo dõi nhịp tim của trẻ vì nhịp tim nhanh cũng có thể do đau đớn, sợ hãi và các sang chấn tâm lý.

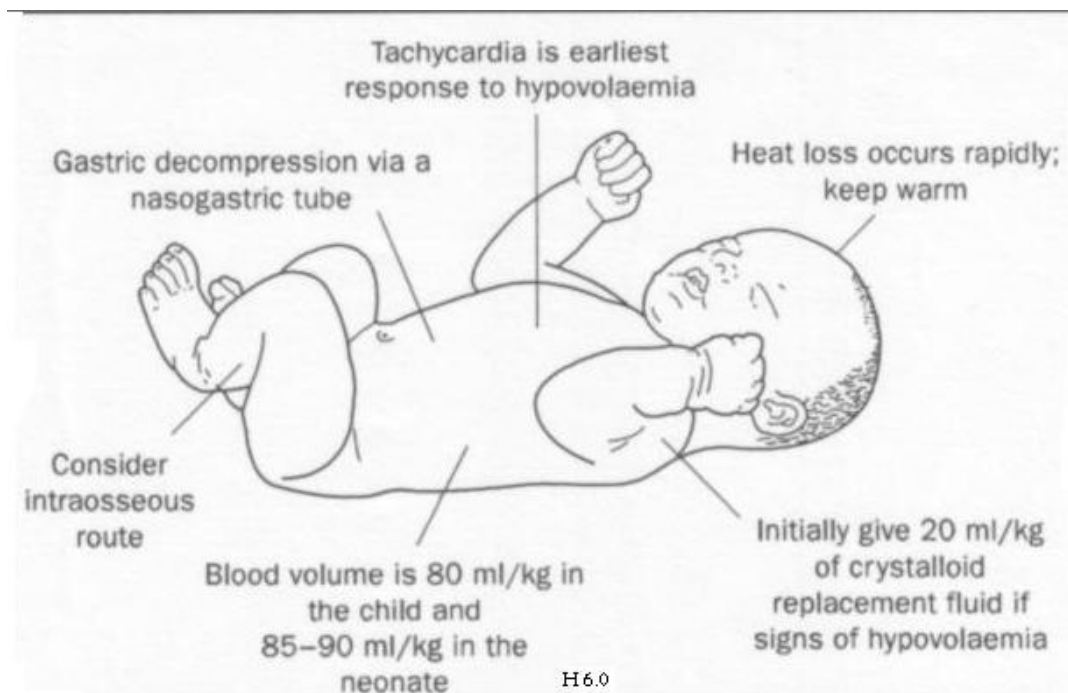
Phân loại giảm dung lượng máu ở trẻ em				
	Loại 1	Loại 2	Loại 3	Loại 4
Lượng máu mất	<15%	15-25%	25-40%	>40%
Mạch	Tăng	>150	>150	Tăng hoặc hạ nhịp tim
Áp suất mạch	Bình thường	Giảm	Giảm nhiều	Mất
Huyết áp tâm thu	Bình thường	Giảm	Giảm nhiều	Không ghi được
Thời gian làm đầy mao mạch trở lại	Bình thường	Kéo dài	Kéo dài rất lâu	Mất
Hô hấp	Bình thường	Tăng	Tăng	Thở dài chậm
Tình trạng thần kinh	Bình thường	Đễ kích động	Ngủ lịm	Hôn mê
Lượng nước tiểu	<1ml/kg/giờ	<1ml/kg/giờ	<1ml/kg/giờ	<1ml/kg/giờ

Loại 4 là biểu hiện của tình trạng sốc mất bù và mất máu nghiêm trọng, do đó cần thực hiện hồi sức truyền dịch. Khối lượng tuần hoàn của một đứa trẻ có thể ước tính là khoảng 80ml/kg. Khi nghi ngờ sốc, cần truyền khoảng 20ml/kg dung dịch tinh thể đã được làm ấm. Lượng dịch này nếu nằm trong lòng mạch sẽ chiếm khoảng 25% thể tích máu của đứa trẻ. Để đạt mục đích bù cho 25% lượng dịch đó có thể cần phải truyền 3 lần liều 20ml/kg hay tổng số 60ml/kg. Luật 3:1 này áp dụng cho trẻ em cũng như đối với người lớn. Khi bắt đầu truyền 20ml/kg liều thứ 3, cần xem xét đến nhu cầu truyền khối hồng cầu ở bệnh nhân. Hồi sức truyền dịch ở trẻ em phải dựa vào cân nặng của trẻ, có thể dùng thước đo Broselow.

Do tỉ lệ diện tích bề mặt cơ thể/trọng lượng ở trẻ cao nên mất nhiệt diễn ra nhanh. Điều trị một trẻ em mà bị hạ nhiệt có lẽ rất là khó. Do đó, việc duy trì nhiệt độ cơ thể cho trẻ có ý nghĩa vô cùng quan trọng.

Ở trẻ bị chấn thương hay ốm nặng, dạ dày thường bị giãn. Do đó, một trong những nội dung xử trí là phải giảm áp dạ dày, thường bằng ống mũi-dạ dày. Sau khi hồi sức truyền dịch, ở các trường hợp không bị tổn thương sọ não thì vẫn cần dùng thuốc giảm đau. Phác đồ khuyến dùng như sau:

- 50 microgm/kg morphine tĩnh mạch, sau đó là 10–20 microgm/kg gia lượng sau 10 phút cho đến khi có đáp ứng tốt.



Nguyên tắc điều trị chấn thương ở trẻ em cũng giống như người lớn bị chấn thương

Các vấn đề đặc thù trong hồi sức và đặt nội khí quản ở trẻ

- Đầu to hơn khá nhiều, đường mũi và lưỡi to hơn
- Trẻ nhỏ thở bằng mũi
- Góc hàm to hơn, thanh quản cao hơn và nắp thanh quản lớn hơn khá nhiều và có hình chữ U nhiều hơn.
- Sụn thanh quản là phần hẹp nhất trong thanh quản làm hạn chế kích thước của ETT, nhưng khi lớn lên, thanh quản phát triển và phần hẹp nhất lại là dây thanh

- Khí quản ở trẻ sinh đủ tháng dài khoảng 4cm và có thể chấp nhận ống ETT có đường kính 2,5-3.0mm (Khí quản ở người lớn dài khoảng 12cm)
- Sau khi hồi sức, dạ dày thường bị phồng nên dùng ống mũi-dạ dày có thể làm giảm áp dạ dày

Nếu cần đặt nội khí quản thì không dùng ống cong cho trẻ dưới 10 tuổi để giảm nguy cơ bị sưng hay loét. Đặt nội khí quản qua đường miệng dễ hơn qua đường mũi ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Sốc ở bệnh nhân nhi

Động mạch đùi tại vòm và động mạch cánh tay tại hố xương trụ là những vị trí tốt nhất để tìm mạch ở trẻ em. Nếu trẻ bị mất mạch thì nên thực hiện hồi sức tim phổi.

Các dấu hiệu sốc ở trẻ em bao gồm:

- Nhịp tim nhanh
- Mạch ngoại biên yếu hoặc không có
- Thời gian làm đầy mao mạch >2 giây
- Thở nhanh
- Khích động
- Ngủ gà ngủ gật
- Lượng nước tiểu ít

Tụt huyết áp có thể xuất hiện muộn, thậm chí khi bị sốc nặng. Cần tìm đường vào mạch. Đặt hai ống nội tĩnh mạch khẩu kính lớn. Thử các mạch ngoại vi trước và tránh dùng catheter ở tĩnh mạch trung tâm. Các vị trí tốt là tĩnh mạch hiển dài và tĩnh mạch đùi ở vòm.

Giảm thân nhiệt là vấn đề tiềm ẩn ở trẻ em. Vì tỷ lệ diện tích bề mặt cơ thể/trong lượng của trẻ lớn hơn nên chúng bị mất nhiệt nhanh hơn. Cần làm ấm tất cả các loại dịch truyền. Khi khám có thể phải bọc lộ trẻ nhưng cần mặc quần áo hoặc đắp chăn cho trẻ càng sớm càng tốt.

Cần giữ cho trẻ luôn ấm và được gần gũi gia đình, nếu có thể

Thông số hô hấp và kích thước ống nội khí quản					
Tuổi	Cân nặng (kg)	Nhịp thở (nhịp/phút)	Cỡ ETT	ETT ở miệng (cm)	ETT ở mũi (cm)
Mới sinh	1.0-3.0	40-50	3.0	5.5-8.5	7-10.5
Mới sinh	3.5	40-50	3.5	9	11
3 tháng	6	30-50	3.5	10	12
1 tuổi	10	20-30	4.0	11	14
2 tuổi	12	20-30	4.5	12	15
3 tuổi	14	20-30	4.5	13	16
4 tuổi	16	15-25	5.0	14	17
6 tuổi	20	15-25	5.5	15	19
8 tuổi	24	10-20	6.0	16	20
10 tuổi	30	10-20	6.5	17	21
12 tuổi	38	10-20	7.0	18	22

Ghi chép.....

CHẤN THƯƠNG Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Thứ tự ưu tiên trong thực hiện ABCDE trong xử trí chấn thương ở phụ nữ mang thai giống như đối với bệnh nhân khác.

Những thay đổi về cơ thể và sinh lý trong thời kì mang thai vô cùng quan trọng đối với việc đánh giá bệnh nhân bị chấn thương khi đang mang thai.

Những thay đổi về cơ thể

- Kích thước tử cung tăng lên đáng kể và trở nên rất dễ bị hư hại bởi các chấn thương xuyên thấu hay chấn thương kín.
 - Vào tuần mang thai thứ 12 đáy tử cung ở ngay khớp dính xương mu
 - Vào tuần mang thai thứ 20 đáy tử cung ở rốn
 - Vào tuần mang thai thứ 36, đáy tử cung ở mấu ức
- Lúc đầu thai nhi được bảo vệ bởi một tử cung có thành dày và một lượng lớn nước ối

Thay đổi về sinh lý

- Thể tích khí lưu thông và nhiễm toan hô hấp tăng
- Nhịp tim tăng
- Cung lượng tim tăng 30%
- Huyết áp thường thấp hơn 15mmHg
- Nén động tĩnh mạch chủ ở 3 tháng cuối kèm tụt huyết áp

Những vấn đề đặc biệt ở bệnh nhân mang thai bị chấn thương

Chấn thương bụng kín có thể dẫn đến:

- Tử cung dễ bị kích thích và sinh non
- Vỡ một phần hay toàn bộ tử cung
- Rau bong non một phần hay toàn bộ (48 giờ sau chấn thương)
- Khi bị gãy khung chậu có thể bị mất máu nặng.

Ưu tiên

- Đánh giá thai phụ theo ABCDE
- Hồi sức ở tư thế ngang bên phải để tránh nén động tĩnh mạch chủ
- Khám âm đạo để kiểm tra chảy máu âm đạo và độ mở của cổ tử cung
- Đánh dấu chiều cao và độ mềm của đáy tử cung và nhịp tim thai để giám sát hợp lý

Hồi sức cho thai phụ có thể cứu sống được thai nhi. Có những lúc mạng sống của thai phụ bị đe dọa và có thể phải hi sinh thai nhi để cứu thai phụ.

Nén động tĩnh mạch chủ phải được phòng ngừa trong khi hồi sức bệnh nhân bị chấn thương khi đang mang thai. Nhớ đặt thai phụ ngang bên phía trái.

BỎNG

Thứ tự ưu tiên trong xử trí bệnh nhân bị bỏng cũng giống như các bệnh nhân bị chấn thương khác

Đánh giá:

- Đường thở
- Hô hấp: Lưu ý suy hô hấp nhanh
- Tuần hoàn: Bù dịch
- Tình trạng tàn tật: hội chứng khoang
- Bộc lộ: Tỷ lệ vùng da bị bỏng

Nguồn gốc của bỏng cũng quan trọng: ví dụ như hoả hoạn, nước nóng, paraffin, dầu lửa. Bỏng do điện thường nghiêm trọng hơn biểu hiện bên ngoài. Da và cơ bị tổn thương có thể gây ra suy thận cấp

Những điểm quan trọng khi xử trí:

- Dừng quá trình bỏng
- ABCDE
- Xác định tỷ lệ vùng bị bỏng (Luật 9's)
- Truyền IV và bù dịch sớm

Mức độ bỏng được xác định bằng:

- Diện tích bề mặt cơ thể bị bỏng
- Độ sâu của vết bỏng
- Các vấn đề khác

Diện tích bề mặt bị bỏng

Tỷ lệ bệnh và tử vong tăng cường song song với diện tích bề mặt bỏng. Tỷ lệ ấy cũng rất là cao cho những bệnh nhân lớn tuổi tuy diện tích bề mặt bỏng có thể là nhỏ. Cho những cụ già, bị bỏng có thể đưa đến sự tử vong.

Diện tích bề mặt bỏng mà cao hơn 15% ở người lớn, hoặc cao hơn 10% ở con nít, hoặc bỏng ở trẻ con rất là non hay người rất là lớn tuổi là một sự rất là cần phải quan tâm đến.

Người lớn

“Luật số 9” là thường được áp dụng cho người lớn khi ước lượng diện tích bề mặt bị bỏng. Cơ thể có thể chia thành phần theo giải phẫu học để đoán diện tích bề mặt bị bỏng (hình 7). Mỗi phần tiêu biểu 9% hoặc bội số 9% của diện tích bề mặt của toàn thân thể.

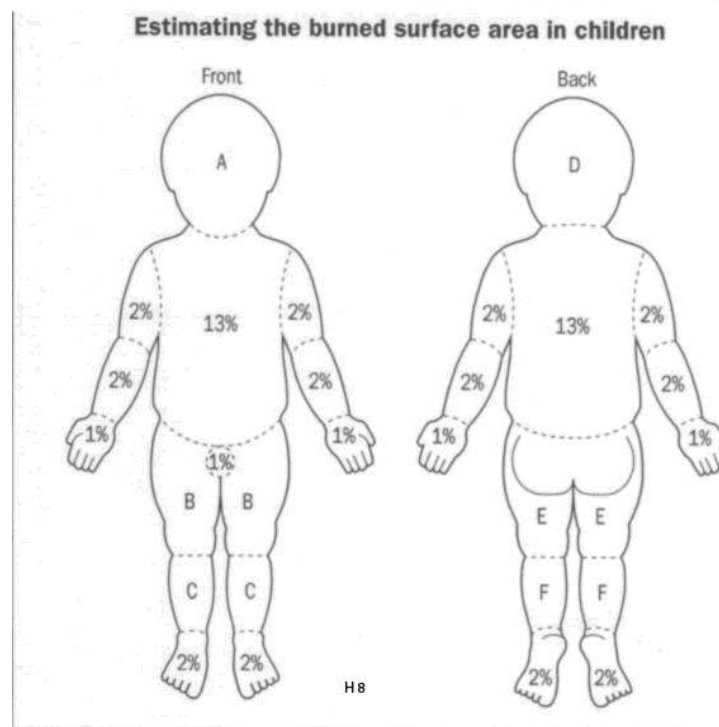
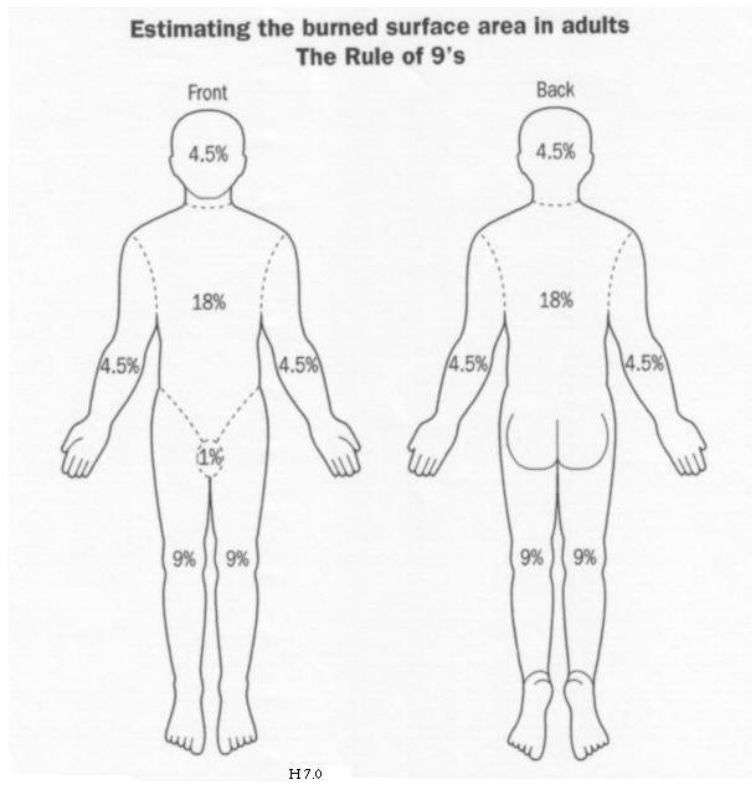
- Đầu và cổ: 9%
- Mỗi chi trên: 9%
- Phía trước thân mình: 18%
- Phía sau thân mình: 18%
- Mỗi chi dưới: 18%
- Vùng đáy chậu: 1%

Nếu bỏng ít, dùng công thức lòng bàn tay: lòng bàn tay có diện tích khoảng 1% diện tích bề mặt cơ thể người

Trẻ em

Đối với trẻ em dưới 30kg (khoảng 12 tuổi hay nhỏ hơn), sự phân chia diện tích ở trên có một số điểm khác: ở những bệnh nhân nhi này, diện tích đầu tương ứng với 18% diện tích cơ thể còn mỗi chi dưới chỉ chiếm 14% diện tích cơ thể.

Những dấu hiệu chứng tỏ bệnh nhân bị tổn thương do hít vào khí khói có thể không xuất hiện trong 24 giờ sau khi bị thương



Area	By age in years			
	0	1	5	10
Head (A/D)	10%	9%	7%	6%
Thigh (B/E)	3%	3%	4%	5%
Leg (C/F)	2%	3%	3%	3%

Độ sâu vết bỏng

Đánh giá độ sâu vết bỏng rất quan trọng trong việc xác định mức độ nặng hay nhẹ, lên kế hoạch chăm sóc vết thương và tiên lượng về mặt chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân bỏng. Có 3 phân loại bỏng.

Độ bỏng	Tính chất	Nguyên nhân
Bỏng độ 1	Da bị sung huyết đỏ Đau rất nhẹ Không có dấu mụn nước	Ánh nắng
Bỏng độ 2	Da bị bỏng có nốt phỏng, vòm nốt phỏng mỏng, dịch nốt phỏng màu vàng trong, nền nốt phỏng màu hồng, rất đau rất	Tiếp xúc với chất lỏng nóng
Bỏng độ 3	Có nốt phỏng vòm dày, dịch nốt phỏng màu hồng, nền nốt phỏng màu đỏ rớm máu, đỡ đau rất hơn	Lửa Điện hoặc sấm sét Tiếp xúc lâu với chất lỏng nóng

Thường trong một trường hợp bị bỏng có thể hội tụ các vết bỏng ở cả 3 mức độ, độ bỏng có thể thay đổi theo thời gian, đặc biệt là nếu xuất hiện nhiễm khuẩn. Tất cả bỏng độ 3 đều bị coi là bỏng nghiêm trọng.

Các điều kiện khác

Ngoài diện tích và độ sâu vết bỏng thì khu vực bị bỏng cũng xác định mức độ nguy hiểm của nó. Bỏng ở mặt, cổ, bàn tay, bàn chân, đáy chậu, bỏng toàn bộ chu vi của chi, cổ, ngực, v.v. được xếp vào loại nguy hiểm.

Các loại vết bỏng cần phải nhập viện

- Lớn hơn 15% ở người lớn
- Lớn hơn 10% ở trẻ em
- Bỏng ở trẻ quá nhỏ, người già hoặc ốm yếu
- Bỏng độ 3
- Bỏng ở các vùng: mặt, bàn tay, bàn chân, đáy chậu
- Bỏng toàn bộ chu vi của chi, cổ, ngực, v.v.
- Bỏng do khí
- Bỏng liên quan đến chấn thương hoặc bị bệnh nặng trước khi bỏng, ví dụ như tiểu đường

Nhớ rằng, bệnh nhân bị chấn thương mặt và cổ có nguy cơ bị nghẹt đường thở

Nhiều trường hợp bệnh nhân bỏng có các tổn thương đường hô hấp do hít phải hơi nóng, khói hoặc khí độc. Các dấu hiệu có thể là:

- Vụ cháy xảy ra trong khoảng không gian kín
- Đờm có muội than
- Giảm tri giác hay kích thích
- Bỏng mặt, môi, mũi và miệng, tìm kiếm các vết cháy xém lông mũi và phù lưỡi gà
- Các dấu hiệu của suy hô hấp như tăng nhịp thở hay khó thở
- Thở rít hay các dấu hiệu bất thường khác ở hai trường hợp phổi như ran ngày hay ran nổ

Các tổn thương hô hấp cấp do hít phải được chăm sóc kịp thời và toàn diện, kể cả hỗ trợ đường thở và nhanh chóng điều trị bỏng

Bù dịch càng sớm càng tốt để ngăn ngừa sự xuất hiện của sốc giảm dung lượng máu. Bệnh nhân bỏng đòi hỏi truyền 204ml Ringer lactate/kg/% diện tích bề mặt cơ thể bị bỏng độ 2 và độ 3 trong vòng 2 giờ đầu để đảm bảo lưu lượng tuần hoàn và tạo ra lượng nước tiểu cần thiết. Trong đó, ½ lượng dịch còn lại sẽ được truyền trong 16 giờ tiếp theo. Ở bệnh nhân nhi có cân nặng $\leq 30\text{kg}$ có thể thêm dung dịch glucose vào công thức bù dịch sao cho lưu lượng nước tiểu đạt 1ml/kg/giờ.

Nên thực hiện các hoạt động dưới đây nếu có điều kiện:

- Giảm đau
- Đặt catheter niệu nếu bị bỏng $>20\%$
- Dẫn lưu dạ dày
- Tiêm phòng uốn ván

Ghi chép.....

Vận chuyển bệnh nhân nặng

Vận chuyển bệnh nhân có thể gặp nhiều nguy hiểm. Nó đòi hỏi một sự liên lạc, lập kế hoạch và bố trí nhân lực tốt. Trước khi chuyển, bệnh nhân đó nhất thiết phải được ổn định một cách hiệu quả. Theo nguyên tắc chung, chỉ nên chuyển bệnh nhân đến nơi nào mà có đủ điều kiện để cung cấp cho họ một dịch vụ y tế ở mức độ cao hơn.

Khi lập kế hoạch và chuẩn bị, phải cần lưu ý những vấn đề dưới đây:

- Loại phương tiện (xe ô tô, thuyền, ...)
- Người đi theo bệnh nhân
- Trang thiết bị và vật tư dùng trên đường đi và khi điều trị cấp cứu
- Các biến chứng tiềm ẩn
- Giám sát và chuẩn bị cho bệnh nhân trước khi đi

Liên lạc hiệu quả với:

- Nơi nhận
- Nơi cung cấp dịch vụ vận chuyển
- Người đi theo bệnh nhân
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân

Ổn định hiệu quả bao gồm:

- Hồi sức ban đầu nhanh chóng
- Kiểm soát chảy máu và duy trì tuần hoàn
- Bất động các chỗ gãy
- Giảm đau

Nếu tình trạng bệnh nhân xấu đi thì:

- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân bằng điều tra ban đầu
- Kiểm tra và điều trị các tình trạng đe dọa tính mạng
- Đánh giá cẩn thận, tập trung vào hệ thống bị ảnh hưởng

Hãy chuẩn bị cho những sự khó khăn và bất ngờ. Những sự ấy có thể xảy ra bất cứ lúc nào

Ghi chép.....

Đội cấp cứu chấn thương

Cần phân công trách nhiệm rõ ràng cho từng thành viên trong đội trước khi bệnh nhân chấn thương được đưa đến bệnh viện

CÁC THÀNH VIÊN TRONG ĐỘI

Số lượng thành viên của đội cấp cứu chấn thương phụ thuộc vào tình trạng nguồn nhân lực hiện có. Lý tưởng thì đội nên có:

- Bác sỹ thường trực hoặc cán bộ y tế có kinh nghiệm (đội trưởng)
- Y tá thường trực cấp cứu
- 1 hoặc 2 phụ tá khác

Nhiệm vụ của đội

Đội trưởng (bác sĩ)

- Điều phối việc thực hiện ABCs
- Lấy bệnh sử từ bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân
- Chỉ định chụp X-quang (nếu có)
- Thực hiện đánh giá thì 2
- Chỉ định tiêm trùng uốn ván và kháng sinh
- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân
- Chuẩn bị di chuyển bệnh nhân
- Hoàn tất hồ sơ

Y tá

- Giúp điều phối thực hiện hồi sức sớm
- Liên lạc với người nhà bệnh nhân
- Kiểm tra hồ sơ, bao gồm:
 - Bệnh sử dị ứng
 - Những thuốc đã dùng
 - Bệnh sử trong quá khứ
 - Thức ăn đã dùng trước khi tai nạn
 - Những sự kiện dẫn đến tai nạn
- Thông báo cho y tá ở các khu vực khác

Khi bệnh nhân được đưa đến bệnh viện cần xem xét nhanh tình hình. Hoạt động này được gọi là sàng lọc. Sàng lọc có nghĩa là xếp bệnh nhân theo thứ tự ưu tiên dựa vào:

- Nhu cầu cấp cứu và điều trị

- Nguồn nhân lực hiện có
- Các nguồn lực khác hiện có

Ghi chép.....

Thực hiện kế hoạch của đội cấp cứu chấn thương

TIÊU CHUẨN

Các bệnh nhân dưới đây nên được đánh giá toàn diện:

Bệnh sử:

- Ngã từ trên cao >3m
- Tai nạn xe gắn máy : tốc độ >30km/giờ
- Bị văng ra từ các phương tiện giao thông hoặc bị kẹt trong các phương tiện giao thông
- Trong số những người cùng bị tai nạn có người đã chết
- Người đi bộ va chạm với xe hơi/ người đi xe đạp va chạm với xe hơi

Thăm khám

- Suy hô hấp
- BP> 100mm Hg
- Điểm theo thang Glasgow <13/15
- Có hơn một vùng bị tổn thương
- Vết thương xuyên thấu

XỬ TRÍ THẢM HOẠ

Thảm họa vẫn xảy ra và việc lập kế hoạch đối phó với thảm họa là một phần quan trọng đối với bất kỳ dịch vụ cấp cứu chấn thương nào. Thảm họa là một sự kiện vượt quá khả năng nguồn lực địa phương.

Một kế hoạch xử trí thảm họa đơn giản phải có:

- Thực hành kịch bản thảm họa
- Thủ tục xử trí thảm họa bao gồm:
 - Xử trí tại hiện trường
 - Chỉ định nhân sự cốt cán
 - Phân loại chấn thương
- Vị trí làm việc của đội cấp cứu y tế tại bệnh viện
- Sự thoả thuận trước về việc phân công đảm nhận nhiệm vụ:
 - Xe cứu thương
 - Cảnh sát/quân đội

- Các nhà chức trách trong nước và quốc tế
- Các cơ sở nhân đạo và từ thiện
- Ưu tiên trong sơ tán
- Phương tiện vận chuyển: đường bộ/ đường hàng không/ đường biển
- Chiến lược liên lạc