

YH2.116



CHĂM SÓC NGŨẠI KHỜA

TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ

**CHĂM SÓC NGOẠI KHOA
TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2009**

LỜI NÓI ĐẦU

Công việc mổ xẻ ở một bệnh viện luôn đòi hỏi khắt khe những quy định và điều kiện làm việc, ngay cả những việc tưởng chừng như không cần phải nhắc đến như rửa tay như thế nào, đồ thải để ở đâu, chuẩn bị như thế nào khi chuyển bệnh nhân. Có lẽ người ta chỉ chú ý đến những vấn đề "lớn" như mổ được những loại bệnh gì mua máy móc gì cho hiện đại... nhưng chính những điều vẫn coi là "tầm thường" kia mới quyết định chất lượng của phẫu thuật, từ những cái gốc đó mới có thể làm được những cái "cao siêu".

Trong dịp Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc năm 2006 tại Đà Nẵng tình cờ tôi thấy quyển "Surgical care at the District Hospital" do Tổ chức Y tế Thế giới biên soạn năm 2003. Nội dung quyển sách là nhằm cho tuyến huyện nhưng khi xem thì thấy đây là những điều quy định hết sức cơ bản, rất phù hợp ở các nước đang phát triển, những điều này cỡ lẽ ngay cả các bệnh viện tỉnh hay tuyến trung ương ở Việt Nam cũng chưa tuân theo đầy đủ. Những người biên soạn tỏ ra rất am hiểu tình hình bệnh viện tại các Huyện, họ đưa ra những chỉ dẫn và khuyến cáo rất cụ thể không chỉ về mặt chuyên môn mà còn về mặt tổ chức và trang bị (ở Huyện nên có cái gì, tính năng ra sao, mua ở đâu, chỉ nên mổ loại bệnh nào...).

Quyển sách còn có thể dùng làm tài liệu đào tạo rất tốt cho các bác sĩ ngoại khoa, sản khoa, chấn thương chỉnh hình và gây mê hồi sức.

Vì thấy tác dụng rất tốt của quyển sách trong lúc chúng ta lại không có đầy đủ tài liệu nhất là ở tuyến Huyện và vùng xa nên tôi đã biên dịch, có những chỗ soạn lại cho phù hợp với hoàn cảnh ở nước ta.

Rất mong quyển sách sẽ là tài liệu gối đầu giường hữu ích ở các khoa ngoại thuộc các bệnh viện.

GS.BS. Đặng Hanh Đệ

MỤC LỤC

Chương 1: Tổ chức một bệnh viện ngoại khoa tuyến huyện	9
Chương 2: Những điều cơ bản trong thực hành ngoại khoa	21
Bệnh nhân mổ	21
Tiếp xúc với bệnh nhân mổ	21
Bệnh nhân trẻ con	25
Kỹ thuật mổ	34
Thao tác các mô	34
Chỉ và kỹ thuật khâu	35
Kháng sinh dự phòng	40
Những thủ thuật ngoại khoa cơ bản	42
Xử trí vết thương	42
Rách và vết thương đặc biệt	45
Bỏng	52
Dị vật	54
Viêm tế bào và áp xe	57
Cắt bỏ và sinh thiết	64
Chương 3: Bụng	74
Mở bụng và chấn thương bụng	74
Mở bụng	74
Chấn thương bụng	76
Bụng ngoại khoa cấp tính	90
Tắc ruột	91
Viêm phúc mạc	93
Thủng ổ loét dạ dày tá tràng	94
Viêm ruột thừa	95
Viêm túi mật	98
Chửa ngoài dạ con vỡ	100
Nôn ra máu và ỉa phân đen	101

Viêm tụy cấp	102
Xoắn ruột	103
Lồng ruột	104
Thoái vị nghệt	105
Choáng nhiễm trùng đường mật	107
Đường tiêu và tăng sinh môn	109
Bí đại	109
Thông đại ở đàn ông	109
Chọc bàng quang trên xương mu	111
Dẫn lưu bàng quang	112
Nong niệu đạo	114
Bao quy đầu chít hẹp	116
Chít không hoàn toàn bao quy đầu	117
Xoắn tinh hoàn	118
Nước màng tinh hoàn	119
Thắt ống dẫn tinh	121
Áp xe tuyến Bartholin	122
Bế kinh	122
Chương 4: Chăm sóc cấp cứu sản khoa	124
Huyết áp cao khi mang thai	124
Huyết áp cao	124
Đánh giá và xử trí	125
Đình chỉ thai nghén	130
Săn sóc sau mổ thai	131
Huyết áp cao mạn tính	131
Biến chứng	132
Xử trí khi chuyển dạ chậm	133
Những nguyên tắc chung	133
Chậm trong chuyển dạ	135
Tiến triển của chuyển dạ	138
Xuất huyết khi mang thai và chuyển dạ đẻ	154
Xuất huyết	154

Chẩn đoán và xử trí ban đầu	155
Xử trí đặc biệt	158
Các thủ thuật	167
Săn sóc và theo dõi	178
Chương 5: Hồi sức và gây mê	179
Hồi sức và chuẩn bị để gây mê và mổ	179
Xử trí cấp cứu và hồi sức tuần hoàn hô hấp	179
Những bệnh cảnh khác đòi hỏi xử trí cấp cứu	185
Đường truyền tĩnh mạch	186
Dịch truyền và thuốc	190
Thuốc trong hồi sức	192
Đánh giá trước mổ và điều tra	194
Gây mê trong cấp cứu	200
Những bệnh cảnh quan trọng đối với người gây mê	208
Gây mê thực hành	214
Gây mê	214
Gât mê khi chữa và mổ đẻ	224
Gây mê trẻ em	226
Dẫn mê	231
Kỹ thuật gây mê mẫu	235
Theo dõi bệnh nhân mê	243
Xử trí sau mổ	252
Hạ tầng cơ sở của gây mê và cung ứng	260
Trang bị và cung ứng cho các cấp bệnh viện khác nhau	260
Gây mê và oxy	263
Cháy, nổ và các rủi ro khác	267
Săn sóc và bảo dưỡng các thiết bị	268
Chương 6: Chấn thương và chỉnh hình	270
Điều trị chấn thương cấp tính	270
Chấn thương trong tương lai	270
Những nguyên tắc điều trị chấn thương ban đầu	271
Sáu giai đoạn điều trị chấn thương ban đầu	272

Những thủ thuật	276
Kỹ thuật chỉnh hình	282
Kéo	282
Nẹp và bột	286
Áp dụng cố định bên ngoài	290
Chẩn đoán hình ảnh	292
Vật lý trị liệu	293
Lỗ khoan sọ	294
Chấn thương xương	297
Chi trên	297
Bàn tay	307
Gãy xương chậu hông	309
Tổn thương chi dưới	313
Tổn thương cột sống	319
Gãy xương ở trẻ con	322
Cắt cụt	324
Biến chứng	327
Chấn thương chiến tranh	329
Chỉnh hình đại cương	332
Những vấn đề bẩm sinh và phát triển	332
U xương	334
Nhiễm trùng	335
Thương tổn thoái hóa	338
Phụ lục	
Sổ tay xử trí chấn thương ban đầu tại tuyến Huyện và vùng xa	343

Chương 1

TỔ CHỨC MỘT BỆNH VIỆN NGOẠI KHOA TUYẾN HUYỆN

LĨNH VỰC NGOẠI KHOA XÂY DỰNG MỘT MÔI TRƯỜNG CHO PHẪU THUẬT

1. Kiểm soát về nhiễm trùng và vô trùng

*** Đề phòng nhiễm trùng**

Những biện pháp để phòng nhiễm trùng là nhằm bảo vệ bệnh nhân và những người phục vụ. Thông thường để phòng nhiễm trùng thường phối hợp với phòng lây truyền HIV ngoài ra còn phòng lây từ nguồn máu như viêm gan B, C, giang mai, bệnh Chagas. Rất dễ bùng nổ bệnh đường ruột ở bệnh viện đồng người đặc biệt không có những đề phòng đúng đắn và rửa tay.

Để phòng nhiễm trùng phụ thuộc vào hệ thống thực hành trong công việc trong đó tất cả các mẫu máu, dịch cơ thể như nước não tủy, đờm rãi, bệnh phẩm được coi như là nhiễm trùng. Tất cả máu và dịch cơ thể của tất cả mọi người đều được xử lý với cùng một mức độ thận trọng, không cần phải bàn đến độ nhiễm trùng của loại bệnh phẩm.

Rửa tay, sử dụng các phương tiện bảo vệ như găng, tạp dề, thận trọng trong khi dùng các thứ sắc nhọn và đồ thải y tế, làm vệ sinh và vô trùng là tất cả những phần của một bệnh viện an toàn.

*** Rửa tay**

Rửa tay nhằm loại bỏ những thứ nhiễm và làm giảm các vi khuẩn. Xà phòng thường và nước có tác dụng lấy bỏ những thứ nhiễm nhìn thấy bằng mắt. Có những trường hợp đặc biệt cần phải dùng xà phòng chống vi khuẩn như làm việc trong phòng hồi sức tăng cường hay phòng sơ sinh hoặc khi săn sóc những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Ngay cả khi đã dùng xà phòng này và bàn chải cũng không thể loại bỏ hoàn toàn các vi khuẩn khỏi bàn tay.

Ít nhất phải rửa trong 15 giây tất cả 2 bàn tay để sạch hết những vật nhìn thấy bằng mắt. Rửa trên cổ tay và bỏ các đồ trang sức. Móng tay là nơi nhiễm nhiều nhất và cần phải rửa sạch ngay từ buổi sáng sớm. Cắt móng tay ngắn sẽ dễ làm sạch và tránh rách găng tay. Rửa tay dưới giòng nước chảy. Cần phải lau khô tay vì tay ướt là nơi vi trùng dễ sinh sôi. Khăn tiệt trùng sẵn làm giảm khả năng nhiễm. Nếu bồn rửa không có bàn đạp chân hay cần gạt để tắt nước bằng khuỷu tay thì nhờ người khác, tránh nhiễm lại bàn tay.

Để bàn tay không khô và tổn thương vì như thế khó rửa sạch do vi khuẩn có nhiều hơn.

Một số vi trùng sinh sống ngay trên đĩa đựng xà phòng hoặc ở bàn chải dùng lại. Cần giữ cho đĩa khô, sạch, tốt hơn là để xà phòng trong hộp đựng róc nước. Bàn chải dùng lại phải tiệt trùng, để trong hộp khô.

Hãy làm gương và khuyến khích rửa tay cho những đồng nghiệp, bệnh nhân, người thân và những người đến thăm để họ thấy rằng rất dễ dàng rửa tay với xà phòng và nước có sẵn.

Dù gắng là phương tiện bảo vệ nhưng cũng không thể đạt 100% được, gắng có thể có những khiếm khuyết mà mắt thường không nhìn thấy, dễ làm nhiễm bàn tay khi tháo găng. Bên trong găng vừa ướt vừa ẩm là môi trường cho vi trùng sinh sôi.

Luôn luôn rửa tay sau khi tháo găng:

- Rửa tay là biện pháp quan trọng nhất để phòng nhiễm trùng
- Xử lý tất cả những thứ của tất cả mọi người có thể nhiễm trùng
- Vô trùng phụ thuộc vào các quy trình mẫu, huấn luyện đội ngũ, kỷ luật cá nhân và chú ý cẩn thận đến những chi tiết.

*** Để phòng lây nhiễm HIV.**

HIV có thể lây nhiễm bằng:

- Tổn thương do kim, vật sắc nhọn có nhiễm máu hay dịch cơ thể.
- Sử dụng những thứ không được tiệt trùng đúng đắn hay không được rửa và vô trùng.
- Tiếp xúc giữa vết thương, rách da (thí dụ như viêm da), niêm mạc với máu hay dịch cơ thể bị nhiễm.
- Truyền máu hay sản phẩm của máu bị nhiễm.
- Lây từ mẹ sang con trong khi mang thai, đẻ, cho bú.

Phần lớn nhân viên y tế bị nhiễm HIV vì bị thương trong khi sử dụng kim tiêm (khi đâm kim) hoặc các vật sắc nhọn. Sau khi dùng, cho tất cả kim và vật sắc nhọn vào bình nhựa chuyên dụng có nhãn rõ ràng. Rủi ro lây bệnh cho những người phơi nhiễm liên quan tới tỷ lệ bệnh ở vùng đó, của vào (da, qua da, truyền) và liều nhiễm.

Hãy chú ý tới bệnh nhân, tới đồng nghiệp và tới bản thân:

- Dùng dây lại kim tiêm
- Để bình nhựa chuyên dụng vào nơi thường dùng những vật sắc nhọn, rủi ro nhiễm càng lớn khi cầm những vật sắc nhọn đi chỗ khác.
- Không dùng cùng 1 bộ truyền cho người khác.

- **Cẩn thận khi trao dao mổ, kéo, kim.**
- **Tự mình sắp đặt các vật sắc nhọn.**

Nhiều biện pháp vô trùng thông thường của nhóm mổ cũng áp dụng để phòng lây nhiễm HIV:

- **Băng không thấm nước vào vùng da bị thương**
- **Đi găng khi tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể và rửa tay bằng xà phòng với nước sau khi làm.**
- **Rửa ngay vùng da bị nhiễm khi găng thủng hoặc không mang găng.**
- **Đeo kính bảo vệ để phòng bị vấy máu hay dịch nhiễm như khi đang mổ, rửa mặt và mắt ngay nếu chẳng may bị tóe lên.**
- **Mang tạp dề bảo vệ nếu có khả năng bắn toé vào người**
- **Làm sạch ngay khi máu tràn ra ngoài.**

Mục đích các biện pháp trên là nhằm để phòng lây nhiễm. Cách bảo vệ tốt nhất đối với HIV và các bệnh lây nhiễm là chú ý tới từng chi tiết nhỏ vô trùng, đặc biệt đừng để bị thương trong lúc mổ. Ở một số nơi có thể tiêm phòng khi bị kim châm. Mỗi bệnh viện cần phải có bảng chỉ dẫn rõ ràng để xử trí khi bị thương hay khi phơi nhiễm.

Dị ứng với Latex:

Tiếp xúc nhiều với Latex sẽ làm tăng phản ứng với cao su Latex: nổi mẩn, ngứa cho đến hiệu ứng phản vệ. Khi săn sóc những bệnh nhân có phản ứng với Latex, bao giờ cũng kiểm tra thành phần của các ống, các ống thông, găng và thiết bị gây mê, ngay cả nút các lọ thuốc cũng có thể có Latex, tất cả nhân viên y tế phải cảnh giác với khả năng này, nếu cần dùng loại găng không có Latex.

+ **Kỹ thuật vô trùng.**

Nhiễm trùng là nguyên nhân quan trọng nhất và có thể phòng ngừa được đối với lành vết thương

Vì trùng có thể lây sang các mô trong khi mổ hoặc khi xử trí các vết thương, nó truyền bằng:

- **Con người, kể cả bệnh nhân.**
- **Các đồ vật như dụng cụ, chỉ, đồ vải, giẻ lau, dung dịch, chăn, đệm.**
- **Không khí xung quanh lây nhiễm bằng bụi hay bằng các hạt nước bắn ra từ người phụ khi săn sóc vết thương.**

Xử trí vô trùng các vết thương nhằm làm giảm khả năng lây nhiễm vì trùng từ tất cả các nguồn trong khi mổ cũng như giai đoạn đầu của lành vết thương nhưng không bao giờ loại bỏ được tuyệt đối.

Bất kể ai khi vào phòng mổ vì bất kỳ một lý do gì trước tiên cần:

Mặc quần áo sạch

Đeo khẩu trang che mũi và miệng.

Đội mũ để che hết tóc

Đi bốt bọc giày

Dùng mũ, khẩu trang, quần áo để phòng nhiễm từ bệnh nhân sang nhóm mổ. Dụng cụ vô trùng, găng, khăn trải tiệt trùng là yếu tố then chốt chống với nhiễm trùng.

+ Danh sách các cuộc mổ.

Cần phải có danh sách các cuộc mổ trong ngày, danh sách dựa trên: tính cấp cứu, tuổi của bệnh nhân, tiểu đường, nhiễm trùng và thời gian của mỗi cuộc mổ.

Mổ những ca sạch trước những ca nhiễm. Trẻ con và những người tiểu đường cần mổ đầu tiên để tránh phải nhịn kéo dài.

Đảm bảo giữa các cuộc mổ:

Lau sạch phòng mổ.

Các dụng cụ phải vô trùng lại

Đổi vải mới.

Điều chủ yếu là phải có những quy định chuẩn về làm sạch phòng mổ và sắp xếp các máy móc, tất cả mọi người đều phải tuân theo bất kể lúc nào. Khả năng nhiễm trùng sẽ tăng lên tỷ lệ thuận với những khiếm khuyết trong kỹ thuật vô trùng và thời gian phẫu thuật.

2. Trang thiết bị

Các thiết bị về gây mê, cấp cứu, monitor, đèn, bàn mổ và cả phòng mổ đều rất cần cho cuộc mổ, phải được bảo trì tốt. Những thứ này chỉ dùng trong phòng mổ hay phòng cấp cứu để chắc chắn là luôn luôn sẵn sàng, hoạt động tốt, tiệt trùng hoặc làm sạch

*** Trang thiết bị và dụng cụ.**

– Chăm sóc và sửa chữa

Các dụng cụ và trang thiết bị trong phòng mổ không được lấy đi chỗ khác; phẫu thuật viên, điều dưỡng và người gây mê tin chắc những thứ này đều sẵn sàng cho ca mổ sau. Điều chủ yếu là mỗi người phải kiểm tra thuốc men và trang thiết bị sẽ dùng trước khi bắt đầu 1 ca mổ.

Các phương tiện hồi sức như oxy, hệ thống hút phải sẵn sàng khi có bệnh nhân nặng hoặc để xử trí trong trường hợp ngừng thở (do thuốc mê hay an thần).

Trang thiết bị y tế rất đắt tiền và rất dễ hỏng. Phải có chương trình đều đặn trong bảo dưỡng và dự tính trước để sửa chữa và thay thế.

– Sử dụng

Các dụng cụ phẫu thuật chia làm nhiều loại: các loại kẹp, kẹp cặp kim, kéo, van. Khi dùng cần lựa chọn.

Dùng dụng cụ ngắn thuận tiện cho cuộc mổ.

Tránh dùng những kéo mảnh, tinh vì khi cắt chỉ mà dùng những kéo thô, to.

Dùng những dụng cụ còn tốt: những kẹp 2 má bắt chéo nhau, những kẹp không giữ được kim khâu, những kéo không cắt dễ dàng... sẽ làm hỏng và nguy hiểm cho cuộc mổ.

Khi sử dụng các dụng cụ:

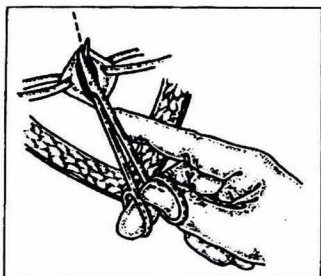
Phải có 3 điểm tì vào dụng cụ để ổn định và chính xác (H.2.1)

Khi dùng dụng cụ mở ra khép vào, duỗi ngón trở dọc theo dụng cụ để dễ kiểm soát và giữ ổn định.

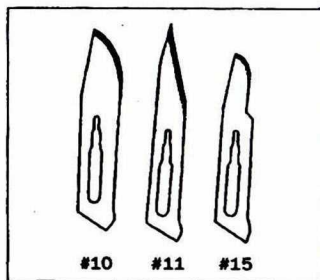
Chỉ dùng đầu các ngón và ngón cái để vào cán dụng cụ lúc mở ra và khép vào, như vậy dễ dàng xoay cổ tay và căng tay làm cho độ linh động của dụng cụ rộng-hơn, nó cũng làm dễ dàng khi cầm lên và đặt xuống các dụng cụ này.

– Dao mổ.

Cách cầm dao mổ phụ thuộc vào kích cỡ và thủ thuật. Phần lớn các thủ thuật là dùng với cán dao số 3 và lưỡi dao 10, 11, 15. Dùng lưỡi số 10 cho những đường rạch rộng, 11 cho những vết chích, 15 cho những thủ thuật có độ chính xác tinh vi. Nếu dùng cán dao lớn thì dùng lưỡi dao số 20 hay 22. (H.2.1; H.2.2)



Hình 2.1.



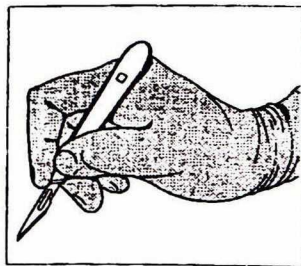
Hình 2.2

Khi rạch da bụng dùng cán và lưỡi dao dài. Cầm dao mổ song song với bề mặt da, các ngón 3, 4, 5 và ngón cái giữ cán dao, còn ngón trở dùng để xác định mức đè xuống.

Khi dùng dao mổ để phẫu tích, lấy dao nhỏ và cầm như cầm bút (H.2.3)

– Kẹp

Có 2 loại kẹp: có răng và không răng. Loại không răng được coi như không chấn thương vì không làm nát các mô. Cầm các kẹp như cầm dao mổ hay cầm bút.



Hình 2.3

Kẹp mạch máu có nhiều cỡ và nhiều hình dáng. Cầm dụng như H.2.1. Kéo cong cũng cầm như vậy.

Cầm tay trái:

Kéo được thiết kế cho tay phải để khi dùng 2 má áp sát nhau, nhưng khi dùng tay trái thì 2 má sẽ tách nhau nên rất khó cắt hoặc không cắt được, do đó khi cầm phải làm sao cho 2 má ép vào nhau.

3. Phòng mổ

Phòng mổ là phòng đặc biệt để cho người gây mê và nhóm mổ sử dụng, không được dùng phòng mổ cho mục đích khác. Phòng điều trị cũng trang bị như trên nhưng nhỏ hơn. Cả 2 phòng cần:

Ánh sáng tốt và thông khí

Cung cấp trang bị cho các thủ thuật

Monitor

Thuốc và các vật liệu tiện hao (chỉ....) cho mổ phiên và cấp cứu.

Đảm bảo các phương tiện được sử dụng đúng đắn và tất cả mọi thành viên đều được huấn luyện:

Các cửa của phòng mổ đều phải đóng trừ khi đưa các trang thiết bị, nhân viên và bệnh nhân vào.

Dự trữ chỉ khâu và các dụng cụ khác trong phòng mổ để hạn chế việc ra vào phòng mổ trong khi đang mổ.

Chỉ một số người tối thiểu vào phòng mổ đặc biệt lúc đã bắt đầu mổ.

Giữ phòng mổ gọn gàng và dễ lau chùi.

Giữa 2 cuộc mổ, lau sạch và tẩy trùng mặt bàn mổ.

Cuối mỗi ngày, lau sạch phòng mổ. Bắt đầu từ trên cao rồi xuống đến sàn, gồm cả các đồ dùng, đèn mổ. Sử dụng một dung dịch tẩy trùng pha với nồng độ do nhà sản xuất quy định.

Vô trùng tất cả các dụng cụ và vật liệu khác sau khi dùng, bảo quản và sẵn sàng cho ca sau.

Phòng mổ phải sẵn sàng để nhận cấp cứu.

*** Đếm gạc và dụng cụ**

Điều chủ yếu là theo dõi việc sử dụng để tránh vô tình bỏ quên gạc hay dụng cụ trong người bệnh nhân.

Chuẩn xác là phải đếm (dụng cụ, kim và gạc)

Trước khi mổ

Trước khi kết thúc mổ

Sau cuộc mổ

Mục đích để đảm bảo các vật liệu không bị mất hay quên bên trong. Đặc biệt chú ý đến những thứ nhỏ và gạc.

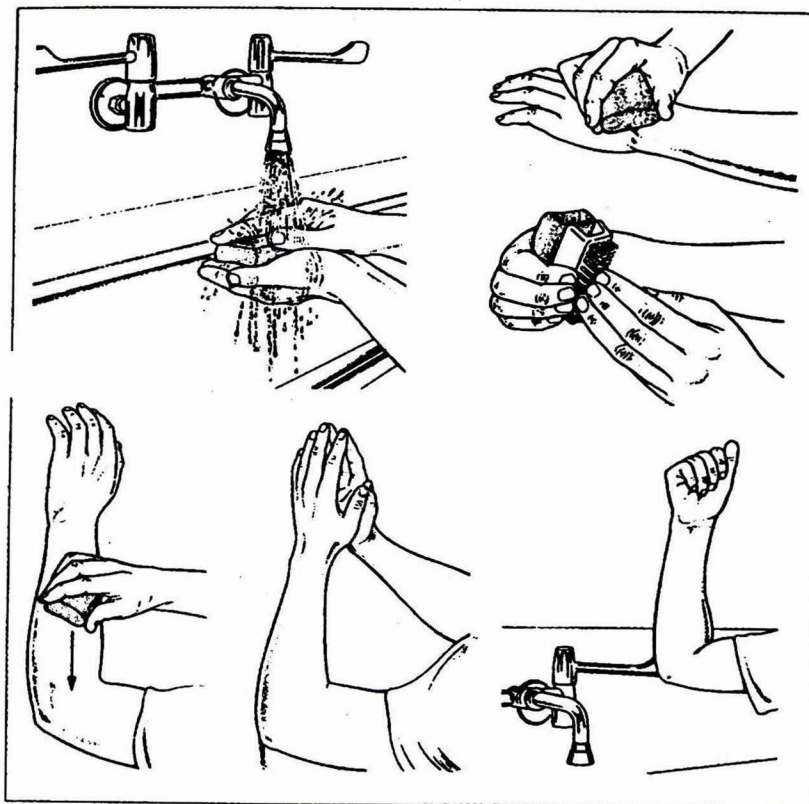
Hãy viết một danh sách các vật liệu cho mỗi cuộc mổ để kiểm tra và đếm khi mổ xong gồm cả kim khâu và các thứ tiêu hao.

*** Chải tay và mặc áo**

Trước khi mổ, tất cả mọi người trong nhóm mổ, những người sẽ đụng chạm đến vùng mổ vô trùng, dụng cụ mổ hoặc vết mổ, đều phải chải tay cho tới khuỷu. Chải tay không thể diệt trùng da nhưng nó làm giảm số lượng vi trùng và nguy cơ nhiễm khuẩn vết thương từ bàn tay.

Mỗi bệnh viện có một quy trình chải tay về thời gian và cách chải. Thông thường lần chải đầu tiên dài hơn (ít nhất là 5 phút), những lần sau ngắn hơn (ít nhất là 3 phút).

– Khi chải (H.2.4)



Hình 2.4. Cách chải tay

Tháo bỏ các đồ trang sức và cắt móng tay

Dùng xà phòng, bàn chải để cọ (dầu ngón tay và móng), xả nước làm sạch.

Xoa tay từ bàn đến tận khuỷu

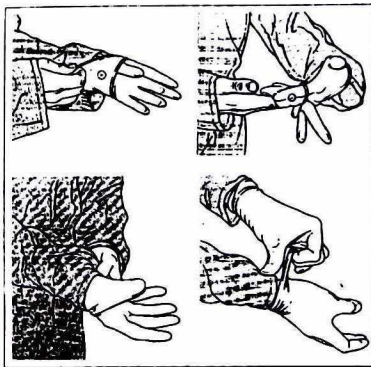
Sau khi chải, xả nước trong tư thế bàn tay giơ cao để nước chảy xuống phía khuỷu.

Dùng khuỷu khoá vòi nước.

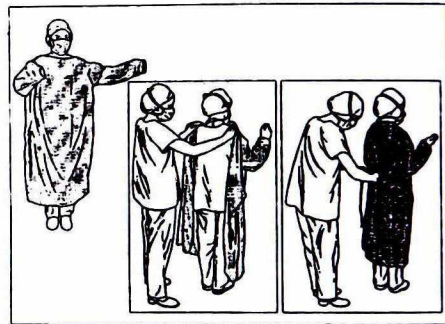
– Sau khi chải

Lau khô với khăn vô trùng

Giữ tay và cẳng tay xa thân người và giơ cao 2 bàn tay cho đến khi mặc áo và đi găng (H.2.5; H.2.6)



Hình 2.5. Đi găng



Hình 2.6. Mặc áo

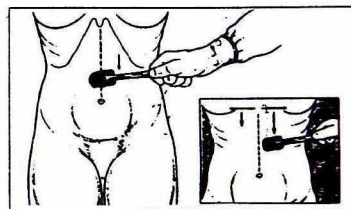
Găng nhằm tránh tiếp xúc với máu lây nhiễm nhưng nếu chẳng may găng thủng thì phải thay ngay, nếu cần phải tráng với dung dịch kháng khuẩn hoặc phải chải lại tay trước khi đi găng.

An toàn cho bệnh nhân là quan tâm hàng đầu.

* Chuẩn bị da vùng mổ:

Bệnh nhân cần tắm đêm trước hôm mổ. Lông không cần cạo trừ khi cản trở cuộc mổ. Cạo lông làm thương tổn da nên nhổ lông tốt hơn - làm trong phòng mổ.

Ngay trước khi mổ, đánh xà phòng với nước vùng mổ và xung quanh. Bôi da với dung dịch tiệt trùng, bắt đầu từ giữa rồi sang 2 bên (H.2.7). Vùng bôi phải đủ rộng để không đụng chạm đến vùng không được



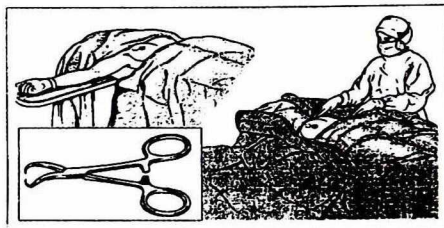
Hình 2.7. Sát trùng vết mổ

bôi dung dịch tiệt trùng. Chlorhexidin gluconat hay Iodin tốt hơn là cồn và ít kích thích da.

Bôi xong phải để ướn ít nhất trong 2 phút.

* **Trải vải mổ.**

Mặc áo, đi găng trước khi trải vải mổ chỉ để hở phần mổ. Dùng kẹp cố định 4 góc (H.2.8). Trải vải mổ nhằm bộc lộ phần mổ đã tiệt trùng, hạn chế sự lây nhiễm. Có nhiều cách trải, nó phụ thuộc vào loại vải mổ sử dụng. Không trải vải mổ khi chưa mặc áo và đi găng nhằm giữ cho vải được vô trùng. Khi trải, phần vải phía dưới bàn mổ coi như đã không còn vô trùng.



Hình 2.8. Trải vải mổ khi đã mặc áo

4. Làm sạch, vô trùng và tiệt trùng

* **Tiệt trùng**

Dung dịch tiệt trùng dùng để làm mất tác dụng của bất cứ tác nhân nhiễm trùng có trong máu hay dịch cơ thể. Lúc nào cũng phải có sẵn để dùng cho các bề mặt, trang thiết bị mà không thể hấp được.

Các dụng cụ và kim phải ngâm trong dung dịch tiệt trùng ít nhất 30 phút trước khi rửa sạch. Ngâm như vậy sẽ làm giảm vi trùng và virus nhưng không làm sạch những chất bám trên dụng cụ. Mục đích là làm giảm rủi ro cho những người sẽ xử lý những thứ này.

Các kim dùng lại phải hết sức thận trọng. Sau khi dùng phải để trong 1 hộp đặc biệt đã tiệt trùng trước khi rửa sạch và vô trùng. Phải mang găng dày khi xử lý những dụng cụ sắc nhọn.

Có nhiều loại dung dịch tiệt trùng thay đổi theo mức độ tác dụng. Loại thường dùng nhất là Sodium hypochlorite (hay gọi là chlorox), dung dịch có tác dụng với cả virus.

Cần tuân theo những chỉ dẫn của nhà sản xuất để pha dung dịch. Những dung dịch này phải dùng trong thời hạn còn tác dụng, Hypochlorite mất tác dụng rất nhanh.

Tiệt trùng làm trước khi làm sạch với chất tẩy. Tất cả các dung dịch tiệt trùng đều có "thời gian tiếp xúc" nghĩa là các thứ cần tiệt trùng phải ngâm trong dung dịch với thời gian nhất định mới có tác dụng. Tuy nhiên có khi chất tiệt trùng không có tác dụng vì chất hữu cơ do đó phải pha đậm hơn, thời gian tiếp xúc lâu hơn.

Sau khi đã tiệt trùng, làm sạch bằng chất tẩy thông thường và nước để loại bỏ những chất mất hoạt tính và dịch tiệt trùng vừa ngâm.

Phải thận trọng khi dùng chất tiệt trùng có Chlorine vì khi có thêm một số hoá chất nó sẽ giải phóng ra khí chlorine độc. Nếu nghi ngờ có thể trung hoà bằng cách thêm Bicarbonat Na trước khi ngâm trong dung dịch Hypochlorite.

Đồ vải vấy máu để tập trung vào 1 túi kín khi vận chuyển (phải đi găng tay) giặt với nước trước rồi mới pha dung dịch Chlorine. Sau cùng giặt với chất tẩy trong 25 phút và ở nhiệt độ trên 71°C.

Trước khi vô trùng, tất cả phải được tiệt trùng và làm sạch để loại bỏ các mảnh bám. Vô trùng để giết các vi khuẩn còn sống chứ không phải để làm sạch.

* Vô trùng

Những phương pháp thường dùng

Hấp ẩm

Xấy khô

Xử lí với các chất tiệt trùng hoá học.

– Hấp ẩm

Trước khi vô trùng, phải được tiệt trùng và làm sạch để loại bỏ các chất hữu cơ. Tiệt trùng tốt sẽ làm giảm rủi ro cho người xử lí. Vô trùng các đồ phẫu thuật chủ yếu phòng lây nhiễm HIV. Tất cả các virus, kể cả HIV đều chết khi hấp ẩm. Trong 20 phút ở 121°C - 132°C hoặc 30 phút nếu những thứ này được gói.

Lò hấp ẩm phải do người đã được huấn luyện sử dụng và lò phải thường xuyên bảo dưỡng. Khi chọn mua lò hấp ẩm, không chỉ quan tâm tới giá cả mà còn phải chú ý đến:

Sử dụng trước đây

Kích cỡ lò

Thể tích sử dụng

Độ phức tạp

Nguồn điện

Nói chung, thể tích càng bé, thời gian chạy lò càng ngắn và các vật liệu mỏng càng ít bị hỏng. Về mặt thực tiễn, dùng nhiều lần trong ngày với 1 lò nhỏ hơn là dùng 1 lần với 1 lò to.

Cần phải dùng các chỉ thị thích hợp cho mỗi lần vô trùng để biết đã xong. Khi mở lò không còn thấy có vệt nước bám ở ngoài (chứng tỏ chưa vô trùng).

– Xấy khô.

Nếu vật liệu nào không thể hấp ẩm thì sấy khô từ 1 - 2 giờ trong nhiệt độ 170°C, các dụng cụ này phải sạch và lau khô dầu mỡ. Tuy nhiên vô trùng bằng sấy khô không tốt so với hấp ẩm, chỉ dùng cho các đồ kim loại.

Luộc các dụng cụ không còn được coi như phương pháp tin cậy để vô trùng và không được khuyến cáo sử dụng trong bệnh viện.

* Các hoá chất diệt trùng

Nói chung các dụng cụ không bảo quản trong dung dịch sát khuẩn. Những dụng cụ sắc nhọn, một vài loại mỏng mảnh, các ống thông có thể vô trùng bằng formaldehyd, glutaraldehyd hoặc Chlorhexidin.

Nếu dùng formaldehyd phải rửa sạch các dụng cụ sau đó cho vào hộp kín đựng những viên Formaldehyd trong 48 giờ. Phải đảm bảo chắc chắn quá trình được thực hiện đúng đắn.

Glutaraldehyd là chất có tác dụng rất tốt đối với vi trùng, nấm và nhiều loại virus. Luôn luôn theo đúng chỉ dẫn của các nhà sản xuất.

Trong trường hợp lò hấp hay sấy hỏng (mất điện) có thể dùng phương pháp sau để khởi gián đoạn công việc:

Ngâm các đồ vải vào dung dịch diệt trùng (Chlorhexidin) trong 1 giờ, vắt đi rồi đắp lên người bệnh.

Các gói gạc cũng làm như vậy nhưng tráng với dung dịch chlorhexidin 1% trước khi dùng. Thỉnh thoảng trong khi mổ rửa gạc với dung dịch trên.

Ngâm các dụng cụ kim loại vào dung dịch diệt trùng mạnh hơn trong 1 giờ rồi rửa với dung dịch đậm độ loãng trước khi dùng.

5. Đồ rác thải

Tất cả đồ thải phải để một nơi cẩn thận: các túi máu, băng bản, kim tiêm dùng rồi đều nguy hiểm, phải xử lý thích hợp, nếu không những nhân viên y tế có thể sẽ bị lây nhiễm. Trong bệnh viện phải có bản hướng dẫn xử lý các đồ thải trên. Tất cả nhân viên phải biết và tuân theo.

Những đồ thải sinh học thường đắt tiền, vì thế cần phải phân ra loại không lây nhiễm (giấy bỏ, bao bì) và loại vật liệu không vô trùng nhưng không lây nhiễm sinh học. Đặt các túi đựng đồ thải để khi có đồ thì người ta cho luôn vào trong túi.

Tất cả những đồ thải nhiễm trùng đem đi đốt. Lò đốt phải tuân theo những quy định của địa phương do y tế công cộng đặt ra.

Đốt rác thải là phương pháp lí tưởng nhưng nếu không thực hiện được có thể dùng cách khác, tất nhiên cách đó cũng phải tuân theo luật lệ ở địa phương.

Chôn xuống đất cũng chỉ là một giải pháp, trước khi chôn cố làm sao giảm rủi ro nhiễm trùng đến mức thấp nhất. Ngâm những đồ thải vào dung dịch hypochlorid trong 12 giờ, đậy nắp hố lại. Nếu số lượng lớn hơn ngâm trong bể với dung dịch 10% hypochlorid.

Đừng hoà lẫn các hoá chất trừ khi chắc chắn là không xảy ra phản ứng hoá học. Mục đích nhằm không để xảy ra phản ứng không mong muốn gây nguy hiểm cho nhân viên.

Phải có hệ thống an toàn cho những vật sắc nhọn (kim, lưỡi dao). Rủi ro tăng lên theo khoảng cách mang những thứ này đi cùng với số lượng. Hộp chứa đựng phải:

Có nhãn rõ ràng

Không dễ bị chọc thủng

Kín không rò nước

Không vỡ

Miệng đủ rộng để dễ bỏ vào nhưng không rộng quá để có thể lại lấy ra.

Gắn chặt vào tường hay vào 1 mặt bàn

Lấy ra được dễ dàng để thay.

Chương 2

NHỮNG ĐIỀU CƠ BẢN TRONG THỰC HÀNH NGOẠI KHOA

BỆNH NHÂN MỔ

1. Tiếp xúc với bệnh nhân mổ

Một phẫu thuật viên giỏi có thể chẩn đoán dễ dàng, gần như bằng trực giác.

Quá trình phân tích và quyết định có thể nhanh chóng, nó là vấn đề chung cho mỗi bác sĩ thực hành dù kinh nghiệm của họ ra sao. Quá trình này bao gồm:

Bệnh sử

Khám thực thể

Chẩn đoán phân biệt

Nghiên cứu để xác định chẩn đoán

Điều trị

Quan sát hiệu quả của điều trị

Đánh giá lại tình hình, chẩn đoán và xử lý.

Những bác sĩ thực hành giỏi tiến hành cùng một quá trình cho cả những ca khó và những ca lúc bắt đầu tưởng như đã có chẩn đoán rõ rệt. Nếu ta đặt chẩn đoán quá sớm, ta có thể bỏ qua cơ hội để thu thập những thông tin quan trọng. Đừng nhảy ngay vào chẩn đoán, điều này cũng tốt nhưng không thể thay thế cho sự suy nghĩ chủ động về bệnh nhân. Hãy trao đổi, khám và suy nghĩ về bệnh nhân.

* Bệnh sử và khám thực thể

Bệnh sử và khám thực thể là phần nòng cốt để đưa ra chẩn đoán. Không đơn giản là chỉ khám bụng khi bệnh nhân kêu đau bụng. Phải khám toàn bộ: tình hình sức khỏe chung, dinh dưỡng, thể trạng và tình trạng thiếu máu. Cần nhớ hỏi về các bệnh mạn tính hay bệnh khác thêm vào.

Một bệnh sử hoàn chỉnh bao gồm:

Lý lịch bệnh nhân: tên, giới, tuổi, địa chỉ, năm sinh.

Lý do đến khám bệnh.

Bệnh sử của căn bệnh hiện đại

Tiền sử, đặc biệt là những cuộc mổ trước và các biến chứng bao gồm: dị ứng, các thuốc đã dùng, tiêm chủng, hút thuốc hay uống rượu.

Bệnh sử gia đình

Quan hệ xã hội

Điều tra về chức năng của các bộ phận

*** Điều tra: những nguyên tắc chung**

Sử dụng các kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh để xác định chẩn đoán.

Cần nhớ thông báo cho bệnh nhân những kết quả của các xét nghiệm.

Đừng để chậm những cấp cứu khi xét nghiệm hay chẩn đoán hình ảnh không sẵn sàng. Quyết định phẫu thuật thường chỉ dựa đơn thuần vào lâm sàng tuy nhiên những thăm dò cung cấp thêm thông tin, hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị.

Chỉ đòi hỏi làm thăm dò cận lâm sàng nếu: tại sao lại cần và có thể lý giải được kết quả thăm dò, kế hoạch điều trị dựa trên những kết quả này.

Nếu tình trạng bệnh nhân thay đổi, quay trở lại từ đầu của quá trình chẩn đoán và đánh giá lại tất cả. Thu thập thông tin và trao đổi với những người khác.

Cần nhớ bác sĩ thực hành phẫu thuật không đơn độc mà là một phần của nhóm mổ. Những đồng nghiệp của người bác sĩ thực hành trong phòng mổ là người gây mê và những điều dưỡng, trao đổi và phối hợp trong nhóm với nhau. Kỹ thuật viên và những hộ lý là những thành viên giá trị trong nhóm. Các dụng cụ, trang thiết bị, thuốc và phòng mổ là những thành phần chủ yếu cũng đòi hỏi sự quan tâm.

Trước khi mổ, tiếp xúc với những người khác trong nhóm mổ, tranh thủ sự cam kết và cộng tác của họ. Đánh giá rủi ro về phẫu thuật và gây mê, giải thích cho bệnh nhân (hoặc gia đình).

Khi khả năng phẫu thuật của bệnh viện bị hạn chế, toàn bộ nhóm phẫu thuật cần làm việc với nhau, nhóm phẫu thuật có trách nhiệm cuối cùng đối với tất cả các chăm sóc ngoại khoa và phải tham gia vào quá trình đánh giá và phát triển của bệnh.

*** Quyết định**

Nếu như thấy bệnh nhân cần phải mổ thì cần phải quan tâm đến những vấn đề quan trọng sau:

– Có thể mổ tại chỗ không?

Phòng mổ có an toàn và thích hợp để mổ không

Trang bị, thuốc men cần thiết có sẵn không

Các thành viên của nhóm có sẵn không

Bản thân có đủ kiến thức và khả năng để hoàn thành cuộc mổ không

- Có thể chăm sóc bệnh nhân được không ?
- Nếu cần thiết, có sự hỗ trợ thêm không
- Liệu có điều dưỡng sẵn để sẵn sóc tốt sau mổ không

Nếu những câu trả lời là "không" thì không nên mổ. Nếu không thể chuyển bệnh nhân đi được và bệnh nhân không thể chịu đựng được, thì dù biết có nhiều rủi ro, cũng cố gắng thận trọng mà mổ.

Nếu bệnh nhân ổn định thì có chuyển đi nơi khác không?

Liên hệ với nơi chuyển đến, bảo đảm chắc chắn họ sẽ nhận. Nếu thấy để lại sẽ khó khăn trong xử trí, hơn cả khi chuyển viện, dù chuyển bằng cách nào (đường bộ, thủy, máy bay), đường đi gặp ghềnh, đông đúc, thì cần chuẩn bị để vận chuyển được tốt.

1. Dự kiến chẩn đoán và điều trị: dừng nên đơn giản chỉ chuyển bệnh nhân mà không nghĩ đến quá trình tiến triển. Sẵn sóc và xử trí bệnh nhân trong khi chờ vận chuyển và trên đường đi.

2. Không chuyển bệnh nhân trừ khi nơi nhận có thể chữa được tốt hơn và bệnh nhân có thể chịu đựng được trong lúc chuyển.

3. Nếu có thể, trao đổi với người sẽ nhận bệnh nhân. Đảm bảo chắc chắn họ đã biết và họ sẵn lòng nhận.

4. Xác định phương tiện vận chuyển, loại nào tốt nhất cho bệnh nhân.

5. Ổn định bệnh nhân trước khi chuyển, ưu tiên hàng đầu là đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABC). Bất động chỗ gãy xương, giảm đau và đề phòng thương tổn khác. Đặt ống thông dạ dày nếu thấy chướng bụng.

6. Đánh giá sự cần thiết phải sẵn sóc và mổ xẻ khi vận chuyển. Gửi một nhóm cùng trang bị đi theo.

7. Cố gắng tiên lượng và chuẩn bị những khả năng xảy ra trên đường vận chuyển.

8. Gửi thư cùng bệnh án và các xét nghiệm. Trong thư cần nói những thông tin như là thăm khám trước mổ.

Nếu việc vận chuyển bệnh nhân là thường xuyên, lập một danh sách trang bị thông thường cần thiết, coi đó là bản để kiểm tra trước khi chuyển. Đóng gói vào 1 hòm, dễ nhìn để kiểm tra và sẵn sàng mang đi.

*** Bản ghi trước mổ**

Bao gồm

- Bệnh án: bệnh sử và khám thực thể; kết quả các xét nghiệm và các thăm dò, chẩn đoán, hướng phẫu thuật.
- Hồ sơ liên quan đến việc thảo luận với bệnh nhân và gia đình và giấy cam đoan mổ.

- Hãy trình bày quá trình dẫn đến quyết định mổ, những rủi ro, những lợi ích của mổ (cả những biện pháp khác như không mổ)

*** Chuẩn bị mổ**

Bác sĩ mổ, người gây mê cần khám bệnh nhân trước - việc này có thể thực hiện 1 ngày hay 1 tuần trước với những bệnh nhân mổ theo chương trình, còn đối với cấp cứu có khi chỉ vài phút trước. Nếu thời gian khám trước mổ lâu thì phải đảm bảo không có gì thay đổi cho đến khi mổ.

Thời gian nằm chờ mổ ở bệnh viện càng ngắn càng tốt. Hoàn chỉnh tối đa các xét nghiệm và thăm dò khi còn ngoại trú. Trước mổ, điều chỉnh suy dinh dưỡng, các nhiễm trùng nặng, thiếu máu, đường.

Vào ngày mổ: bao giờ cũng khám bệnh nhân hôm mổ. Đảm bảo bệnh nhân đã nhịn ăn trước mổ. Trách nhiệm của bác sĩ mổ là đánh dấu bên mổ. Kiểm tra lại trước khi gây mê. Tất cả hồ sơ của bệnh nhân mang theo đến phòng mổ (bệnh án, xét nghiệm, X quang).

*** Săn sóc trong khi mổ**

Người gây mê chịu trách nhiệm gây mê bệnh nhân an toàn và hiệu quả. Cách gây mê tốt nhất phụ thuộc vào việc đào tạo và kinh nghiệm của người gây mê, các trang thiết bị, thuốc men và hoàn cảnh bệnh viện. Điều quan trọng cho người mổ và người gây mê là trao đổi với nhau trong khi mổ về diễn biến.

*** Ban ghi cuộc mổ:**

Sau khi mổ, cần ghi lại thành văn bản bao gồm:

- Tên những người tham gia cuộc mổ
- Chẩn đoán trước và sau mổ
- Phẫu thuật thực hiện
- Nhận xét và bất thường xảy ra
- Thời gian cuộc mổ
- Đánh giá lượng máu mất
- Bản ghi chép gây mê (tờ riêng)
- Thuốc gây mê
- Bệnh phẩm
- Biến chứng (gồm cả khả năng lây nhiễm)
- Cách khâu và các thông tin khác quan trọng cần biết nếu phải mổ lại (thí dụ: đường rạch vào tử cung khi mổ lấy thai).
- Dự kiến sau mổ và kế hoạch chăm sóc
- Các ống dẫn lưu

*** Ghi chép và y lệnh sau mổ**

Khi chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng mổ cần ghi rõ các dấu hiệu sinh tồn, giảm đau, tốc độ và loại thuốc truyền, lượng nước tiểu và dạ dày, các thuốc khác, xét nghiệm.

Quá trình tiến triển của bệnh nhân cần theo dõi bao gồm: nhận xét về chăm sóc và thuốc men, nhận xét về vết mổ, có biến chứng gì, có thay đổi gì trong điều trị.

*** Săn sóc sau mổ**

- Đề phòng biến chứng:
 - + Khuyến khích đúng dây sớm; thở sâu, ho, tập chủ động hàng ngày, tập các bắp cơ, tập các khớp, tập đi (có hỗ trợ và không hỗ trợ).
 - + Đảm bảo nuôi dưỡng đủ
 - + Đảm bảo tránh loét do tỳ đè, trần trở bệnh nhân, giữ không cho nước tiểu và phân rây ra da.
- Đảm bảo giảm đau
- Xử trí đau:

Đau là triệu chứng thường thấy của bệnh nhân. Dấu hiệu này là một thông tin hữu ích và là trách nhiệm để giúp làm giảm nhẹ đau cho bệnh nhân. Bất kể ở đâu khi thấy bệnh nhân đau (cấp cứu, phòng mổ, buồng bệnh) là phải xử trí và phải dự kiến trước, sau mổ và khi ra viện để điều trị đau. Không được chậm trễ điều trị đau, thí dụ, không được vận chuyển bệnh nhân mà không có thuốc giảm đau.

Điều trị đau là công việc của chúng ta

*** Giấy ra viện**

Khi cho bệnh nhân ra viện phải ghi:

Chẩn đoán lúc vào và lúc ra viện.

Tóm tắt quá trình điều trị tại bệnh viện

Chỉ dẫn để điều trị tiếp kể cả cho đơn thuốc

Đảm bảo giấy ra viện đến tay người bệnh cùng với chỉ tiết về lần khám lại sau.

2. Bệnh nhân trẻ con

Trẻ con dưới 10t có những khác biệt sinh lí quan trọng, ảnh hưởng đến cách chăm sóc trước, trong và sau mổ. Biểu hiện bệnh ngoại khoa cũng khác. Phải quan tâm đến bệnh bẩm sinh nhất là ở trẻ sơ sinh.

Trẻ con không phải là người lớn thu nhỏ

*** Những nghiên cứu sinh lý**

– Dấu hiệu sinh tồn

Trẻ con có tốc độ chuyển hoá nhanh hơn người lớn, điều này phản ánh qua dấu hiệu sinh tồn bình thường.

Bảng 4.1. Dấu hiệu sinh tồn (bình thường và lúc ngủ)

Tuổi (năm)	Nhịp tim/phút	Áp lực tâm thu mmHg	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

– Điều hoà nhiệt độ

Trẻ con mất nhiệt nhanh hơn người lớn vì chúng có diện tích cơ thể lớn hơn và cách nhiệt tối hơn. Thân nhiệt hạ sẽ ảnh hưởng đến chuyển hoá thuốc, gây mê và đông máu. Trẻ con dễ tụt nhiệt độ trong phòng mổ.

Để phòng tụt nhiệt độ bằng:

Tắt tất cả các điều hoà nhiệt độ trong phòng mổ (sao cho nhiệt độ trong phòng lớn hơn 18°C).

Sử dụng dịch truyền sưởi ấm.

Tránh mổ lâu

Theo dõi nhiệt độ ít nhất 30 phút/lần và khi đã mổ xong giữ cho trẻ ấm để hơn là làm ấm trẻ khi lạnh. Động viên người mẹ giữ trẻ ấm.

– Cơ chế bù trừ trong choáng.

Trẻ con bù trừ chống choáng khác với người lớn chủ yếu là bằng tăng nhịp tim. Nhịp tim nhanh ở trẻ con có thể là dấu hiệu của truy tim mạch sắp xảy ra. Không được bỏ qua huyết áp.

Nhịp tim chậm ở trẻ con là thiếu oxy nếu không chứng minh được có nguyên nhân khác.

– Thể tích máu.

Thể tích máu ở trẻ con ít hơn người lớn.

Chỉ cần mất một lượng nhỏ máu cũng có thể đe dọa tính mạng.

Cần truyền dịch thay thế khi mất quá 10% lượng máu toàn bộ.

Thiếu máu mạn tính cần điều chỉnh từ từ trước khi mổ theo kế hoạch bằng sắt, acid folic và các thuốc bổ trợ khác.

Đảm bảo chắc chắn trong phòng mổ có máu an toàn sẵn sàng để truyền khi có mất máu.

Bảng 4.2. Thể tích máu ở trẻ con

Thể tích máu	ml/kg cân nặng
Sơ sinh	85 - 90
Trẻ con	80
Người lớn	70

– Dinh dưỡng và hạ đường máu

Trẻ con có rủi ro đặc biệt đối với dinh dưỡng vì chúng cần một lượng lớn calo cho phát triển. Dinh dưỡng kém sẽ tác động đến đáp ứng với chấn thương và khả năng lành vết thương. Nhiều hoàn cảnh ngoại khoa, như bỏng, sẽ làm tăng đòi hỏi về calo hay là ngăn cản cung cấp đầy đủ cho dinh dưỡng cần thiết.

Dinh dưỡng tốt giúp cho lành bệnh, dinh dưỡng tồi, ngăn cản

Trẻ con có rủi ro bị hạ đường máu vì khả năng hạn chế sử dụng mỡ và protein để tổng hợp glucose. Nếu thời gian nhịn đói kéo dài (trên 6 giờ) phải truyền dịch có glucose.

– Dịch và điện giải

Nhu cầu dịch và điện giải liên quan tới cân nặng của trẻ. Song nhu cầu dịch thực tế thay đổi rất nhiều phụ thuộc vào điều kiện mổ xẻ.

Bảng 4.3. Nhu cầu dịch hàng ngày

Cân nặng	Dịch (ml/ngày)
< 10kg	100 - 120
19 - 19 kg	90 - 120
> 20kg	50 - 90
Thí dụ	
2kg	220
4	440
6	660

8	900
10	1100
15	1500
20	1800

Nhu cầu dịch từng giờ có thể tích theo luật 4: 2: 1

10kg đầu	4ml/giờ
Cộng với 10kg sau	2ml/giờ
Cân nặng tiếp theo	1ml/giờ

Thí dụ nhu cầu dịch tính theo giờ cho trẻ 22kg

$$(10 \times 4) + (10 \times 2) + (2 \times 1) = 62 \text{ml/giờ}$$

Nhu cầu dịch ở những trẻ mổ thường lớn hơn nhu cầu bình thường. Trẻ mổ bụng có khi đòi hỏi vượt 50% nhu cầu bình thường, thậm chí còn hơn nữa nếu có viêm phúc mạc. Phải đặc biệt chú ý đến truyền dịch ở trẻ, theo dõi lượng dịch mất (dịch dạ dày) và theo dõi lưu lượng nước tiểu. Trong những trường hợp sốt, cộng thêm 12% của tổng lượng nhu cầu bình thường cho mỗi 1°C tăng trên 37,5°C đo qua hậu môn.

Dấu hiệu nhạy cảm nhất của tình trạng dịch ở trẻ con là lưu lượng nước tiểu, nếu nghi có ứ nước tiểu thì đặt ngay ống Foley. Đặt ống thông bàng quang sẽ giúp đo lượng nước tiểu hàng giờ, rất có giá trị đối với những trẻ nặng.

Lưu lượng nước tiểu bình thường ở trẻ nhỏ 1-2ml/giờ/kg

Trẻ con không có khả năng cô đặc nước tiểu như người lớn, càng dễ có rối loạn điện giải.

- **Cho uống khi có thể được**
- **Truyền tĩnh mạch để hồi sức nhanh (20ml/kg) hoặc trong trường hợp không uống được**
- **Tiêm qua tuỷ xương là đường nhanh nhất để điều trị choáng khi không tìm được đường tĩnh mạch.**

- Gây mê và giảm đau

Gây mê ở trẻ con là một vấn đề đặc biệt. Đường kính của đường hô hấp nhỏ dễ dẫn đến tắc. Trẻ con thường phải đặt nội khí quản trong khi mổ. Ketamin là thuốc thông dụng ở trẻ con và vùng nông thôn nhưng đồng thời cũng tốt để giảm đau.

Trẻ con chịu đựng với đau cũng giống người lớn nhưng biểu hiện bằng nhiều cách khác nhau. Càng làm không đau bao nhiêu càng tốt khi mổ:

- + Uống paracetamol vài giờ trước mổ.
- + Gây tê tại chỗ (Bupivacain 0,2%, không quá 1ml/kg) tiêm trong phòng mổ làm giảm đau đường rạch.
- + Paracetamol (10 - 15mg/kg cách 4 - 6 giờ) đường mồm hay trực tràng là phương pháp an toàn và tác dụng giảm đau sau mổ.
- + Đối với những ca nặng hơn, tiêm tĩnh mạch (Morphin 0,05 - 0,1 mg/kg) cách nhau 2 - 4 giờ.
- + Ibuprofen 10mg/kg có thể dùng đường mồm 6 - 8 giờ
- + Dung dịch Codein 0,5 - 1mg/kg đường mồm 6 giờ/lần.

- Săn sóc trước và sau mổ.

Săn sóc trước và sau mổ cũng quan trọng như khi mổ. Vì thế chăm sóc ngoại khoa không phải chỉ là bắt đầu hoặc kết thúc cuộc mổ. Săn sóc tốt đòi hỏi một công việc tập thể: bác sĩ, điều dưỡng và cả cha mẹ đều quan trọng như nhau.

- + Chuẩn bị bệnh nhân và cha mẹ để mổ.
- + Đảm bảo những vật liệu cần thiết cho trẻ con (kim tiêm truyền T.M, ống nội khí quản, ống Foley) đều có sẵn trong phòng mổ.

Theo dõi những dấu hiệu sinh tồn trong giai đoạn nặng khi hồi phục

Động viên cho mẹ ở lại với trẻ trong bệnh viện và cũng tham gia săn sóc.

*** Những vấn đề ngoại khoa ở trẻ con.**

Có nhiều loại dị tật bẩm sinh nhưng chỉ có một số ít là bệnh thường thấy. Có loại đòi hỏi mổ cấp cứu, có loại cứ để cho cháu lớn hơn. Song hồi sức không thể đợi và cần phải can thiệp những thủ thuật cứu sống trước khi có điều trị triệt để.

- Tắc ruột

Bất cứ trẻ sơ sinh nào có bụng chướng, nôn, không có phân xu đều nghi đến tắc ruột trừ khi có thể lý giải được.

Vàng da ở trẻ sơ sinh thường là do sinh lý hoặc do không tương hợp ABO, nếu vàng da kéo dài tăng lên thì phải nghi đến bất thường đường mật.

Nôn ra nước màu xanh (mật) là dấu hiệu đe dọa sinh mạng. Có thể nhìn thấy nhu động ruột trước khi nôn:

Đặt 1 ống thông dạ dày

Truyền dịch TM

Giữ trẻ ấm

Chuyển trẻ đi, nếu được

Nếu không chuyển được, mở bụng (H. 6.1- 6.4) để tháo xoắn tránh hoại tử toàn bộ ruột non. Gây mê bằng Ketamin. Đóng bụng và khi trẻ ổn định, chuyển đi để điều trị triệt để.

– **Hẹp phì đại môn vị.**

Nôn ra nước không có mật (không xanh) có thể do hẹp phì đại môn vị. Nguyên nhân do lớp cơ môn vị phì đại ngăn không cho dịch xuống tá tràng. Khi trẻ ngủ, có thể sờ thấy một khối ở phần trên, phía giữa hay bên phải đường giữa bụng.

Bệnh biểu hiện thường ở con trai lúc 2-5 tuần tuổi. Điều trị bằng rạch cơ môn vị. Những trẻ này thường mất nước và rối loạn điện giải. Phải truyền dịch cấp cứu.

Huyết thanh mặn đẳng trương (20ml/kg) và đặt ống thông dạ dày.

Tiếp tục tiêm HTM cho đến khi trẻ dãi và những dấu hiệu sinh tồn đã được điều chỉnh bình thường (thường phải tiêm 2- 3 lần).

Một khi đã điều chỉnh dịch và điện giải, duy trì những nhu cầu tiếp theo rồi chuyển trẻ đi cấp cứu ở bệnh viện chuyên khoa.

– **Teo thực quản**

Teo thực quản thường kèm với lỗ rò với khí quản. Trẻ biểu hiện bằng chảy nước dãi và trào ngược ngay từ lần đầu bú. Nấc và ho khi bú thường xảy ra. Chụp X quang có ống thông bị cuốn trong 1 túi khí.

Giữ cho trẻ ấm và để đầu cao 30°. Đặt 1 ống thông vào trong túi thực quản, truyền dịch tính theo cân nặng. Chắc chắn không thể tránh khỏi bị viêm phổi vì thế phải dùng kháng sinh. Chuyển cháu đi bác sĩ chuyên khoa.

– **Khuyết thành bụng**

Khuyết thành bụng ở bên cạnh hay ngay ở rốn.

Nếu là ở rốn, thấy 2 màng mỏng bọc lấy ruột lòi ra ngoài.

Nếu là toác thành bụng ruột sẽ ra ngoài bụng: khi ruột bị nghẹt rạch rộng lỗ thành bụng để khỏi nghẹt, đắp gạc vô trùng, băng lại (qua 1 túi ny lông bọc) để khỏi mất dịch (ruột lòi ra ngoài thành bụng sẽ mất dịch và hạ nhiệt độ nhanh chóng). Chuyển ngay cháu đi bác sĩ chuyên khoa.

– **Dị tật hậu môn trực tràng.**

Không có hậu môn có nhiều thể loại. Chẩn đoán bằng khám vùng hậu môn. Có thể không có lỗ hậu môn, trong trường hợp khác là có 1 lỗ nhỏ chảy tí phân xu ở ngay gốc dương vật hay bên trong âm đạo.

Điều trị muộn sẽ gây chướng bụng, thủng ruột. Đặt ống thông dạ dày, truyền dịch, chuyển trẻ đi bác sĩ chuyên khoa. Làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng ngang là một phương pháp cấp cứu. Thu xếp để trẻ được mổ tại một cơ sở chuyên khoa.

– **Thoát vị màng não - tuỷ.** (Meningomyelocele = sipina bifida).

Đây là tên gọi khi thấy 1 túi nhỏ lòi ra ở chỗ khuyết xương vùng sọ hay cột sống. Nơi hay gặp nhất là cột sống thắt lưng. Nó có thể phối hợp với vấn đề thần kinh (ruột, bàng quang và vận động của 2 chân) và não úng thủy.

Cần chuyển trẻ vì:

Sẽ hình thành não úng thủy nếu không đặt shunt

Viêm màng não nếu túi lỗi rách.

Chỗ rách phải băng kín với gạc vô trùng và kĩ thuật vô trùng chặt chẽ cho đến khi khâu kín.

– **Hở môi và hàm ếch**

Hở môi và hàm ếch có thể đồng thời. Trẻ hở hàm ếch sẽ khó bú dẫn đến suy dinh dưỡng. Phải nuôi bằng thìa. Phẫu thuật tốt nhất là tháng thứ 6 đối với hở môi, 1 năm đối với hở hàm ếch. Không cần chuyển cấp cứu.

– **Rối loạn chỉnh hình bẩm sinh**

Có thể tránh được tàn tật với 2 dị tật thường gặp khi chữa sớm: bàn chân khoèo và trật khớp háng. Bàn chân khoèo có thể cả 2 bàn chân, chữa theo cách mô tả ở phần chỉnh hình. Cần chữa sớm. Trật khớp háng được chẩn đoán bằng lâm sàng: nếu trật 1 bên, chi bên đó ngắn hơn, hạn chế dạng khi háng gấp, nếp lằn phía mông không cân xứng. Khi dạng trong tư thế háng gấp, có thể nghe thấy một tiếng "cục". Ở một số vùng trên thế giới, ít gặp trật khớp háng vì người mẹ công con sau lưng.

Bảng 4.4. Một số vấn đề thường thấy khác ở trẻ sơ sinh

Tổn thương	Dấu hiệu	Nguyên nhân	Điều trị
Gãy xương đòn	Xung, căng đau vùng đòn	Chấn thương khi đẻ	Không
Gãy xương đùi hay cánh tay	Chi biến dạng	Chấn thương khi đẻ	Băng chun
Yếu cánh tay	Cánh tay không cử động được	Chấn thương khi đẻ	Lý liệu pháp
Vú to	Vú to	Tác dụng do mẹ dùng estrogen	Không

* **Những vấn đề ngoại khoa ở trẻ lớn.**

Cần luôn quan tâm đến những khác biệt sinh lý giữa người lớn và trẻ lớn và tính toán cẩn thận về lượng dịch, máu truyền và thuốc dựa trên cân nặng, đây là điều quyết định để xử trí đúng những chấn thương, gồm cả bỏng ở trẻ. Dinh dưỡng kém và suy giảm miễn dịch do nhiễm kí sinh trùng mạn tính ảnh hưởng rất lớn đến lành vết thương và rủi ro nhiễm trùng.

– **Chấn thương**

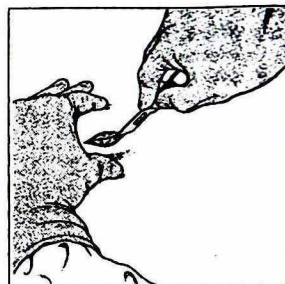
Nhiều nguyên tắc trong chấn thương ở người lớn đều áp dụng ở trẻ lớn nhưng có những khác biệt quan trọng (xem phần xử trí chấn thương cấp cứu).

KỸ THUẬT MỔ

1. Thao tác các mô

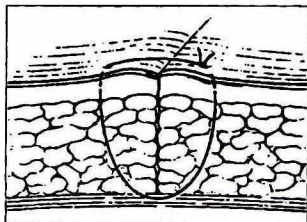
- Rạch da

- + Dự tính đường rạch đủ rộng
- + Giữ cố định da bằng 1 tay, tay kia cầm dao mổ để rạch (H.4.1)
- + Rạch sâu xuống, rạch suốt cả đường rạch, tránh càng vào sâu, càng ngắn đường rạch. Cầm máu kĩ. Trong trường hợp cấp cứu có thể cầm máu sau khi bệnh nhân đã ổn định.
- + Đóng đường mổ theo từng lớp bằng chỉ không tiêu. Không nên dùng chỉ tết vì sẽ là ổ cho vi trùng phát triển nhất là ở những nơi đã nhiễm khuẩn. Hai mép được ép chặt với nhau, không có khe hở, mũi khâu cách mép khoảng 1cm, mũi mũi cách nhau khoảng 1cm. (H.42)

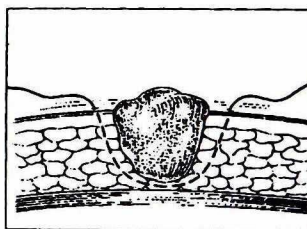


Hình 4.1. Rạch da

Những vết đang nhiễm trùng thì để hở, băng với gạc thấm huyết thanh mặn và khâu lại hai sau khoảng 2 - 5 ngày (H.4.3)



Hình 4.2. Khâu 2 mép ép chặt với nhau



Hình 4.3. Khâu vết mổ nhiễm trùng

* Cầm máu

Chủ yếu là hạn chế tối thiểu mất máu nhất là ở những người thiếu máu hay bệnh mạn tính.

Do rủi ro của truyền máu (nhiễm sốt rét, viêm gan, HIV, bệnh Chagas) tăng lên, cần phải thành lập một nơi cung cấp máu an toàn và phù hợp. Hạn chế tối thiểu mất máu là một phần trong kỹ thuật mổ ưu tú. Cầm máu kĩ trong tất cả các khâu mổ, giảm thời gian mổ, nâng cao hiểu biết và tay nghề sẽ làm giảm mất máu và hạn chế truyền máu.

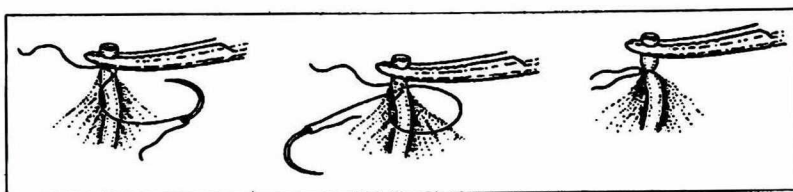
– Kỹ thuật

Cầm máu ở diện cắt bằng cách ép gạc

Kiểm tra chảy máu bằng đốt điện hay buộc, cắt chỉ ngắn

Tránh đốt điện gần da vì gây thương tổn, bỏng da.

Khi buộc một mạch máu lớn để phòng tuột chỉ, dùng kim khâu và buộc xung quanh ở trên nút buộc này (H.4.4)



Hình 4.4. Cách buộc mạch máu lớn

2. Chỉ và kỹ thuật khâu

Chỉ làm bằng những chất liệu khác nhau, với những đặc tính khác nhau. Nó có thể tổng hợp hay sinh học, tiêu hoặc không tự tiêu, sợi chỉ tết bằng nhiều sợi hay sợi đơn.

Nylon là một ví dụ của chỉ tổng hợp. Chỉ sinh học như catgut, tăng phản ứng sinh lý và không tốt khi khâu ngoài da. Chỉ lụa là chỉ sinh học tết lại, không nên dùng ở những vết thương nhiễm bẩn. Sợi tết có những khoảng trống trong sợi chỉ, vì trùng ẩn náu, chỉ tết bằng lụa tiêu chậm.

Lựa chọn chất liệu chỉ phụ thuộc vào:

- Có sẵn hay không
- Ý thích từng người trong sử dụng
- Độ an toàn của các nút thắt.
- Tính chất của chất liệu khi có nhiễm trùng
- Giá thành

Nếu muốn sợi chỉ tồn tại lâu như khi khâu thành bụng hoặc buộc một mạch máu lớn, dùng chất liệu không tự tiêu. Dùng chỉ tự tiêu ở đường tiết niệu để tránh thành vôi hoá và hình thành sỏi.

Có nhiều loại chỉ để dùng ngoài da, nhưng đối với lụa thì cần cắt chỉ sau vài ngày. Khâu ở da thì nên cắt chỉ sớm để giảm vết hằn bên ngoài.

Sợi chỉ tết dễ buộc nên thích hợp khi khâu mũi rời. Sợi chỉ đơn (tự tiêu và không tiêu) dùng khi khâu vết.

Gói chỉ bán trên thị trường có đánh dấu cỡ kim và hình dáng, chất liệu chỉ và độ to của chỉ. Độ to của chỉ với số to nhất là 2 và số nhỏ nhất là 10/0 (chỉ khâu mắt). Phần lớn các cuộc mổ là dùng chỉ 4/0 và 1.

Chất liệu chỉ khác nhau thì có độ dai khác nhau. Độ dai này tăng khi độ lớn sợi chỉ tăng.

Chỉ khâu có thể cuộn lại, đóng gói và vô trùng tại chỗ để đỡ đắt.

* Chỉ tự tiêu

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

Acid polyglycolic là loại chỉ sử dụng thông dụng nhất vì nó tự tiêu và độ dai tồn tại lâu tiện lợi khi khâu bụng. Thời gian hấp thu của chỉ này từ 60 - 90 ngày.

Catgut mềm, dễ khâu và không đắt. Catgut chromic tồn tại 2 - 3 tuần, dùng để buộc và khâu các mô. Không nên dùng để khâu cân thành bụng và những nơi cần có độ chắc lâu dài. Catgut tự tiêu sau 5 - 7 ngày, dùng để khâu niêm mạc và khi bệnh nhân không thể quay lại để cắt chỉ.

* Chỉ không tiêu

Sợi chỉ tết làm bằng nguyên liệu tự nhiên (lụa, sợi bông). Được dùng trong nhiều trường hợp nhưng chống chỉ định ở những nơi nhiễm khuẩn.

Sợi tổng hợp đơn như nylon có thể dùng trong sâu, và dùng được ở những nơi nhiễm trùng. Thường dùng khâu vết. Nút buộc không an toàn (dễ tuột) như sợi tết hay chất liệu acid polyglycolic và cần phải làm nhiều nút buộc.

Có thể dùng sợi nylon hay polyester trên thị trường khi không có chỉ phẫu thuật.

* Kim khâu

Chia làm 3 loại: tròn, tam giác và thân tròn đầu tam giác. Trên 3 loại này có hàng trăm loại khác nhau.

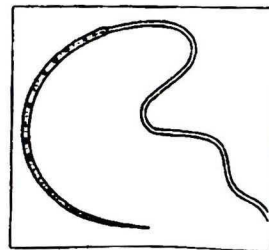
Dùng kim cắt (tam giác) khi khâu da hay khâu cố định ống dẫn lưu. Dùng kim khâu tròn ở những mô mềm như khâu ruột, không dùng kim tam giác để khâu ruột.

Loại thân kim tròn nhưng đầu tam giác khi khâu qua những mô cứng (cân thành bụng).

Kim có thể gắn liền với chỉ hoặc có lỗ để sâu chỉ. (H.4.5) Loại kim liền chỉ ưa dùng hơn nhưng mỗi trung tâm nên dự trữ kim sâu chỉ để dùng trong trường hợp gãy kim và rẻ tiền hơn loại liền kim.

- Kỹ thuật khâu

Có nhiều cách khâu có mô trong một cuộc mổ và nhiều cách để 2 mép da liền nhau: băng, dán, găm và khâu. Mục đích của các phương pháp



Hình 4.5. Kim khâu

là nhằm ép 2 mép lại với nhau mà không có khoảng trống và không căng. Kim găm đặt tiến, còn dãn không được dùng rộng rãi, khâu là linh hoạt nhất, không đắt và sử dụng rộng rãi.

Kỹ thuật khâu bao gồm: mũi rời, khâu vắt, ép dọc, ép ngang, dưới da, khâu túi, khâu căng.

Độ rộng của mũi khâu, khoảng cách giữa 2 mũi khâu cần phải đều nhau nhưng phụ thuộc vào độ sâu của mô cần ép lại.

Dùng chỉ nhỏ nhất và ít chỉ nhất để khâu.

Chỉ khâu da để khoảng 7 ngày. Ở những nơi khó liền và những nơi không quan trọng về thẩm mỹ (lưng và chân) có thể cắt chỉ sau 14 ngày. Những nơi cần thẩm mỹ (mặt) cắt chỉ sau 3 ngày nhưng cần băng giữ da. Trước khi khâu da phải khâu ép phía dưới để tránh thành một khoang rỗng (H.4.6)

Khâu mũi rời:

Thường được dùng rộng rãi nhất. Khi 2 mép không bằng nhau. Cần phân chia từng mũi để không bị thừa. Dùng chỉ không tiêu.

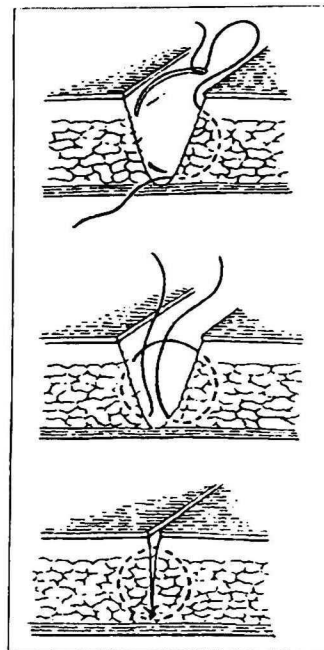
Khâu vắt:

Khâu nhanh hơn, ít tổn chỉ hơn, không phải buộc nhiều nhưng về thẩm mỹ thì kém hơn.

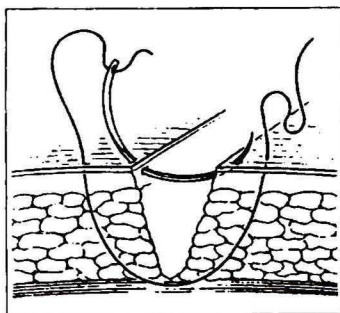
Khâu ép:

Giúp làm cho đỡ căng, 2 mép áp sát vào nhau phức tạp hơn nên mất thì giờ hơn.

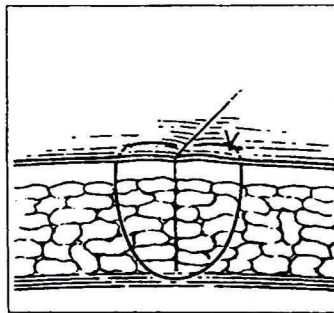
Khâu ép dọc (H.4.7; H.4.8):



Hình 4.6. Khâu ép dưới trước khi khâu da



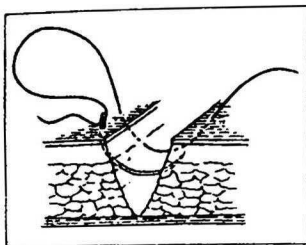
Hình 4.7. Khâu ép dọc



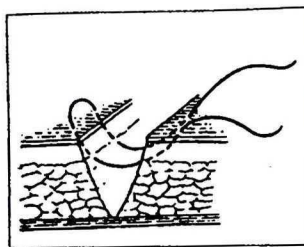
Hình 4.8

Giúp 2 mép lộn ra ngoài, ép hoàn hảo 2 mép với nhau và giảm căng. Nút buộc không nằm cạnh đường rạch.

Khâu ép ngang (H. 4.9; H.4.10):



Hình 4.9. Khâu ép ngang



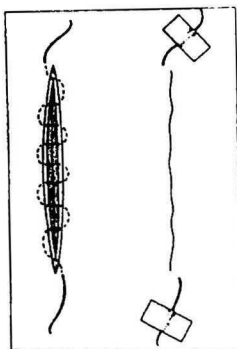
Hình 4.10

Tăng cường lớp dưới da, không làm căng 2 mép da.

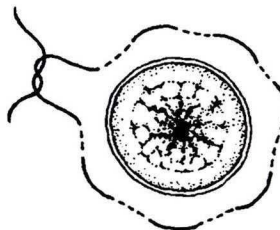
Khâu vắt dưới da (H.4.11):

Nút khâu thẩm mỹ nhất. Dùng chỉ nhỏ, tự tiêu sợi tết hoặc sợi đơn. Nếu là chỉ tự tiêu thì không cần cắt chỉ. Khâu kiểu này rất tốt đối với những người có cơ địa sẹo lồi.

Khâu túi (H. 4.12):



Hình 4.11. Khâu vắt dưới da



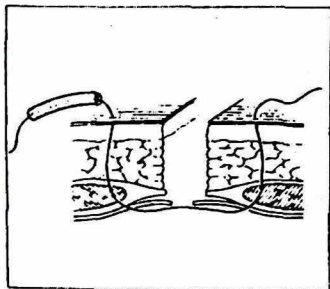
Hình 4.12. Khâu túi

Khâu vòng tròn, khi buộc sẽ rúm lại.

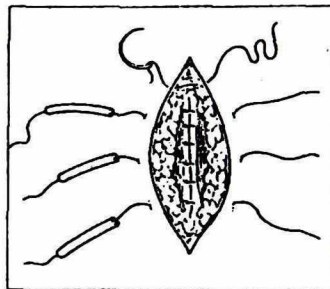
Khâu những nơi căng:

Nhằm ép 2 mép da mà không gây căng. Dùng ở những bệnh nhân suy dinh dưỡng, người già, miễn dịch giảm, ung thư giai đoạn muộn, những người khó liền vết thương hoặc áp lực trong bụng căng như béo bệu, hen, ho mạn tính, toác thành bụng. Dùng chỉ sợi đơn là vật liệu tốt nhất (H.4.13 - 4.16) khâu toàn thể từ da đến

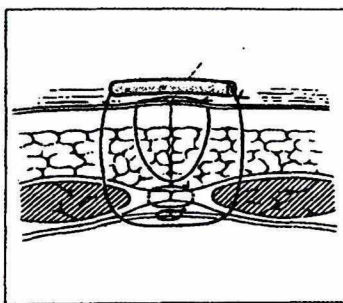
phức mạc từng bên nhưng không thắt chỉ sau đó khâu phức mạc riêng mũi khâu vắt. Luồn 1 đoạn ống nhựa vào chỉ toàn thể rồi buộc. Để đến ngày 14 mới cắt chỉ.



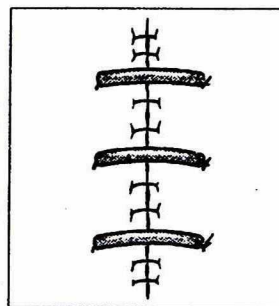
Hình 4.13. Chỉ sợi đơn



Hình 4.14



Hình 4.15

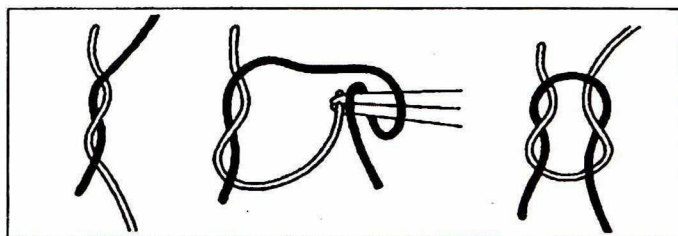


Hình 4.16

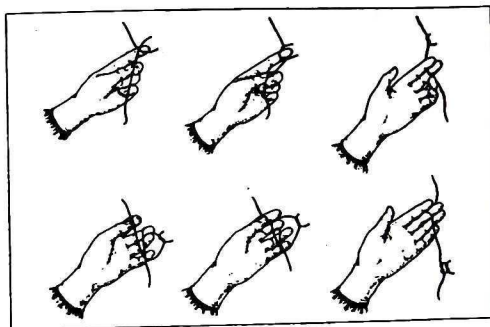
* Buộc chỉ.

Có nhiều cách buộc chỉ nhưng đều nhằm buộc chắc và không tuột. Nếu là chỉ dễ tuột thì phải làm nhiều nút buộc chỉ và cắt chỉ dài hơn loại không dễ tuột.

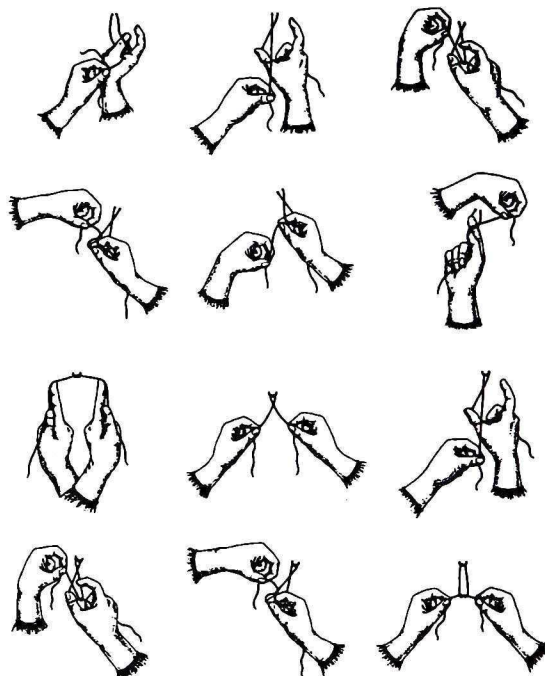
Cách buộc: có 3 cách: buộc bằng dụng cụ, buộc 1 tay và buộc 2 tay (H.4.19, H.4.20, H.4.21)



Hình 4.19. Cách buộc chỉ



Hình 4.20. Buộc một tay



Hình 4.21. Buộc bằng hai tay

3. Kháng sinh dự phòng

Kháng sinh dự phòng khác với kháng sinh điều trị. Dự phòng nhằm để phòng nhiễm trùng hoặc làm giảm khả năng nhiễm trùng. Nó không nhằm dự phòng nhiễm trùng ở những nơi đã nhiễm trùng. Dùng liều điều trị nếu đã bị nhiễm trùng.

- Dùng kháng sinh trước mổ khoảng 2 giờ trước khi rạch da, do đó đậm độ kháng sinh ở các mô đã đủ khi mổ.

- Dùng thêm liều nữa nếu mổ kéo dài quá 6 giờ hay mất máu nhiều.

Không dùng kháng sinh tiêm tại chỗ hoặc rửa vết thương với dung dịch kháng sinh.

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong những trường hợp sau:

- Khi có dùng vật liệu sinh - cơ học: ghép một vật liệu lạ vào tim nhân tạo, các tạo hình.

Những bệnh nhân dễ có nguy cơ nhiễm trùng hoặc kém lành: đái đường, bệnh mạch máu ngoại biên, có nguy cơ hoại tử uốn ván, giảm miễn dịch.

- Những vết thương có nguy cơ cao: vết thương đâm xuyên, chấn thương bụng, gãy xương phức tạp, vết thương có nhiều mô chết, vết thương dập nát lớn hơn 5cm, rách hình sao, vết thương đã nhiễm, những nơi có nguy cơ cao như tay và chân, phẫu thuật ruột và đường mật.

Cần dùng dự phòng khi: vết thương do chấn thương nhưng không cần mổ, hoặc can thiệp nhưng phải chờ quá 6 giờ nữa.

Dùng đường tĩnh mạch với những loại vết thương sạch để giảm nhiễm trùng sau mổ.

Đối với những bệnh nhân có van tim nhân tạo: thủ thuật ở mồm hay đường hô hấp trên: Amoxycillin 3 gr, 1 giờ trước mổ và 1,5 gr 6 giờ sau liều đầu tiên. Thủ thuật ở đường tiêu hoá và đường tiết niệu: Ampicillin 3g 1 giờ trước mổ, và 1,5mg/kg tiêm bắp hoặc TM (tối đa là 80mg) 30 phút trước mổ.

4. Kháng sinh điều trị

Khi vết thương lớn và đã quá 6 giờ thì phải coi là đã nhiễm và dùng kháng sinh điều trị. Penicillin và metronidazol cho tác dụng tốt và có sẵn thuốc.

Theo dõi vết thương thường xuyên. Nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Dùng liều điều trị từ 5 - 7 ngày.

5. Phòng uốn ván

Vaccin phòng uốn ván tiêm cùng với vaccin bạch hầu. Phụ nữ cần tiêm chủng trong khi mang thai để phòng uốn ván trẻ sơ sinh. Trẻ con có chế độ tiêm chủng gồm bạch hầu, ho gà và uốn ván.

Người không tiêm chủng phòng uốn ván nếu có vết thương nhỏ cần phải tiêm chủng nếu vết thương này dễ bị uốn ván. Tiêm cả huyết thanh lẫn vaccin. Cần tiêm nhắc lại sau 6 tuần và 6 tháng sau để hoàn tất miễn dịch.

Những vết thương dễ gây uốn ván: vết thương nhiễm bẩn hoặc phân, vết đâm, bỏng, bỏng lạnh, vết thương do đạn tốc độ cao.

NHỮNG THỦ THUẬT NGOẠI KHOA CƠ BẢN

1. Xử trí vết thương

*** Phân loại vết thương ngoại khoa**

Vết thương được phân loại như sau:

– Sạch:

Sạch nhiễm: vết thương có mô có vi trùng

Nhiễm: vết thương có dị vật hoặc vật nhiễm trùng.

– Bẩn: vết thương có mủ.

+ Những yếu tố ảnh hưởng tới lành vết thương và dễ bị nhiễm trùng.

Bệnh nhân: tuổi, bệnh phối hợp (thiếu máu, tiểu đường, suy giảm miễn dịch), tác động của chấn thương đến liên sẹo (mô mất tưới máu).

Vết thương: các tạng hay mô bị thương, mức độ rộng của thương tổn, bản chất của chấn thương (vết thương toác ít bị nhiễm hơn vết thương dập nát), vết thương đã nhiễm trùng, thời gian từ khi bị thương đến khi xử trí (càng sớm càng tốt)

Yếu tố tại chỗ: cầm máu và cắt lọc, thời hạn khâu vết thương.

Với những vết thương rách, khâu ngay để liền kì đầu (cần nhận định cho đúng trước khi khâu kín, nếu không để hở khâu kì 2 cho an toàn).

Không khâu những vết thương đã nhiễm mà phải để hở rồi khâu kì 2.

Đối với những vết thương sạch nhiễm hay vết thương sạch nhưng đã quá 6 giờ, cần rửa vết thương, để hở rồi sau 48 giờ sẽ khâu kín (khâu kì đầu muộn).

*** Vết thương**

– Khâu kì đầu

Muốn khâu kì đầu đòi hỏi không bị căng. Khâu không đúng một vết thương nhiễm sẽ càng làm nhiễm trùng và chậm liền.

Những kĩ thuật đòi hỏi khi khâu: mũi rời, khâu vắt, khâu ép dọc, khâu ép ngang, khâu dưới da.

Dùng các ghim nhanh nhưng đắt. Mục đích khâu các kiểu trên nhằm ép 2 mép vết thương mà không có khoảng trống hay căng

Vì chỉ là vật ngoại lai nên càng dùng ít chỉ càng tốt.

Thời gian cắt chỉ khoảng 5 ngày nhưng nếu thấy chậm liền thì cắt chậm hơn (cung cấp máu không tốt, vị trí đặc biệt, toàn trạng bệnh nhân).

Nếu thấy cần (ở mặt) có thể cắt sau 3 ngày nhưng phải dán băng để giữ khỏi toác.

Khâu những vết thương sâu từng lớp một với chỉ tự tiêu. Đặt dẫn lưu phía sâu phòng tụ máu.

– **Khâu kì đầu muộn.**

Tưới rửa vết thương sạch nhiễm sau đó băng gạc tẩm huyết thanh, 2 ngày sau khâu da.

– **Khâu da kì 2.**

Cần tưới rửa và cắt lọc vết thương để chóng lành sau khi khâu kì 2. Tưới rửa bao gồm:

Dùng thuốc sát trùng rửa sạch ngoài da.

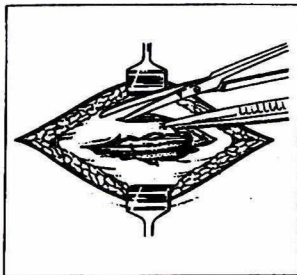
Tưới rửa với huyết thanh mặn.

Cắt lọc các mô chết và lấy dị vật (mô chết không chảy máu khi cắt).

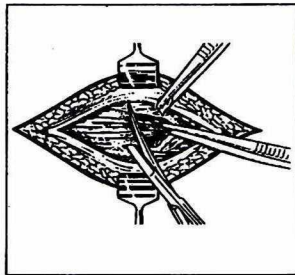
Trong lúc cắt lọc phải nhẹ nhàng để hạn chế chảy máu. Cầm máu bằng băng ép, buột hay dao điện.

Cơ đã chết hoặc mất khả năng sống có màu xám, mềm nát, không co lại khi kích thích - khi cắt lọc chỉ cắt một lượt mỏng mép da (H. 5.1)

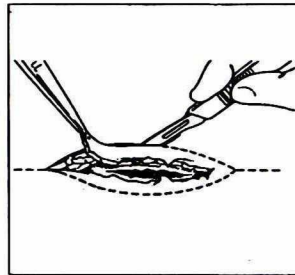
Tất cả các vết thương đều rửa sạch và cắt lọc, lúc đầu ở lớp ngoài nông sau mới vào dần trong sâu (H 5.2; H.5.3). Sau khi chải lớp da với xà phòng và tưới rửa với huyết thanh, dùng thuốc sát trùng bôi ngoài da. Không dùng thuốc sát trùng trong sâu.



Hình 5.1. Cắt lọc cơ đã chết từ nông đến sâu



Hình 5.2



Hình 5.3

Cắt lọc tỉ mỉ vết thương để lấy đi tất cả dị vật mô dập nát (dùng dao mổ hay kéo) sau đó rửa bằng huyết thanh.

Để vết thương mở sau khi cắt lọc. Băng với gạc tẩm huyết thanh sau đó phủ gạc khô. Thay băng hàng ngày. Nếu khuyết da nhiều phải ghép da.

– **Dẫn lưu**

Chỉ định dẫn lưu khi có rỉ ro tụ máu hay dịch hoặc khi có mủ hay vết thương nhiễm trùng nặng. Loại dẫn lưu phụ thuộc vào vật liệu có sẵn và theo chỉ định.

Dẫn lưu có 2 loại: kín hay hở và chủ động hay thụ động.

Dẫn lưu kín là không cho không khí bên ngoài vào trong nên đòi hỏi có hút.

Dẫn lưu hở là không khí có thể vào trong vết thương hay vào khoang của cơ thể.

Hút liên tục có van 1 chiều có thể hở nhưng là dẫn lưu chủ động.

Dẫn lưu là thứ không phải để cầm máu cho tốt hoặc thay cho kỹ thuật mổ, không nên để dẫn lưu lâu, chỉ để dẫn lưu khi còn có dịch chảy ra, nếu không chảy ra thì rút bỏ. Càng để ống dẫn lưu lâu càng làm tăng rủi ro nhiễm trùng.

* Ghép da rời.

Da là lớp che phủ vết thương tốt nhất, nếu không thể khâu da thì dầu thì ghép da. Khi thiếu da lớn đòi hỏi người bác sĩ thực hành có tay nghề để ghép.

Miếng da ghép phải tốt, không có biểu hiện nhiễm trùng, vết thương để ghép phải tươi hoặc có tổ chức hạt.

Vùng lấy da thường là mặt trước bên hay sau bên của đùi.

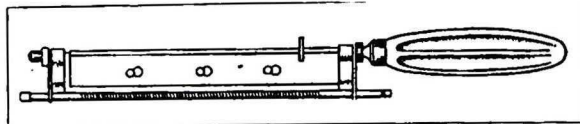
Gây tê khi lấy miếng nhỏ, nếu to gây tê tuỷ sống hay gây mê.

Kỹ thuật

Sát trùng vùng lấy da, che phủ vải mổ xung quanh, bôi dầu.

Lấy miếng nhỏ thì dùng lưỡi dao cạo lạng da, tay kia dùng kẹp phẫu tích cặp da lên.

Lấy miếng to dùng dao ghép da hay dùng máy lấy da chạy điện (H. 5.4) Phải căng da 2 phía và đẩy dao lấy da từ từ đi lên (H. 5.5)



Hình 5.4. Dao lấy và ghép da

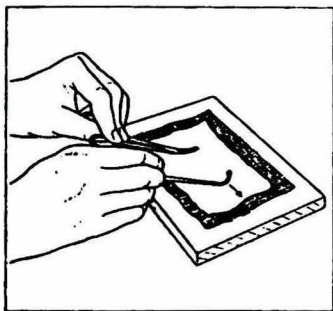
Diện lấy da rớm máu đều tức là lấy đủ nông, nếu thấy mỡ dưới da tức là đã lấy hết chiều dày của da, phải điều chỉnh lưỡi dao cho nông hơn.



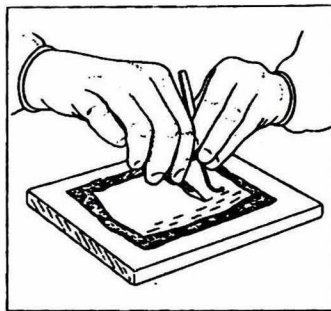
Hình 5.5. Căng da ra 2 phía đẩy dao đi lên từ từ

Đặt miếng da ghép trong huyết thanh, phủ bằng gạc tẩm dầu. Căng miếng da, mặt thô lên trên (H.5.6)

Làm sạch vùng nhận bằng huyết thanh. Khâu dính vài mũi xung quanh miếng ghép sau đó khâu vòng quanh. Giữ miếng ghép ẩm, không dùng kẹp cặp vào. Máu tụ hình thành phía dưới miếng ghép là nguyên nhân thất bại thường thấy: dùng gạc tẩm dầu ép bên ngoài. Chọc những lỗ nhỏ (H.5.7) để cho máu thoát ra ngoài, miếng da ghép sẽ áp chặt vào diện ghép.



Hình 5.6. Đặt da ghép trong huyết thanh



Hình 5.7. Chọc những lỗ nhỏ

Đắp các lớp gạc hay bông và cuộn băng chặt. Để như vậy trong 5 ngày không thay băng trừ khi nghi có nhiễm trùng hay máu tụ, sau đó mới thay băng hàng ngày hay cách ngày. Sau lần thay đầu, quan sát hàng ngày hay 2 ngày 1 lần, nếu thấy có tụ huyết tương phía dưới mảnh ghép thì dùng kim tiêm dưới da chọc hút hoặc chích bằng dao.

Sau 7 - 10 ngày, cắt hết chỉ, lau nhẹ miếng ghép và bôi dầu lên. Tuần thứ 2 sau ghép, dặn bệnh nhân xoa bóp nhẹ hàng ngày hoặc tập cử động nhất là vùng bàn tay, cổ và ở chi.

2. Rách và vết thương đặc biệt

* Mạch máu, thần kinh gân

Đánh giá chức năng của gân, mạch và thần kinh bên ngoài vết thương. Nếu thấy chảy máu cần buộc lại, nếu không chảy sẽ làm sau. Với mạch máu lớn phải buộc 2 đầu và cắt đôi nhưng trước khi buộc, cặp thử xem tuần hoàn phía ngoài ra sao.

Khâu 1 vài sợi vào vỏ bao sợi thần kinh để kéo 2 đầu lại với nhau, cũng làm như thế với gân để phòng co rút 2 đầu xa nhau. Vết thương gân và thần kinh không phải là cấp cứu, nếu điều trị thực thụ sẽ chuyển cho bác sĩ chuyên khoa thực hiện.

– Rách mặt

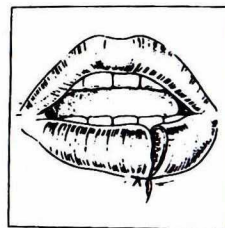
Phần lớn vết thương da mặt được xử trí ngoại trú. Rửa vết thương với xà phòng và nước, phải bảo vệ 2 mắt. Tưới rửa vết thương với huyết thanh mặn. Tiết kiệm các mô nhất là da, nhưng phải lấy hết dị vật và mô dập nát. Khâu với chỉ sợi đơn không tiêu 4/0 hay 5/0, tăng cường bằng băng. Sau 3 - 5 ngày cắt chỉ tránh vết hằn trên da, nếu cần, cho kháng sinh dự phòng.

Những vết thương rộng ở mặt hoặc phối hợp với mắt các mô cần phải chuyển đi chuyên khoa xử trí kỹ đầu, chỉ cầm máu, lấy dị vật, làm sạch vết thương.

Đính những mũi chỉ giữa 2 mép bằng chỉ sợi đơn, băng lại.

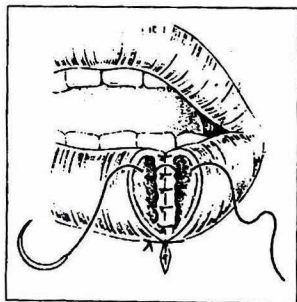
– Rách môi

Rách nhỏ niêm mạc trong miệng không cần khâu. Dặn bệnh nhân xúc miệng đều đặc biệt sau khi ăn. Khi xử trí chỉ cần gây tê lại chỗ. Vì lý do thẩm mỹ, phải áp cho đúng giải phẫu 2 mép môi: khâu 1 sợi đầu ở mép 2 bờ (H.5.8): 2 điểm này có thể thay đổi khi gây tê hoặc bị trắng ra do có adrenalin, do đó phải lấy bút đánh dấu trước.

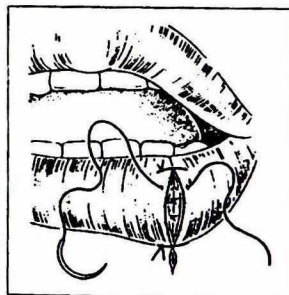


Hình 5.8. Khâu 1 sợi đầu ở mép

Sau khi đã khâu mũi đầu, khâu tiếp những mũi sau từ phía niêm mạc, lớp cơ và lớp da (H. 5.9 - 5.10). Dùng chỉ sợi đơn 4/0 hay 3/0 tự tiêu cho lớp bên trong, chỉ sợi đơn không tiêu 4/0 hay 5/0 cho lớp da



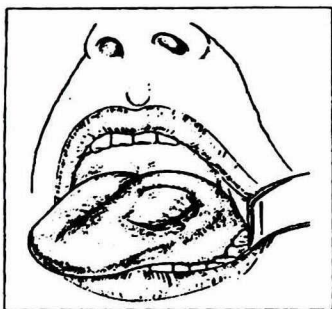
Hình 5.9. Khâu các mũi sau từ phía niêm mạc, cơ, da



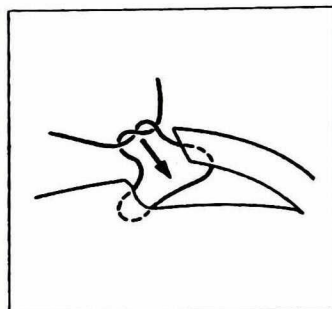
Hình 5.10

– Vết thương lưỡi

Phần lớn các vết thương lưỡi liền nhanh chóng mà không cần khâu. Rách lưỡi với 1 vật ở bờ ngoài hay trên mặt lưỡi thì cần phải khâu. (H.5.11) Khâu chỉ tự tiêu 4/0 hay 3/0 khâu vùi. (H.5.12) Chỉ gây tê tại chỗ. Dặn bệnh nhân xúc miệng thường xuyên cho đến khi lành.



Hình 5.11. Khâu lưỡi rách 1 vạt, trên mặt lưỡi



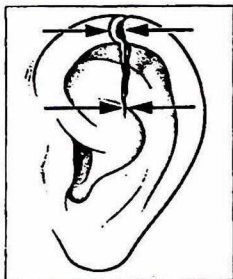
Hình 5.12. Khâu vùi bằng chỉ tự tiêu

– Vết thương tai và mũi.

Vành mũi và tai có hình 3 chiều, cộng thêm sụn ở giữa nên khó khăn xử trí vết thương, vết thương thường nham nhở, lộ sụn. Dùng các nếp sẵn có làm mốc để phục hồi hình thể giải phẫu. Khâu từng lớp với chỉ nhỏ. Khâu sụn với chỉ tự tiêu (H.5.13; H.5.14)

Chủ yếu là băng. Băng cả 2 mặt vành tai với bông ẩm, băng chặt để giảm máu tụ (H.5.15) che phủ sụn bằng da hay băng ghép da rời.

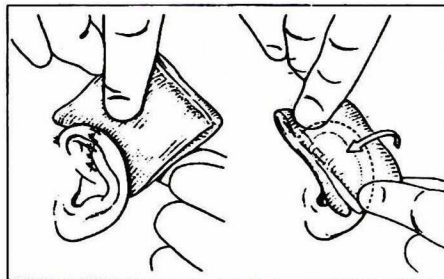
Vết thương vành tai hay mũi có thể dẫn đến biến dạng hay hoại tử.



Hình 5.13



Hình 5.14. Khâu sụn với chỉ tự tiêu

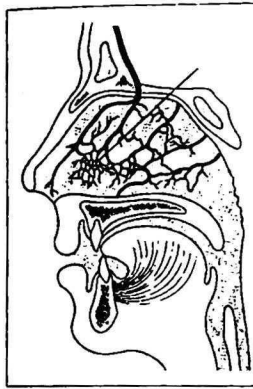


Hình 5.15. Băng chặt vành tai để giảm máu tụ

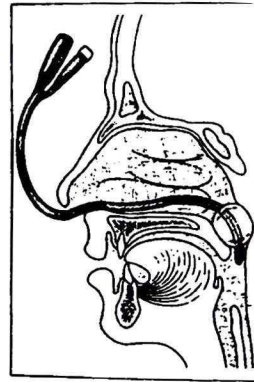
– Chảy máu mũi.

Thường chảy từ đám rối tĩnh mạch phần trước của vách mũi. (H. 5.16) Ở trẻ con thường là do cây vào mũi, người khác do chấn thương hay dị tật, Lymphoma Burkitt và ung thư mũi.

Để bệnh nhân ngồi, lấy tất cả máu cục trong hốc mũi và họng để nhìn rõ chỗ chảy, xác định chẩn đoán. Bóp chặt 2 cánh mũi, đắp gói nước đá vào mũi và trán. Thường sau 10 phút sẽ cầm. Nếu vẫn chảy, nhét gạc tẩm dầu. Nếu không kết quả có thể là chảy từ phía sau (mũi hầu): dùng ống thông Foley: đưa vào lỗ mũi cho đến khi nhìn thấy đầu ống ở trong họng. Rút ngược ống trở lại một ít để cho phần bóng nằm ở mũi hầu. Bơm bóng bằng 5 - 10ml huyết thanh để đủ ép vào chỗ chảy máu, đừng bơm căng quá sẽ khó chịu (trẻ con tối đa là 5 ml). Kéo nhẹ thêm ống để quả bóng nằm ở lỗ mũi sau. (H.5.17) Băng dính ống thông lên trán. Phía mũi trước dùng gạc chèn. Sau 48 giờ, làm xẹp bóng, nếu không chảy thì rút bỏ ống thông.



Hình 5.16. Đám rối tĩnh mạch phần trước của vách mũi



Hình 5.17. Bóng nằm ở lỗ mũi sau

– Chấn thương mắt

Chấn thương mắt thường gặp và là nguyên nhân quan trọng của mù. Chẩn đoán sớm và điều trị đúng là bắt buộc để phòng mù.

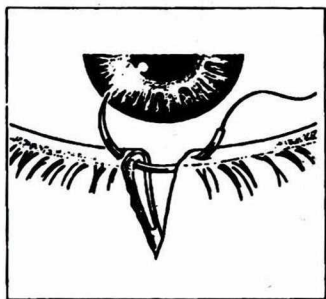
Vết thương nông:

Vết rách nông ở màng tiếp hợp và giác mạc không cần xử trí. Nếu không có dị vật, dùng nhiều huyết thanh rửa sạch, sau đó bôi thuốc mỡ tetracyclin 1% và băng kín. Sau 24 giờ mở băng nếu vết thương tiến triển tốt, tiếp tục làm như trên 3 lần/ngày trong 3 ngày.

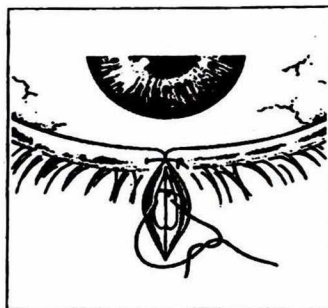
Vết thương mi mắt:

Rửa sạch, cắt lọc tối thiểu, giữ được càng nhiều càng tốt. Không cắt lông mi và làm cho phần mi có lông lộn vào trong vết thương. Nếu vết thương rách qua bờ mi, khâu 2 bờ này với nhau để cho khớp. (H.5.18) (khâu phía sau bờ mi).

Khâu từng lớp: màng tiếp hợp dùng chỉ 6/0 tự tiêu, da 6/0 không tiêu, cơ 6/0 tự tiêu. (H.5.19) Nút buộc không cọ vào nhãn cầu.



Hình 5.18. Khâu phía sau bờ mi



Hình 5.19. Khâu bằng chỉ tự tiêu 6/0 cả 3 lớp

Vết thương phạm tới đường lệ đạo đòi hỏi phải phục hồi. Chuyển bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa nhưng khâu mi mắt trước.

Vết thương mắt.

Mục đích đầu tiên trong xử trí vết thương mắt là bảo tồn thị lực và đề phòng tiến triển xấu hơn.

Chấn thương kín: chảy máu tiền phòng là do chấn thương kín. Đo áp lực trong nhãn cầu: nếu nhãn áp tăng hoặc chảy máu toàn bộ tiền phòng, đau thì uống Acetazolamid 250mg cứ 6 giờ/lần. Để bệnh nhân nằm viện, bất động, an thần, băng 2 mắt. Khám hàng ngày, nếu chảy máu không đỡ sau 5 ngày, chuyển bệnh nhân đi.

Rách và vết thương xuyên: xử trí vết thương xuyên giác mạc không lòi mống mắt và không đụng chạm đến tiền phòng bằng giẻ atropin 1% hay thuốc mỡ Atropin. Kèm giẻ kháng sinh. Băng mắt, khám hàng ngày. Sau 24 giờ nếu tiền phòng vẫn tốt, giẻ atropin và kháng sinh tiếp trong 1 tuần.

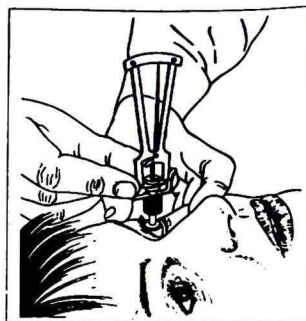
Nếu tiền phòng xẹp, băng trong 24 giờ, nếu tiền phòng vẫn xẹp, chuyển bệnh nhân đi.

Chuyển bệnh nhân đi nếu thủng giác mạc kèm mống mắt bị nghẹt hoặc vỡ hậu phòng của nhãn cầu. Nghi có vỡ hậu phòng khi thấy nhãn áp thấp và nhìn kém.

Nhỏ atropin 1% băng mắt rồi gửi bác sĩ nhãn khoa.

Đo nhãn áp.

Đo bằng áp kế Schiotz. Bệnh nhân nằm, giở cả 2 mắt dung dịch thuốc tê. Bảo bệnh nhân nhìn lên trần và không di chuyển nhãn cầu. Một tay banh nhẹ 2 mí mắt, 1 tay đưa áp kế áp thẳng góc với giác mạc. (H.5.20) Nhìn thước đo để biết bao nhiêu mmHg (hay Kilopascals: kPa) bằng bảng chuyển đổi. Đo mắt bên cạnh. Nếu nhãn áp trên 25mmHg (3,33 kPa) nghĩa là tăng nhưng không cần chẩn đoán. Nếu trên 30 mmHg (4.00 kPa) có thể là glôcom (thiên đầu thống), phải chuyển ngay bệnh nhân đi.



Hình 5.20. Đo nhãn áp bằng áp kế Schiotz

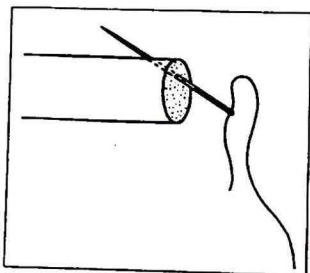
– Gãy xương hở

Gãy xương hở làm thương tổn xương và phần mềm, ổ gãy thông với ngoài dễ nhiễm trùng. Tất cả gãy xương hở thường là nhiễm trùng nên không được khâu kín đầu vì dễ hoại thư sinh hơi và viêm xương - tuỷ xương. Rửa sạch vết thương, cắt lọc và cố định xương. Trước khi cắt lọc, lấy mẫu để xét nghiệm vi trùng và kháng sinh đồ. Chỉ lấy mảnh xương vụn rời, không có gì nuôi dưỡng. Không gọt sạch cơ và màng xương khỏi xương. Không đụng đến mạch máu, thần kinh và gân. Cắt lọc là một cấp cứu, cần làm trong 6 giờ đầu, không được dè. Viêm xương - tuỷ xương là một biến chứng nặng, có thể tránh được nhờ làm sạch vết thương đúng và nhanh chóng. Cố định gãy xương sau cắt lọc, điều trị thực thụ vào thời gian sau. Bất động bằng bột nẹp phía sau, không bó vòng tròn, băng kéo liên tục hay cố định bên ngoài.

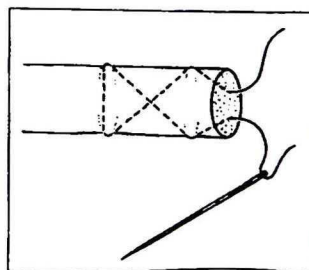
– Đứt gân

Khâu ngay đứt gân gấp vùng cẳng tay, gân duỗi cẳng tay, cổ tay, ngón tay, gân duỗi ở mu bàn chân và cổ chân, gân Achille. Đối với gân gấp ngón tay trong bao hoạt dịch, đợi khi vết thương sạch và phải có bác sĩ chuyên khoa khâu.

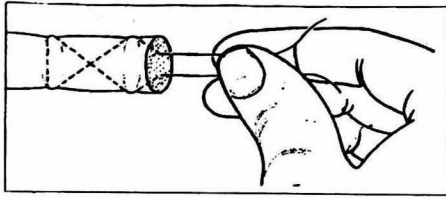
Gây tê vùng hay gây mê. Sau khi cắt lọc, khâu gân bằng chỉ không tiêu 3/0 hay chỉ polyglycolic acid theo hình vẽ (H. 5.21, 5.22, 5.23). Nút buộc nằm trong sâu (H. 5.24). Cắt đầu chỉ ngắn. Đặt chỉ trong tư thế nghỉ bằng nẹp trong 3 tuần.



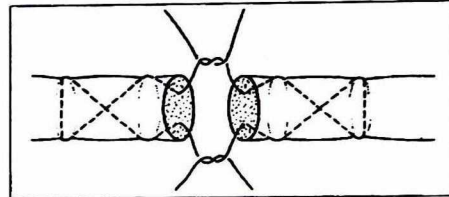
Hình 5.21. Khâu gân bằng chỉ không tiêu 3/0



Hình 5.22



Hình 5.23



Hình 5.24

- Vết cắn

Rủi ro của vết cắn là: thương tổn các mô, phản ứng dị ứng, nhiễm trùng, lây bệnh, trúng độc.

Sơ cứu bằng rửa vết thương để lấy bỏ chất độc, băng vô trùng, kháng sinh và phòng uốn ván. Chống dị ứng bằng thuốc kháng histamin hay adrenalin.

Vết cắn do chó, mèo, người.

Chó cắn trẻ con thường ở đầu, cổ làm thương tổn nhiều mô. Người cắn thường vào bàn tay nhưng có thể vào tay, ngực và bộ phận sinh dục - Khớp cổ - bàn tay hay gân duỗi thường bị thương tổn. Xử trí vết cắn bằng cắt lọc tốt, kháng sinh.

Đánh giá chức năng của thần kinh, gân và mạch. Tưới rửa với huyết thanh, lấy dị vật và mô chết. Dùng kháng sinh tác dụng với ái khí và yếm khí. Vết cắn do người và mèo thường hay nhiễm trùng. Khâu vết thương mặt khi đầu, đối với vết thương ở chi và vết thương quá 6 giờ khâu khi 2. Cố định chi và để lên cao. Nếu xương, khớp và gân bị thương cần phải có chuyên khoa. Chú ý chống dại.

- Phòng dại

Vết cắn do thú hay do gia súc là nguồn nhiễm dại. Nếu bắt được vật cắn nhốt trong chuồng 10 ngày để xem có dấu hiệu dại không, nếu không thì vật cắn coi như không dại và người bị cắn vô hại. Tự nhiên bị cắn (không khiêu khích) càng làm tăng khả năng dại. Rửa vết thương và tiêm phòng dại. Dùng globulin miễn dịch dại của người (HRIG) và vaccin. Có 2 loại vaccin: vaccin dại từ người và vaccin dại hấp phụ.

Tiêm 1 ml vaccin (1 trong 2 loại) vào ngày 1, 3, 7, 14, 28 vào bắp (cơ delta ở người lớn), mặt trước đùi (ở trẻ con) tiêm HRIG 20 đơn vị quốc tế/kg: 1/2 xung quanh vết thương, còn 1/2 liều tiêm móng.

Không dùng HRIG đối với những người đã tiêm phòng hay vết cắn đã quá 7 ngày.

- Rắn cắn

Nọc rắn là một hỗn hợp enzym và không enzym. Độc tố thần kinh gây ngừng thở, độc tố với tim gây ngừng tim, độc tố mô tế bào gây huỷ hoại phần mềm, nhiễm trùng và suy thận là do myoglobin trong máu. Nọc rắn gây rối loạn đông máu và chảy máu.

Không phải tất cả vết rần độc cắn gây ngộ độc. Vết cắn lúc đầu không đau và có thể không nhìn thấy dấu nanh rần. Nếu không đau hay sưng trong vòng 30 phút, có thể không có nọc rần. Vết cắn không có nọc độc ít đau và có thể có phản ứng tại chỗ.

- Điều trị bao gồm: sơ cứu, săn sóc vết thương, hỗ trợ toàn thân, chống nọc rần.

Sơ cứu:

Nọc rần lan truyền theo đường bạch mạch, để ngăn cản, băng ép (không dùng ga rô) vào vết thương, cố định chi không để nạn nhân đi bộ.

Chăm sóc vết thương

Không cắt vết thương, không có giá trị gì. Dùng thuốc phòng uốn ván với những người chưa tiêm phòng. Dùng kháng sinh nếu có nhiễm trùng. Nếu vết thương sưng nề nhiều thì rạch cân. Khi cần, rửa vết thương, cắt lọc những mô hoại tử. Những trường hợp nặng có khi phải cắt cụt.

Hỗ trợ toàn thân

Nằm phòng săn sóc tăng cường để theo dõi. Lấy máu làm phản ứng chéo, đông máu, xét nghiệm nước tiểu, điện tim. Theo dõi suy hô hấp: nếu có đặt nội khí quản, thở máy. Nếu có liệt thần kinh trung ương dùng neostigmin phòng suy hô hấp - truyền dịch để duy trì tuần hoàn và lưu lượng nước tiểu. Chỉ dùng thuốc trợ tim khi có hạ huyết áp nặng.

Chống nọc rần

Nếu nghi có lan truyền toàn thân thì dùng thuốc chống nọc rần. Khi xác định được loại rần dùng thuốc đặc hiệu chống nọc rần tiêm chậm, thời gian tiêm kéo dài 30 phút vào TM.

Nếu nghi ngờ dùng thuốc đa giá trị, nếu bệnh nhân trước đây đã dùng huyết thanh ngựa thì phải thử test phòng phản ứng dị ứng. Thông thường 1 ống chống nọc rần 50ml là đủ nhưng nếu chưa có tác dụng tiêm thêm cho đến khi trung hoà nọc rần. Ở những trung tâm nhỏ, dự trữ ít nhất 2 ống.

3. Bỏng

Bỏng nhiệt là một chấn thương nghiêm trọng vì gây tổn thương phần mềm đồng thời gây rối loạn chuyển hoá ảnh hưởng đến thăng bằng dịch. Phần lớn là bỏng ít, không cần phải nằm viện, nhưng bỏng rộng sẽ đe dọa tính mạng. Những người già và trẻ con kém chịu đựng bỏng. Ngoài bỏng còn có khi phối hợp thương tổn khác.

Bắt đầu xử trí bằng điều trị rối loạn hô hấp và dịch truyền. Khối lượng dịch huyết thanh hay Ringer lactat truyền được tính theo luật số 9. Sau đó mới xử trí vết bỏng.

Bỏng nhiệt làm đông và chết các mức độ khác nhau ở thượng bì, bì và dưới da. Những mô còn sống ở rìa vết bỏng có thể để lại nếu thấy có tưới máu và kiểm soát được nhiễm trùng.

*** Phân chia độ bỏng**

Độ sâu của bỏng phụ thuộc vào nhiệt độ của nguồn gây bỏng và thời gian tác động. Bỏng được chia thành: nông, phần bì và sâu. Bỏng do tia sáng thường là nông. Bỏng do tàn thuốc lá có thể gây cháy thành than. Bỏng do cháy nhà, bỏng do cháy quần áo, bỏng do dầu ăn, nước nóng và hoá chất thường phối hợp cả bỏng sâu và bỏng phần bì, còn bỏng do kim loại nóng chảy, do điện và do hơi nóng dưới áp lực thường là bỏng sâu.

– Bỏng độ 1 (bỏng nông)

Mô bị thương tổn là lớp thượng bì, ở đây có tận cùng của các giây thần kinh cảm giác nên rất đau. Thường có nốt phỏng. Nếu không bị nhiễm trùng thường sau 7 - 10 sẽ khỏi và không để lại sẹo.

– Bỏng độ 2 (lớp bì)

Lớp sâu hơn của thượng bì, lớp tế bào mầm, bị thương tổn thời gian lành kéo dài hơn (21 ngày) và sẹo xấu, đôi khi phải ghép da. Vì mạch máu và đầu tận của thần kinh đã bị thương tổn nên không đau bằng độ 1.

– Bỏng độ 3 (sâu).

Phá huỷ tất cả lớp thượng bì và bì. Các protein bị đông đặc nên vết bỏng có màu trắng, không còn tuần hoàn và cảm giác. Lành vết bỏng rất lâu, bao giờ cũng phải ghép da trừ khi diện tích nhỏ. Sẹo xấu là không tránh khỏi.

– Bỏng hỗn hợp

Bao giờ cũng có bỏng thuộc nhiều độ khác nhau phối hợp. Đánh giá dựa vào biểu hiện bên ngoài và bằng cảm giác đau.

*** Chăm sóc vùng bỏng**

– Sơ cứu

Nếu bệnh nhân đến mà chưa có sơ cứu, dội nước lạnh để phòng thương tổn thêm và lấy hết quần áo bị cháy. Nếu vùng bỏng nhỏ, ngâm vào nước lạnh trong 30 phút nhằm làm giảm đau và phù nề và hạn chế thương tổn các mô.

Nếu vùng bỏng rộng, sau khi rửa nước lạnh, đắp gạc sạch để tránh mất nhiệt và hạ thân nhiệt. hạ thân nhiệt là một rủi ro đặc biệt ở trẻ con, 6 giờ đầu sau khi bị bỏng là thời gian quan trọng, chuyển ngay nạn nhân càng sớm càng tốt.

– Điều trị ban đầu

Lúc đầu, vùng bỏng là vô trùng. Tập trung điều trị sao cho chóng lành bỏng và phòng nhiễm trùng. Phải tiêm phòng uốn ván cho tất cả nạn nhân bỏng.

Trừ vùng bóng nhỏ, tất cả nốt phỏng lấy đi. Cắt lọc các mô hoại tử trong những ngày đầu, sau đó làm sạch với dung dịch 0,25% (2,5g/lít) Chlorhexidin, 0,1% (1g/lít) dung dịch cetrimid hoặc loại sát khuẩn khác nhẹ hơn. Không được dùng loại dung dịch có cồn. Cọ nhẹ để lấy hết mô hoại tử. Phủ một lớp mỏng thuốc mỡ kháng sinh (sulfadiazin bạc). Băng vùng bóng bằng gạc tẩm dầu và gạc khô đủ dày để phòng thấm dịch ra ngoài.

– Điều trị hàng ngày.

Thay băng hàng ngày, nếu cần thay băng khi thấy thấm dịch ra ngoài, mỗi lần thay lấy những mô rời ra. Xem xét chỗ bóng có chảy máu hay mất màu không (chứng tỏ nhiễm trùng). Sốt không phải là dấu hiệu tốt vì có khi vẫn sốt lúc vết bóng đã kín. Dấu hiệu rõ của nhiễm trùng là viêm tế bào xung quanh vùng bóng. Dùng kháng sinh khi có nhiễm liên cầu hoại huyết và nhiễm trùng huyết *Pseudomonas aeruginosa* là loại nhiễm thường dẫn đến nhiễm trùng huyết và tử vong. Điều trị bằng tiêm aminoglycosid.

Đắp tại chỗ loại hoá chất chống nhiễm trùng hàng ngày. Nitrat Bạc (0,5% dung dịch) là loại rẻ tiền nhất. Dùng sulfadiazine bạc thì băng 1 lớp còn acetat mafenid thì không cần băng. Có thể luân phiên thay đổi các thuốc trên.

Điều trị bóng ở tay đòi hỏi chăm sóc đặc biệt để giữ chức năng. Băng với sulfadiazin bạc và lỏng vào găng rộng hay cho vào túi buộc ở cổ tay. Nếu phải ghép da, chuyển chuyên khoa khi đã có tổ chức hạt.

*** Giai đoạn liền vết bóng.**

Thời gian liền phụ thuộc diện tích và độ sâu của bóng. Nếu không có nhiễm trùng, bóng nông rất chóng liền. Ghép da rời hay ghép da toàn thể sau khi cắt lọc vết bóng hoặc khi đã có tổ chức hạt.

Cần đặt kế hoạch lâu dài chăm sóc bệnh nhân. Vết sẹo bóng lúc đầu mầu đỏ, nổi gồ và khó chịu, thường phì đại và sẹo lồi, mỏng dần, mất đi theo thời gian nhưng khó có thể đoán trước có khi phải sau 2 năm.

Ở trẻ con, vết sẹo không lớn kịp so với sự trưởng thành của trẻ nên thường gây co rút, về sau phải can thiệp ngoại khoa để giải quyết.

Bóng vùng mặt dẫn đến biến dạng thẩm mỹ lộn mi hay co rút môi. Lộn mi có thể dẫn đến mù, còn rút môi ảnh hưởng đến ăn uống và vệ sinh. Cần phải có chuyên khoa vì chỉ ghép da không đủ sửa chữa các biến dạng này.

4. Dị vật

*** Mắt**

– Màng tiếp hợp

Dùng nước muối vô trùng rửa để trôi những dị vật găm vào màng tiếp hợp hoặc sau khi gỡ dung dịch gây tê dùng que tăm cuốn bóng vô trùng gạt ra. Có khi phải lộn mi ra để bóc lột dị vật.

– Giác mạc

Nếu bệnh nhân kêu có cảm giác dị vật nhưng không nhìn thấy gì, giỏ 2 giọt fluorescein sodium 2%, chỗ giác mạc bị xây sát sẽ lộ ra bằng một vệt xanh. Để lấy dị vật phần nông giác mạc dùng kim 27G. Bôi thuốc mỡ kháng sinh và băng dính trong 24 giờ. Chuyển bệnh nhân khi không lấy được dị vật và những người có viêm giác mạc kéo dài hơn 3 ngày.

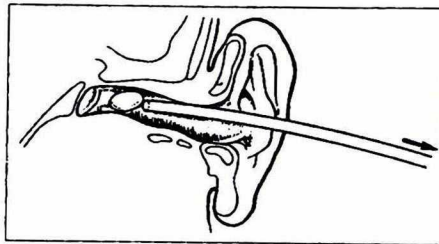
Dị vật trong nhãn cầu.

Chụp X quang để xác định hoặc khám lâm sàng. Giỏ atropin 1% băng mắt vô trùng và chuyển bác sĩ nhãn khoa. Tiêm phòng uốn ván.

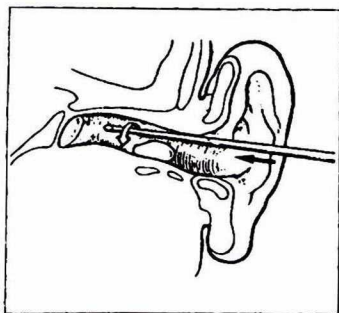
* Tai

Trẻ con thường hay đút dị vật như hạt đậu, gạo, hạt hoa quả hoặc viên đá sỏi nhỏ vào lỗ tai. Ráy tai ứ đọng nhiều khi nhầm với dị vật.

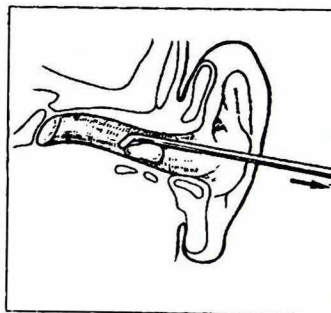
Dùng bơm tiêm rửa tai sẽ làm trôi dị vật nhưng không được bơm như vậy đối với những thứ có thể ngấm nước như hạt, hạt. Nếu cần hút nhẹ qua 1 ống nhỏ, để đầu ống sát với dị vật. (H.5.25). Có thể dùng 1 cái nạo tai đưa qua dị vật rồi kéo ra ngoài (H.5.26, H.5.27). Muốn làm được việc này cần phải nhẹ nhàng và bệnh nhân phải không cử động, có khi phải gây mê ở trẻ con. Để lấy một côn trùng còn sống trong tai, giỏ glycerol cho côn trùng nằm yên rồi rửa tai. Để lấy ráy tai đóng cục, rửa tai với nước ấm, nếu vẫn còn, dặn bệnh nhân giỏ glycerol hoặc dầu thực vật 2 lần/ngày trong 2 ngày rồi rửa tai.



Hình 5.25. Lấy dị vật



Hình 5.26. Lấy dị vật



Hình 5.27. Lấy dị vật

*** Mũi**

Khám mũi để biết dị vật là gì, nằm ở đâu. Dùng 1 cái nạo có gậy góc ở đầu lùa ra sau rồi kéo dị vật ra ngoài, có thể dùng ống cao su rửa.

*** Đường thở**

Rất thường gặp ở trẻ con: hạt ngô là vật thường thấy nhất. Dị vật nằm ở gốc phế quản phải sau 1 lần bị sặc trong khi ăn.

Dấu hiệu khô khè sau khi bị sặc làm nhầm với hen nên chẩn đoán chậm. Soi phế quản để lấy.

Tắc đường hô hấp trên bằng 1 miếng thức ăn do nuốt không cẩn thận, có thể do răng tổi. Thể hiện một cơn khó thở đột ngột khi ăn. Xử trí bằng nghiệm pháp Heimlich.

*** Đường tiêu hoá.**

Ở trẻ em con thường là đồng xu, còn người lớn là xương hay 1 miếng thịt. Dị vật nằm ở phần trên của thực quản (hầu), nơi quai động mạch chủ bắt chéo (phần giữa) và nơi thực quản đổ vào dạ dày (thấp).

Dùng kẹp Magill hoặc ống soi thanh quản để lấy dị vật ở phần trên cao thực quản. Ống soi thực quản mềm cho phần giữa và thấp.

Vết chọt nông ở lỗ thực quản do xương cá thường gây cảm giác còn dị vật. Cảm giác này sẽ mất sau 24 giờ, nhưng đôi khi cần soi để loại trừ còn xương không.

Những vật mềm khi vào đường tiêu hoá thường sẽ đi qua mà không cần can thiệp. Dặn cha mẹ hay bệnh nhân theo dõi. Với vật nhọn phải dùng ống soi để lấy. người lớn nhưng rối loạn tri giác có thể nuốt 1 vật to đòi hỏi phải mổ bụng. Tắc ruột do bã thức ăn có thể dùng loại Enzym tiêu chất đạm để hoà tan (Proteolytic enzym).

Những dị vật tù trong ruột non thường sẽ đi đồng ra ngoài, những vật sắc thì cần theo dõi cẩn thận và chụp X quang, khi thấy dấu hiệu thủng ruột thì phải mổ ngay. Cấm không được tẩy.

*** Đại tràng và trực tràng.**

Những vật nhọn có thể chọc thủng. Lấy dị vật ở trực tràng bằng gậy mê và dân cơ.

*** Phần mềm**

Xác định dị vật bằng X quang (kim) ở bàn chân, đầu gối, gậy tê, hoặc gậy mê bằng Ketamin để lấy, tốt hơn là dưới màn huỳnh quang.

Lấy đầu đạn dưới da hay trong cơ nếu thấy nhiễm trùng hoặc khi cần phải thăm dò vì lý do khác, nếu không thì không cần lấy. Phải lấy dị vật trong khớp.

*** Các khoang trong cơ thể.**

Các dị vật nằm ở đầu, ngực, bụng khi lấy phải gây mê và chuẩn bị xử trí những hậu quả, biến chứng xảy ra (chảy máu).

5. Viêm tế bào và áp xe

* Nguyên tắc chung

- Viêm tế bào và viêm bạch mạch

Viêm tế bào là nhiễm trùng da, dưới da nông, lan rộng, thường sau khi bị vết thương. Vi khuẩn thường thấy là *Streptococcus* nhạy cảm với penicillin. Vùng viêm khó xác định ranh giới, bệnh nhân sốt, đau xung tại chỗ, căng, nổi nốt phỏng.

Viêm bạch mạch là viêm lan truyền theo đường bạch mạch ở dưới da. Điều trị bằng kháng sinh. Nếu thất bại, có khi do thành áp xe, thì phải trích.

- Áp xe

Trích áp xe để dẫn lưu mủ. Chẩn đoán bằng một hay nhiều dấu hiệu: đau, căng mềm, nóng, da bóng. Dấu hiệu lòng nhùng là dấu hiệu rất tin cậy, nhưng những ổ áp xe sâu có thể không thấy hoặc áp xe ở những vùng có nhiều xơ: áp xe vú, đầu ngón tay, quanh hậu môn.

Cần nghi ngờ đối với đau nhói trong sâu hoặc đau làm mất ngủ

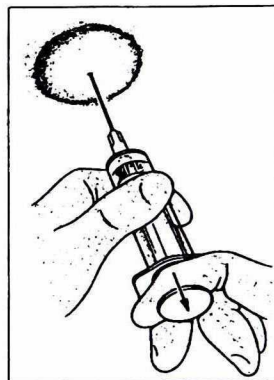
Kĩ thuật:

Nếu nghi ngờ, dùng kim chọc thăm dò. Chuẩn bị: bôi da bằng thuốc sát trùng và thuốc tê. Tiêm tê xung quanh ổ áp xe.

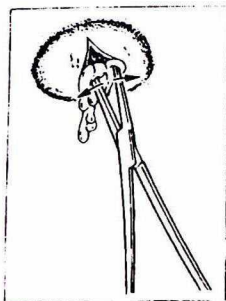
Chọc áp xe bằng kim 18G hay to hơn để xác định có mủ (H.5.28) Trích vào vùng lõi nhất hoặc theo kim mà trích. Rạch đủ rộng. Nếu rạch bé sẽ dễ tái phát.

Đưa 1 kẹp vào trong ổ áp xe, bạnh rộng (H. 5.29). Thăm dò ổ áp xe bằng ngón tay để phá bỏ các vách ngăn (H.5.30)

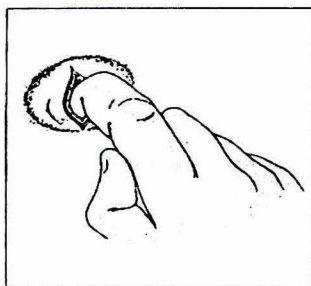
Mở rộng đường rạch nếu cần để dẫn lưu tốt (H. 5.31) nhưng không rạch vào mô lành.



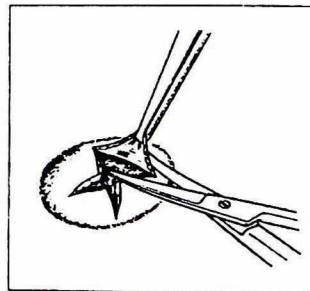
Hình 5.28. Chọc thăm dò ổ áp xe



Hình 5.29. Đưa kẹp vào trong ổ áp xe



Hình 5.30. Thăm dò ổ áp xe bằng ngón tay



Hình 5.31. Mở rộng đường rạch

Cấy tìm vi trùng ở thành áp xe. Dùng kháng sinh nếu có sốt, áp xe ở tay, tai, họng

Rửa sạch ổ áp xe với nước muối. Băng nhưng để miệng trích áp xe mở, ngăn 2 mép khép kín, nhằm cho áp xe liền từ đáy. Đặt 1 miếng cao su trong ổ để dẫn lưu, cố định với mép áp xe, rút khi không còn dịch chảy sa.

Có khi phải đặt gạc bên trong ổ áp xe (đầu gạc thò ra ngoài) gạc tẩm nước muối hoặc dầu hoả nhằm cầm máu.

*** Những nơi đặc biệt**

– Viêm tế bào ở mặt.

Viêm tế bào sau vết thương mặt có nguy cơ tắc xoang hang tĩnh mạch. Nằm viện nếu cần. Theo dõi chặt chẽ trong khi dùng kháng sinh. Dặn bệnh nhân không được nắn bóp vào vùng xung dù nhỏ. Để phòng viêm tắc tĩnh mạch bằng truyền Heparin vào TM.

– Viêm mắt.

Viêm toàn bộ mắt là biến chứng của vết thương mắt không được điều trị. Khi thấy không cứu được mắt thì phải khoét nhãn cầu. Chuyển bác sĩ mắt.

– Viêm tai.

Viêm tai giữa biểu hiện bằng chảy mủ tai. Rửa tai và đặt bông, băng lại. Dùng kháng sinh và giảm đau. Giữ cho ống tai khô và thay băng khi cần.

Viêm xương chũm là biến chứng của viêm tai cấp. Bệnh nhân thấy đau, sốt và giảm thính lực, có thể chảy dịch tai. Vùng xương chũm sưng làm vành tai bị đẩy ra trước ngoài. Điều trị triệt để bằng bộc lộ xào bào xoang hang. Nếu điều trị ban đầu: giảm đau, rạch và dẫn lưu bên ngoài cho tới màng xương.

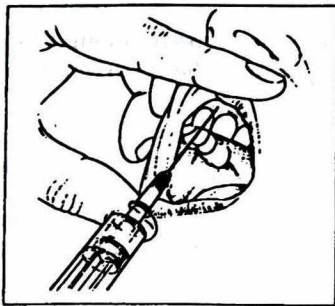
Kỹ thuật: gây tê hay mê. Rạch 1 đường cong quanh chỗ phồng nhất của áp xe sau vành tai khoảng 1,5cm. Rạch sâu xuống màng xương hoặc cho đến khi mủ chảy ra. Cấy mủ tìm vi trùng, để mủ tự chảy. Đắp gạc hoặc đặt 1 miếng cao su để dẫn lưu. Dùng kháng sinh, giảm đau, thay băng hàng ngày. Rút bỏ dẫn lưu sau 24 - 48 giờ.

– Áp xe chân răng

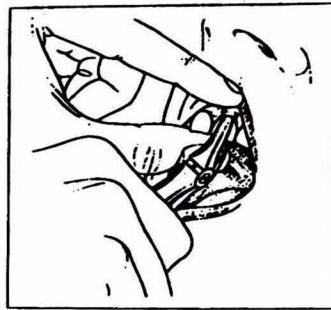
Đầu tiên chữa đau răng bằng rửa sạch ổ rồi băng với bông tẩm dầu hành và oxyd kẽm.

Nhổ bỏ răng là cách tốt nhất để dẫn lưu ổ áp xe khi không có phương tiện để điều trị ổ chân răng. Lấy bỏ răng khi không bảo tồn được (răng lung lay, sưng, đau dữ dội).

Gây tê để nhổ răng nhưng đôi khi phải gây mê (H.5.33, H.5.34)



Hình 5.33. Gây tê ổ nhũ răng



Hình 5.34

– Áp xe ở họng và cổ

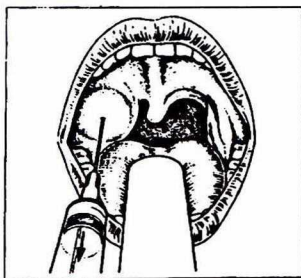
Những phẫu thuật không cấp cứu ở vùng họng cần được những bác sĩ chuyên khoa thực hiện.

Rạch và dẫn lưu áp xe amydan

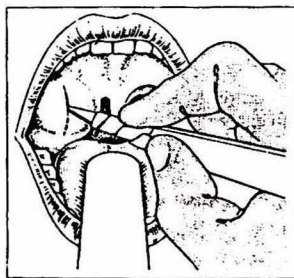
Áp xe quanh amydan là biến chứng của viêm amydan cấp. Bị đau trong họng lan ra tai, cổ cứng lại, sốt, nuốt khó, chảy nước mũi, hơi thở hôi, cứng hàm, nổi hạch - khám họng thấy cột trước của amydan phồng lên, đẩy lệch màn hầu, có khi thấy rò mủ (cần phân biệt với bạch hầu).

Sau khi dùng kháng sinh và giảm đau, để bệnh nhân ngồi có đỡ đầu; phun dung dịch Xylocain 2 - 4% vào vùng áp xe. Gây tê đỡ nguy hiểm hơn gây mê vì tránh được trào ngược vào đường khí quản.

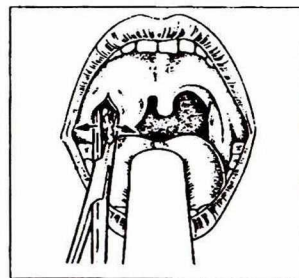
Kéo dài lưỡi ra ngoài hoặc dùng đè lưỡi rộng. Chọc kim thăm dò (H.3.35) sau đó trích vào chỗ phồng nhất (H.3.36). Đưa 1 kẹp qua đường rạch, banh rộng để dẫn lưu (H.5.37). Hút ổ áp xe và rửa với huyết thanh.



Hình 5.35. Chọc kim thăm dò



Hình 5.36. Trích vào chỗ phồng nhất



Hình 5.37. Đưa kẹp vào đường rạch, banh rộng

- Áp xe thành sau họng.

Áp xe thành sau họng xảy ra ở trẻ con, có thể làm cản trở đường thở. Cháu không ăn được, thay đổi giọng nói, kích thích, sốt cổ cứng, thở thô. Giai đoạn đầu, họng bình thường nhưng rồi xung dần lên.

Chụp phim nghiêng thấy vùng sau họng rộng ra. Cần phân biệt với lao (phản ứng Mantoux, tốc độ lắng máu). Dùng kháng sinh, giảm đau.

Phun vào phía sau họng thuốc gây tê. Một người giữ yên đầu bệnh nhân. Đe lưỡi xuống. Rạch dọc chỗ phồng nhất. Đưa 1 kẹp vào và banh rộng để tháo mủ.

Hút mủ. Dặn bệnh nhân súc họng đều với nước muối ấm.

- Áp xe cổ

Áp xe cổ ở sâu là do viêm hạch, cần phân biệt với viêm hạch. Khám mồm và họng bệnh nhân đặc biệt là amydan, răng để xác định ổ nguyên phát. Nếu áp xe cấp tính, rạch và dẫn lưu. Nếu là áp xe nông, có thể dùng kim chọc hút.

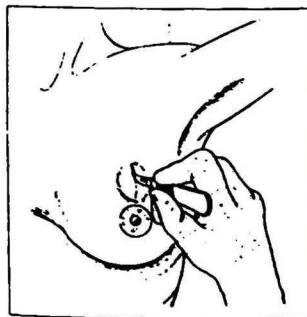
Đối với áp xe to, cần gây mê và bác sĩ có kinh nghiệm thực hiện vì vùng cổ cấu trúc phức tạp. Rạch vào vùng phồng và mọng nhất. Rạch rộng 2 mép. Lấy mủ cấy vi trùng và tìm BK. Lấy bỏ mô hoại tử. Đặt 1 dẫn lưu mềm, lấy bỏ sau 24 - 48 giờ. Băng

- Viêm tuyến vú và áp xe vú.

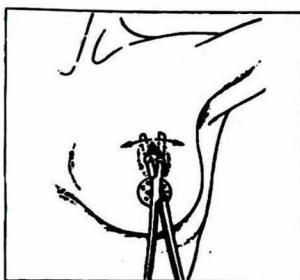
Nhiễm trùng vú rất hay gặp khi cho con bú, gây ra bởi tụ cầu vàng kháng Pénicillin. Vi trùng đi vào qua chỗ nứt ở đầu vú gây viêm tuyến vú, dần dần thành áp xe. Dấu hiệu: đau, sưng, căng, sốt. Da vùng vú bóng, ít khi lũng nhùng. Nếu dùng kháng sinh không thấy tác dụng tức là đã thành hình áp xe dù không có dấu hiệu lũng nhùng. Khi nghi ngờ, chọc hút tìm mủ.

Ít khi phải phân biệt với u vú nhưng đối với những áp xe đến muộn, da bên ngoài bong ra và chảy rò mủ, nếu không trong giai đoạn cho con bú, không loại trừ khả năng ung thư vú.

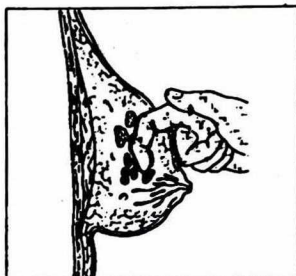
Trích áp xe vú phải gây mê. Sát trùng ngoài da, rạch theo hình nan hoa qua chỗ phồng nhất hoặc qua chỗ chọc kim (H.5.38). Banh rộng đường rạch. Cấy mủ, nấm và lao. Dùng ngón tay phá vỡ các vách ngăn. Rửa ổ áp xe bằng huyết thanh, băng sau khi đặt 1 dẫn lưu (H.5.39, H.5.40, H.5.41). Không cần dùng kháng sinh.



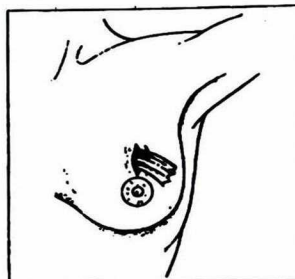
Hình 5.38. Rạch theo hình nan hoa



Hình 5.39



Hình 5.40



Hình 5.41

Vấn đề bà mẹ cho con bú trừ khi nhiễm HIV. Cháu bé có thể bú cả 2 bên nhưng nếu người mẹ đau quá thì có thể hút bỏ sữa.

– Ổ mủ trong màng phổi

Biến chứng của những nhiễm trùng phổi, trung thất hay thành ngực và vết thương ngực - đôi khi là do áp xe gan. Vi trùng hỗn hợp tụ cầu, liên cầu, Coli, lao.

Ổ mủ có thể cấp tính hay mạn tính, nó có thể xâm nhiễm vào tổ chức bên cạnh.

Dấu hiệu đặc biệt: đau ngực, sốt, kích thích, ho khan. Gõ đặc vùng ngực tương ứng, giảm tiếng thở. Chụp ngực, đếm số lượng bạch cầu, hemoglobin và phân tích nước tiểu.

Dùng kim chọc ngực để xác định chẩn đoán: nhìn màu mủ. Những ổ nhỏ cần chọc nhiều lần, đối với những ổ lớn hơn cần đặt 1 dẫn lưu để trong lọ nước kín. Chỉ định đặt dẫn lưu trong lọ nước ở tuyến huyện là tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, ổ mủ cấp tính màng phổi.

Dùng kháng sinh toàn thân (không bơm vào trong ổ mủ), giảm đau. Nếu thấy còn ổ và phổi không nở lên được, chuyển bệnh nhân.

Những ca mạn tính có ít dấu hiệu, ngón tay dùi trống ho và khó thở ít. Toàn thân kém, có thể nhiễm trùng huyết mạn tính với ổ áp xe di chuyển, suy dinh dưỡng. Màng phổi dày, không có khả năng dẫn lưu bằng dẫn lưu. Chuyển bệnh nhân.

– Viêm mủ các cơ

Viêm mủ cơ là áp xe ở những cơ rộng của các chi và thân, phần lớn ở người lớn. Thường chỉ ở 1 cơ nhưng đôi khi ở nhiều cơ nhiều nơi. Tụ cầu vàng là nguyên nhân của 90% các áp xe. Cấy máu âm tính và bạch cầu không tăng. Ở những người suy giảm miễn dịch có thể thấy vi trùng gram âm và nấm.

Chích rạch để dẫn lưu sau khi chọc kim xác định có mủ. Dẫn lưu để ít nhất 48 giờ.

– Nhiễm trùng bàn tay

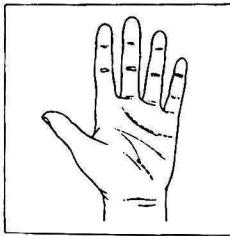
Tụ cầu là vi khuẩn của nhiễm trùng cấp tính bàn tay. Nếu là mới nhiễm trùng thì có thể khỏi bằng kháng sinh, nhưng thường là phải trích và dẫn lưu.

Bệnh nhân đau, sưng, ngón tay co và đau khi cử động. Xác định bằng chọc hút. Chụp X quang để xác định xương có bị thương tổn không.

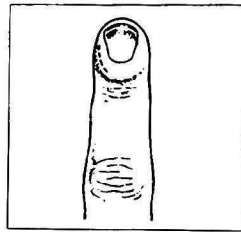
Gây mê hoặc gây tê vùng. Rạch đủ nhưng không rộng quá, rạch da theo nếp bàn tay và ở vùng sưng nhất (H.5.42). Hút và rửa sạch mủ. Mở rộng các khoang bằng kẹp và dẫn lưu. Cấy vi trùng. Băng lỏng, kháng sinh và để tay cao.

Sưng to vùng mu tay thường là do sưng phù bạch mạch. Không cần dẫn lưu. Nhiễm trùng giường móng tay thường phải cắt bỏ 1 phần móng tay để dẫn lưu hiệu quả.

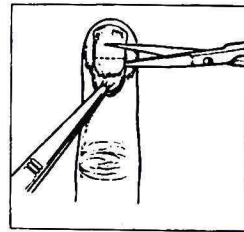
Điều trị nhiễm trùng chân móng tay phải cắt bỏ vùng móng có nhiễm trùng (H.5.43) hoặc cắt bỏ chân móng (H.5.44).



Hình 5.42



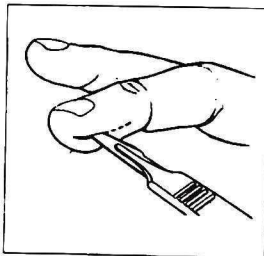
Hình 5.43



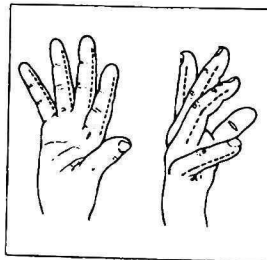
Hình 5.44

*** Nhiễm trùng vùng đầu ngón rạch hình gậy đánh hockey (H.5.45)**

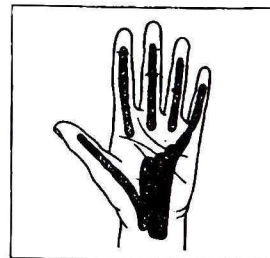
Đối với những nhiễm trùng các ngón 2, 3, 4 có lan vào bao hoạt dịch phải dùng kháng sinh và dẫn lưu sớm bao gân gấp bằng đường rạch bên (H.5.46). Nhiễm trùng ngón 1 và 5 có thể lan vào bao hoạt dịch của ngón này (H.5.47), cần phải rạch dọc phía thấp của cẳng tay (H.5.48) kháng sinh. Bất động ở tư thế cơ năng. Tập sớm - Rút dẫn lưu sau 24 - 48 giờ.



Hình 5.45



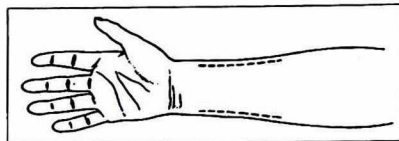
Hình 5.46



Hình 5.47

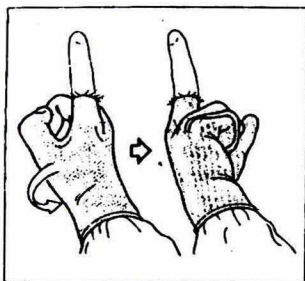
Nhiễm trùng quanh hậu môn, trực tràng và chân lông.

Dấu hiệu của nhiễm trùng quanh hậu môn là đau, sốt. Có các loại quanh hậu môn, hố ngồi trực tràng, liên cơ thất hoặc áp xe dưới niêm mạc, dựa vào vị trí. Bệnh nhân có thể không ngồi được. Khám hậu môn thường chẩn đoán được. Ở nữ vừa

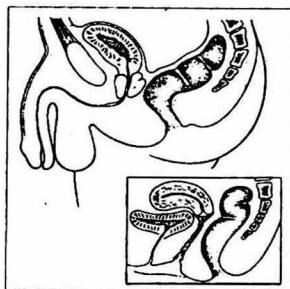


Hình 5.48

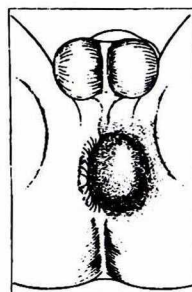
khám hậu môn và âm đạo. Vì đau nên có khi phải gây tê vùng hay gây mê mới thăm khám được. Cơ thất hậu môn co chặt vì đau. Bôi dầu vào ngón trỏ đã đi gang, từ từ đưa vào hậu môn. Úp ngón tay để thăm dò mặt sau trực tràng, ngửa tay lên để tìm có vùng xung căng phía trước: áp xe vùng tầng sinh môn (H.5.49). Đàn ông là tiền liệt tuyến, đàn bà là cổ tử cung ở phía trước (H.5.50). Rút ngón tay ra xem có phân, chất nhầy và máu. Thủ vi trùng - Áp xe quanh hậu môn nằm ở vùng gần lỗ hậu môn, còn áp xe hố ngồi trực tràng ở sâu hơn. Khi nghi ngờ dùng kim chọc thăm dò (H.5.51).



Hình 5.49

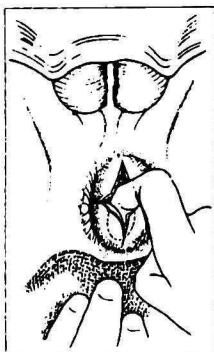


Hình 5.50

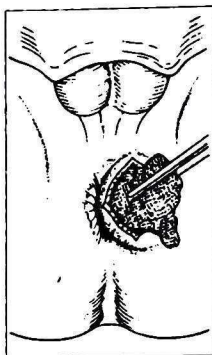


Hình 5.51

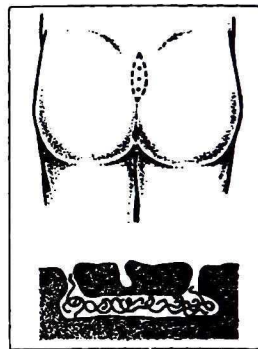
Dùng kháng sinh, giảm đau. Khi trích và dẫn lưu áp xe, cho bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa. Trích vào vùng mộng nhất. Dùng ngón tay phá các vách ngăn (H.5.52). Rửa sạch - Đặt gạc tẩm dầu hoặc huyết thanh, 1 đầu thò ra ngoài. (H.5.53) Dẫn bệnh nhân ngồi trong chậu nước muối ấm 15 - 30 phút 1 lần, 2 lần 1 ngày cho đến khi lành. Thay băng mỗi khi ngâm. Không được để các mép kín. Dùng thuốc xổ nhẹ (Paraffin) hàng ngày - kháng sinh trong 5 ngày. Thuốc giảm đau 3 ngày.



Hình 5.52



Hình 5.53



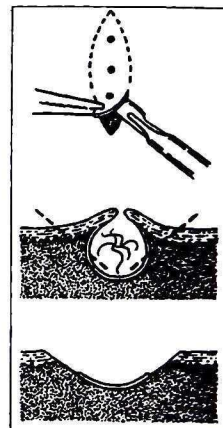
Hình 5.54

Tái phát áp xe thường là do dẫn lưu không tốt hoặc mép trích liền sớm.

Rò hậu môn là một biến chứng muộn. Bệnh nhân cần được chữa ở nơi chuyên khoa vì nếu mổ không đúng có thể gây đi ỉa không tự chủ.

– Áp xe và bệnh chân lông vùng cụt.

Bệnh chân lông vùng cụt là do lông mọc ngược vào trong tạo nên những xoang ở da và dưới da tại vùng xương cụt, (H.5.54) nhiễm trùng mạn hay cấp tính. Bệnh nhân thấy đau, sưng và rỉ dịch ra ngoài. Dùng kháng sinh đơn thuần không khỏi mà phải phối hợp với rạch và cắt bỏ (H.5.55) gây tê với lidocain kèm adrenalin



Hình 5.55

6. Cắt bỏ và sinh thiết

*** Nguyên tắc chung**

– Xét nghiệm mô và tế bào học

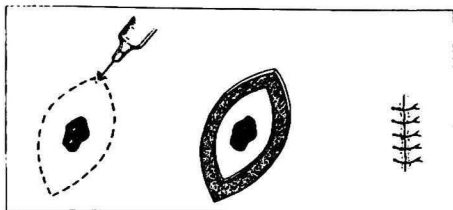
Ở những trung tâm nhỏ không có người làm giải phẫu bệnh nên sau sinh thiết phải gửi đi, do đó phải liên hệ trước và hỏi cách bảo quản, cố định và dùng dịch gì thích hợp nhất.

Bệnh phẩm sau khi được lấy, ngâm trong dung dịch bảo quản và cố định. Kèm theo giấy xét nghiệm ghi tóm tắt lâm sàng chẩn đoán, loại mô bệnh phẩm, ngày lấy. Nếu có nhiều bệnh phẩm thì mỗi lọ phải ghi rõ tên, nơi lấy bệnh phẩm trên người bệnh nhân, ngày. Lọ được nút kín. Nếu thực hiện tốt bệnh phẩm sẽ không bị hỏng.

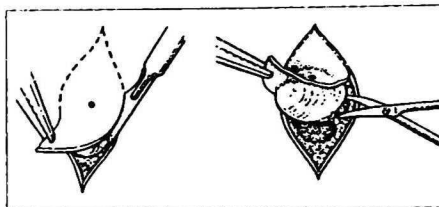
*** Những thủ thuật đặc biệt.**

– Những thương tổn da và dưới da

Rạch da với dao mổ dọc theo nếp da, chiều dài gấp đôi chiều rộng để không phải xoay vạt da (H.5.56). Rạch qua lớp da đến lớp dưới da. Không lấy bỏ da tương ứng nếu như ở phía dưới không dính vào da (H.5.57)



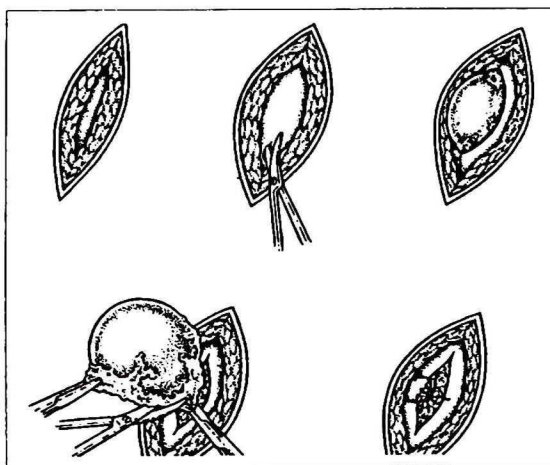
Hình 5.56



Hình 5.57

– Sinh thiết hạch.

Hạch nằm phía dưới lớp cân nên phải rạch qua lớp dưới da. Đôi khi phải gây mê. Đường rạch bảo đảm thẩm mỹ. Phẫu tích hạch ra khỏi mô xung quanh nhưng không cặp vào hạch: có thể dùng chỉ khâu hoặc cặp vào tổ chức xung quanh hạch để kéo lên. Cầm máu phía mạch máu nuôi hạch (H.5.58)



Hình 5.58

- Xác định chẩn đoán ác tính bằng sinh thiết trước khi điều trị
- Không dùng dao điện để làm sinh thiết mà dùng dao mổ vì không gây hoại tử.
- Khi kết quả âm tính bằng chọc hút xét nghiệm tế bào thì sinh thiết.
- Không gửi bệnh nhân đi nếu là di căn không điều trị được.

- Cổ và tuyến giáp.

Lấy thương tổn da vùng cổ hay nơi khác trên người. Nhưng lấy hạch, nang bẩm sinh dưới nhân và u vùng cổ đòi hỏi phải có bác sĩ kinh nghiệm. Có thể dùng kim nhỏ chọc hút tế bào để xét nghiệm.

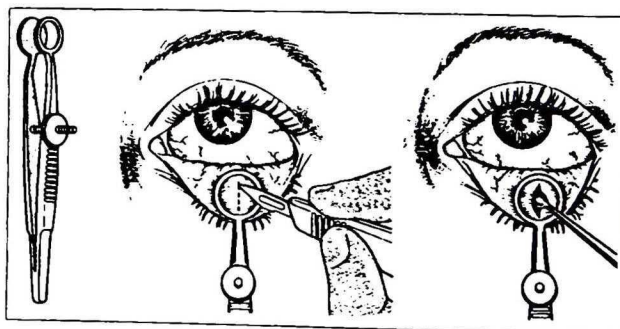
- Khoang miệng

Thương tổn trong khoang miệng thường là những mảng trắng (leukoplakia) do kích thích mạn tính, mảng đỏ (erythroplakia) có thể là ung thư tế bào xung tại chỗ. Uống nhiều rượu, hút nhiều thuốc hoặc hội chứng suy giảm miễn dịch làm tăng khả năng ung thư. Khám toàn diện vùng đầu và cổ, cả soi họng.

Sinh thiết nếu nghi ngờ: lấy bỏ vùng mảng đỏ rồi khâu bằng chỉ tiêu, nếu thương tổn rộng, chỉ lấy vùng rìa cùng với mô lành.

- Mắt

Chấp là nang nhiễm trùng mạn tính có kích thước 2.5mm ở mi mắt. Cần trích khi dùng thuốc tại chỗ không kết quả và sưng kéo dài. Giỏ Tetracain 0.5%, tiêm lidocain 1-2ml dung dịch 2% quanh chấp (tiêm qua da). Dùng kẹp chấp cặp, lật ngược mi ra ngoài. Trích thẳng góc với chấp và dùng nạo sạch (H.5.59). Tháo kẹp, ép tay đến khi ngừng chảy máu. Dùng thuốc mỡ kháng sinh. Thay băng hàng ngày.



Hình 5.59

Móng mắt nhỏ không nên chữa. Nếu thấy nó mọc vào trung tâm thì gửi đi chuyên khoa.

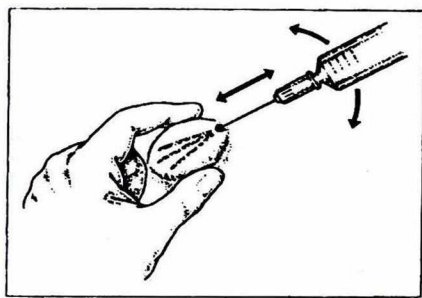
- Sinh thiết vú

Sinh thiết vú khi sờ thấy một khối hoặc không sờ thấy nhưng chụp vú thấy. Gây tê để lấy khi sờ thấy u, còn nếu không sờ thấy thì phải là bác sĩ có chuyên khoa với diện quang để khu trú. Nếu là nang vú thì chọc hút, sau khi chọc nếu vẫn còn u thì nên lấy bỏ.

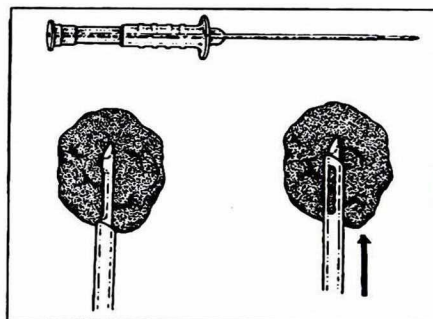
Kim nhỏ chọc hút (FNA) để chẩn đoán ác tính một khối u cứng ở vú. Dùng kim 21G chọc vào u rồi hút vài lần. Rút kim ra khỏi bơm tiêm, hút vài ml không khí vào bơm tiêm để bơm chất hút ra khỏi kim vào 1 phiến kính. Cố định theo bác sĩ giải phẫu bệnh (H.5.60).

Kết quả dương tính có giá trị chẩn đoán nhưng âm tính thì có thể là hút tế bào sai, cần làm lại hoặc làm sinh thiết.

Sinh thiết bằng kim: cũng giống như kim nhỏ nhưng ở đây là một giải nhỏ mô lấy ra. Đây là phương pháp tốt để chẩn đoán nhưng cũng giống chọc kim nhỏ, chỉ có giá trị khi dương tính (H.5.61)



Hình 5.60



Hình 5.61

Sinh thiết mở: rạch da vòng tròn là thẩm mỹ nhất nhưng phải nghĩ nếu cần mổ lấy bỏ cả tuyến vú để quyết định đường rạch cho thích hợp.

Nếu là u nhỏ, vừa lấy toàn bộ u, vừa để xét nghiệm giải phẫu bệnh, như vậy ngoài mục đích xác định bệnh còn điều trị u.

Trong trường hợp u to, chỉ lấy một phần u, cần tránh lấy vào chỗ hoại tử.

*** Sinh thiết bộ máy sản phụ khoa**

- Sinh thiết âm hộ:

Trong trường hợp có bạch biến, ung thư (tại chỗ hay lan rộng), u gai. Đôi khi sinh thiết xác định lao hoặc schistosomiasis.

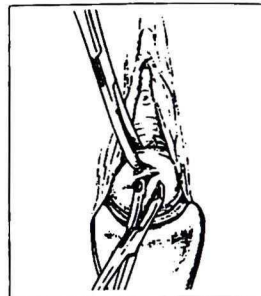
Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, sát trùng, giải vải mỡ gây tê bằng lidocain 1%. Cắt 1 phần nghi ngờ. Cầm máu kĩ.

– **Xét nghiệm tế bào cổ tử cung.**

Xét nghiệm tế bào cho những thương tổn tiền ung thư. Dùng mỏ vịt: lấy tế bào bên ngoài và bên trong cổ tử cung. Phết lên phiến kính, cố định.

Sinh thiết cổ tử cung khi viêm mạn, nghi ngờ ung thư hoặc loét cổ tử cung.

Dấu hiệu thường thấy là tiết dịch, ra máu, chảy máu tự nhiên hay sau giao hợp, đau nhẹ vùng lưng, đi tiểu rối loạn. Qua mỏ vịt có thể thấy chợt cổ tử cung, loét cổ tử cung sau đó cổ tử cung dần, méo mó, mất do loét cổ tử cung hoặc phì đại. Khi khám thấy cổ tử cung cứng, dính với xung quanh và dễ chảy máu. Bôi dung dịch Lugol thì vùng nghi ngờ không bắt thuốc.



Hình 5.62

Đối với bệnh nhân ngoại trú thực hiện sinh thiết như sau: nhìn rõ vùng thương tổn ở cổ tử cung bằng mỏ vịt. Dùng loại kẹp sinh thiết lấy ở vùng danh giới bệnh - lành (H.5.62). Sau khi lấy có thể nhiễm trùng và chảy máu: dùng gạc nhét vào âm đạo để cầm máu, rút bỏ sau 24 giờ.

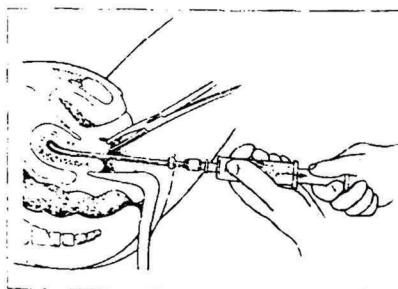
– **Trợt cổ tử cung**

Trợt cổ tử cung là một danh từ sai chỉ một vùng đỏ nhạt ở cổ do niêm mạc trong cổ ăn lan ra ngoài, vì thế khi khám sẽ thấy vùng này liền với bên trong cổ, có ranh giới rõ nhưng bề mặt chỉ hơi gợn lên, mềm, dễ chảy máu khi đụng chạm.

Lấy tiêu bản cổ tử cung xét nghiệm tế bào, nếu cần dùng dao điện để điều trị. Chỉ dùng an thần toàn thân. Đốt vùng này nhưng không đụng vào trong lỗ cổ tử cung. Sau đốt có thể chảy dịch. Không giao hợp khoảng 3 - 4 tuần. Cổ tử cung có thể bị hẹp (do đốt vào bên trong cổ) và chảy máu.

– **Sinh thiết niêm mạc buồng tử cung.**

Thực hiện khi cần xác định phản ứng của niêm mạc buồng tử cung với chu kỳ rụng trứng ở những người vô sinh. Sinh thiết trước kì kinh. Kéo cổ tử cung ra, đưa dụng cụ sinh thiết vào trong buồng tử cung (H.5.63) để lấy niêm mạc xét nghiệm tế bào và mô. Rất ít khi xảy ra biến chứng thủng tử cung.



Hình 5.63

- **Cắt polyp**

Polyp ở vùng cổ tử cung hoặc ở trong buồng tử cung nhưng thò ra ngoài. Dấu hiệu: tiết chất nhầy, nhầy lẫn mủ hoặc lơ lờ máu, dễ chảy máu, rong kinh, nhiều khi không có dấu hiệu gì chỉ tình cờ phát hiện khi thăm khám. Khám bằng mỏ vịt sẽ thấy polyp thò ra màu đỏ dễ nát, dễ chảy máu.

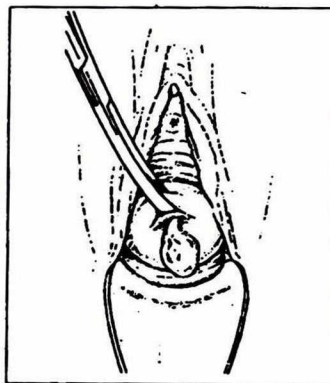
Cặp polyp, buộc cuống và cắt (H.5.64, H.5.65, H.5.66, H.5.67).

Nếu là tử trong buồng tử cung, cần gây mê, nong cổ tử cung để xem trong buồng tử cung còn polyp không hoặc có nghi ngờ ung thư không. Xét nghiệm giải phẫu bệnh.

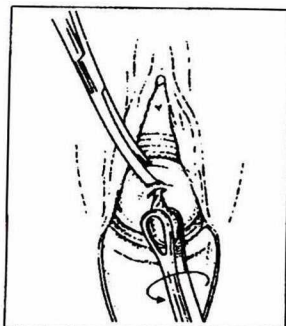
* **Soi hậu môn trực tràng và những trường hợp đặc biệt.**

- **Soi hậu môn**

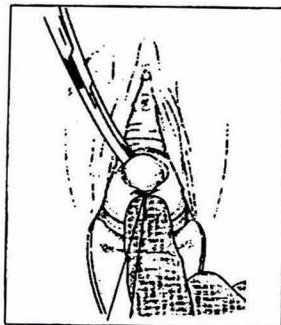
Soi hậu môn chỉ thấy được phần thấp của ống hậu môn, qua đó sinh thiết. Cần phải có ánh sáng chiếu tốt. Dẫn bệnh nhân cộng tác, nói chuyện với bệnh nhân trong khi thăm khám, giải thích mục đích thăm khám và chỉ đau nhẹ. Không cần thuốc xổ trừ khi bệnh nhân táo và phải soi đại tràng sigma.



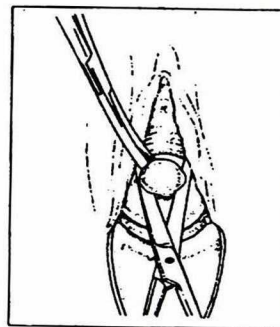
Hình 5.64



Hình 5.65



Hình 5.65

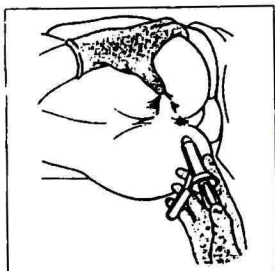


Hình 5.65

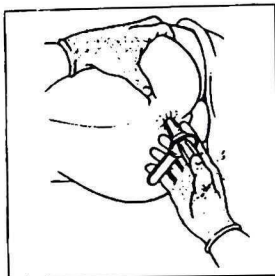
Trước hết thăm bằng ngón tay sau đó mới đưa ống soi, bệnh nhân vẫn nằm tư thế cũ. Khi đưa ống soi hậu môn vào, dẫn bệnh nhân thở sâu, há miệng. Rút ống bịt và rọi đèn vào trong (H.5.68, H.5.69, H.5.70). Lấy bỏ tất cả phân, dịch nhầy, máu. Ống soi đã đưa ngập vào trong ống hậu môn, rút từ từ ra ngoài và quan sát niêm mạc có thương tổn không (polyp, búi trĩ).

Nếu có đủ phương tiện tin cậy thì sinh thiết những vùng nghi ngờ, dùng kẹp sinh thiết chuyên dụng. Cần nhớ sinh thiết niêm mạc trực tràng gây khó chịu, nhất là ở vùng hậu môn sẽ gây rất đau cho bệnh nhân. Không sinh thiết ở búi trĩ hoặc những vùng có nhiều mạch máu.

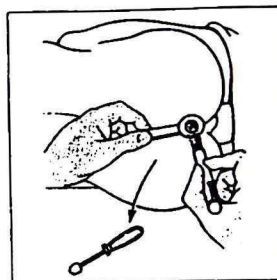
Sau khi sinh thiết, ngâm bệnh phẩm trong dung dịch formaldehyd (10ml - 37% dung dịch formaldehyd hoà với 90ml huyết thanh mặn đẳng trương) ngâm trong 48 giờ.



Hình 5.68



Hình 5.69



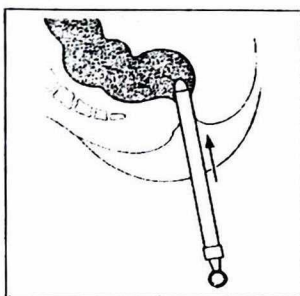
Hình 5.70

- Soi đại tràng sigma.

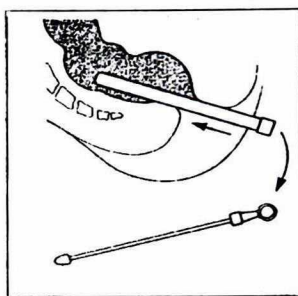
Chỉ định soi đại tràng sigma ở những người có bệnh đại trực tràng và không kết luận được qua soi trực tràng, những người soi trực tràng mà thấy những thương tổn khác như polypose hoặc schistosomiasis trực tràng. Đối với amýp gây viêm đại tràng, soi đại tràng sigma để đánh giá hiệu quả điều trị. Soi đại tràng sigma còn có chỉ định để luồn 1 ống thông trong xoắn sigma.

Thông thường soi sau khi đã thăm hay soi trực tràng.

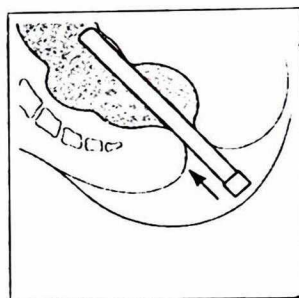
Dặn bệnh nhân đi đồng, nếu không được mới thụt. Kiểm tra phương tiện soi (dèn dầu, bơm... đảm bảo khớp để có thể soi được). Bôi dầu nhờn ống soi, đưa ống soi lúc đầu giống như soi trực tràng (H.5.71) sau đó hướng ống soi ra sau, lên trên và đẩy sâu vào (H.5.72, H.5.73). Giữ ống soi dừng để tuột ra (H.5.74). Sau khi đưa sâu vào khoảng 10cm, rút ống bịt (H.5.75). Nếu như trong khi đưa ống soi vào bị vướng, rút ống bịt để quan sát. Lắp hệ thống bơm - chiếu đèn - không đưa sâu ống thêm trừ khi nhìn rõ lòng ruột. Thường đoạn nối đại tràng sigma - trực tràng khó đưa ống qua nên không được thô bạo, nếu khó quá, ngừng thủ thuật. Thương tổn thành ruột khi sinh thiết hoặc có thể thủng ruột.



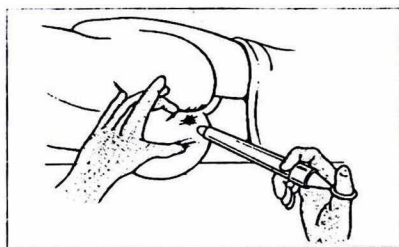
Hình 5.71



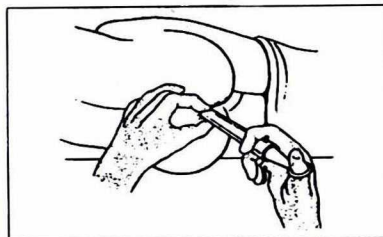
Hình 5.72



Hình 5.73



Hình 5.74



Hình 5.75

Trong khi soi nếu bệnh nhân khó chịu quá phải kiểm tra lại ống soi có đưa đúng hướng không, tháo hơi rồi lắp lại và soi tiếp. Sau khi soi, tháo hơi rồi mới rút ống.

– Máu tụ quanh hậu môn.

Máu tụ quanh hậu môn thường rất đau. Xử trí bằng giảm đau tại chỗ hay uống, không để bệnh nhân táo. Thường máu tụ sẽ tiêu sau vài ngày hay vài tuần. Đắp gạc tẩm nước muối ưu trương sẽ làm khỏi nhanh hơn. Có thể khối máu tụ sẽ vỡ tự nhiên: chảy máu và đỡ đau. Trong giai đoạn đầu của máu tụ, trích rạch để dẫn lưu máu nước và máu cục sẽ giảm đau nhanh hơn. Không cần đặt dẫn lưu đôi với những trường hợp bán cấp và mạn tính.

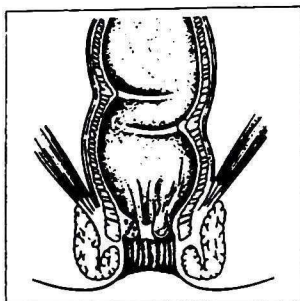
– Nứt hậu môn.

Do niêm mạc phần dưới ống hậu môn bị rách. Rất đau nhất là trong khi và sau khi đại tiện. Phân cứng làm đau càng tăng.

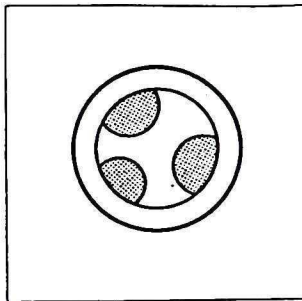
Vì hậu môn co chặt do đau, do đó bôi thuốc mỡ giảm đau có khi phải gây mê thì mới khám được. Vết nứt cấp hay mạn tính, nếu mạn tính thì bờ chung quanh xơ.

Nứt cấp tính không cần mổ: dùng thuốc bôi tại chỗ, viên đạn và ăn chế độ nhiều xơ. Nứt mạn tính thì nong hậu môn bằng tay.

Nong hậu môn: đi đồng trước hay thụt. Gây mê không có dẫn cơ để đánh giá độ co thắt cơ tròn. Thăm bằng tay rồi soi trực tràng nhằm phát hiện có trĩ không (H.5.76 – H.5.77)

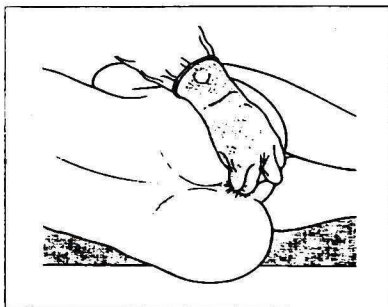


Hình 5.74

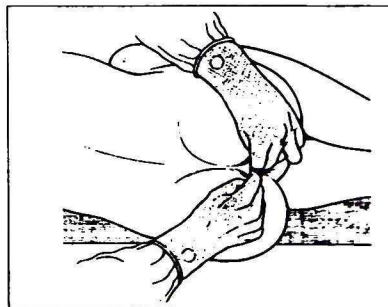


Hình 5.75

Kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào có làm dẫn đủ hậu môn ở vùng co thắt không. Thực hiện bằng cách áp ngón tay nhưng không nong rộng quá mức, thông thường 4 ngón là đủ. Không dùng dụng cụ. Đầu tiên đưa ngón trỏ và giữa vào rồi ép vào vùng nứt để đánh giá mức độ co thắt (H.5.78) sau đó đưa ngón trỏ tay kia vào và ép vùng đối diện, đưa thêm ngón giữa và nong (H.5.79)



Hình 5.78



Hình 5.79

Sau cùng nhét gạc có tẩm dung dịch sát khuẩn (nhưng không gây kích thích), một đầu thò ra ngoài.

Dùng thuốc giảm đau, thuốc xổ nhẹ (paraffin) để đại tiện đều đặn. Dặn bệnh nhân ngâm vào nước ấm có pha muối 15 - 30 phút/lần trong 2 tuần.

Biến chứng: hình thành máu tụ, đại tiện mất tự chủ, lòi niêm mạc (không dứt quá 4 ngón tay thì không có biến chứng đáng kể nào).

- Trĩ

Dấu hiệu chính của trĩ là chảy máu khi đi đại tiện và lòi khối trĩ. Đau không luôn là dấu hiệu chính. Phân loại trĩ theo trĩ có lòi ra ngoài không và có phải lấy tay đẩy vào không hay tự vào. Cần phải soi trực tràng hay đại tràng sigma để chẩn đoán trĩ và thương tổn khác phối hợp đặc biệt là ung thư trực tràng.

Biến chứng của trĩ là thiếu máu và tắc mạch búi trĩ.

Phần lớn bệnh nhân điều trị bảo tồn không mổ bằng ăn chế độ nhiều chất xơ để đại tiện đều, phân mềm và bôi thuốc mỡ tại chỗ hay đặt viên đạn.

Đối với những búi trĩ sa xuống (tự tụt lên hay phải đẩy tay) và điều trị theo cách bảo tồn thất bại thì có thể nong hậu môn bằng tay. Đây là cách điều trị duy nhất của những bác sĩ không phải ngoại khoa. Cắt búi trĩ do những người không có kinh nghiệm có thể dẫn đến hẹp hậu môn, nếu cần phải mổ, chuyển đến bác sĩ chuyên khoa.

Không bao giờ cắt búi trĩ hay nong hậu môn ở phụ nữ có mang hay sau đẻ. Đặt gạc tẩm huyết thanh mận ưu trương sẽ làm dễ chịu nhiều và sau vài tuần sẽ cải thiện.

Chương 3

BỤNG

MỎ BỤNG VÀ CHẤN THƯƠNG BỤNG

1. Mở bụng

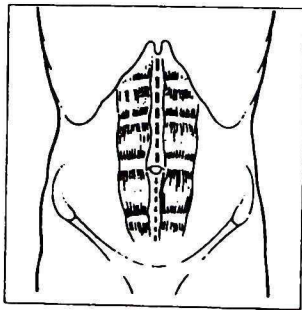
* Mở bụng để bộc lộ các tạng trong bụng, nó cũng nhằm mục đích xác định và xử trí những thương tổn khi chấn đoán một người có bụng cấp tính. Cần tránh mở bụng trong viêm tụy cấp. Cần làm quen với đường mổ giữa bụng vì đơn giản, ít chảy máu, nhanh, khi đóng cũng nhanh và nếu cần mở rộng đường mổ dễ dàng.

Đường mổ phần trên bụng để bộc lộ: túi mật, dạ dày, tá tràng, lách, gan.

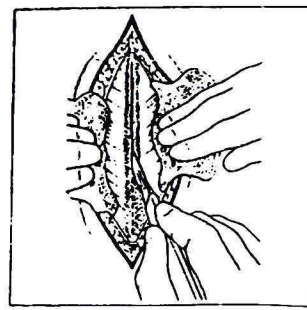
Đường mổ phần dưới bụng để thăm dò: ruột non và phần tiểu khung.

Đường mổ cả trên xuống dưới nhằm thăm dò các tạng trong bụng khi chấn thương.

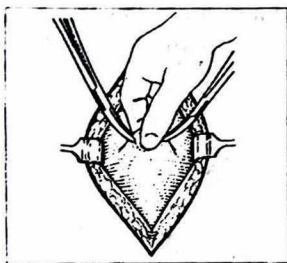
– Đường mổ giữa (đường trắng): bệnh nhân nằm ngửa, sát trùng da và giải vải mổ. Rạch đường giữa theo hướng từ mũi ức đến xương mu (tuỳ theo dự định mà đường rạch ở trên hay dưới rốn, hoặc vòng bên trái rốn trong đường rạch trên - dưới rốn) (H.6.1). Rạch qua da, lớp dưới da tới đường trắng. Qua đường trắng sẽ tới lớp mỡ ngoài phúc mạc. Gạt lớp mỡ sẽ thấy phúc mạc. Lấy kẹp phẫu tích nhấc phúc mạc lên (H.6.2 – H.6.3) mở 1 lỗ nhỏ ở phúc mạc (H.6.4). Luồn ngón tay vào trong ổ bụng màng phúc mạc để rạch rộng (H.6.5). Rạch cho hết chiều dài rạch da.



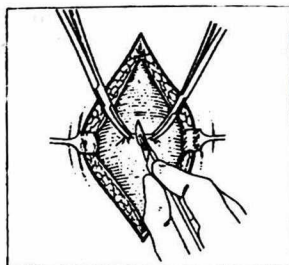
Hình 6.1



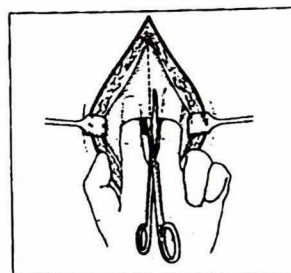
Hình 6.2



Hình 6.3.Kẹp phẫu tích nhấc phúc mạc



Hình 6.4. Mổ 1 lỗ nhỏ



Hình 6.5. Luồn ngón tay để rạch rộng

Bảng 6.1. Quan sát bên trong để xác định chẩn đoán

Những dấu hiệu	Khả năng có thể
Dịch xanh và khí	Thủng dạ dày, tá tràng
Dịch ruột và khí	Thủng ruột
Máu: có chấn thương	Thương tổn gan, lách, mạc treo
Máu: không chấn thương ở phụ nữ	Chửa ngoài dạ con vỡ
Dịch mủ	Viêm ruột thừa, túi thừa, thủng ruột
Quai ruột dãn	Tắc ruột (cơ giới hoặc cơ năng)

Cần thăm dò hệ thống:

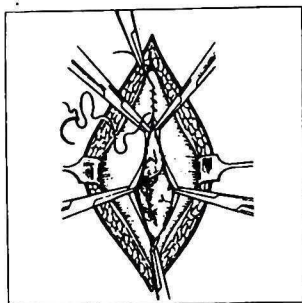
Đối với ruột non: từ góc Treitz (tìm góc Treitz bằng cách kéo đại tràng ngang ra ngoài bụng và lên trên ngực, luồn bàn tay sang mạng sườn rồi miết phía thành sau bụng ra giữa, gấp quai ruột đầu tiên kéo lên thấy cố định) cho đến góc hồi manh tràng, rồi khung đại tràng.

- Ở bụng dưới: thăm dò bàng quang và trực tràng.
- Ở bụng trên: dạ dày, lách, gan, đại tràng
- Sau cùng là khoảng sau phúc mạc gồm cả thận, tuy khi đã thăm dò toàn bộ mới đặt kế hoạch xử trí.

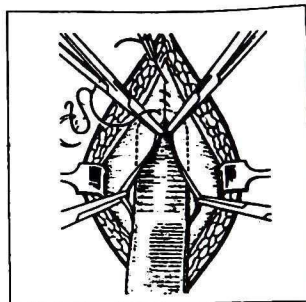
– Khi đóng bụng: đóng phúc mạc: khâu vắt chỉ tiêu số 0 (H.6.6) tất cả ruột phải nằm trong bụng bằng cách dùng thuốc dãn cơ và dùng van mềm chẹn (H.6.7).

Đóng đường trắng bằng chỉ số 1, mũi rời polyglycolic acid hoặc chỉ sợi đơn khâu vắt (H.6.8). Nếu nhiễm trùng, khâu chỉ không tiêu, mũi rời. (H.6.9). không nên khâu nhiều lớp mà khâu 1 lớp từ trong ra ngoài bằng chỉ sợi đơn có độn (H.6.10) thời gian cắt chỉ là 14 ngày (những bệnh nhân yếu, già, suy dinh dưỡng

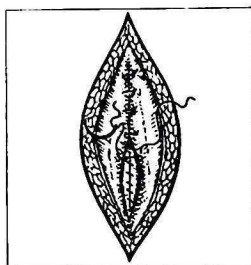
cũng nên làm như vậy) trong trường hợp đóng bụng mà thành bụng căng quá, rất dễ bục thì không khâu đường trắng, chỉ khâu da. Thi 2 mới khâu lại (khi đã ổn định).



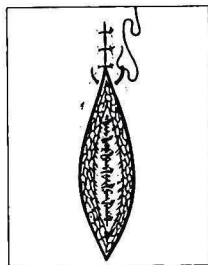
Hinh 6.6. Khâu vết bằng chỉ tiêu số 0



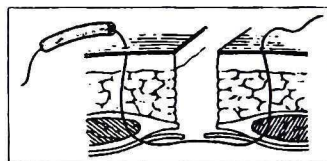
Hinh 6.7. Dùng van mềm chẹn ruột



Hinh 6.8. Khâu vết bằng chỉ sợi đơn Polyglycolic acid



Hinh 6.9



Hinh 6.10. Mũi rời chỉ không tiêu

2. Chấn thương bụng

Có thể chấn thương bụng đơn thuần hoặc phối hợp

Khi 1 nạn nhân chấn thương bụng cần thực hiện như sau:

Phục hồi đường thở

Đảm bảo thông khí

Cầm máu chảy bên ngoài

Lập đường truyền tĩnh mạch cho HTM hoặc Ringer lactat.

Đặt thông dái, xem nước tiểu và đo lưu lượng

Khám bệnh nhân để đánh giá bụng và chấn thương phổi hợp: bụng chướng, co cứng, vết thương thành bụng, nhu động ruột...

Tiêm liều giảm đau nhẹ, kháng sinh dự phòng, chống uốn ván.

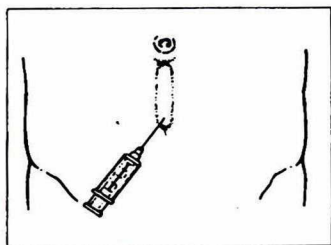
Nếu chẩn đoán trong bụng không chắc chắn có chảy máu thì chọc rửa ổ bụng. Mở bụng khi có những dấu hiệu chắc chắn: có máu, tụt huyết áp - khám nhiều lần, siêu âm và chụp X quang giúp chẩn đoán trong những trường hợp nghi ngờ. Ngay cả những người có kinh nghiệm cũng còn hồi ý kiến của đồng nghiệp trong những ca nghi ngờ thì 1 người mới ra trường đứng lưỡng lự mà không hỏi.

Chỉ chụp khi tình trạng nạn nhân ổn định, nếu cần chụp nghiêng (tư thế nằm ngửa) cũng thấy khí trong bụng.

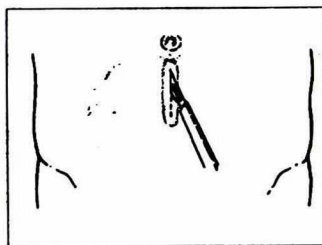
* Chọc rửa ổ bụng

Chọc rửa ổ bụng khi chẩn đoán chưa chắc chắn. Ở những trung tâm lớn, nhiều phương tiện thăm dò (chụp cắt lớp) có thể không thực hiện nhưng ở tuyến huyện hay nơi xa, chọc rửa ổ bụng nên áp dụng.

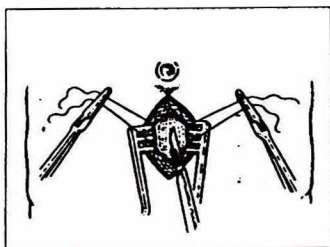
Gây tê giữa, dưới rốn thành bụng (H.6.11). Rạch da ở đường trắng dưới rốn khoảng 2.5cm (H.6.12) khi đến đường trắng, khâu căng 2 sợi, rạch qua đường trắng khoảng 5mm, chọc kim qua phúc mạc vào ổ bụng và đưa ống xuống tiểu khung (H.6.13, H.6.14).



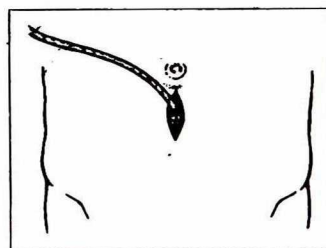
Hình 6.11. Gây tê giữa, dưới rốn



Hình 6.12. Rạch da dưới rốn 2,5cm



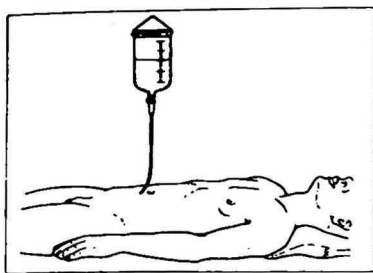
Hình 6.13. Đến đường trắng khâu căng 2 sợi và rạch



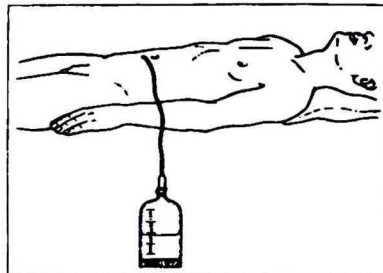
Hình 6.14. Đưa ống dẫn lưu xuống tiểu khung

Máu tự chảy ra hoặc hút ra máu là 1 chỉ định mổ bụng.

Nếu hút không có máu, truyền Ringer lactat 20ml/kg (hoặc dịch huyết thanh) qua ống thông (H.6.15) sau đó hạ bình huyết thanh xuống sàn nhà, nếu dịch chảy ra máu đỏ hoặc đếm thấy trên 100.00 hồng cầu/mảnhy 500 bạch cầu/ml có nghĩa phải mổ (H.6.16).



Hình 6.15. Truyền Ringerlactat qua ống thông



Hình 6.16. Hạ bình xuống để dịch chảy ra

Ngoài hồng cầu và bạch cầu, có thể xét nghiệm vi trùng và amylase. Khi không có phòng xét nghiệm, quan sát dịch chảy ra để đánh giá.

*** Vết thương xuyên bụng**

- Vết thương bụng do đạn hay do vật sắc nhọn (dao) gây nên.
- Mổ bụng khi thấy thành bụng thủng, bất kể do nguyên nhân gì
- Những dấu hiệu của thiếu khối lượng tuần hoàn hoặc của viên phúc mạc ngay sau vết thương có thể không rõ ràng.

*** Chấn thương bụng kín.**

- Chấn thương bụng kín do lực trực tiếp tác động vào bụng mà không có vết thương, thường thấy trong tai nạn giao thông hoặc đánh nhau.
- Trong chấn thương bụng kín, mổ bụng thăm dò khi:
Bụng đau và cứng bụng
Có khí trong bụng (chụp X quang thẳng đứng hay nằm ngang)
- Những dấu hiệu của chảy máu trong bụng:
Đau lan lên vai
Huyết áp hạ - gõ bụng đặc, cảm ứng phúc mạc
- Nước tiểu ít phối hợp với đau vùng trên xương mu gợi ý đến vỡ bàng quang.

*** Tổn thương cơ hoành**

– Vết thương bụng trên và vết thương ngực dưới có thể xuyên qua cơ hoành, chỉ cần khâu thường hoặc khâu ép.

– Chấn thương bụng kín có thể gây rách rộng cơ hoành bên trái (bên phải được gan bịt lại), các tạng trong bụng lên ngực

Xác định bằng nghe hay bằng chụp X quang

*** Vỡ lách**

Ở các nước nhiệt đới, lách to do sốt rét hoặc do Leishaniasis, vì thế dễ bị vỡ khi chấn thương bụng. Vỡ thì 2 có thể xảy ra tới 3 tuần sau

Những dấu hiệu để chẩn đoán vỡ lách:

Bệnh sử chấn thương với đau bụng sườn trái trên (thường lan lên vai)

Nôn và buồn nôn.

Dấu hiệu thiếu khối lượng tuần hoàn

Khám bụng: phản ứng và co cứng, có thể thấy 1 khối

X quang: gãy xương sườn bên trái, hình mờ bên trái trên dãy lệch dạ dày sang phải.

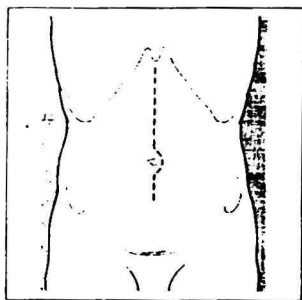
Cần bảo tồn lách nhất là ở trẻ con, nếu bệnh nhân có huyết động ổn định và có thể theo dõi chặt chẽ thường xuyên tại giường, truyền dịch, giảm đau và hút dạ dày: không mổ.

Nếu tình trạng nặng lên: cắt lách. Tùy theo thương tổn mà có thể khâu hay cắt lách.

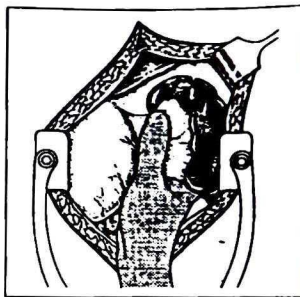
Sau khi cắt lách, sức đề kháng miễn dịch sẽ giảm, cần tiêm chủng bằng Pneumovax và kháng sinh dự phòng.

Kỹ thuật cắt lách:

Nằm ngửa - Đường mổ giữa (có thể dộn gối phía lưng bên trái) (H.6.17). Lấy máu cục. Nếu thấy chỗ lách vỡ chảy nhiều, dùng ngón cái và các ngón khác bóp lấy cuống lách (H.6.18) hoặc dùng clamp ruột cặp. Xác định thương tổn để quyết định cắt hay bảo tồn: nếu chỗ vỡ nhỏ, chảy ít thì dùng chỉ tự tiêu số 0 khâu ép, ở trẻ con lách càng cần giữ lại lách.

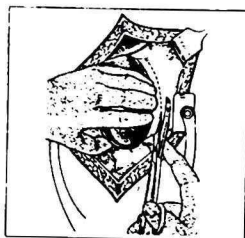


Hình 6.17. Đường mổ giữa

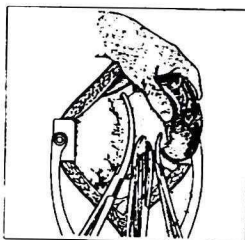


Hình 6.18. Dùng ngón cái và lấy các ngón khác bóp cuống lách

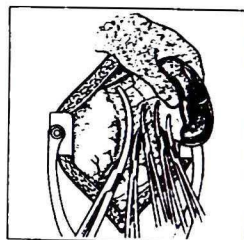
Nếu quyết định cắt lách, nâng lách lên ra ngoài bằng cách cắt giấy chằng và phúc mạc cuống lách phía sau (H.6.19). Cặp giấy chằng dạ dày - lách và cắt (H.6.20, H.6.21). Cắt các mạch gần dạ dày khỏi dạ dày. Phẫu tích phía sau cuống lách, xác định đuôi tụy, cặp và cắt cuống lách (H.6.22, H.6.23). Nếu chảy máu, cần kiểm tra cuống lách và đặt dẫn lưu ổ lách, rút sau 24 giờ.



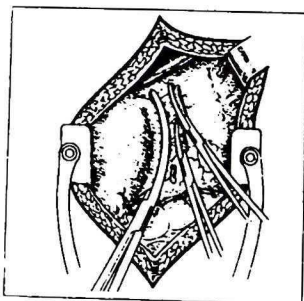
Hình 6.19. Nâng lách lên ra ngoài



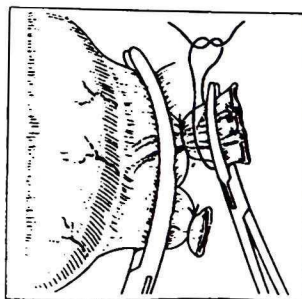
Hình 6.20. Cặp giấy chằng dạ dày lách



Hình 6.21. Cắt giấy chằng dạ dày lách



Hình 6.22. Cặp cuống lách



Hình 6.23. Cắt cuống lách

* **Vỡ gan**

Vỡ gan sau chấn thương bụng kín vùng bên phải trên, có thể gây chảy máu nhiều.

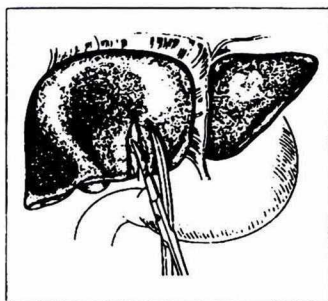
Gan vỡ có thể tự cầm máu, không cần khâu

Diện gan vỡ rộng không được khâu mà chỉ cầm máu - sau đó đắp mạc nối lớn, nếu không dùng gạc chèn.

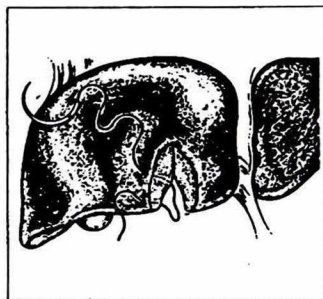
Dầu lưu bao giờ cũng nên đặt, lấy đi sau 48 giờ, trừ khi có mật chảy nhiều.

Kỹ thuật

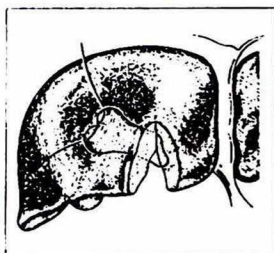
Qua đường mổ giữa bụng, thăm dò gan và túi mật. nếu chỗ vỡ nhỏ, tự cầm máu. Nếu chỗ vỡ lớn hơn nhưng không còn chảy thì không khâu gan. Nếu chảy nhiều, sau khi lấy bỏ những mô dập nát, dùng catgul chromé số 0 (có thể dùng chỉ tự tiêu tổng hợp) khâu ép, kim tròn (H.6.24, H.6.25, H.6.26, H.6.27) sau đó khâu 2 mép với nhau (H.6.28).



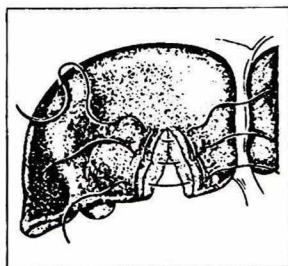
Hình 6.24. Khâu ép bằng kim tròn chỉ tiêu
(24-27)



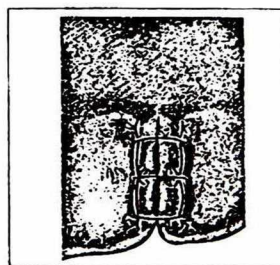
Hình 6.25



Hình 6.26



Hình 6.27



Hình 6.28. Khâu 2 mép với nhau

Nếu chỗ vỡ lớn, không khâu gan. Buộc riêng biệt từng chỗ mạch chảy, gác tấm huyết thanh ẩm chèn vào. Gạc này lấy đi sau 48 giờ bởi người chuyên khoa dưới gây mê toàn thân - Thu xếp để chuyển sớm bệnh nhân lên tuyến trên.

* Ruột non

Quyết định cắt đoạn ruột sau khi đã thăm dò toàn bộ ruột non. Nếu là lỗ thủng, chỉ cần khâu túi vùi hoặc là khâu ngang 2 lớp vùi.

Khi có nhiều vết thương gần nhau hoặc đoạn ruột thiếu máu thì cắt đoạn ruột và khâu nối tận - tận.

- Lý do để cắt đoạn ruột:
 - + Thủng ruột do chấn thương
 - + Hoại tử
 - + Rách mạc treo gây thiếu máu ruột tương ứng

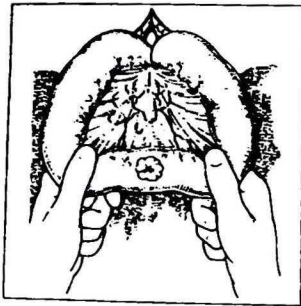
Đoạn ruột non không còn khả năng bảo tồn khi thấy:

- Máu đen hay xanh xám, không còn nhu động
- Tĩnh mạch mạc treo đã tắc
- Không còn thấy động mạch đập
- Thanh mạc mất bóng.

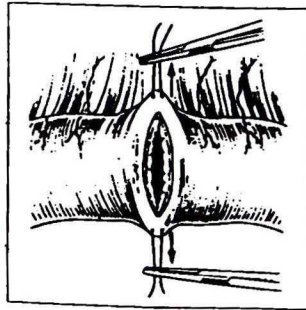
Kỹ thuật

- Khâu kín 1 lỗ thủng ruột

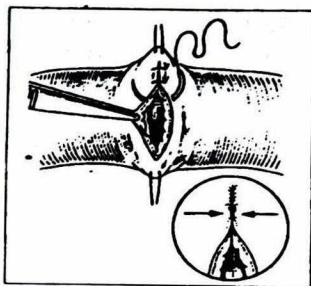
Bộc lộ đoạn ruột thương tổn (H.6.29), khâu chỉ căng 2 đầu theo chiều ngang ruột (H.6.30) khâu lớp đầu mũi toàn thể, lớp sau thanh mạc (H.6.31, H.6.32)



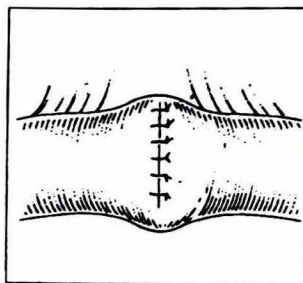
Hình 6.29. Bộc lộ đoạn ruột thương tổn



Hình 6.30. Khâu chỉ căng 2 đầu theo chiều ngang



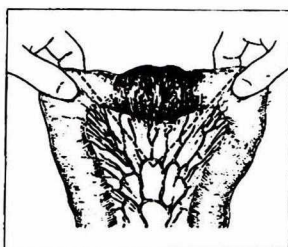
Hình 6.31. Khâu mũi toàn thể lớp đầu sau thanh mạc



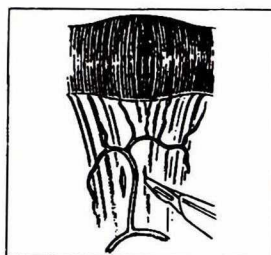
Hình 6.32

– Cắt đoạn ruột

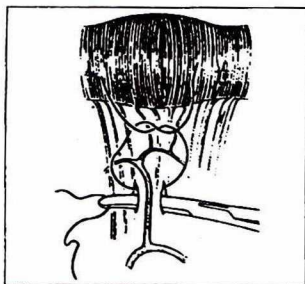
Xác định đoạn ruột phải cắt, bao gồm 1 phần ngắn ruột bình thường ở 2 đầu (H.6.33). Căng đoạn cắt bỏ để có thể soi qua đèn nhìn rõ mạch máu. Cắt mạc treo ruột theo hình chữ V, bằng cách đục 2 lỗ bên cạnh mạch máu (H.6.34), buộc 2 đầu cắt ở giữa (H.6.35). Dùng kẹp cặp 2 đầu đoạn cắt bỏ sau khi đã ken tất cả chất chứa trong lòng ruột ra khỏi đoạn cặp. Dùng clamp ruột cặp nhẹ cách kẹp đầu tiêm khoảng 3-4 cm. Lót gạc phía dưới, dùng dao cắt sát kẹp đầu tiên (H.6.36). Lau sạch đoạn ruột để lại ngoài clamp. Thả nhẹ clamp để xem có chảy máu không. Miệng nói tốt khi nuôi dưỡng tốt.



Hình 6.33. Xác định đoạn ruột phải cắt



Hình 6.34. Cắt mạc treo theo hình chữ V



Hình 6.35. Buộc 2 đầu cắt ở giữa



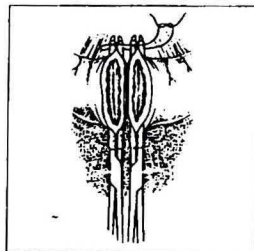
Hình 6.36. Lót gạc cắt sát kẹp đầu tiên

Khâu nối 2 lớp: lớp đầu chỉ tự tiêu 2/0 khâu toàn thể với nhau (H.6.37, H.6.38), khâu vết, mặt sau rồi khâu mặt trước bằng 2 sợi riêng (H.6.39, H.6.40, H.6.41, H.6.42, H.6.43, H.6.44, H.6.45) khâu lớp thứ 2 chỉ lấy thanh cơ mạc khâu vết để vùi lớp trước (H.6.46) khâu 2 mép mạc treo với nhau chỉ 2/0 tự tiêu. Chú ý tránh chọc vào mạch máu mạc treo. Kiểm tra độ rộng miệng nối bằng ngón cái và ngón trỏ (H.6.47).

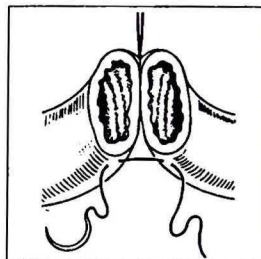
* Đại tràng

Điều trị thương tổn đại tràng phụ thuộc vào đoạn bị thương.

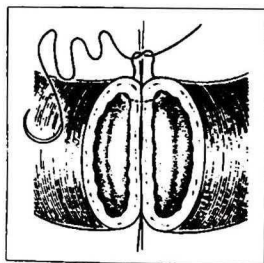
- Với đại tràng ngang, đưa ra ngoài như mỡ thông đại tràng.



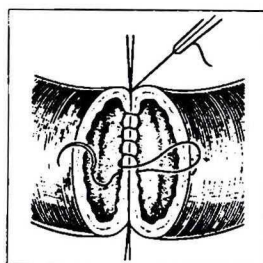
Hình 6.37



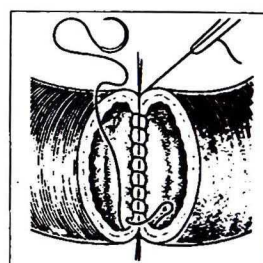
Hình 6.38



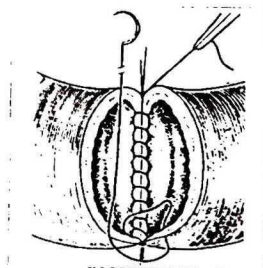
Hình 6.39



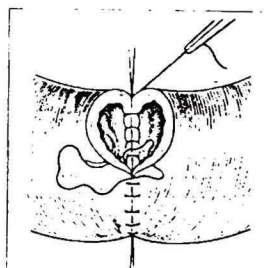
Hình 6.40



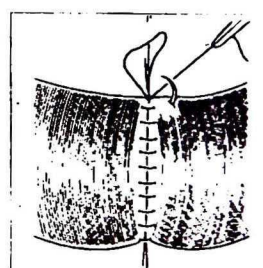
Hình 6.41



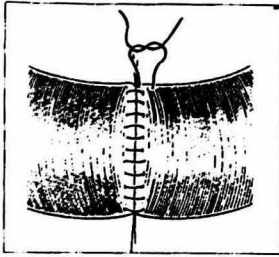
Hình 6.42



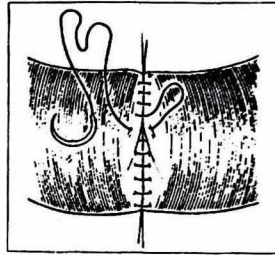
Hình 6.43



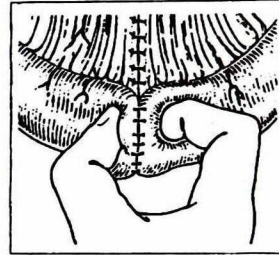
Hình 6.44



Hình 6.45



Hình 6.46



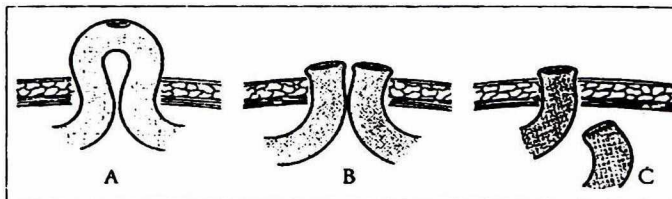
Hình 6.47. Kiểm tra đầu miệng nối

- Với đại tràng trái, đưa ra ngoài sau khi đã giải phóng khỏi thành bụng sau. Dẫn lưu rãnh đại tràng.
- Với đại tràng phải: cắt đại tràng phải, mở thông hồi tràng và đại tràng ngang. Không nên khâu nối kìm dấu.
- Một cách khác để điều trị thương tổn đại tràng nói chung hay thủng 1 lỗ đại tràng là loại đại tràng ra ngoài bằng cách dẫn lưu hồi tràng hay đại tràng phía trên. Đặt 1 dẫn lưu to ngay cạnh thương tổn.

Cần phải dùng kháng sinh.

Chọn loại mở thông đại tràng

- Mở thông đại tràng hình quai thường là dễ nhất (H.6.48A)
- Nếu phải cắt bỏ 1 đoạn đại tràng thì thực hiện kiểu nòng súng (H.6.48B).
- Dẫn lưu đoạn trên còn đoạn dưới kín (H.6.48C) khi đoạn dưới quá ngắn không đưa ra ngoài được. Thường làm ở đoạn sát trực tràng.



Hình 6.48. Các loại mở thông đại tràng

- Dẫn lưu toàn bộ hồi tràng sau khi cắt đại tràng phải mà chưa khâu nối.

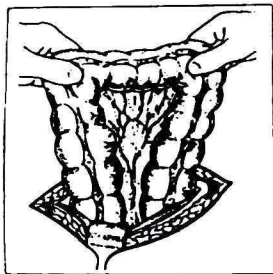
- Một bác sĩ tuyến huyện cần phải biết làm dẫn lưu đại tràng.
- Đóng 1 dẫn lưu đại tràng phải chuẩn bị và do bác sĩ thạo
- Không được đóng dẫn lưu đại tràng sớm hơn 3 tháng.

Kĩ thuật

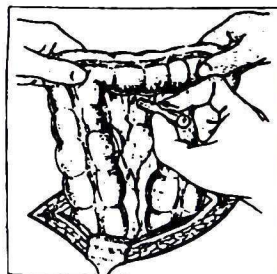
Sau khi xác định vị trí mở thông đại tràng, rạch thành bụng tương ứng gần với nơi mở thông, không dùng đường rạch ban đầu.

- Mở thông đại tràng hình quai

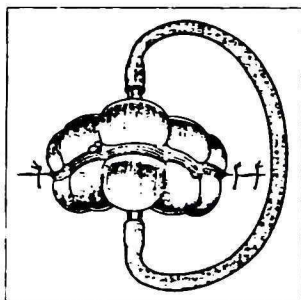
Đưa đoạn đại tràng ra ngoài không gây xoắn (H.6.49). Đục 1 lỗ ở mạc treo sát với đại tràng sao cho dứt vừa 1 dũa thủy tinh. Dùng đoạn ống nối 2 đầu dũa với nhau (H.6.50, H.6.51) có thể dùng 1 đoạn ống nhựa rồi buộc 2 đầu với nhau. Đóng vết mổ quanh đoạn ruột đưa ra ngoài. Có thể mở đại tràng ngay nhưng tốt hơn là đợi sau 24 giờ để tránh phân rò vào bụng. Rạch đại tràng hình chữ thập ngay trên giải cơ dọc (H.6.52). Băng kín.



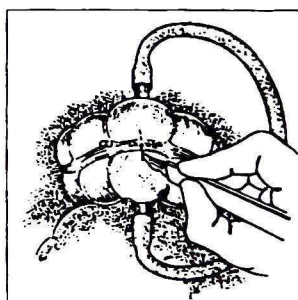
Hình 6.49



Hình 6.50



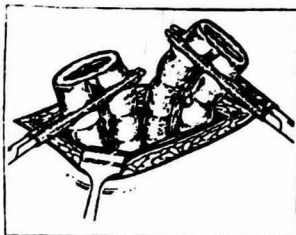
Hình 6.51



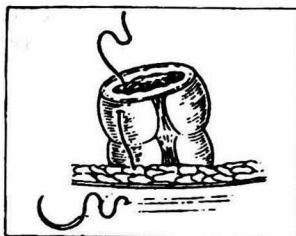
Hình 6.52

- Mở thông đại tràng hình nòng súng.

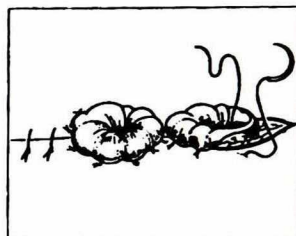
Sau khi cắt đoạn đại tràng, đưa 2 đầu ra ngoài nhưng giải phóng để sao cho 2 đầu không bị căng. Lỗ đưa ra là riêng biệt so với đường mổ ban đầu (H.6.53). Đóng đường mổ khâu miệng cắt ruột với vết mổ, sau đó khâu niêm mạc lộn ra ngoài với vết mổ (H.6.54, H.6.55). Nếu không có túi đựng phân thì băng bình thường.



Hình 6.53



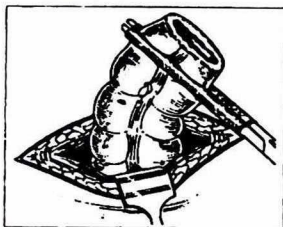
Hình 6.54



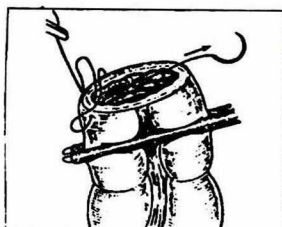
Hình 6.55

- Mở thông 1 dầu đại tràng

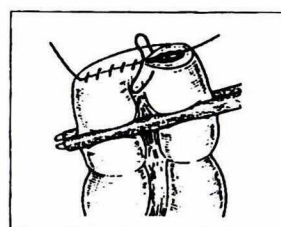
Đưa dầu gần qua 1 lỗ mỡ riêng. Dầu xa đóng kín 2 lớp: lớp dầu khâu vết chỉ 2/0 tự tiêu, lớp sau khâu mũi rời. Cố định đoạn đóng kín để lần sau dễ tìm. Dầu gần có túi bọc đựng phân hoặc băng. (H.6.56, H.6.57, H.6.58, H.6.59, H.6.60)



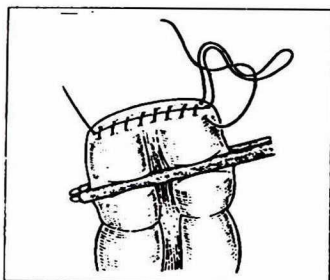
Hình 6.56



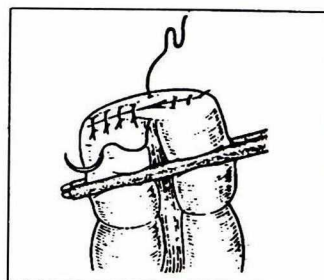
Hình 6.57



Hình 6.58



Hình 6.59



Hình 6.60

* Sau phúc mạc

- Máu tụ

Do thương tổn mạch máu sau phúc mạc. Nếu tình trạng ổn định, để yên không mở ra. Nếu nghi là do mạch máu lớn, chuyển nạn nhân đến bác sĩ chuyên khoa.

- Tá tràng

Chấn thương kín phần trên bụng có thể gây vỡ tá tràng (nếu thấy có khí sau phúc mạc). Mở phúc mạc sau, tìm nơi vỡ của tá tràng, khâu 2 lớp theo chiều ngang lòng ruột. Đặt ống thông dạ dày. Làm sạch khoang sau phúc mạc. Đặt 1 dẫn lưu gần chỗ khâu.

- Tuy

Xác định thương tổn tuy bằng cách mở hậu cung mạc nối qua giấy chằng mạc nối vị đại tràng. Cách an toàn nhất ở tuyến huyện là đặt 1 dẫn lưu vào chỗ thương tổn, đưa ống dẫn lưu ra mạng sườn. Chuyển nạn nhân đi.

- Thận

Không bộc lộ thận nếu không có chảy máu nhiều, đe dọa tính mạng (khối máu tụ to nhanh hoặc đập theo nhịp tim). Nếu chảy qua phúc mạc thành sau, khâu kín lại. Cần phải bác sĩ chuyên khoa.

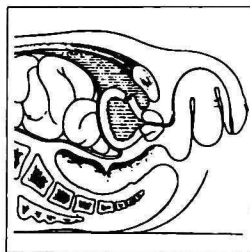
*** Vỡ bàng quang**

- Vỡ ngoài phúc mạc

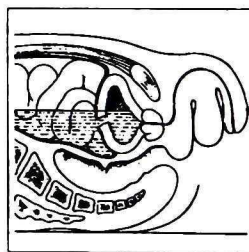
Vỡ ngoài phúc mạc thường phối hợp với gãy xương chậu, làm cho nước tiểu chảy ra ngoài (H.6.61). Bệnh nhân chỉ có vài giọt máu chảy ra khi đi tiểu. Nước tiểu ra ngoài làm sưng vùng bìu và vùng bẹn.

- Vỡ trong phúc mạc

Vỡ trong phúc mạc do chấn thương trực tiếp vào vùng bàng quang hoặc do giảm tốc độ đột ngột khi bàng quang căng (H.6.62). Thể hiện bằng bụng cấp tính (đau bụng dưới) và không đi đái hoặc đái rất ít.



Hình 6.61



Hình 6.62

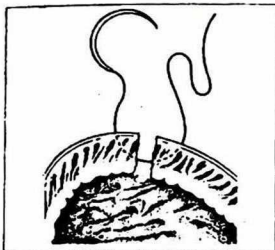
Cần chuyển nạn nhân đến nơi chuyên khoa. Nếu là vỡ ngoài phúc mạc, mở thông bàng quang trên xương mu. Nếu vỡ trong phúc mạc, khâu kín và đặt ống thông bàng quang. Cần đánh giá đúng để không sót thương tổn phối hợp (khi vỡ bàng quang, cần mở bụng rộng để thăm dò).

Xử trí vỡ bàng quang

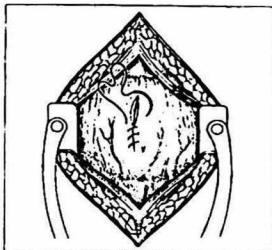
Gây mê. Mở đường giữa dưới rốn đến xương mu. Cầm máu, dùng ngón tay tách cân trước bàng quang để vén phúc mạc ra khỏi bàng quang, lên trên. Không làm rách phúc mạc. Hút sạch máu và nước tiểu khoang sau xương mu.

Những bệnh nhân vỡ trong phúc mạc, bàng quang xẹp. Chỗ rách thường ở vòm bàng quang. Mở phúc mạc, hút sạch nước tiểu đặt ống Foley vào bàng quang qua niệu đạo. Khâu chỗ rách 2 lớp bằng chỉ tiêu số 0. Không khâu lớp niêm mạc bàng quang (H.6.63, H.6.64, H.6.65) kiểm tra trong bụng. Đóng bụng.

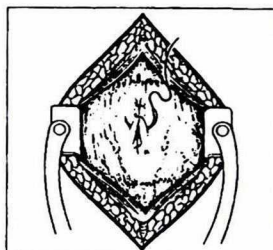
Những bệnh nhân vỡ ngoài phúc mạc thường có bàng quang căng. Mở bàng quang tìm chỗ vỡ (có khi khó thấy). Khâu từ trong bàng quang với chỉ 2/0 tự tiêu. Đặt ống dẫn lưu trên xương mu. Nếu không tìm được chỗ vỡ, đặt dẫn lưu trên xương mu. Mở thông bàng quang bằng cách đóng bớt chỗ mở bàng quang sau khi đặt ống thông.



Hình 6.63



Hình 6.64



Hình 6.65

Sân sóc sau mổ:

Kháng sinh 5 ngày. Truyền dịch để đủ lưu lượng nước tiểu. Rút dẫn lưu khi không còn chảy.

Đối với vỡ ngoài phúc mạc, cấp ống thông từ ngày thứ 5, thời gian cấp tăng dần.

Đối với vỡ trong phúc mạc, rút bỏ ống thông bàng quang đặt qua niệu đạo sau khoảng 2 ngày sau khi đã cấp thủ cách quăng mà không có sự cố gì.

– Nếu có thể chuyển cấp cứu bệnh nhân vỡ bàng quang đến nơi chuyên khoa.

– Đối với vỡ ngoài phúc mạc: dẫn lưu bàng quang trên xương mu, nếu vỡ lớn dẫn lưu khoang ngoài phúc mạc.

– Đối với vỡ trong phúc mạc, khâu kín chỗ vỡ và đặt ống thông to qua niệu đạo vào bàng quang hoặc dẫn lưu bàng quang trên xương mu, đặt dẫn lưu khoang ngoài phúc mạc.

– Đánh giá thật cẩn thận bệnh nhân để không bỏ sót 1 thương tổn nào. Vỡ bàng quang là 1 chỉ định để mở rộng bụng thăm dò.

BỤNG NGOẠI KHOA CẤP TÍNH

Đau bụng là dấu hiệu làm cho bệnh nhân chú ý và đi khám bệnh, do đó phải khai thác kỹ càng dấu hiệu này vì từ đau bụng mà có thể hướng tới chẩn đoán.

Những tính chất sau đây cần xác định:

- * Sự xuất hiện của đau: đau xuất hiện đột ngột, dữ dội (thủng dạ dày hay tá tràng) hay từ từ tăng dần lên.
- * Vị trí ban đầu của đau: những vị trí thường gặp như: hố chậu phải (viêm ruột thừa), trên rốn (dạ dày, tá tràng) dưới bờ sườn phải (túi mật). Đau quanh rốn hay đau hố chậu trái thường là đau không đặc hiệu.
- * Đau liên tục hay đau từng cơn: trong tắc ruột, đau từng cơn dội lên sau đó giảm đi.
- * Những dấu hiệu kèm theo đau: sốt (viêm ruột thừa, viêm túi mật) nôn (viêm ruột thừa, tắc ruột), bí trung đại tiện (tắc ruột).
- * Hướng lan truyền: đau phía sau lưng lan xuống dưới (sỏi niệu quản) lan lên vai (gan, túi mật).

Từ dấu hiệu đau bụng đã có thể có hướng chẩn đoán sơ bộ, khám bụng sẽ làm rõ thêm.

- * Nhìn: bụng chướng (tắc ruột) hay xẹp (tắc ruột rất cao) có thấy quai ruột nổi hay không (tắc ruột cơ năng hay cơ giới). Bụng chướng đều hay chướng lệch (xoắn đại tràng sigma)
- * Gõ: gõ bụng trong (hơi) hay đục (có dịch trong ổ bụng)
- * Khám: có u hay không: u hố chậu phải do ung thư đại tràng, dưới sườn phải (túi mật căng do sỏi ống mật chủ hay viêm túi mật), u trên xương mu dưới rốn (bàng quang căng hay u nang buồng trứng).

Thành bụng có phản ứng không: hố chậu phải (viêm ruột thừa), dưới sườn phải (viêm túi mật)

Cảm ứng phúc mạc: đây là dấu hiệu rất quan trọng, một khi có dấu hiệu này có nghĩa là viêm phúc mạc và phải mổ. Thường bụng hơi chướng, khi đặt tay vào bụng ấn nhẹ người bệnh cảm thấy đau tức bụng nhưng khi đột ngột nhấn tay lên sẽ làm cho người bệnh thấy đau hơn.

Kích thích thành bụng: véo hay búng vào thành bụng để tìm dấu hiệu rắn bò tức là nhìn rõ quai ruột dần có nhu động hẳn lên thành bụng (tắc ruột).

Nghe: đây là động tác thường hay bỏ qua của các nhà ngoại khoa: bình thường chỉ có tiếng óc ách nhẹ, nhưng trong tắc ruột tiếng óc ách tăng lên dữ dội, nhất là giai đoạn đầu, ngược lại bụng im lặng bất thường trong viêm phúc mạc hay tắc ruột cơ năng.

Không được quên khám những phần sau:

- Thề lưỡi xem bình thường hay trắng (viêm đường tiêu hoá, hay gặp nhất là viêm ruột thừa).
- Lỗ thoát vị (bẹn hay đùi)
- Trực tràng hay âm đạo: có đầy, căng, đau không (viêm phúc mạc, có máu trong bụng) hay rỗng (tắc ruột).

1. Tắc ruột

Có 2 loại tắc ruột

Tắc ruột cơ năng tức là ruột mất nhu động, giãn to, ứ dịch, thường là dấu hiệu của một bệnh khác và không mổ.

Tắc ruột cơ giới tức là có nguyên nhân cụ thể gây tắc hẹp lòng ruột làm cho phía trên chỗ tắc thì ruột giãn to, phía dưới chỗ tắc thì ruột xẹp. Nhiều nguyên nhân gây tắc như trong lòng ruột (bã thức ăn, giun) thành ruột (ung thư) bên ngoài đè vào (u) xoắn hay dính ruột (gấp khúc). Đây là loại tắc ruột cần phải can thiệp ngoại khoa.

Để phân biệt giữa 2 loại tắc ruột, chụp bụng không chuẩn bị trong tư thế đứng sẽ thấy: có mức nước và hơi trong ruột khi tắc cơ giới, chỉ thấy toàn bộ ruột giãn to mà không có mức nước trong tắc ruột cơ năng.

*** Ba dấu hiệu cơ năng chính trong tắc ruột cơ giới:**

- Đau: dấu hiệu đầu tiên. Đau từng cơn, thường đau giữa bụng sau đó dẹt đi, nhiều cơn trong ngày.
- Nôn: dấu hiệu thứ 2 kèm theo đau. Mỗi khi đau, bệnh nhân lại nôn thì thấy dễ chịu. Chất nôn là dịch tiêu hoá sau khi đã nôn hết thức ăn trong dạ dày.

Nếu tắc cao (hở tràng) sẽ nôn ra nước vàng xanh, đắng (mật), và rất sớm nhưng nếu tắc thấp (đại tràng) sẽ nôn muộn. Cần nhớ khi dịch ứ lại trong đường tiêu hoá lâu sẽ lên men nên có mùi thối và dịch đen, vẫn quen gọi là "nôn ra phân".

Bí trung đại tiện: dấu hiệu thứ 3. Thông thường người ta không chú ý đến trung tiện (dánh dấm) nhưng khi tắc ruột, vì chướng bụng nên người bệnh rất mong có trung tiện vì thế lúc hỏi họ có thể nói ngay bí trung tiện từ lúc nào. Nếu tắc cao, có thể những giờ đầu vẫn trung tiện và đại tiện, còn tắc thấp thì bí ngay.

*** Những dấu hiệu thực thể:**

- Khám bụng: thông thường bụng chướng, gõ trong do các quai ruột non giãn, chứa hơi. Bụng chướng đều. Song khi tắc ruột cao, bụng không chướng, có khi lại xẹp hẳn vì tất cả đoạn ruột dưới chỗ tắc không có gì mà chướng.

Dấu hiệu quai ruột nổi: nhìn nghiêng thấy trên bụng hẳn các quai ruột giãn, nhưng quan trọng hơn và giá trị hơn là:

Dấu hiệu rắn bò: trong cơn đau hoặc khi kích thích thành bụng sẽ thấy rõ nhu động của quai ruột. Đây là dấu hiệu chắc chắn của tắc ruột cơ giới.

Cần chú ý: ở người già yếu thành bụng mỏng, có khi nhìn rõ quai ruột hẳn trên thành bụng, khi bụng hay véo cũng thấy có nhu động nhưng đây không phải là rắn bò (rắn bò giả). Rắn bò thật là phải kèm thêm đau. Chớ có lầm mà đem đi mổ.

U trong bụng: hay gặp nhất là u mạng sườn phải hay hố chậu phải (u đại tràng phải).

Sẹo mổ trên bụng: ruột dính do lần mổ trước. Sẹo vùng dưới rốn hay gây tắc ruột (sẹo vùng trên rốn khó tắc ruột vì là tầng trên của mạc treo đại tràng ngang, nơi không có ruột).

- Khám các lỗ có thoát vị: rất hay quên do không chịu kéo tụt hẳn quần xuống, khi đã bộc lộ chỉ cần nhìn là đã phát hiện thoát vị rồi (thoát vị bẹn ở nam giới, thoát vị đùi ở nữ giới).

Khám trực tràng: thường hay quên do ngại. Thò ngón tay trong trực tràng để tìm: bóng trực tràng có rỗng không, có u không. U trong trực tràng rất hay gặp ở người có tuổi, nhất là khi hỏi người bệnh lại nói có trĩ.

- Khám toàn thân:

Do nôn (nhất là tắc ruột cao) nên tình trạng mất dịch và điện giải sẽ xuất hiện sớm hay muộn: người bệnh lơ mơ, các tĩnh mạch xẹp, huyết áp không cao và kẹt.

Một khi có sốt kèm theo thì tiên lượng sẽ nặng.

* Cận lâm sàng

Hai khám nghiệm chính:

Chụp X quang bụng tư thế đứng để tìm mức nước và hơi (có khi thấy ruột trên lồng ngực do thoát vị cơ hoành nghẹt).

Xét nghiệm: Hématocrit, điện giải, urê

* Xử trí:

- Trước hết là hồi sức rồi mới mổ: bù dịch bằng đường tĩnh mạch (HTM dạng trướng, Ringer lactat), đặt ống thông dạ dày để hút dịch ứ đọng và nếu có điều kiện đặt ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu.

- Mổ: đường mổ thường dùng là đường giữa trên và dưới rốn.

Tuỳ theo nguyên nhân mà có cách xử trí tương ứng: gỡ dính lấy bã thức ăn hay giun, cắt ruột, hậu môn nhân tạo...

Nhưng trước hết là phải thăm dò để xác định nơi tắc: khi có tắc thì đoạn dưới sẽ xẹp, lúc mở bụng chỉ thấy các quai ruột phồng, làm sao tìm được nơi tắc. Trước hết kéo mạc nối lớn ra ngoài để tìm đại tràng ngang: nếu phồng có nghĩa là tắc bên đại tràng trái hay trực tràng (nguyên nhân thường thấy là ung thư đại tràng trái), nếu xẹp thường là u đại tràng phải (góc gan, đại tràng lên...). Nếu không thấy u vùng đó thì tìm góc hồi manh tràng: góc này xẹp có nghĩa tắc ở ruột non. Từ hồi tràng tìm dần lên sẽ thấy.

Cần nhớ: tắc ruột tuy là một cấp cứu nhưng không nhất thiết phải mổ ngay. tốt nhất là hồi sức trước (có thể vài giờ), hồi sức tốt, bụng xẹp đi, toàn trạng tốt lên, mổ càng dễ, mặt khác nếu thấy quá khả năng thì chuyển (trong khi chuyển vẫn hồi sức).

2. Viêm phúc mạc

Viêm phúc mạc là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây ra, làm cho trong bụng có mủ, bắt buộc phải làm sạch mủ và điều trị nguyên nhân.

Những nguyên nhân thường gặp là: viêm ruột thừa vỡ, thủng ổ loét dạ dày tá tràng, viêm túi mật hoại tử, viêm ruột hoại tử, viêm phần phụ vỡ, thủng (vỡ ruột) trong tắc ruột...

*** Dấu hiệu của viêm phúc mạc là**

Đau khắp bụng, sốt, bụng chướng, bí trung đại tiện, thăm trực tràng đau. Nhưng đặc hiệu là cảm ứng phúc mạc.

Phải hỏi quá trình bệnh để biết được nguyên nhân là gì, thông thường có những bệnh cảnh sau:

Đau dữ dội, đột ngột vùng mũi ức hay trên rốn, không kèm với sốt: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng.

Đau hố chậu phải kèm sốt, khoảng nửa ngày trở lên rồi đau lan sang trái: viêm ruột thừa vỡ.

Đau dưới sườn phải, sốt, phản ứng rõ dưới sườn phải, trong tiền sử có thể thấy đã đau vài lần: viêm túi mật hoại tử.

Đau bụng dưới, ra khí hư, sốt cao, thăm âm đạo rất đau và khí hư theo tay: viêm phần phụ vỡ.

Khi nghi ngờ chụp X quang bụng hoặc làm siêu âm sẽ dễ dàng hơn cho chẩn đoán: liềm hơi trong thủng dạ dày, sỏi trong viêm túi mật...

*** Xử trí**

Truyền dịch: HTM, Ringer lactat.

Kháng sinh: phối hợp cả ái khí lẫn yếm khí (TD: ampicilin 2g/6 giờ TM, gentamycin 5mg/kg/ngày, metronidazol 500mg TM/8 giờ).

Hút dạ dày:

Tuỳ theo nguyên nhân mà chọn đường mổ thích hợp và giải quyết

Bao giờ cũng phải làm sạch ổ bụng: hút hết mủ (chú ý 3 nơi: ổ lách, vòm trên gan, túi cùng Douglas) sau đó rửa sạch bằng HTM ấm (có thể pha thêm Bétadin).

Một khi đảm bảo có thể không cần dẫn lưu

Không nên khâu thành bụng làm nhiều lớp (dễ nhiễm trùng) mà khi cần có thể khâu 1 lớp, chỉ không tiêu, cắt chỉ sau 2 tuần.

3. Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng

Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là 1 trong 3 biến chứng của loét (thủng, chảy máu, hẹp môn vị). đôi khi thủng còn do ung thư dạ dày.

* Dấu hiệu của thủng ổ loét.

Đau dữ dội đột ngột vùng trên rốn hay mũi ức, sau lan xuống hố chậu phải (do dịch dạ dày chảy dọc theo mạc treo đại tràng ngang sang rãnh đại tràng phải).

Bụng cứng toàn bộ nhất là ở người trẻ, nhìn rõ các thớ cơ bụng nổi lên, khi khám thấy bụng cứng, không di động theo nhịp thở.

Gõ vùng gan có thể mất đục.

Chụp X quang bụng: thường là thấy liềm hơn dưới vòm hoành phải.

Cần chú ý có thể nhầm với viêm ruột thừa hoặc viêm tụy cấp (đau vùng lưng, amylase máu tăng).

* Xử trí

Cần mổ ngay, càng sớm càng tốt do tác dụng của dịch vị đối với phúc mạc và nhiễm trùng.

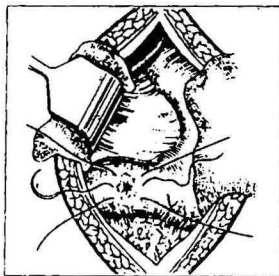
Mục đích là khâu lỗ thủng, rửa sạch ổ bụng.

Đặt ống thông dạ dày, hút

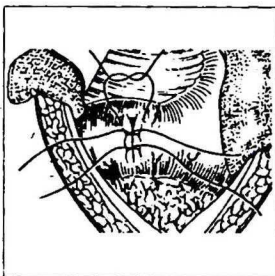
Dùng kháng sinh trước mổ nếu thủng đã quá 6 giờ.

Mở đường giữa trên rốn. Rửa và lau sạch toàn bộ ổ bụng với huyết thanh mặn 9‰ ấm. Khi bệnh nhân đến muộn, thường có rất nhiều giả mạc và nhiều ổ áp xe, nên phải kiểm tra để phá bỏ các ổ này, lấy giả mạc và làm sạch bụng.

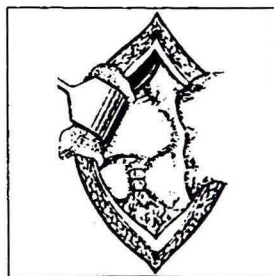
Khâu ổ loét thủng bằng chỉ không tiêu 2/0, khâu ngang. (H.7.4; H.7.5) Phủ mạc nối lớn lên trên, buộc lại (H.7.6).



Hình 7.4



Hình 7.5



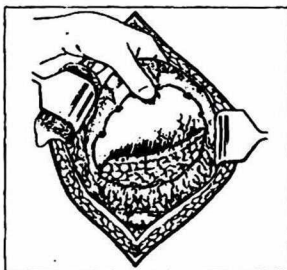
Hình 7.6

Chú ý

Có khi không tìm thấy ổ loét thủng ở mặt trước, phải mở hậu cung mạc nối để tìm ổ loét mặt sau (H.7.2; H.7.3; H.7.7)



Hình 7.2



Hình 7.3



Hình 7.4

Khi khâu phải đánh giá có hẹp môn vị không, ở người đã hẹp môn vị thì bắt buộc phải mở thông dạ dày - hồng tràng sau khi khâu nếu như không có khả năng cắt dạ dày. Kiểm tra độ thông sau khi khâu bằng cách nắn qua môn vị bằng ngón cái và ngón trỏ hoặc bóp dạ dày xem hơi có qua môn vị được không.

Khi ổ loét thủng quá to và/hoặc bờ xung quang xơ cứng, nguy cơ bục sau khâu là rất lớn, lúc này không nên cố khâu mà đặt 1 ống thông to qua lỗ thủng vào dạ dày, lấy mạc nối lớn cuốn xung quanh rồi đưa ra qua thành bụng (phương pháp Newmann).

Sau khi khâu xong, trong những ngày đầu sau mổ cần bắt đầu điều trị nội khoa chống *Helicobacter pylori*.

4. Viêm ruột thừa

Viêm ruột thừa nếu không được mổ sẽ dẫn đến viêm phúc mạc, đám quánh ruột thừa hoặc áp xe ruột thừa. Hai biến chứng sau là cấp cứu trì hoãn.

* Dấu hiệu của viêm ruột thừa

Diễn hình của dấu hiệu viêm ruột thừa: đau hố chậu phải, nôn, sốt, phản ứng thành bụng. Sau khoảng 24 giờ sẽ vỡ, trong thời gian này có lúc không đau làm cho cả bệnh nhân và thầy thuốc tưởng lầm là đã khỏi, cũng có khi viêm phúc mạc tức thời hoặc muộn hơn 1 ngày (ở trẻ con rất chóng viêm phúc mạc, ở phụ nữ mang thai cũng vậy). Người già thường dấu hiệu nhiễm trùng (sốt) không rõ, thành bụng cũng mềm không có phản ứng nhưng thường lưỡi bao giờ cũng bẩn (trắng).

Nếu không được xử trí kịp thời sẽ biến chứng

*** Viêm phúc mạc**

Đây là biến chứng nặng nề trước mắt và lâu dài là tắc ruột do dính không biết tương lai ra sao.

Một khi chẩn đoán là viêm phúc mạc (đau khắp bụng nhất là bụng dưới) thì phải mổ ngay: ngoài việc cắt được ruột thừa, phải lau rửa ổ bụng cho sạch. Tốt nhất là dùng đường mổ dưới rốn ở giữa để có thể dễ dàng làm sạch ổ bụng mặt khác khi đóng 1 lớp cho dễ. Nếu như bảo đảm ổ bụng sạch thì có thể đóng kín, không dẫn lưu.

*** Áp xe ruột thừa:**

Bệnh nhân đến muộn, thường lại dùng kháng sinh nên khi khám sẽ thấy 1 khối ở hố chậu phải: đau, danh giới rõ, tròn, hỏi tiền sử có dấu hiệu của viêm ruột thừa một vài ngày trước.

Đây là biến chứng tri hoãn. Việc xử trí là rạch dẫn lưu ổ áp xe nhưng không làm thủng ổ phúc mạc còn lại, do đó đường rạch ngắn, sát ngoài mào chậu trước trên. Cần đặt 1 ống dẫn lưu. Cần chọc dò trước khi rạch (nếu có siêu âm thì lại càng tốt). Hẹn khoảng 4- 6 tháng sau đến cắt ruột thừa.

Cần chú ý:

Một khối áp xe ruột thừa nếu không trích kịp thời có thể gây vỡ vào ổ bụng thành viêm phúc mạc.

Áp xe ruột thừa có thể ở giữa bụng chứ không ở hố chậu phải. Lúc này dấu hiệu lâm sàng là: có tiền sử viêm ruột thừa, khám thấy 1 khối gần rốn, đau, bệnh nhân có dấu hiệu bán tắc ruột nhưng kèm sốt. Để tự nhiên chắc chắn sẽ vỡ vào ổ phúc mạc lớn do đó phải mổ: ngoài loại bỏ ổ áp xe do các quai ruột bọc lại, phải cắt bằng được ruột thừa.

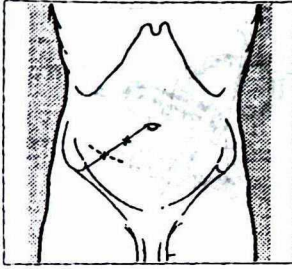
*** Đám quánh ruột thừa**

Do sức đề kháng của cơ thể, mạc nối lớn đến bao bọc ngay ruột thừa làm thành 1 khối ở hố chậu phải: rạch giới không rõ mà như một mảng cứng, đau khi ấn.

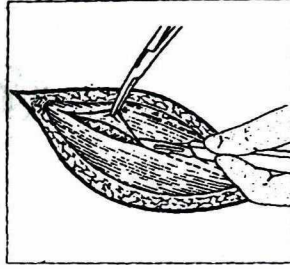
Không nên mổ lúc này vì rất dính mà phải hẹn khoảng 6 tháng sau đến cắt ruột thừa. Chú ý trong khi chờ đợi khối đám quánh có thể áp xe hoá, cần phải xử trí.

*** Cắt ruột thừa**

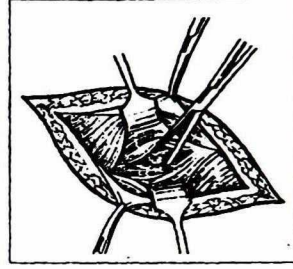
Đường rạch kinh điển là đường Mac Burney. (H.7.15, H.7.16, H.7.17) Đối với những người béo hoặc còn nghi ngờ, nên dùng đường bờ ngoài cơ thẳng to bên phải (rạch thẳng từ ngoài vào trong, khi cần mở rộng dễ dàng, lúc đóng 1 lớp thành bụng nhanh chóng).



Hình 7.15

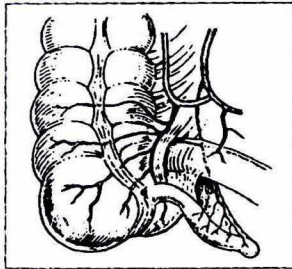


Hình 7.16

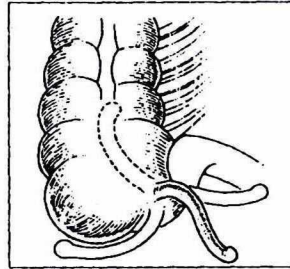


Hình 7.17

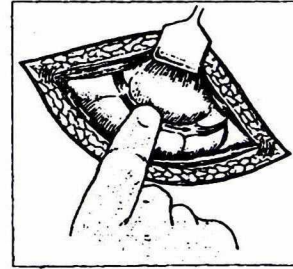
Tìm ruột thừa nơi 3 giải cơ dọc gấp nhau để chắc chắn đó là gốc (có khi cắt sót do 1 phần nằm dưới thanh mạc nên ít lâu sau lại viêm ruột thừa hoặc biến chứng ngay sau mổ) (H.7.18 - H.7.27), mạc treo ruột thừa phải khâu, buộc rất dễ tuột.



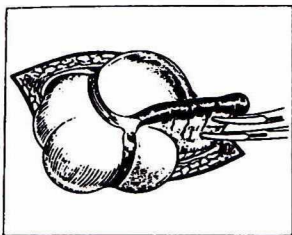
Hình 7.18



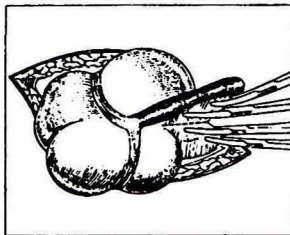
Hình 7.19



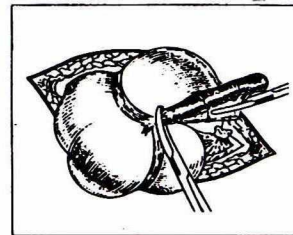
Hình 7.20



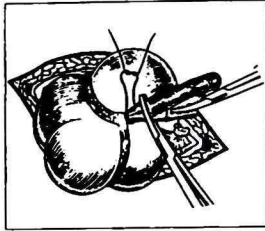
Hình 7.21



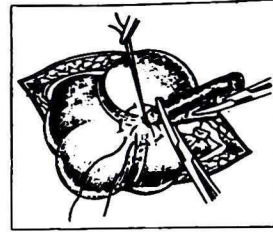
Hình 7.22



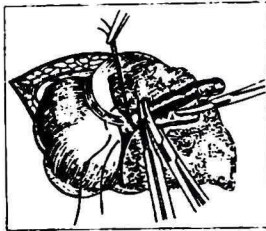
Hình 7.23



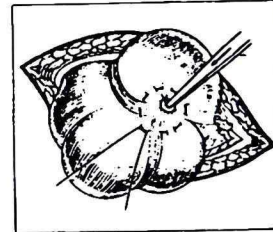
Hình 7.24



Hình 7.25



Hình 7.26



Hình 7.27

Có thể không khâu túi gốc ruột thừa để vùi mà chỉ thắt thôi. Khi có nhiều mủ trong bụng, sau khi làm sạch, nên khâu 1 lớp thành bụng.

Chú ý

Ở người già, viêm ruột thừa có khi biểu hiện bằng thể tắc ruột hoặc thể u ngĩnh là sờ thấy 1 khối u vùng hố chậu phải. Khó có thể chắc chắn đây là u đại tràng hay là viêm ruột thừa.

Ở phụ nữ có mang vị trí đau không còn ở hố chậu phải mà cao hơn do tử cung to, thành bụng cũng không còn sát với ruột thừa nữa nên khó có phản ứng thành bụng. Nếu để muộn sẽ thành viêm phúc mạc (nguy hiểm cho cả mẹ lẫn thai nhi) và không bao giờ thấy áp xe hay đám quánh.

5. Viêm túi mật

Có 2 loại viêm túi mật: loại có sỏi và loại không có sỏi

Trước đây do không có siêu âm và nội soi đường tiêu hoá nên phần lớn chẩn đoán là đau dạ dày, nay thì trong cấp cứu rất hay gặp viêm túi mật cấp, đòi hỏi phải mổ cắt túi mật, nếu như chưa hoại tử có thể trị hoãn bằng dùng kháng sinh để chuyển bệnh nhân đi.

* Dấu hiệu viêm túi mật

– Đau vùng dưới bờ sườn phải, có thể đau sau bữa ăn nên dễ nhầm với loét dạ dày - tá tràng.

- Sốt: vài ngày
- Thường không có vàng da (hay nước tiểu đậm - xẫm màu) nhưng khi kèm theo sỏi ống mật chủ hoặc sỏi ở phần cổ túi mật chèn vào ống gan phải thì sẽ vàng da.
- Khám bụng thấy 1 khối tròn, căng dưới bờ sườn phải, có khi thông xuống hố chậu phải, nhưng nếu phản ứng thành bụng mạnh thì rất khó sờ thấy (chỉ sau khi gây mê mới thấy).
- Ngày nay với siêu âm, việc chẩn đoán rất đơn giản và dễ dàng nhìn thấy sỏi, độ dày thành túi mật, độ trong của dịch mật nhất là các đường mật có bình thường hay giãn (sỏi ống mật chủ).
- Xét nghiệm Bilirubin để biết có ứ mật không.

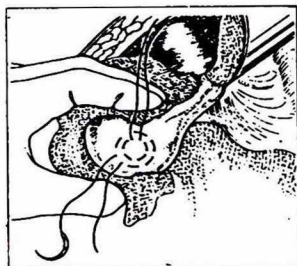
Viêm túi mật có thể diễn biến thành nhiều đợt, nhưng có khi hoại tử gây viêm phúc mạc mật.

* Xử trí

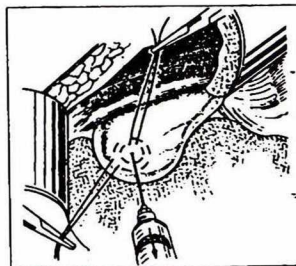
Khi có đủ khả năng thì cắt túi mật (ngược giồng hay xuôi giồng tùy theo từng người) còn không thì chỉ dẫn lưu túi mật. Có thể rạch da chéo dưới bờ sườn phải, có thể mở đường giữa trên rốn. Khâu túi ở đáy túi mật bằng chỉ tự tiêu 2/0.

Hút bớt dịch mật bên trong rồi mở 1 lỗ nhỏ, qua đó hút sạch mật và lấy sỏi. Dùng gạc chèn xung quanh túi mật trước khi chọc hút và mở túi mật tránh dịch mật trào ra ổ bụng.

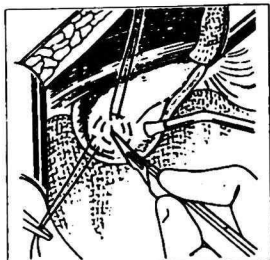
Đưa 1 ống thông Foley qua 1 lỗ ở thành bụng (gần túi mật nhất) để đặt vào trong lòng túi mật - thắt sợi khâu túi lại và khâu thêm túi nữa để vùi sỏi trước. Bơm bóng ống thông Foley. Khâu cố định vài mũi chỉ rời giữa túi mật với thành bụng (phúc mạc) xung quang ống thông. Cố định ống thông với da thành bụng. Đóng bụng - chuyển bệnh nhân đi để cắt túi mật về sau, nếu không khoảng 1 tuần sau mổ bắt đầu cặp thở ống thông, nếu bệnh nhân không đau, không sốt thì cặp hẳn rồi rút bỏ sau vài ngày (H.7.8 – H.7.14).



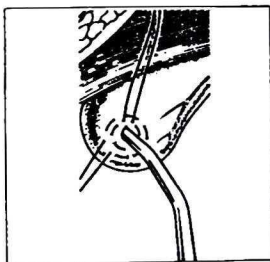
Hình 7.8



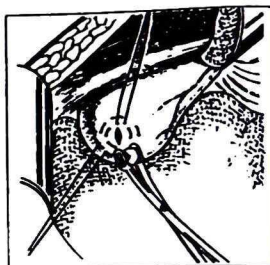
Hình 7.9



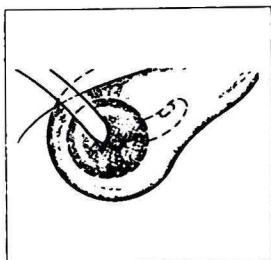
Hình 7.10



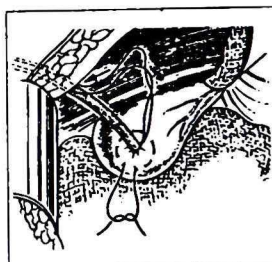
Hình 7.11



Hình 7.12



Hình 7.8



Hình 7.9

6. Chửa ngoài dạ con vỡ

Mặc dầu là sản phụ nhưng chửa ngoài dạ con vỡ là một cấp cứu và sản phụ thường vào khoa ngoại

* Dấu hiệu của chửa ngoài dạ con vỡ

- Chậm kinh
- Đau bụng dưới
- Ra huyết, máu này không giống như kì kinh mà màu đỏ xẫm hơn.
- Thăm âm đạo: túi cùng Douglas đau, phồng, máu theo tay, cổ tử cung mềm.
- Khám bụng: có cảm ứng phúc mạc do máu tràn vào ổ bụng
- Toàn thân: xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp giảm.

* Xử trí

Cần mổ ngay, có khi lên bàn mổ, huyết áp xuống thấp nhưng một khi đã cầm được máu thì huyết áp sẽ trở lại bình thường.

Mở đường giữa dưới rốn. Trong bụng nhiều máu khó nhìn thấy tử cung và 2 vòi trứng, khi cần chỉ nắm lấy tử cung kéo lên rồi lần từng bên vòi trứng để tìm

chỗ vỡ. Cắt sát vôi trứng và khâu buột. Sau đó mới làm sạch máu trong bụng. Đóng kín bụng.

Cần khâu vùi móm cắt để tránh dính ruột.

7. Nôn ra máu - Ỉa phân đen

Nôn ra máu, ỉa phân đen là do chảy máu từ đường tiêu hoá trên, đây là một cấp cứu rất hay gặp. Nguyên nhân có thể do 3 bệnh chính:

- + Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng
- + Vỡ tĩnh mạch thực quản - tâm vị do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- + Chảy máu đường mật

*** Dấu hiệu**

Nôn ra máu màu đỏ, sau đó sẽ ỉa phân đen... tùy theo nguyên nhân mà có các dấu hiệu khác.

- Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng: ngoài tiền sử đau bụng theo chu kỳ, có khi còn có một vài lần đã chảy máu như vậy. Khám bụng không phát hiện được gì. Toàn thân là tình trạng thiếu máu, huyết áp có thể thấp, mạch nhanh.

Soi dạ dày ống soi mềm là biện pháp chẩn đoán nhanh nhất, chính xác nhất.

- Chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Chảy máu đột ngột, dữ dội, máu đỏ tươi

Lách to (nhưng khi chảy máu lách có thể nhỏ lại)

Bụng có tuần hoàn bàng hệ và có dịch trong bụng. Gõ vùng gan thấy trong hay vùng đục nhỏ lại (gan xơ teo)

Soi thực quản sẽ thấy các tĩnh mạch dưới niêm mạc phồng to, ngoằn ngoèo, có khi thấy đang phun máu.

- Chảy máu đường mật.

Chảy máu (nôn hoặc ỉa phân đen) kèm sốt.

Đau vùng dưới bờ sườn phải.

Vàng da

Siêu âm gan có thể thấy ổ áp xe gan, đường mật giãn có sỏi, hình ảnh giun trong đường mật hoặc máu cục.

*** Xử trí**

Tùy theo nguyên nhân mà có cách xử trí khác nhau.

- Đối với ổ loét chảy máu, trước hết là điều trị nội khoa bằng thuốc cimétidin 40 - 800 mg TM hoặc Ranitidin 150mg atropin hay Baralgin. Maalox.

Rửa dạ dày bằng nước lạnh. Nếu không kết quả mới phải can thiệp: tiêm xo qua nội soi hoặc mổ. Nếu không có khả năng cắt dạ dày thì khâu cầm máu ổ loét (mở dạ dày tìm ổ loét rồi khâu).

– Đối với chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa: dùng thuốc gây giảm áp lực tĩnh mạch cửa (vasoprenin 20 đơn vị pha trong 200ml glucose 5% tiêm TM trong 15 - 20 phút hoặc somatostatin 250mg/h truyền trong 24 giờ).

Dùng ống thông có bóng chèn thực quản - tâm vị.

Cầm máu qua nội soi

Nếu không có điều kiện thì phải chuyển bệnh nhân đi để có khi phải mổ mới cầm máu được.

– Đối với chảy máu đường mật: đây là một phẫu thuật phức tạp nên chuyển đi, trước khi chuyển dùng kháng sinh.

8. Viêm tụy cấp

Là một cấp cứu hay gặp, việc chẩn đoán nhiều khi khó xác định nên dễ dẫn đến hậu quả không mong muốn. Trên nguyên tắc là điều trị bảo tồn.

*** Dấu hiệu:**

Đau dữ dội, một trong những bệnh gây đau nhất, đau phía sau lưng và vùng trên rốn, lan lên vai và ngực.

Nôn và buồn nôn

Có khi bí trung đại tiện.

Toàn trạng kích thích, vật vã, có khi choáng.

Bụng chướng, có phản ứng trên rốn.

Điểm sườn lưng đau

Nếu thử được amylase máu sẽ thấy tăng rõ rệt

Siêu âm sẽ thấy toàn bộ tụy to, có lớp dịch quanh tụy (thường khó thăm dò vì bụng chướng hơi). Có khi thấy sỏi mật (túi mật, đường mật).

Cần phân biệt với thủng dạ dày, tắc ruột, viêm túi mật cấp (viêm tụy cấp thường có bệnh cảnh gần giống các bệnh trên).

*** Xử trí**

Diễn biến của viêm tụy cấp khó tiên lượng, cần phải theo dõi sát để biết có biến chứng không: suy hô hấp, suy thận, suy tuần hoàn hoặc tại tụy như: hoại tử, áp xe, nang giả

– Điều trị bảo tồn bao gồm:

Giảm đau: loại thuốc không có Morphin

Chống suy thận cấp.

Chống choáng: bù khối lượng tuần hoàn là chính.

Giảm bài tiết dịch tụy: somatostatin, atropin.

– Chỉ mổ khi có biến chứng, và là loại mổ khó cần có người kinh nghiệm.

9. Xoắn ruột

Có nhiều loại xoắn, hay gặp nhất là xoắn ruột non và xoắn đại tràng sigma.

Xoắn ruột non nếu ở trẻ em thường là xoắn do một búi dun dừa, nếu ở người lớn thường là xoắn do dính sau mổ (cắt ruột thừa, cắt vòi trứng). Xoắn đại tràng sigma là do đại tràng này dài, mạc treo dài.

* Dấu hiệu của xoắn ruột nói chung:

Tuỳ theo biểu hiện cấp tính hay mạn tính

Đau bụng: đột ngột, dữ dội, có khi ngắt.

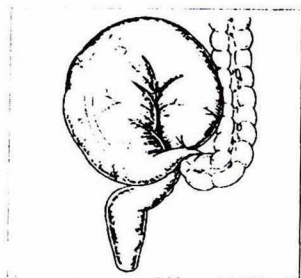
Vị trí đau ở ngay chân của đoạn xoắn (sau cắt ruột thừa: ở hố chậu phải, xoắn đại tràng sigma ở hố chậu trái)

Dấu hiệu của tắc ruột, nôn, bí trung đại tiện.

Toàn thân: có dấu hiệu choáng (da xanh, và mồ hôi, huyết áp thấp, mạch nhanh)

Khám bụng: bụng chướng, quai ruột nổi, có khi thấy cả 1 quai ruột hẳn trên thành bụng.

Chụp X quang bụng không chuẩn bị: chỉ có một vài mức nước - hơi điển hình là một mức rất to khi xoắn sigma. (H.7.33, H.7.34)



Hình 7.33



Hình 7.34

* Xử trí:

Đối với xoắn đại tràng sigma đến trước 3 giờ có thể điều trị bảo tồn bằng cách đưa 1 ống thông to bằng ngón tay vào trực tràng rồi nhẹ nhàng, lùa qua chỗ xoắn để lên đại tràng sigma, không được mạnh tay có thể gây thủng. Một khi qua được chỗ xoắn, sẽ trào qua ống thông vừa hơi vừa nước phân.

Mô được chỉ định trong hầu hết những trường hợp khác: bao giờ cũng phải chuẩn bị để cắt ruột nên là một phẫu thuật nặng (tình trạng toàn thân) và phức tạp (tay nghề).

10. Lồng ruột

Có 2 loại lồng ruột: lồng ruột cấp tính thường ở trẻ nhũ nhi và lồng ruột mạn tính ở người lớn. Cả 2 loại đều thấy đoạn ruột nọ chui vào đoạn ruột kia (H) nhưng ở trẻ con phải can thiệp ngay còn người lớn thì trì hoãn.

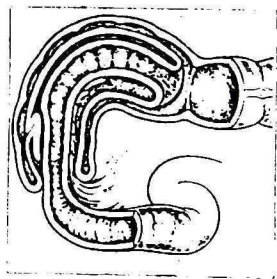
* Dấu hiệu

- Đau bụng đột ngột: trẻ đang bình yên, tự nhiên khóc thét, nôn, sau đó lại có thể ngủ hay bú như thường, khoảng 30 phút sau lại lên cơn, nôn vọt ra hết.
- Nôn: toàn ra sữa
- Ỉa ra máu: máu lẫn chất nhầy
- Khám bụng có thể thấy khối lồng (như một khối dài, nắn vào rất đau).
- Thăm trực tràng có máu

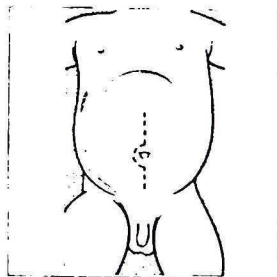
* Xử trí

Trước đây tất cả đều mổ tháo lồng: gây mê, mở bụng trên rốn, tìm khối lồng, nặn khối lồng ngược trở lại, cấm không được kéo khối lồng đến muộn, khi nặn rất dễ vỡ ruột.

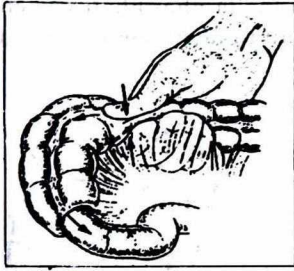
Ngày nay phần lớn đều tháo lồng bằng hơi với áp lực tháo dưới 10mmHg. Nếu tháo được trẻ ngủ yên, lại bú được. (H.7.28 - H.7.32)



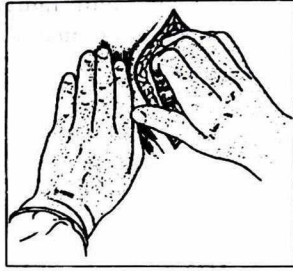
Hình 7.28



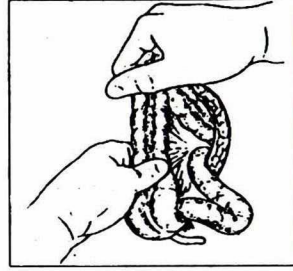
Hình 7.29



Hình 7.30



Hình 7.31



Hình 7.32

11. Thoát vị nghẹt

Có nhiều loại thoát vị (thoát vị bẹn, đùi, rốn, sau mổ) mỗi loại đều có thể gây nghẹt và phải xử trí cấp cứu. Thông thường hay gặp nhất là thoát vị bẹn và thoát vị đùi nghẹt.

* Dấu hiệu

– Có thể xảy ra đột ngột: từ trước không có thoát vị, nay sau một động tác mạnh như nhảy từ trên cao xuống, mang vác 1 vật nặng hoặc đã có thoát vị mọi khi xuống rồi lại lên, nay không lên được kèm theo đau (nếu không đau thì không phải nghẹt)

- Đau ngay cổ thoát vị
- Nôn
- Khối thoát vị căng. Cổ thoát vị ở trên cung đùi là thoát vị bẹn, còn ở dưới cung đùi là thoát vị đùi.

Nếu đến muộn: những dấu hiệu muộn của tắc ruột, có thể có cảm ứng phúc mạc do khối thoát vị hoại tử.

* Xử trí

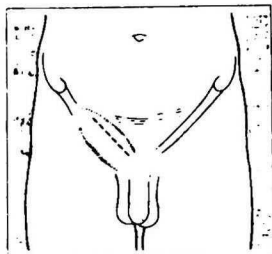
Khi thoát vị đã nghẹt phải xử trí càng sớm càng tốt để phòng hoại tử. Có khi dùng thuốc giảm đau, để nằm trên giường, khối thoát vị có thể tự lên được nhưng phải theo dõi về bụng xem có dấu hiệu hoại tử đoạn ruột không.

Gây tê tuỷ sống, gây tê tại chỗ hoặc gây mê để mổ.

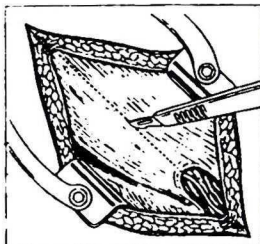
Mục đích chủ yếu nhằm giải phóng khối thoát vị nghẹt và khâu phục hồi thành bụng.

Khi giải phóng cổ thoát vị, cần kiểm tra kỹ xem ruột có hoại tử không (nếu vẫn còn hồng, nhu động và mạch đập rõ thì không sao, nhưng nếu nghi ngờ thì phải theo dõi, đắp huyết thanh ấm và chờ).

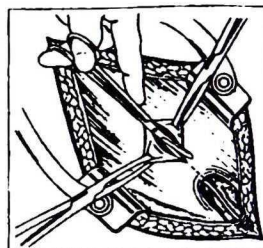
Khâu lại thành bụng có nhiều cách khâu: nguyên tắc là phải khâu vào chỗ còn chắc (gân kết hợp với cung đùi) và không được có máu tụ dễ nhiễm trùng, bụng chỗ khâu (H.8.1 - H.8.14)



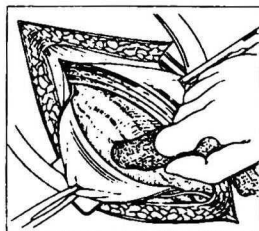
Hình 8.1



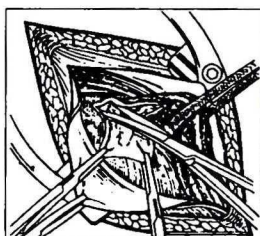
Hình 8.2



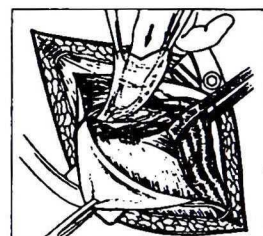
Hình 8.3



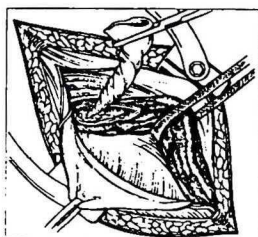
Hình 8.4



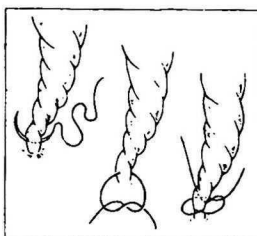
Hình 8.5



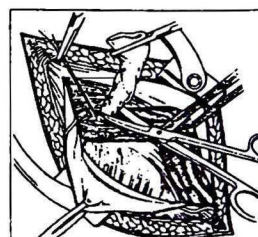
Hình 8.6



Hình 8.7



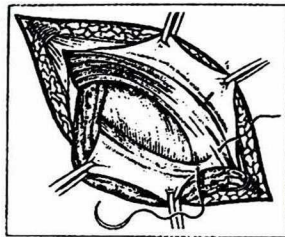
Hình 8.8



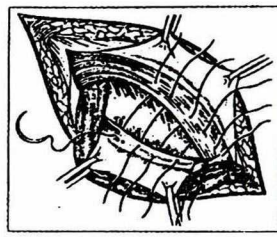
Hình 8.9



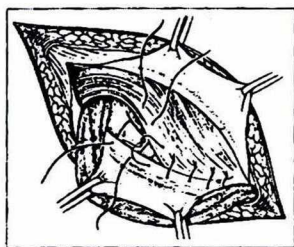
Hình 8.10



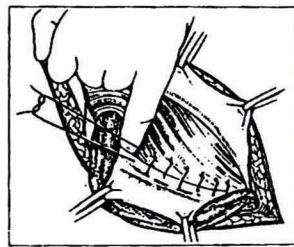
Hình 8.11



Hình 8.12



Hình 8.13



Hình 8.14

Ở trẻ con trong trường hợp không đủ khả năng mổ thì chỉ cần cắt đứt lỗ thoát vị để khỏi nghẹt rồi chuyển đến nơi có thể điều trị thực thụ

12. Choáng nhiễm trùng đường mật

Đây là biến chứng của sỏi đường mật (thường là một viên sỏi duy nhất nằm ở cuối đường dẫn mật), bệnh nhân vào cấp cứu vì những dấu hiệu:

- Hội chứng suy tuần hoàn: mạch nhanh, huyết áp hạ, chân tay lạnh, tím.
- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, có cơn sốt rét, mặt đỏ.
- Hội chứng tắc mật: mắt vàng, nước tiểu vàng xẫm (thường vẫn hay gọi là nước vối)

Diễn biến có thể đột ngột xuất hiện 3 hội chứng trên nhưng thường là trong tiền sử đã có lần có dấu hiệu tắc mật (đau, sốt, vàng da).

- Khám bụng thấy: căng, hạ sườn phải căng, phản ứng mạnh có thể sờ thấy gan to, túi mật căng to. Khi đã thấm mật vào ổ bụng sẽ thấy có cảm ứng phúc mạc.

* Xử trí

Là trường hợp nặng, tiên lượng xấu đòi hỏi phải hồi sức tốt và giải quyết nguyên nhân tắc mật thì mới mong cứu được

– Hồi sức: căn cứ vào 3 hội chứng trên mà xử trí. Đối với suy tuần hoàn, cần nâng huyết áp bằng truyền dịch và các thuốc tăng co bóp cơ tim (Dopamin) và thuốc co mạch (Adrenalin). Đối với hội chứng nhiễm trùng: phải dùng kháng sinh phổ rộng gram (-) và (+) và yếm khí. Đối với hội chứng tắc mật phải lấy viên sỏi và dẫn lưu đường mật.

Đặt ống thông dạ dày để hút.

Đặt ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu

Nếu có đủ khả năng: mở ống mật chủ, lấy sỏi và dẫn lưu Kehr, nhưng nếu không đủ khả năng hoặc bệnh nhân quá nặng thì chỉ gây tê tại chỗ dẫn lưu túi mật và chuyển di.

ĐƯỜNG TIỂU VÀ TẮNG SINH MÔN

1. Bí đái

Bí đái là một cấp cứu đòi hỏi phải xử trí

Nguyên nhân bí đái ở đàn ông thường là do chít hẹp niệu đạo (do bệnh hay do chấn thương), ở người có tuổi thường là do u xơ tiền liệt tuyến, ngoài ra còn do sỏi niệu đạo. Có khi bao quy đầu quá chít hẹp cũng gây bí đái.

*** Dấu hiệu**

Bệnh nhân kêu tức đái vì bàng quang căng, bứt rứt, bồn chồn không sao ngồi yên được.

Khám bụng thấy trên xương mu - dưới rốn căng phồng, ấn nhẹ rất đau, tức, gõ đặc. Cần chú ý có khi do đau quá mà chỉ ấn nhẹ vào bụng dưới (không vào vùng bàng quang căng) cũng gây đau, dễ nhầm với viêm phúc mạc hay cấp cứu bụng.

Chụp bụng có thể thấy viêm sỏi ở cổ bàng quang hay niệu đạo

Thăm trực tràng thấy tiền liệt tuyến to.

Hỏi tiền sử: chấn thương tầng sinh môn (ngã ngựa) hay bệnh hoa liễu.

*** Xử trí**

Ở trẻ con cũng có khi hay gặp bí đái, chườm ấm bụng hoặc cho nghe vòi nước chảy tự nhiên cháu có thể đái được.

Ở người lớn (hiếm khi là phụ nữ) phải thông đái, mở thông bàng quang. Thông đái chỉ là tạm thời vì không giải quyết nguyên nhân.

Nếu không làm xẹp bóng được trước khi rút thì bơm 3ml ête vào đường dẫn tới bóng, quả bóng sẽ vỡ rồi rút ống. Trước khi rút, bơm 30ml HTM vào bàng quang.

2. Thông đái ở đàn ông

Thông đái là một thủ thuật rất hay làm hàng ngày, nhưng cần phải hết sức thận trọng về mặt vô trùng vì đây là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm trùng.

Thông đái ở những người không có nguyên nhân chít hẹp niệu đạo là một thủ thuật dễ thực hiện chỉ cần 1 ống thông Nélaton, nhưng ở những người có chít hẹp phải hết sức đề chừng tránh chấn thương niệu đạo (chảy máu) nhất là nhầm đường (chọc thủng niệu đạo) gây hậu quả hết sức nghiêm trọng.

*** Kỹ thuật**

Cần giải thích để bệnh nhân yên tâm và cộng tác

Sát trùng vùng sinh dục, kéo bao quy đầu lên để sát trùng (nếu tốt hơn là rửa sạch vùng sinh dục bằng nước và xà phòng trước khi sát trùng).

Đi gang - Trải vải có lỗ

Chọn ống thông: dùng ống thông Nélaton (hay ống Foley) cỡ số 20 Fr. bôi dầu paraffin, nhẹ nhàng luồn qua miệng sáo vào niệu đạo cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra. Nếu là ống Foley, tiếp tục đẩy sâu ống thông vào trong cho tới gần hết ống rồi mới bơm bóng (cần thử bơm bóng trước khi thông). Bơm huyết thanh chứ không bơm không khí. Nhìn ở đầu ngoài ống để biết bóng có thể tích bao nhiêu. Rút nhẹ ống sau khi đã bơm.

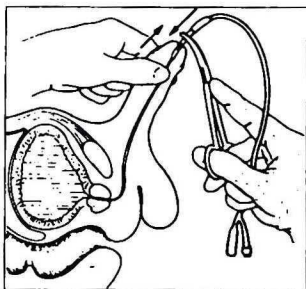
Nếu dùng ống Nélaton mà không thông được thì phải dùng loại ống gấp góc ở đầu (ống béquille) nhất là đối với những người có u xơ tiền liệt tuyến. Khi đẩy ống thông, luôn luôn hướng đầu cong của ống ở phía 12 giờ.

Nếu thấy chảy máu thì thôi không cố sẽ càng khó khăn hơn và có nguy cơ lạc đường và dễ nhiễm trùng.

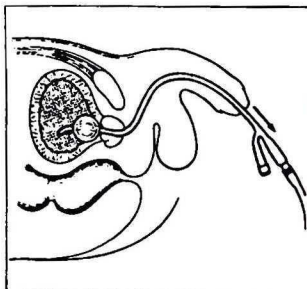
* Cố định ống thông

Nếu là ống Foley thì bơm căng bóng là đủ (có thể dán băng dính ở đuôi để dính ống thông).

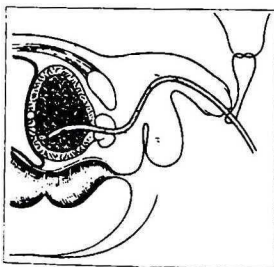
Nếu là ống Nélaton thì phải buộc chỉ vào ống ngay gần phía ngoài miệng sáo rồi lấy băng dính cuốn quanh dương vật để giữ sợi chỉ (H.9.1 - H.9.5).



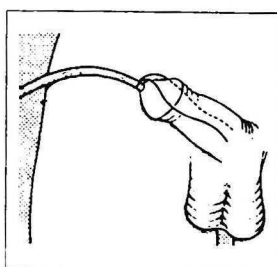
Hình 9.1



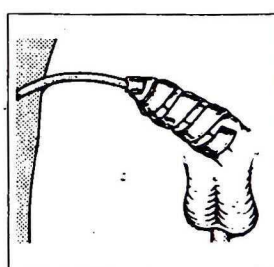
Hình 9.2



Hình 9.3



Hình 9.4



Hình 9.5

* Săn sóc sau thông đài

Nếu thông khó khăn cần dùng kháng sinh chống vi khuẩn gram (-) trong 3 ngày.

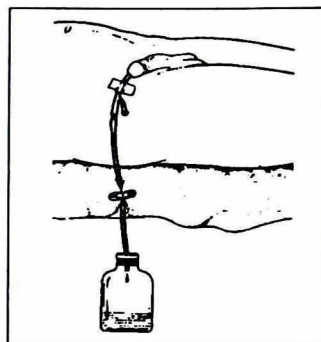
Nối ống thông với túi đựng nước tiểu vô trùng có van chống trào ngược, túi này bao giờ cũng để thấp hơn bàng quang, trong trường hợp phải di chuyển phải cấp lại để phòng trào ngược vào bàng quang.

Ống túi nước tiểu cố định trong tư thế dương vật quặt ngược lên trên sang 1 bên (H. 9.6) để đề phòng loét.

Thay ống thông khi tắc hay nhiễm trùng.

Đảm bảo đủ nước hàng ngày (uống hay truyền) để tránh hình thành sỏi.

Khi rút ống bơm vào khoảng 30ml huyết thanh rồi mới rút. Nhớ làm xẹp bóng.



Hình 9.6

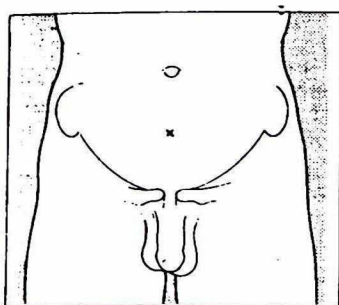
3. Chọc bàng quang trên xương mu

Khi thông đài bằng ống thông không được mà bàng quang thì căng to, bệnh nhân không chịu đựng được.

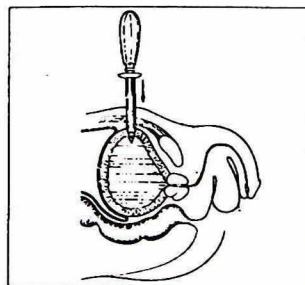
* Kỹ thuật

Xác định danh giới của cầu bàng quang: thường rất dễ vì bàng quang căng to, sờ thấy 1 khối căng tròn, đau, gõ đục.

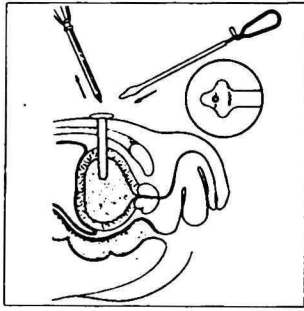
Sau khi sát trùng, giải vải mổ có lỗ. Gây tê trên xương mu 2cm. Dùng dao đầu nhọn trích 1 đường khoảng 1cm, lấy tro-ca chọc thẳng góc với mặt giường. Rút nòng ra rồi đưa 1 ống thông có hình quả khế ở đầu vào trong bàng quang. Rút tro-ca ra ngoài. Khâu cố định ống thông với da. (H.9.7 – H.9.10)



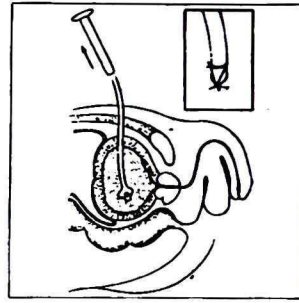
Hình 9.7



Hình 9.8



Hình 9.9



Hình 9.10

Khi không có tro-ca, có thể chỉ lấy kim tiêm to chọc như trên để hút hết nước tiểu rồi rút kim. Cách làm này chỉ tạm thời giải quyết để bệnh nhân đỡ đau sau đó chuyển đi, vì chọc lại bằng quang có nguy cơ thấm nước tiểu ra vùng trước và bên bàng quang gây biến chứng.

4. Dẫn lưu bàng quang

Mổ dẫn lưu bàng quang ngoài mục đích dẫn lưu nước tiểu còn nhằm mục đích có thể thăm dò bên trong bàng quang, tử trong có thể dễ dàng hơn đưa ống thông qua niệu đạo ra ngoài, đặt 1 ống thông đủ to, có bóng hay hình quả khế để tránh bị tuột. Trong trường hợp bàng quang không căng cũng vẫn dẫn lưu được.

* Kỹ thuật

Gây tê tại chỗ hay tuỷ sống

Rạch da trên xương mu 2cm theo đường giữa. Qua đường trắng đều lớp mỡ trước bàng quang. Vén phúc mạc lên trên tránh không làm rách. Nếu bàng quang căng thì dễ nhận định bằng mẫu hơi đỏ xẫm có các tĩnh mạch chạy dọc ở trên, nắn thấy căng. Tốt nhất là dùng kim chọc thăm dò hút ra có nước tiểu.

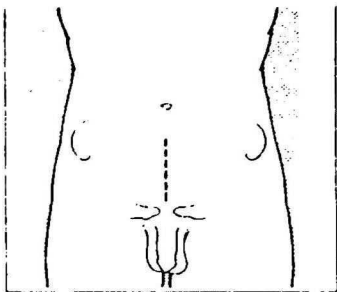
Khâu 2 sợi căng 2 bên. Chọc 1 lỗ hút nước tiểu.

Dùng ngón tay thăm dò bên trong (sỏi, u, lỗ niệu đạo...)

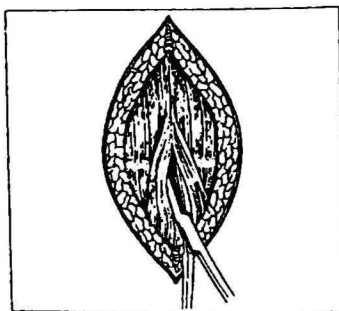
Khâu túi xung quanh lỗ mổ. Đặt 1 ống thông vào bàng quang (Foley, Pezzer).

Bơm bóng.

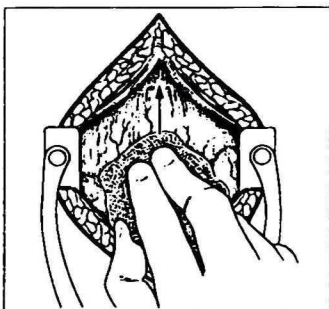
Cố định ống thông vào thành bụng (đường trắng). Đóng bụng và buộc ống thông với sợi khâu ở ngoài da. (H. 9.11 - H.9.20)



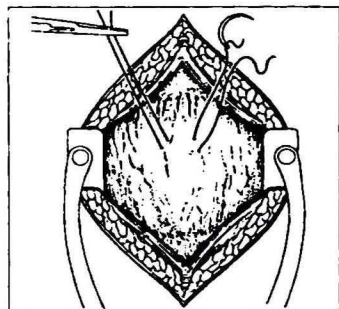
Hình 9.11



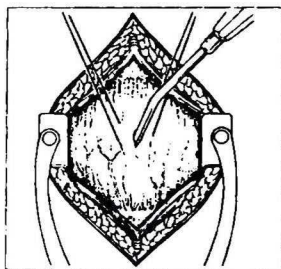
Hình 9.12



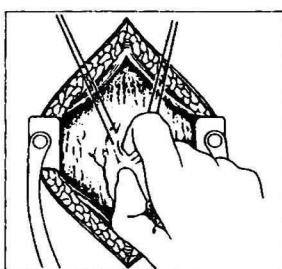
Hình 9.13



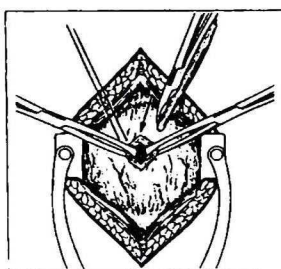
Hình 9.14



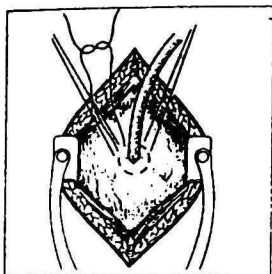
Hình 9.15



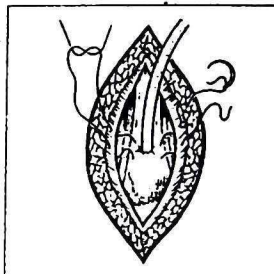
Hình 9.16



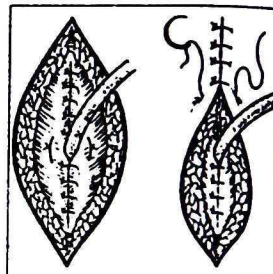
Hình 9.17



Hình 9.18



Hình 9.19



Hình 9.20

Nối ống với túi đựng nước tiểu.

Chú ý

Mở thông bàng quang là một thủ thuật tương đối đơn giản nhưng cần thận trọng để tránh mở nhầm vào ổ phúc mạc hoặc dẫn lưu bàng quang nhưng phúc mạc bị rách, nước tiểu có thể rò vào trong ổ bụng.

Khi bàng quang căng to, lỗ mở bàng quang không nên ngay sát xương mu, lúc bàng quang xẹp lỗ này tụt xuống dưới sau xương mu.

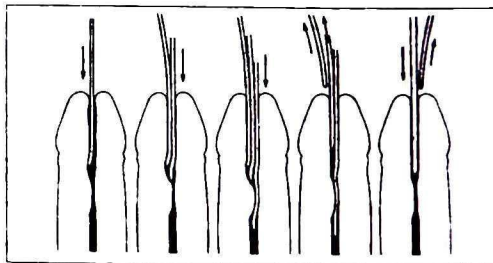
Khi dẫn lưu lâu dài (hàng tháng trở lên) không nên để nước tiểu chảy tự do ra túi vì như vậy sau một thời gian bàng quang co nhỏ lại, thể tích rất bé, lúc rút bỏ ống thông, suốt ngày bệnh nhân buồn đái. Phải cập ống lại, cách khoảng 4 - 6 giờ mở 1 lần.

5. Nong niệu đạo

Niệu đạo hẹp thường do 2 nguyên nhân thường gặp: ngã ngồi lên 1 vật cứng (những người đẩy thuyền đi trên mạn thuyền, khi trượt chân ngã ngồi, 1 bên là xương mu, 1 bên là mạn thuyền, ép vào niệu đạo trước gây chấn thương) hoặc bệnh lý (giang mai, lậu)

* Kỹ thuật

Dùng thuốc giảm đau và an thần. Bôi thuốc mỡ có lidocain. Sau khi sát trùng, trải vải có lỗ bắt đầu nong. Dùng những sợi nong nhỏ đưa từng chiếc một vào niệu đạo rồi mới dùng que nong (cỡ to hơn sợi). (H.9.21)



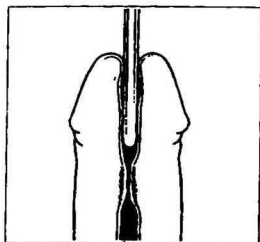
Hình 9.21

Que nong có thể hình thẳng (cho đoạn niệu đạo di động) có thể cong (cho phần sau của niệu đạo trước). Động tác đưa que nong phải thận trọng và đúng chiều tránh đi lạc đường.

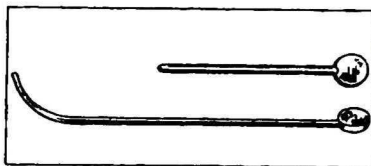
Lúc đầu để que nằm ngang so với thân người, giữ dương vật thẳng lên trên.

Kéo ngược dương vật lên bụng, đưa que nong vào trong sao cho que nong nằm ở đường giữa bụng và phần cong luôn hướng lên trên, đi sát vào thành dưới của xương mu. Khi đã đúng hướng như vậy que nong tự tụt dần vào trong.

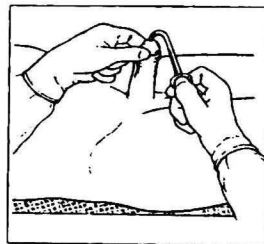
– Cuối cùng hạ dương vật và que nong xuống dưới giữa 2 đùi để que nong vào hẳn trong bàng quang. (H.9.22 - H.9.26)



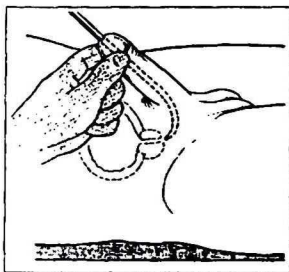
Hình 9.22



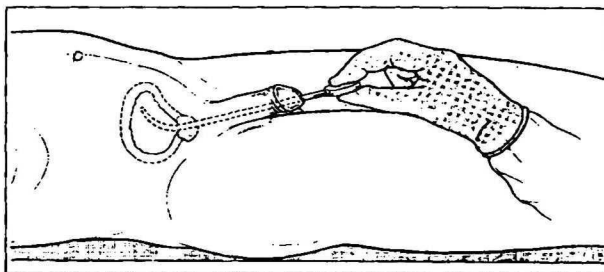
Hình 9.23



Hình 9.24



Hình 9.25



Hình 9.26

Lúc đầu dùng que cỡ bé, khi đạt đến cỡ 24 Ch là được. Nếu chảy máu thì nghỉ 1 lần (mỗi tuần nong 2 lần, mỗi lần dùng que 2 - 3 số to dần).

Sau buổi nong nhớ dùng kháng sinh

Số những lần nong như sau:

4 tuần đầu:

2 lần/tuần

6 tháng sau hàng tháng:

2 lần/tháng

Khi nong có thể gây:

Chấn thương niệu đạo, chảy máu, nhâm đường.

Vi trùng vào máu và choáng nhiễm trùng.

Để làm giảm khả năng nhiễm trùng, tuân thủ nguyên tắc vô trùng và dùng kháng sinh.

6. Bao quy đầu chít hẹp

Chít hẹp bao quy đầu là bệnh bẩm sinh, bao quy đầu chùm bên ngoài làm cho đầu dương vật không lộ ra ngoài được, khó vệ sinh, dễ nhiễm trùng.

Mục đích xử trí để bộc lộ được đầu dương vật nhưng vẫn giữ được phần hãm khi cương.

Rửa sạch bên ngoài và bên trong bao quy đầu bằng xà phòng; nếu có thể lộn bao quy đầu thì rửa sạch dễ dàng bên trong, nhưng nếu không lộn ra được thì cắt dọc phía trên cho đến khi lộn ra gỡ những chỗ dính giữa bao với đầu dương vật.

Cắt vòng sang 2 bên, chú ý mấy điểm sau:

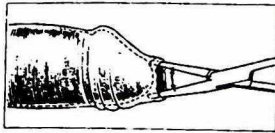
Phía niêm mạc phải cách rãnh quy đầu ít nhất 3mm

Phía dưới, nơi có hãm, phải tránh cắt đứt hãm.

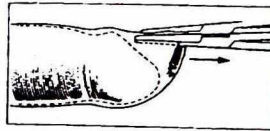
Không cắt nhiều da quá vì khi cương thiếu da rất đau.

Cầm máu kỹ để tránh máu tụ sau khi khâu.

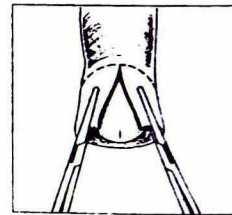
Khâu giữa da và niêm mạc sao cho đúng, tránh lệch gây vẹo dương vật khi cương. Khâu phía hãm trước. Khâu bằng những mũi rời, dùng chỉ tự tiêu là tiện nhất (H.9.27 - H.9.34)



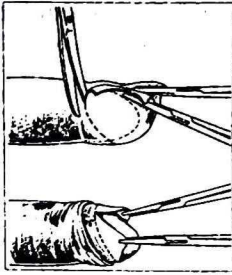
Hình 9.27



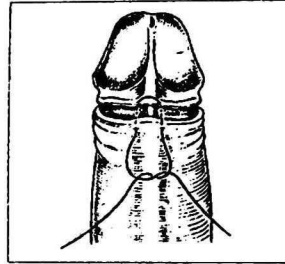
Hình 9.28



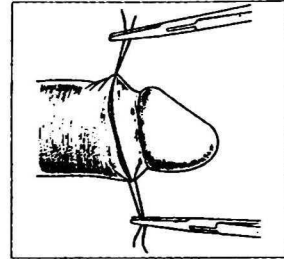
Hình 9.29



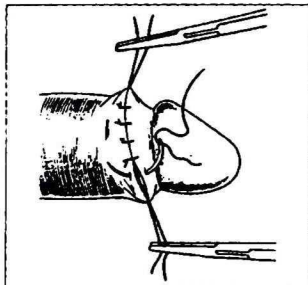
Hình 9.30



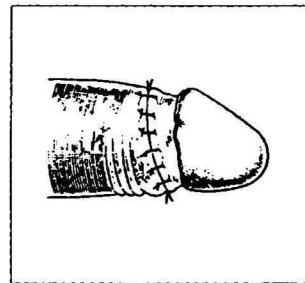
Hình 9.31



Hình 9.32



Hình 9.33



Hình 9.34

Chú ý

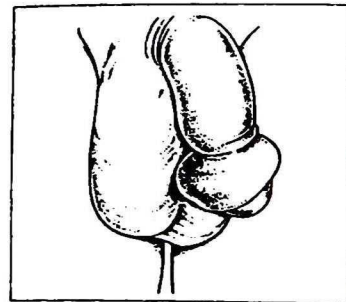
- Chỉ cần gây tê ở gốc dương vật 3 nơi: phía mu và 2 bên niệu đạo.
- Trong một vài ngày đầu dùng thuốc an thần buổi tối tránh cương dương vật buổi sáng gây tuột chỉ khâu.

7. Chít không hoàn toàn bao quy đầu

Thường xảy ra ở trẻ con. Lỗ bao quy đầu không hẹp quá nên vẫn có thể lộn ra sau quy đầu, lỗ này gây nghẹt phần quy đầu, xung mọng, càng xung mọng càng nghẹt (H.9.35). Cần phân biệt với nhiễm trùng các tuyến ở rãnh bao quy đầu hoặc bị côn trùng đốt vào bao quy đầu (bao quy đầu xung nhưng quy đầu không lộ ra ngoài).

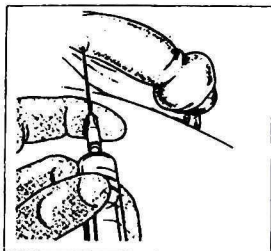
* Xử trí

Có 2 cách: tạm thời và triệt để

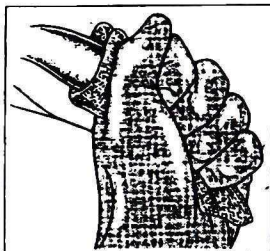


Hình 9.35

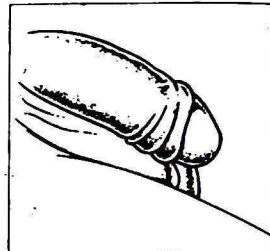
Tạm thời: sau khi gây tê (có thể gây mê). Sát trùng. Lót gạc quanh dương vật, nắm chặt lấy dương vật nhằm ép cho tan phần phù mọng để có thể lại kéo bao quy đầu ra trước như khi chưa bị. (H.9.36 – H.9.39)



Hình 9.36



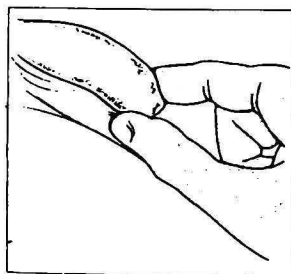
Hình 9.37



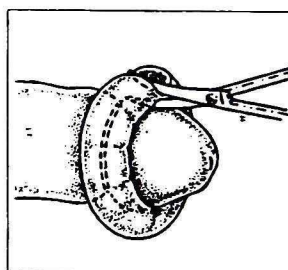
Hình 9.38

Triệt để: cắt dọc phía trên qua vòng thắt. Có thể làm ngay như chít hẹp bao quy đầu, có thể đợi vài ngày cho hết phù nề. (H.9.40)

Chít hẹp hay chít hẹp không hoàn toàn bao quy đầu có thể điều trị bằng cách dùng 2 kẹp kẹp phía trên rồi cắt đôi (H.9.40)



Hình 9.39



Hình 9.40

8. Xoắn tinh hoàn

Thường thấy ở trẻ em hoặc vị thành niên

Xảy ra đột ngột: đang tự nhiên đau vùng bẹn, lan lên trên kèm nôn. vùng bìu bên xoắn sưng to nhưng khó sờ tinh hoàn vì tinh hoàn kéo lên cao.

Cần chẩn đoán phân biệt với: viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn. U tinh hoàn (không đột ngột).

Đây là một cấp cứu vì nếu sau 4 giờ mà không được tháo xoắn, tinh hoàn sẽ hoại tử.

Mổ nhằm mục đích tháo xoắn khi còn bảo tồn, cố định để tránh tái phát, nếu đã hoại tử phải cắt bỏ, nhân lần mổ này thăm dò tinh hoàn đối diện nếu cuống dài (tinh hoàn nằm ngang) thì cố định trước để phòng).

Khi mở màng tinh hoàn, cần thận trọng đừng cắt ngay tinh hoàn dù thấy mầu tím: tháo xoắn, đắp gạc ẩm đợi ít nhất 5 phút xem có biến đổi mầu không. Nếu đã hoại tử thì phải cắt bỏ nếu không do phản ứng tự miễn dịch tinh hoàn còn lại cũng mất chức năng. Một tinh hoàn vẫn đảm bảo.

Đường mổ: đường ngang theo nếp lằn bụng - mu.

9. Nước màng tinh hoàn

Nước màng tinh hoàn là do ứ đọng dịch trong màng tinh hoàn làm bệnh nhân khó chịu. (H 9.41) Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác.

Thoát vị: khối thoát vị từ trong bụng xuống nên to từ ống bẹn còn nước màng tinh hoàn thì không bao giờ vượt quá bìu.

U tinh hoàn: gõ đặc, soi ánh sáng không trong và vẫn véo được màng tinh hoàn.

Dẫn tinh mạch thường tinh: nằm nghỉ, nắn nhỏ lại trong khi nước màng tinh hoàn không thay đổi thể tích.

Nhưng ở người già, bị lâu hoặc đã nhiễm trùng, màng tinh hoàn dày, nước bên trong đục, khi soi không còn trong nữa.

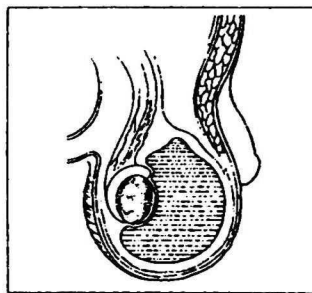
Ở trẻ con nước màng tinh hoàn thông với ổ bụng nên khi nắn hoặc nằm, dịch này sẽ vào bụng hết, việc điều trị như trong thoát vị không như ở người lớn (thông thường khi ống phúc tinh mạc tịt lại, dịch tự tiêu không cần can thiệp)

* Xử trí

Không nên chọc hút vì sẽ tái phát nhanh chóng và nguy cơ nhiễm trùng. Tiêm chất gây xơ cũng không nên làm vì rất đau và cũng không điều trị được.

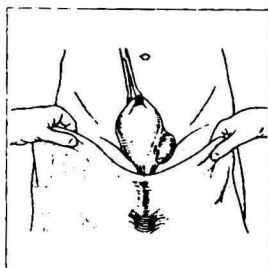
Lộn màng tinh hoàn là một thủ thuật đơn giản, dễ thực hiện và rất ít khi tái phát.

Chỉ cần gây tê tại chỗ, có thể gây tê tuỷ sống. Sát trùng rộng rãi, trải vải mỏng để khối bìu nằm lên trên vải mỏng. Bóp nhẹ vào bìu để làm căng da nơi định rạch. Tách các lớp vùng da bìu cho tới màng tinh hoàn, cầm máu kỹ tránh máu

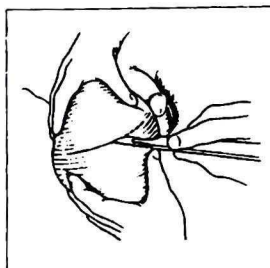


Hình 9.41

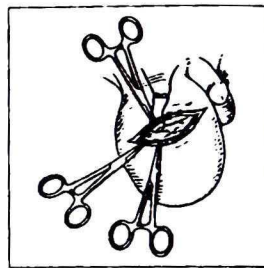
tụ sau mổ. Màng tinh hoàn là một màng mỏng, gần như không trông thấy mạch máu. Giải phóng một khoảng rộng trên màng này (dùng gạc lót vào đầu ngón tay để bóc tách). Mở màng tinh hoàn dùng kẹp cặp mép. Lộn tinh hoàn ra khỏi màng để màng bọc ngược ra sau. Khâu 2 mép màng tinh hoàn, rồi đặt tinh hoàn vào trong bìu, đóng da. Trong trường hợp không cầm máu tốt thì đặt dẫn lưu, rút sau 1-2 ngày. (H.9.43 – H.9.52)



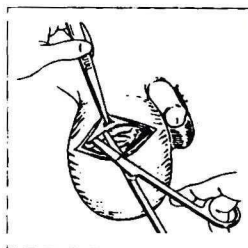
Hình 9.42



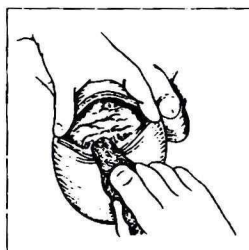
Hình 9.43



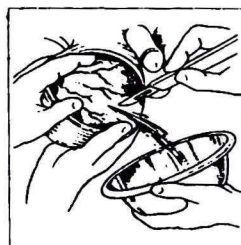
Hình 9.44



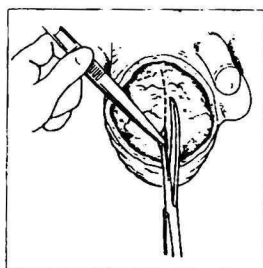
Hình 9.45



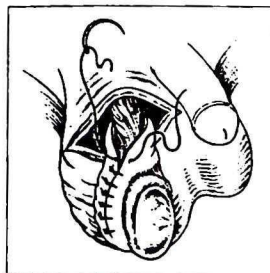
Hình 9.46



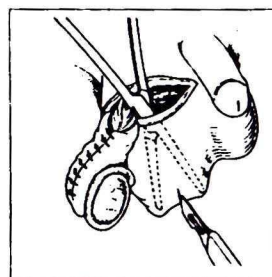
Hình 9.47



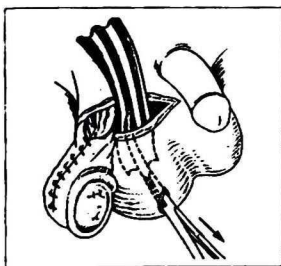
Hình 9.48



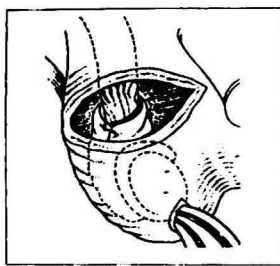
Hình 9.49



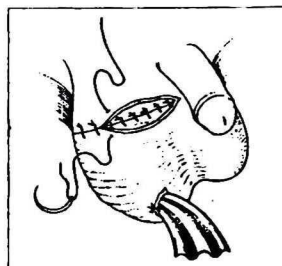
Hình 9.50



Hình 9.51



Hình 9.52



Hình 9.53

Băng ép nhẹ vào bìu, để bìu lên cao trên 1 miếng bìa.

Nếu thấy máu tụ to, thì phải cắt chỉ cầm máu, làm sạch khối máu tụ.

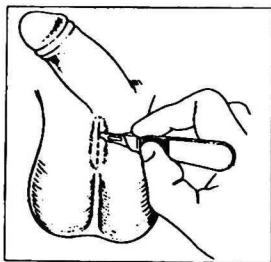
Kháng sinh có thể không cần dùng.

10. Thắt ống dẫn tinh

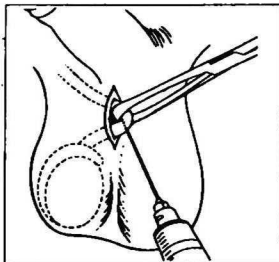
Đây là biện pháp vô sinh ở nam giới. Cần giải thích kỹ trước khi thực hiện vì là phương pháp vô sinh vĩnh viễn, không có khả năng tái lập lại. Cần nói là sau khi thắt, phải khoảng 8 tuần sau mới đảm bảo kết quả. Tuy nhiên cũng có một tỷ lệ rất ít vẫn sinh con được.

* Kỹ thuật

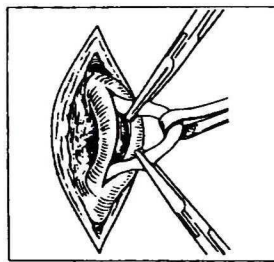
Gây tê đường giữa bìu: rạch da rồi lại gây tê từng lớp 1. Rạch dài khoảng 2-3cm. Dùng kẹp răng chuột cặp vòng qua bó mạch thừng tinh, mở bao, tìm thừng tinh. Cắt đôi rồi cắt bỏ 1 đoạn khoảng 1cm thừng tinh. Đầu phía tinh hoàn buộc chặt rồi đặt lại trong bao, đầu trung tâm buộc gấp lại nên đầu này nằm ngoài bao. Cắt thừng tinh cả 2 bên. Khâu lại cơ da bìu và khâu da. (H.9.54 – H.9.59)



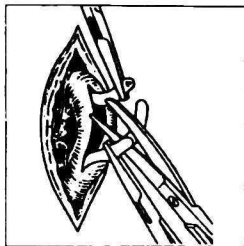
Hình 9.54



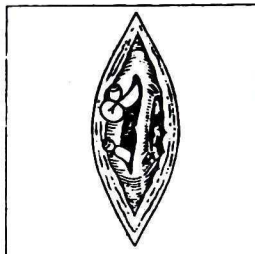
Hình 9.55



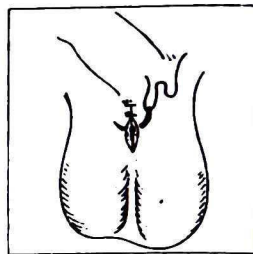
Hình 9.56



Hình 9.57



Hình 9.58



Hình 9.59

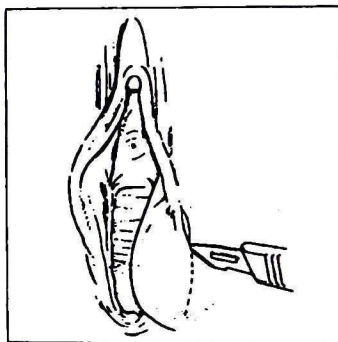
Sau mổ, bệnh nhân về nhà

Người mổ chưa quen thì nắn bao thường tinh ở phía gốc bìu, gây tê rồi rạch da khoảng 1cm, dùng kẹp răng chuột cặp vòng qua thường tinh rồi cắt như trên. Bên đối diện cũng làm như vậy.

11. Áp xe tuyến Bartholin

Đau, sưng, căng vùng âm hộ ở phần nửa sau của môi lớn. Lấy phiến đồ để thử giang mai hay vi trùng khác.

Rạch áp xe tuyến Bartholin dọc theo ranh giới giữa âm hộ và âm đạo nơi căng phồng nhất. Thử vi trùng mủ. Mở rộng để dẫn lưu được tốt. Băng lại (H.9.60)



Hình 9.60

12. Bế kinh

Kinh nguyệt bị ứ lại bên trong do màng trinh không thủng hoặc do âm hộ tiếp xúc với hoá chất gây se hẹp.

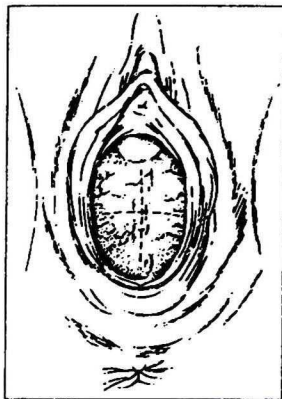
Bệnh nhân kêu đau mỗi chu kỳ kinh nguyệt, đau bụng dưới.

Khám thấy 1 khối ở trên xương mu, gõ đục, khối này chính là âm đạo đang ứ kinh nguyệt, đẩy tử cung lên cao.

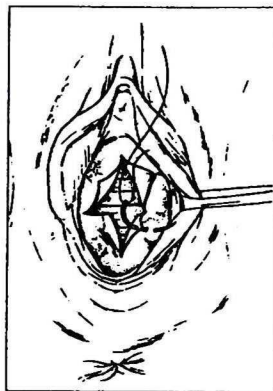
Cần phân biệt với: có thai, viêm màng bụng do lao, thận lạc chỗ, u nang buồng trứng.

Xử trí:

Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa. Sau khi sát trùng, thấy một vùng phồng căng tím ở âm đạo. Trích vào màng này theo hình chữ thập. Khâu 4 góc sang 4 bên để dễ dẫn lưu kinh nguyệt. (H.9.61 – H.9.62)



Hình 9.61



Hình 9.62

Kháng sinh 48 giờ

Tránh khám âm đạo trong 1 - 2 tháng.

Chương 4

CHĂM SÓC CẤP CỨU SẢN KHOA

HUYẾT ÁP CAO KHI MANG THAI

1. Huyết áp cao

Huyết áp cao khi mang thai là nguyên nhân chính gây tai biến và tử vong cho sản phụ, chiếm khoảng 10% trong số các bà mẹ có thai. Phần lớn huyết áp cao xuất hiện khi có thai, nhưng trước đây hoàn toàn bình thường, ngoài huyết áp cao còn có thể phối hợp với protein trong nước tiểu và co giật. Nguyên nhân huyết áp cao khi mang thai chưa được biết rõ.

Những rối loạn của huyết áp cao khi mang thai bao gồm:

- Mang thai gây huyết áp cao
- Huyết áp cao mạn tính
- Tiền sản giật
- Sản giật

Huyết áp cao không được điều trị trong khi có thai có thể gây tử vong cho sản phụ và trẻ sơ sinh.

Đẻ là cách điều trị duy nhất để khỏi sản giật và tiền sản giật.

Huyết áp được coi là cao khi áp lực tối đa là 140mmHg và áp lực tối thiểu là 90mmHg sau 2 lần đo, mỗi lần cách nhau ít nhất 4 giờ. Nếu cần phải cho đẻ ngay thì không cần phải đủ 4 giờ hoặc khi cả 2 lần đo áp lực tối thiểu đều lớn hơn 110 mmHg.

Áp lực tối thiểu là một chỉ số tốt để tiên lượng việc điều trị khi huyết áp cao lúc mang thai. Áp lực này là số khi không còn nghe tiếng động mạch đập.

Đo sai khi bao tay không ôm quá 3/4 cánh tay. Cần phải dùng loại bao tay dài hơn đối với những người có cánh tay to.

Huyết áp cao do mang thai gây nên nếu xuất hiện sau 20 tuần có thai hoặc khi chuyển dạ hay 48 giờ sau đẻ.

Nếu huyết áp cao xuất hiện trước 20 tuần mang thai thì được xếp là huyết áp cao mạn tính.

Nếu không biết huyết áp cao vào lúc nào thì không xếp loại được và xử trí như mang thai gây huyết áp cao.

Xuất hiện protein niệu sẽ làm thay đổi chẩn đoán từ mang thai gây huyết áp cao thành tiền sản giật.

Những hoàn cảnh khác gây protein niệu hay dương tính giả là: nhiễm trùng tiết niệu, thiếu máu nặng, suy tim, chuyển dạ khó khăn, có máu trong nước tiểu do chấn thương khi thông, lẫn máu trong âm đạo, dịch tiết âm đạo hay nước ối lẫn với mẫu nước tiểu, Schistosomia.

Chỉ cần lấy mẫu nước tiểu quãng giữa bãi dái để thử, còn thông dái chỉ nhằm mục đích lấy nước tiểu thì lại có nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu.

*** Bệnh cảnh lâm sàng**

Mang thai gây huyết áp cao thường gặp trong số phụ nữ có thai lần đầu. Sản phụ mang thai nhiều lần, đái đường, bệnh mạch máu là những rủi ro lớn dẫn đến mang thai gây huyết áp cao. Mức độ bệnh bao gồm:

Huyết áp cao không có protein niệu

Tiền sản giật nhẹ

Tiền sản giật nặng

Sản giật

Sản phụ có mang thai gây huyết áp cao có thể tiến triển từ nhẹ tới rất nặng. Tiền sản giật nhẹ thường không có triệu chứng, chỉ có 1 dấu hiệu là huyết áp tăng cao, người phụ nữ có thể thấy hoàn toàn khỏe mạnh cho đến khi cơn giật xuất hiện.

Protein niệu là biểu hiện muộn hơn, lúc này gọi là tiền sản giật. Định lượng protein niệu để đánh giá mức độ tiền sản giật. Tiền sản giật nhẹ có thể trở thành tiền sản giật nặng, thời gian có thể nhanh chóng, rủi ro gây biến chứng kể cả cơn giật sẽ tăng lên rất lớn trong tiền sản giật nặng.

*** Sản giật**

Sản giật đặc hiệu ở cơn co giật cùng với những dấu hiệu của tiền sản giật.

Cơn co giật này có thể xảy ra không liên quan đến mức độ huyết áp cao, rất khó dự đoán và xảy ra diễn hình mà không có tăng phản xạ, đau đầu hay thay đổi thị lực. Cơn co giống như trong động kinh, có thể tái diễn rất mau rồi tử vong. Sau cơn co có thể hôn mê trong vài phút hay vài giờ tùy theo tần số cơn co giật 25% cơn co xuất hiện sau khi đẻ.

Cần phân biệt sản giật với các bệnh khác cũng gây cơn co như: động kinh, sốt rét ác tính, chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não, ngộ độc (rượu, thuốc, chất độc) viêm màng não...

Nói chung cơn co giật ở người phụ nữ có thai hay vừa mới đẻ (trong khoảng 48 giờ) cần phải được xử trí như sản giật trừ khi có bằng chứng loại bỏ.

2. Đánh giá và xử trí

Xử trí đặc biệt

*** Mang thai gây huyết áp cao.**

Có thể xử trí ngoại trú:

- Theo dõi huyết áp, nước tiểu (protein) và tình trạng thai nhi hàng tuần.
- Nếu huyết cao tăng, kèm protein niệu, xử trí như tiền sản giật nhẹ.
- Nếu thấy có dấu hiệu thai suy, cho sản phụ nhập viện để đánh giá và có thể cho đình chỉ thai nghén.
- Dặn dò sản phụ và gia đình và những dấu hiệu nguy hiểm của tiền sản giật và sản giật.
- Nếu tất cả các dấu hiệu ổn định, có thể để đẻ tự nhiên

*** Tiền sản giật nhẹ**

+ Mang thai dưới 36 tuần

Nếu các dấu hiệu không thay đổi và trở lại bình thường, để khám ngoại trú 2 lần/tuần:

- Theo dõi huyết áp, nước tiểu (protein), phản xạ và tình trạng thai.
- Dặn dò sản phụ và gia đình về những dấu hiệu nguy hiểm của tiền sản giật và sản giật.
- Khuyến khích sản phụ ăn bình thường giảm muối.
- Không dùng các thuốc chống co giật, thuốc hạ huyết áp, an thần.

Nếu không thể theo dõi ngoại trú, cho vào viện hay ở gần bệnh viện và thường xuyên kiểm tra.

- Ăn bình thường không giảm muối.
- Theo dõi huyết áp 2 lần/ngày và thử nước tiểu/hàng ngày.
- Không dùng thuốc chống co giật, hạ huyết áp, an thần trừ khi huyết áp cao.
- Không dùng lợi tiểu, có hại, chỉ dùng khi tiền sản giật có phù phổi cấp hoặc suy tim.

Nếu huyết áp tối thiểu hạ xuống bình thường và tình trạng sản phụ ổn định, cho về nhà:

- Dặn sản phụ nghỉ ngơi, theo dõi có phù không hoặc những dấu hiệu của tiền sản giật nặng.
- Thăm sản phụ 2 lần/tuần để đo huyết áp, thử nước tiểu và tình trạng thai nhi, đánh giá xem có những dấu hiệu của tiền sản giật nặng không.
- Nếu huyết áp tối thiểu lại tăng, cho nhập viện.

Nếu những dấu hiệu không thay đổi và không thể theo dõi ngoại trú được, cho sản phụ vào viện.

- Tiếp tục theo dõi như trên và theo dõi phát triển thai nhi.

- Nếu có dấu hiệu giảm phát triển của thai nhi, cần phải chuẩn bị cho đình chỉ thai nghén sớm, nếu không phải nằm viện cho đến kỳ đẻ.
- Nếu protein tăng cao, xử trí như tiền sản giật nặng.
- + Mang thai trên 36 tuần
- Nếu có dấu hiệu của suy thai, đánh giá cổ tử cung và cho đẻ sớm.
- Nếu cổ tử cung thuận lợi (mềm, mỏng, mở 1 phần) bấm ối và cho chuyển dạ bằng oxytocin hay prostaglandin.
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (chắc, dày, đóng), nong cổ tử cung bằng prostaglandin hay ống thông Foley hoặc mổ đẻ.

* Tiền sản giật nặng và sản giật

Tiền sản giật nặng biểu hiện khi có một trong nhiều dấu hiệu ở cột thứ 3 dưới đây.

	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng
Huyết áp tối thiểu	< 110	110
Protein niệu	++	+++
Đau đầu	Không	Có 1 hay nhiều những dấu hiệu
Rối loạn nhìn	Không	
Tăng phản xạ	Không	
Lưu lượng nước tiểu < 400ml/24 giờ	Không	
Đau trên rốn hay dưới sườn phải	Không	
Phù phổi	Không	

Tiền sản giật nặng và sản giật điều trị như nhau, chỉ trừ xổ thai phải thực hiện trong khoảng 12 giờ khi có cơn co giật.

Tất cả các sản phụ có tiền sản giật nặng phải điều trị tích cực. Những dấu hiệu của "doạ sản giật" (nhìn mờ, tăng phản xạ) là không đáng tin cậy và không nên chờ đợi.

* Xử trí

Xử trí ngay lập tức những sản phụ hay những người vừa mới đẻ mà có đau đầu dữ dội, nhìn mờ hoặc những sản phụ hôn mê hay có cơn co giật:

Phải hô hoán lên để được hỗ trợ

1. Đánh giá nhanh chóng toàn trạng sản phụ bao gồm dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở), đồng thời phát hiện ngay tiền sử cũng như hiện tại về bệnh tật qua gia đình:

- Kiểm tra đường thở và hô hấp
 - Đặt sản phụ nằm nghiêng
 - Kiểm tra cổ có cứng và sốt không
2. Nếu sản phụ không thở hoặc thở nông:
- Đặt nội khí quản nếu cần.
 - Hô hấp hỗ trợ bằng Ambu hay chụp miệng.
 - Cho oxygen 4-6 l/phút
3. Nếu sản phụ thở, cho oxy 4-6 l/phút qua chụp hay qua ống đặt ở mũi.
4. Nếu co giật
- Bảo vệ sản phụ khỏi bị chấn thương nhưng không giữ chặt.
 - Đặt nằm nghiêng phòng hít phải chất nôn.
 - Sau cơn co, hút trong mồm và bụng. Xem lưỡi có bị cắn
5. Cho sulphat magnesi, nếu không đỡ, dùng Diazepam 10 mg T.M
6. Nếu huyết áp tối thiểu vẫn trên 110 mmHg, dùng thuốc hạ huyết áp. Giảm xuống dưới 100 mmHg nhưng không thấp hơn 90 mmHg.
7. Dịch
- Truyền TM
 - Duy trì dịch truyền và lưu lượng nước tiểu cho đủ không truyền quá.
 - Đặt ống thông bàng quang để theo dõi lưu lượng nước tiểu và thử protein.
 - Nếu lưu lượng dưới 30ml/giờ:
- Ngừng sulphat magnesi cho đến khi lưu lượng nước tiểu tốt lên, duy trì dịch truyền (HTM hay Ringer) 1 l/8 giờ, theo dõi xem có phù phổi không.
8. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, phản xạ và tim thai/hàng giờ.
9. Nghe 2 đáy phổi từng giờ để xem có rên ẩm không. Nếu có ngừng truyền ngay và cho furosemid 40mg/TM ngay.
10. Đánh giá tình trạng đông máu.

Không bao giờ để sản phụ một mình. Sau cơn giật nếu hít phải chất nôn sẽ dẫn đến chết cả mẹ lẫn con.

* Thuốc chống co giật

Dùng các thuốc chống co giật một cách đầy đủ là chìa khoá để điều trị cơn co. Thường là do không đủ liều. Sulphat magnesi là thuốc được lựa chọn hàng đầu để phòng và điều trị cơn co giật trong tiền sản giật nặng và sản giật.

– Liều ban đầu:

Sulphat magnesi 20%: 4g TM trong 5 phút.

Sau đó 10g magnesi 50% (5g mỗi bên mông hoặc tiêm bắp sâu) cùng với 1 ml lidocain 2%.

Cần bảo đảm vô trùng khi tiêm bắp sâu (báo cho sản phụ biết sau khi tiêm có cảm giác ấm).

Nếu cơn co giật tái diễn sau 15 phút, tiêm TM 2g magnesi trong 5 phút.

– Liều duy trì:

5g magnesi 50% + 1 ml lidocain 2% bắp cách 4 giờ 1 lần vào từng bên mông.

Tiếp tục dùng magnesi trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn co giật cuối cùng

Trước khi tiêm tiếp, đảm bảo: nhịp thở ít nhất 16 lần/phút phản xạ xương bánh chè còn, lưu lượng nước tiểu ít nhất 30 ml/giờ trong 4 giờ liền.

– Ngừng dùng hay chậm dùng:

Nhịp thở dưới 16 lần/phút.

Lưu lượng nước tiểu dưới 30 ml trong 4 giờ.

Phản xạ xương bánh chè mất

– Trong trường hợp ngừng thở.

Hỗ trợ hô hấp (chụp hay Ambu, máy thở, đặt nội khí quản).

Tiêm TM gluconat calcium 1g (10ml dung dịch 10%) chậm cho đến khi có nhịp thở lại.

Liều Diazepam cho tiền sản giật nặng và sản giật tiêm tĩnh mạch.

– Liều ban đầu:

Diazepam 10mg TM chậm trong 2 phút.

Nếu cơn giật tái diễn, lại tiêm thêm liều trên.

– Liều duy trì:

Diazepam 40mg pha trong 500ml HTM hay Ringer lactat tiêm TM điều chỉnh sao cho bệnh nhân nằm yên nhưng vẫn tỉnh.

Không dùng quá 100mg trong 24 giờ.

Dùng Diazepam khi không có magnesi sulfat, tuy nhiên có rủi ro lớn hơn gây suy hô hấp trẻ sơ sinh vì Diazepam qua rau thai tự do.

Một liều duy nhất Diazepam làm ngừng cơn giật thỉnh thoảng gây suy hô hấp cho trẻ sơ sinh. Dùng liều liên tục kéo dài sẽ làm tăng rủi ro suy hô hấp cho thai nhi mà thai nhi này lại sẵn có những tác hại của thiếu máu tử cung – rau – tác dụng của Diazepam có thể kéo dài trong nhiều ngày.

* Thuốc hạ huyết áp

Nếu huyết áp tối thiểu 110 mmHg hay cao hơn, dùng thuốc hạ huyết áp. Mục đích để sao giữ cho huyết áp tối thiểu là 90 - 100 mmHg phòng chảy máu não.

Tránh hạ huyết áp.

Hydralazin là thuốc được lựa chọn:

Hydralazin 5mg TM tiêm chậm trong 5 phút cho đến khi huyết áp hạ. Nhắc lại từng giờ khi cần hoặc hydralazin 12.5mg TM cách 2 giờ.

Nếu không có hydralazin thay bằng:

Labetolol 10mg TM: nếu không đáp ứng (vẫn cao hơn 110 mmHg) sau 10 phút lại tiêm 20mg.

Tăng liều lên 40mg rồi 80mg nếu không đạt được kết quả sau 10 phút mỗi lần.

Có thể thay bằng:

Nifedipin 5mg, uống hay phun vào họng, nhắc lại sau 10 phút

Nicardipin 1-2mg mỗi phút 1 lần cho đến khi đạt kết quả, sau đó 1-2 mg/giờ.

- Dùng thuốc đường hậu môn.
- Dùng Diazepam đường hậu môn khi không tiêm TM được. Liều ban đầu 20mg cho vào 1 bơm tiêm 10ml.
- Bôi dầu bơm tiêm, đưa vào ngấp 1 nửa bơm trong hậu môn. Bơm thuốc nhưng giữ bơm tiêm trong hậu môn bằng cách ép 2 móng lại trong 10 phút, có thể dùng ống thông bằng quang thay bơm tiêm.
- Nếu cơn giật không đỡ sau 10 phút, lại bơm thêm 10mg/giờ tùy theo cân nặng sản phụ và đáp ứng thuốc.

3. Đình chỉ thai nghén

Để thai đủ tháng vừa để không can thiệp chỉ thực hiện khi tình trạng sản phụ ổn định. Chờ để được thai đủ tháng có rủi ro đến cuộc sống của cả mẹ lẫn thai. Đình chỉ thai nghén đặt ra bất kể tuổi thai.

Khám cổ tử cung. Nếu thuận lợi (mềm, mỏng, mở 1 phần) bấm ối và dùng oxytocin hay prostaglandin để kích thích cơn co. Nếu đẻ tự nhiên dự kiến không xảy ra trong 12 giờ (đối với sản giật) hay 24 giờ (đối với tiền sản giật nặng) thì mổ đẻ. Nếu tim thai bất thường (dưới 100 hay trên 180/phút) thì mổ đẻ. Nếu cổ tử cung không mở được (chắc, dày, đóng) và thai còn sống thì mổ đẻ.

Gây tê tuỷ sống thuận lợi cho phần lớn sản phụ tiền sản giật nếu không có bất thường về đông máu. Gây mê có nguy cơ làm tăng rủi ro cơn cao huyết áp (đột quỵ hay suy tim trái). khi đặt nội khí quản hoặc phù thanh quản.

Nếu không sẵn sàng gây mê để mổ đẻ hoặc nếu thai nhi đã chết hoặc quá non có thể sống được, lấy thai đường âm đạo.

Nếu cổ tử cung không thuận lợi (chắc, dày đóng) và thai nhi còn sống, nong cổ tử cung bằng prostaglandin hay ống thông Foley.

4. Săn sóc sau mổ thai

Tiếp tục dùng thuốc chống co giật 24 giờ sau khi mổ thai.

Tiếp tục dùng thuốc hạ huyết áp chừng nào áp lực tối thiểu còn bằng hay cao hơn 110 mmHg

Theo dõi lưu lượng nước tiểu

Kiểm tra chặt chẽ phù phổi, thường xảy ra sau khi mổ thai.

Những biến chứng đe dọa tính mạng vẫn còn xảy ra sau khi mổ thai, theo dõi chặt chẽ cho đến khi bình phục hoàn toàn.

Những sản phụ sau đây nên chuyển đi:

- Thiếu niệu (dưới 400ml/24 giờ) kéo dài 48 giờ sau mổ
- Giảm đông máu: rối loạn đông máu, tan huyết, enzym gan tăng, tiểu cầu giảm.
- Tiếp tục hôn mê quá 24 giờ sau co giật

5. Huyết áp cao mạn tính

Cần nghỉ thêm

Huyết áp cao duy trì việc tưới máu cho thận và cho rau thai trong huyết áp cao mạn tính, giảm huyết áp sẽ gây giảm tưới máu. Không nên giảm huyết áp thấp hơn mức huyết áp đã có trước khi mang thai. Chưa thấy có chứng cứ rõ ràng về việc điều trị làm giảm huyết áp tới mức bình thường có lợi cho mẹ và cho thai nhi.

- Nếu người mẹ đang dùng thuốc giảm huyết áp trước khi mang thai và bệnh được kiểm soát tốt, cần tiếp tục dùng thuốc như vậy nếu khi có thai vẫn chấp nhận được.

- Nếu huyết áp tối thiểu là 110 mmHg hay cao hơn và huyết áp tâm thu là 160 mmHg hay cao hơn, dùng thuốc hạ huyết áp methyldopa.

- Nếu protein niệu hay các dấu hiệu khác có, cần coi là tiền sản giật và xử trí như tiền sản giật.

- Theo dõi tăng trưởng của thai

- Nếu không có biến chứng, để đẻ đúng kì

- Nếu có bất thường tim thai (dưới 100 hay hơn 180 nhịp/phút) nghi có suy thai.

- Nếu tăng trưởng của thai hạn chế nghiêm trọng và thời gian mang thai đủ cho đẻ chủ động.

- Nếu cổ tử cung thuận lợi, bấm ối và kích thích cơn co bằng oxytocin hay prostaglandin.

- Nếu cổ tử cung không thuận lợi, nong cổ tử cung bằng prostaglandin hay ống thông Foley.
- Theo dõi những biến chứng như rau bong non và tiền sản giật.

6. Biến chứng

Những biến chứng của huyết áp cao khi mang thai có thể gây kết quả trái ngược đối với mẹ và thai nhi. Những biến chứng này thường khó điều trị do đó hãy cố gắng để phòng bằng chẩn đoán sớm và xử trí đúng. Cần nhớ trong xử trí cũng có thể dẫn đến biến chứng.

Xử trí

- Nếu thai nhi hạn chế tăng trưởng nghiêm trọng, cần cho đình chỉ thai nghén
- Nếu hôn mê hay lơ mơ tăng lên, cần nghi ngờ có chảy máu não.
- Giảm huyết áp từ từ để giảm nguy cơ thiếu máu não.
- Điều trị hỗ trợ.
- Nếu nghi do suy tim, suy thận hay gan, cần điều trị hỗ trợ và theo dõi.
- Nghi có rối loạn đông máu nếu:
Cục máu đông kếm sau 7 phút hoặc cục máu đông dễ tan.
Chỗ tiêm TM vẫn tiếp tục chảy máu.
- Sản phụ đang có đường truyền TM hoặc ống thông thì dễ nhiễm trùng, dùng kháng sinh dự phòng đúng đắn và theo dõi sát.
- Nếu sản phụ đang truyền dịch, sẽ có nguy cơ truyền quá mức, duy trì thăng bằng dịch chặt chẽ và theo dõi lượng dịch truyền cùng lưu lượng nước tiểu.

XỬ TRÍ KHI CHUYỂN DẠ CHẬM

1. Những nguyên tắc chung

Chuyển dạ là một hiện tượng sinh lý kết thúc bằng việc ra đời một thai nhi và đẩy rau thai ra ngoài. Thông thường chuyển dạ trong khoảng 12 giờ nhưng có một số trường hợp kéo dài. Chuyển dạ kéo dài có thể dẫn đến những vấn đề sản khoa nghiêm trọng như:

Nhiễm trùng

Vỡ tử cung

Rò sinh dục

Chết sản phụ

Còn đối với thai nhi chuyển dạ kéo dài có thể gây:

Nhiễm trùng

Ngạt thở và chấn thương đối với thai nhi.

Thai chết lưu

Tử vong cho đứa trẻ mới sinh

Tất cả những biến chứng trên có thể đề phòng dễ dàng bằng việc xử trí tốt, khi chuyển dạ.

* Chuyển dạ

Là một quá trình co tử cung làm cho cổ tử cung giãn ra và đẩy thai nhi và bánh rau ra ngoài.

Nghỉ ngơi chuyển dạ ở sản phụ khi:

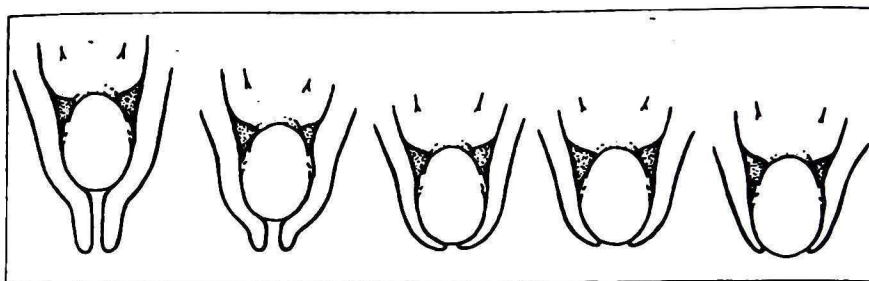
- Đau bụng cách quãng khi đã mang thai tuần 22
- Tiết chất nhầy lẫn máu ở âm đạo
- Có dịch chảy hay vọt ra từ âm đạo có đau bụng hay không đau bụng.

Những dấu hiệu này chưa phải là để chẩn đoán chuyển dạ. Chỉ có thể xác định là chuyển dạ khi có cơn co tử cung cách quãng kèm theo cổ tử cung thay đổi.

- Cổ tử cung bị xoá: cổ tử cung ngắn lại và mỏng ra.

Khi có mang, cổ tử cung thay đổi (cuối kỳ dài khoảng từ vài mm đến 3cm). khi có cơn co, cổ tử cung càng ngắn lại rồi xoá mất.

- Mở cổ tử cung: cổ tử cung mở dần (đo bằng cm) (H.11.1)



Hình 11.1

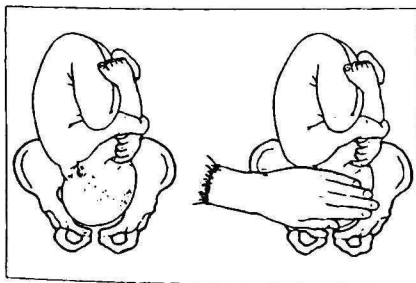
Giai đoạn 1:

Khi bắt đầu chuyển dạ (thì tiền sản), cổ tử cung xoá và mở dần. Xoá hoàn toàn khi cổ tử cung mở khoảng 3-4cm. Sau đó cổ tử cung mở rất nhanh (thì chủ động) tới 10 cm (mở hoàn toàn). Cả 2 thì này là giai đoạn đầu của chuyển dạ.

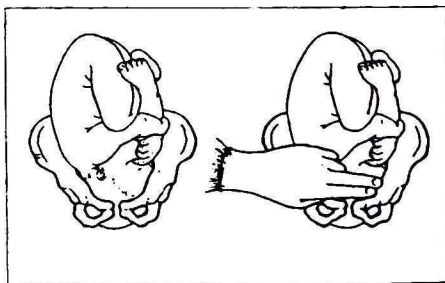
Giai đoạn 2

Giai đoạn này bắt đầu khi cổ tử cung đã mở xong. Thai nhi lọt xuống dưới lúc cổ tử cung dần hết. một khi lọt xuống tầng sinh môn, sản phụ cố dãn ra ngoài (thì đẩy)

Thai nhi lọt: xác định bằng khám trên bụng và khám âm đạo: khám bụng thấy đầu thai nhi còn cách gờ mu 5 khoát ngón tay (H.11.2; H.11.3): 5/5 nghĩa là đầu còn trên gờ mu 5 khoát. 0/5 khi đầu tụt sâu vào trong tiểu khung



Hình 11.2



Hình 11.3

Khám âm đạo: gai ụ ngôi được lấy làm mốc để xác định mức độ lọt của thai (H.11.4)

Giai đoạn 3

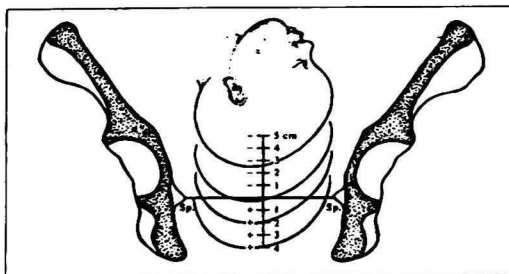
Giai đoạn được bắt đầu bằng xổ thai và kết thúc bằng xổ rau.

2. Chậm trong chuyển dạ

Có 3 nguyên nhân cơ bản:

- Cơ co tử cung yếu
- Ngôi thai bất thường và vị trí bất thường.
- Không phù hợp giữa kích thước của thai và khung chậu.

Thường có sự liên quan lẫn nhau nhưng cơ co tử cung yếu là nguyên nhân hay gặp nhất của chuyển dạ chậm.



Hình 11.4

Cần loại trừ ngôi thai bất thường và cơ co tử cung yếu trước khi chẩn đoán là không phù hợp giữa thai và khung chậu.

* Cơ co tử cung

Cơ co tử cung tốt có đặc điểm:

- Khoảng 2 - 4 cơn trong 10 phút
- Mỗi cơn kéo dài 30 đến 60 giây
- Cổ tử cung xoá và mở dần trong thì tiềm tàng
- Mở cổ tử cung ít nhất mỗi giờ được 1cm trong thì chủ động
- Thai lọt dần xuống khung chậu

Cơ co yếu xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào. Nếu như loại bỏ ngôi thai bất thường và chuyển dạ chậm dù cơn co tốt, lúc đó mới nghĩ đến sự bất tương xứng giữa thai và khung chậu. Cơ co yếu trong chuyển dạ giả dừng nhầm với cơn co bất thường.

* Ngôi thai bất thường và vị trí bất thường

Ngôi thai thuận lợi nhất là đầu thai cúi trong tư thế chằm trước. Khi ngôi thai bất thường, thường có sự không phù hợp giữa ngôi và khung chậu, ngôi thai không dè vào cổ tử cung làm cổ tử cung không mở, vì vậy dù cơn co tốt nhưng cuộc chuyển không có hiệu quả

*** Không phù hợp kích thước**

Nếu thai nhi và khung chậu không tương xứng thì có thể cuộc chuyển dạ không hiệu quả, điều này xảy ra khi thai quá to hay khung chậu quá bé.

Có thể xác định sớm sự không tương xứng này như: não úng thủy, thai to ở sản phụ bất thường khung chậu (chấn thương vỡ xương chậu).

Thử nghiệm tốt nhất để biết bất tương xứng giữa khung chậu và thai là nghiệm pháp lọt, đo khung chậu ít có giá trị.

Bảng theo dõi chuyển dạ để có dự báo sớm về bất thường kích thước. Khi không nhận biết chuyển dạ đã ngừng và kéo dài, sự không tương ứng giữa đầu thai nhi và khung chậu sẽ dẫn đến cuộc chuyển dạ không tiến triển. Chuyển dạ không tiến triển khi cổ tử cung không mở được hoặc thai nhi không lọt xuống với:

Đầu thai to quá

Thai không đè tỳ vào cổ tử cung hoặc cổ tử cung phù nề

Phần dưới tử cung phồng to, hình thành giải co thắt.

Tim thai suy, sản phụ kiệt sức do chuyển dạ kéo dài.

Chuyển dạ kéo dài mà không xõ thai được

*** Đánh giá và chẩn đoán**

Khi sản phụ có những cơn đau bụng cách quãng, phải quan tâm đến những vấn đề sau:

Sản phụ có đang chuyển dạ không?

Nếu đang chuyển dạ thì ở giai đoạn nào?

Ngôi thai nào?

Màng ối vỡ chưa, nếu đã vỡ thì vào lúc nào?

Hỏi sản phụ về tình trạng chung:

Có đau không, có mệt không

Đo mạch, huyết áp, độ mất nước (lưỡi, số lượng nước tiểu) nhiệt độ.

Sản phụ có bệnh gì không

Xem cơn co tử cung. Nếu có 2 cơn, mỗi cơn kéo dài lâu hơn 20 giây trong khoảng 10 phút thì khám âm đạo để đánh giá mức độ xoá và mở cổ tử cung.

Nếu cổ tử cung chưa mở trong lần khám đầu thì không thể chẩn đoán là chuyển dạ được. Nếu cơn co tiếp tục, khám lại sản phụ sau 4 giờ để xem cổ tử cung, nếu lúc này cổ tử cung đã xoá và mở thì có nghĩa đang chuyển dạ, nếu không có nghĩa là chuyển dạ giả.

Chỉ chẩn đoán là chuyển dạ khi cổ tử cung xoá và mở. Nếu chẩn đoán sai sẽ dẫn đến lo lắng hay can thiệp không cần thiết.

- Giai đoạn 1

Thì tiềm tàng

Cổ tử cung mở dưới 4 cm

Thì chủ động

Cổ tử cung mở từ 4 đến 10cm

Tốc độ mở ít nhất 1cm/giờ

Thường cổ tử cung xoá hoàn toàn

Thai bắt đầu lọt

- Giai đoạn 2

Thì sớm: Cổ tử cung đã mở hoàn toàn (10cm) thai nhi tiếp tục lọt xuống, chưa một rặn.

Thì muộn: thai nhi đã xuống tới tầng sinh môn và sản phụ một rặn. Diễn hình giai đoạn này kéo dài dưới 1 giờ ở người đẻ con so và dưới 30 phút con dạ.

Thăm khám âm đạo ít nhất 4 giờ 1 lần ở giai đoạn 1 và đánh dấu vào bảng theo dõi. Bảng này rất có ích để theo dõi quá trình chuyển dạ và sớm phát hiện các loại chuyển dạ bất thường.

Cần thăm âm đạo nhiều lần hơn khi:

Vỡ ối.

Có suy thai.

Sản phụ chuyển dạ ở giai đoạn 2

Mỗi lần thăm âm đạo, ghi chép như sau:

Xoá và mở cổ tử cung

Ngôi và vị trí

Máu và mùi ối.

Đánh giá quá trình chuyển dạ bằng:

Đo những thay đổi khi xoá và mở cổ tử cung ở thì tiềm tàng.

Đo tốc độ mở cổ tử cung ở giai đoạn chủ động.

Đánh giá thai lọt ở giai đoạn 2

Đánh giá tình trạng thai nhi:

Đếm nhịp tim thai trong khi hay ngay sau cơn co.

Nghe tim thai trong cả phút: mỗi nửa giờ 1 lần ở thì chủ động. mỗi 5 phút 1 lần ở giai đoạn 2.

Nghe tim thai nhiều lần hơn nếu phát hiện bất thường: trung bình tim thai giữa 120 và 180 lần phút, nếu thấy ngoài mức này chứng tỏ suy thai.

Nghe tim thai hồi phục sau cơn co: nếu chậm hồi phục tức là suy thai.

Nếu màng ối đã vỡ, xem màu dịch ối. Màu xanh - vàng, lẫn máu hoặc không còn ối có thể thai đã suy.

Những dấu hiệu gợi ý quá trình chuyển dạ tốt:

Cơn co đều đặn, tăng dần về tần số và thời gian.

Tốc độ mở cổ tử cung ít nhất 1cm/giờ trong thì chủ động thai lọt dễ dàng và đặn trong giai đoạn xố.

Cổ tử cung áp chặt vào đầu thai nhi.

Những dấu hiệu gợi ý quá trình chuyển dạ không thuận lợi.

Cơn co không đều, không thường xuyên và yếu.

Tốc độ mở cổ tử cung chậm hơn 1cm/giờ trong thì chủ động.

Thai không lọt trong thì xố.

Ngôi thai không áp chặt vào cổ tử cung

Những dấu hiệu gợi ý rủi ro đối với thai nhi.

Dịch ối có máu.

Dịch ối vàng - xanh.

Bất thường nhịp tim thai như nhanh quá, chậm quá hay hồi phục chậm sau cơn co.

3. Tiến triển của chuyển dạ

*** Chuyển dạ chậm phối hợp với thì tiềm tàng kéo dài**

Thì tiềm tàng kéo dài được chẩn đoán hồi cứu:

Khi cơn co ngừng, chẩn đoán như chuyển dạ giả.

Khi cơn co trở nên đều đặn và cổ tử cung mở hơn 4 cm chẩn đoán như thì tiềm tàng.

Chuyển dạ giả tưởng là chuyển dạ chậm dẫn đến can thiệp không cần thiết và mổ đẻ không cần thiết.

Thì tiềm tàng kéo dài khi mở cổ tử cung không được 4cm trong 8 giờ. Nếu sản phụ nào trong thì tiềm tàng đã kéo dài hơn 8 giờ thì đánh giá lại những tình huống sau:

– Nếu không thấy cổ tử cung xoá và mở và không thấy có suy thai, cần xem lại chẩn đoán về chuyển dạ, có thể không phải.

– Nếu thấy thay đổi cổ tử cung (xoá và mở), dùng oxytocin để tăng cơn co. Cần bấm ối chủ động trước khi hay trong khi dùng thuốc. Ở những vùng có tỷ lệ HIV tăng cao, cần bảo tồn màng ối càng lâu càng tốt vì mổ đẻ không phải là lựa chọn, như vậy sẽ giảm nguy cơ lây nhiễm.

Đánh giá lại sau mỗi 4 giờ.

Nếu sau 8 giờ vẫn chưa bước vào thì chủ động, cần phải nghĩ đến mổ đẻ nhưng phải chắc chắn đây không phải là chuyển dạ giả.

Nếu màng ối đã tự vỡ, cần kích thích và gây chuyển dạ ngay.

Ở vùng tỷ lệ liên cầu B tăng, dùng ngay kháng sinh sau 12 giờ màng ối vỡ để giảm nhiễm trùng cho thai nhi.

Nếu có bất kỳ biểu hiện nào của viêm màng ối, tăng cường chuyển dạ ngay và dùng kháng sinh.

*** Chuyển dạ chậm phối hợp với thì chủ động kéo dài.**

Trong thì chủ động, cổ tử cung thường giãn mở mỗi giờ được 1 cm, bất kỳ tốc độ nào chậm hơn chứng tỏ thì chủ động chậm. Nếu bỏ qua sẽ dẫn đến thì chủ động kéo dài, nguyên nhân thường thấy là:

Cơn co tử cung không hiệu quả

Ngôi thai bất thường và vị trí bất thường

Không tương xứng giữa kích thước thai và khung chậu.

Những nguyên nhân này thường xen kẽ nhau. Khi tốc độ mở trong thì chủ động chậm hơn 1cm/giờ, đánh giá lại sản phụ về cơn co yếu và ngôi không tốt.

– Nếu thấy thai không lọt, mổ đẻ

– Nếu không thấy, tăng chuyển dạ bằng bấm ối và oxytocin.

Những phương pháp chung để hỗ trợ chuyển dạ làm tăng cơn co và chuyển dạ được nhanh lên là:

Động viên sản phụ bằng lời nói

Để sản phụ đi lại, ngồi và thay đổi tư thế

Cho thêm nhiều dịch bằng uống hay truyền TM

Tăng cường di tiểu

Chỉ đặt ống thông như biện pháp cuối cùng.

Đánh giá lại bằng thăm âm đạo sau khi có cơn co tốt 2 giờ.

Nếu không thấy có tiến triển giữa 2 lần thăm, mổ đẻ.

Nếu thấy có tiến triển, tiếp tục dùng oxytocin và khám lại sau 2 giờ.

Tiếp tục theo dõi cẩn thận

Không hiệu quả, tử cung co yếu rất ít khi gặp ở sản phụ đẻ nhiều lần, do đó cố gắng loại trừ không tương xứng kích thích trước khi tăng liều oxytocin.

Trong thì chủ động của chuyển dạ, đánh dấu trên bảng theo dõi về mở cổ tử cung thường vẫn nằm bên phải đường báo động. Đường tác dụng nằm bên phải đường báo động 4 giờ, nếu sản phụ chuyển dạ nằm ở đường này, cần quyết định về nguyên nhân của chuyển dạ chậm và có xử trí thích hợp.

*** Chuyển dạ chậm phối hợp với thì xổ thai kéo dài.**

Lực tác động trong thì xổ thai là do cơn co tử cung. Để sản phụ tự đẩy thai ra ngoài, không nên bảo sản phụ nín thở và cố sức lâu trong thì này.

Thì xổ thai kéo dài cũng có cùng những lý do như thì chủ động kéo dài. Nếu đã loại trừ ngôi thai không tốt và thai không lọt thì vẫn dùng oxytocin truyền để cho xổ thai nhanh trừ có chống chỉ định. Nếu thai không xuống dù đã tăng liều oxytocin thì cần nghĩ đến hỗ trợ để xổ thai.

Hỗ trợ bằng dùng forceps hay giác hút nếu đầu đã lọt. Mổ đẻ được ưa chỉ định hơn nhất là khi đầu thai còn ở cao.

*** Chuyển dạ chậm phối hợp với ngôi xấu và tư thế xấu của thai**

– Ngôi chằm sau

Thai tự xoay thành ngôi chằm - trước trong 90% trường hợp. Ngôi chằm sau cũng có thể đẻ được chuyển dạ sẽ lâu ở giai đoạn 1 và 2. Tăng sinh môn bị rách hoặc cắt tầng sinh môn làm phức tạp cuộc đẻ.

– Ngừng chuyển dạ:

Ngừng chuyển dạ xảy ra khi xoay hoặc /và lọt đầu thai không xảy ra:

Cần đảm bảo đủ dịch

Theo dõi tình trạng sản phụ và thai nhi.

Nếu có suy thai, cần mổ đẻ khi không xổ nhanh được.

Trong trường hợp thai không lọt dù đã thử nghiệm tăng cường chuyển dạ và đầu thai mới quá 1cm, thì dùng forceps và giác hút.

Nếu đầu còn cao (hơn 1/5 khi khám bụng) thì mổ đẻ

Nếu thai tắc nghẽn hoặc suy thai, cần mổ đẻ.

– Ngôi trán

Có thể tự chuyển thành ngôi đỉnh hay ngôi mặt khi thai nhỏ hoặc khi thai đã chết. Nếu màng ối đã vỡ, thai trung bình thì không tự xoay được, chuyển dạ sẽ ngừng.

Nếu thai còn sống: mổ đẻ.

Nếu thai đã chết: cổ tử cung mở không hoàn toàn thì mổ đẻ còn mở hoàn toàn thì chọc sọ hoặc mổ đẻ.

Không lấy thai ngôi trán bằng forceps, giác hút.

– Ngôi mặt

Thường sẽ chuyển dạ lâu với ngôi mặt.

Tư thế cầm trước, thai lọt và xoắn với đầu cúi

Tư thế cầm sau, đầu ngửa hoàn toàn sẽ bị vướng xương cùng khi lọt nên ngừng chuyển dạ.

Đảm bảo đủ dịch

Theo dõi thai và sản phụ

Nếu thai suy, mổ đẻ

Nếu cổ tử cung không mở hết và tư thế cầm trước và không có dấu hiệu của tắc thai, tăng liều oxytocin, theo dõi tiến triển nếu thành ngôi đỉnh.

Nếu tư thế cầm sau và có biểu hiện tắc thì mổ đẻ.

Nếu cổ tử cung mở hoàn toàn, tư thế cầm trước và không có biểu hiện tắc, thì tăng liều oxytocin, nếu thai lọt tốt thì lấy bằng forceps.

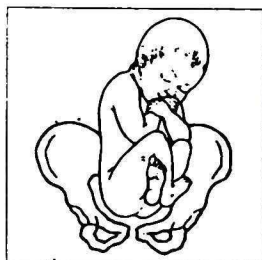
Không dùng giác hút cho ngôi mặt.

– Ngôi hỗn hợp (sa tay cùng với phần ngôi)

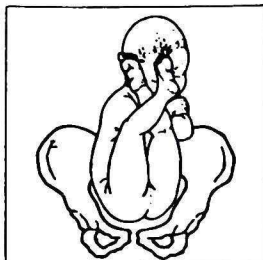
Chỉ có thể xoắn được khi thai rất nhỏ hoặc đã chết và lọt da. Nguyên tắc là ngừng chuyển dạ trong thì xoắn thai. Đôi khi có thể đẩy tay vào trong cho sản phụ nằm tư thế phủ phục đẩy tay thai nhi lên trên tiểu khung, giữ như thế đợi đến cơn co tử cung để đẩy đầu thai nhi xuống tiểu khung. Để có rủi ro sa cuống rau, do đó phải chuẩn bị mổ đẻ.

– Ngôi mông

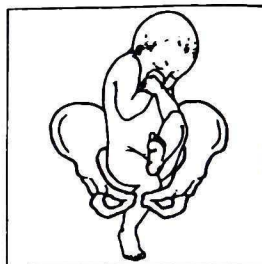
Khi chuyển dạ lâu thì chỉ định mổ đẻ (H.11.6, H.11.7, H.11.8)



Hình 11.6



Hình 11.7

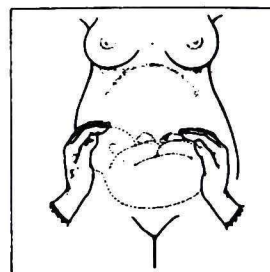


Hình 11.8

– Ngồi ngang

Mổ dễ là tốt nhất dù thai còn sống hay đã chết (H.11.9)

Có khi mổ dễ nhưng khó lấy thai vì 1 tay sa xuống hoặc thai có tư thế lưng xuống dưới. Thường phải mở rộng đoạn giữa tử cung, dễ thương tổn động mạch tử cung.



Hình 11.9

4. Kỹ thuật can thiệp

* Mổ dễ

– Chuẩn bị

1. Xem lại chỉ định. Kiểm tra ngôi thai và chắc chắn không thể đẻ tự nhiên được.
2. Giải thích để sản phụ đồng ý và nói rõ vì sao và thủ thuật thực hiện như thế nào.
3. Xét nghiệm Hemoglobin nhưng nếu cấp cứu thì đừng chờ kết quả. Dự trữ 2 đơn vị máu nếu sản phụ thiếu máu nặng.
4. Lập đường truyền TM
5. Tiêm citrat sodium 30ml 0.3mol hoặc /và Ranitidin 150mg uống hay 50mg TM để giảm độ toan dịch vị. Citrat sodium tác dụng trong 20 phút nên chỉ tiêm trước tiến mổ.
6. Thông dái và giữ ống thông suốt trong cuộc mổ
7. Nếu đầu thai nhi lọt xuống tiểu khung và chuyển dạ ngừng thì chuẩn bị tăng sinh môn và âm đạo để hỗ trợ khi lấy thai.

8. Quay nghiêng sản phụ sang trái 15° hoặc đặt 1 gối dưới hông phải để giảm hội chứng hạ huyết áp khi nằm.

9. Nghe tim thai lại trước khi mổ.

- Gây mê

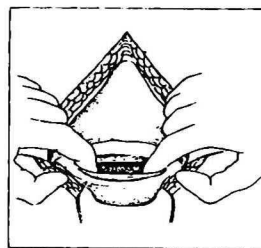
Trong trường hợp tối cấp, gây mê toàn thân nhanh hơn gây tê tuỷ sống và an toàn hơn nếu sản phụ bị thiếu khối lượng tuần hoàn hay choáng. Nếu không cấp cứu lắm (mổ lấy thai mất khoảng 30 phút) thì gây tê tuỷ sống sẽ giảm rủi ro cho mẹ và con. Cần thảo luận giữa bác sĩ phẫu thuật và gây mê.

- Mổ bụng

Đường rạch dọc giữa hay ngang. Nếu gây tê thì đường ngang khó làm hơn và sẹo sẽ to hơn.

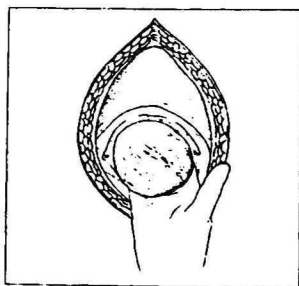
Tránh rạch vào bàng quang: khi rạch phúc mạc phía thấp, cần thận trọng, vén bàng quang xuống dưới rồi lấy van trên xương mu kéo.

Mở phần dưới tử cung: rạch dưới chỗ tách bàng quang khỏi tử cung khoảng 1cm, rạch ngang, mở rộng sang 2 bên nhưng tránh làm thương tổn động mạch tử cung (mở rộng vừa đủ để lấy thai) (H.11.11)

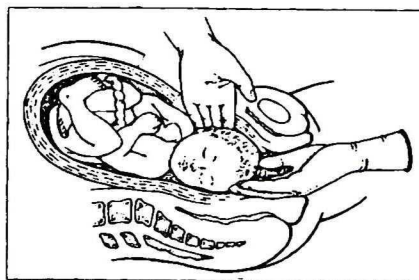


Hình 11.11

Lấy thai: luồn tay vào trong tử cung giữa tử cung và đầu thai nhi, khe nhấc và gập đầu lại, đưa ra khỏi tử cung. (H.11.12) tránh rách mép tử cung xuống phía cổ. Một tay đè nhẹ vào bụng sản phụ phía đáy tử cung để giúp đưa đầu ra ngoài.



Hình 11.12



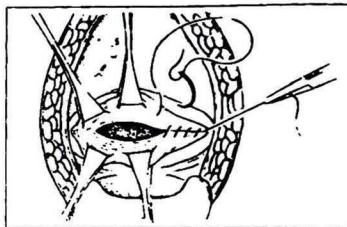
Hình 11.13

Nếu đầu thai nhi lọt xâu vào tiểu khung, nhờ 1 người phụ (mang găng vô trùng) luồn dưới vải mổ đẩy đầu thai từ âm đạo lên (H.11.13). Hút mồm và mũi thai nhi rồi mới lấy vai và thân ra ngoài.

Truyền oxytocin 20 đơn vị trong 1 lít HTM hay Ringer lactat 60 giọt/phút trong 2 giờ. Cắt cuống rau thai. Tiêm 1 liều kháng sinh dự phòng. Nếu nước ối có mùi hôi, cho kháng sinh điều trị. Kéo nhẹ cuống rau thai, xoa nhẹ tử cung qua thành bụng, cổ rau và màng rau.

Khâu lại tử cung bằng chỉ tự tiêu số 0 (catgut chromé, polyglycolic acid).

Khâu vết tránh khâu vào bàng quang. Chỉ cần khâu 1 lớp, nếu còn chảy máu mới phải khâu tiếp. (H.11.14)



Hình 11.14

Hãy kiểm tra kĩ càng đường khâu tử cung trước khi đóng bụng. Đảm bảo không còn chảy máu và tử cung co hồi tốt.

- Làm gì khi có sự cố:

Nếu không kiểm soát được chảy máu.

Xoa bóp tử cung

Nếu tử cung đỏ, truyền tiếp oxytocin và ergometrine 0,2mg và prostaglandin (nếu có).

Truyền máu nếu cần.

Đè vào động mạch chủ để giảm chảy máu

Nếu vẫn tiếp tục chảy, thắt động mạch tử cung và động mạch buồng trứng - tử cung hoặc cắt tử cung.

Nếu là ngôi mông khi mổ đẻ:

Nắm ngay chân thai nhi lôi qua đường mổ tử cung, rồi tới vai và tay. Thò ngón giữa vào mồm thai nhi, lòng bàn tay kia đỡ 2 vai thai nhi, gấp đầu thai nhi bằng các ngón tay của bàn tay đỡ vai, kéo thai nhi ra ngoài.

Khi thai có ngôi ngang:

Nếu thai nằm úp xấp (lưng sát với dây tử cung), cho bàn tay vào tử cung, tìm cổ chân để lôi nhẹ thai nhi ra ngoài.

Nếu lưng quay xuống dưới, có khi phải rạch dọc tử cung để lấy thai. Thò tay nắm lấy bàn chân thai nhi để kéo ra ngoài.

Đối với rau tiền đạo

Nếu rau thai bám thấp phía trước, rạch qua rau để xổ thai.

Sau khi lấy thai, nếu không bóc được rau (do lần mổ trước rau thai bám vào) thì phải cắt tử cung.

Nếu sản phụ có rau tiền đạo với nhiều rúi ro chảy máu sau đẻ thì phải khâu vá kỹ chỗ bám rau để cầm máu bằng chỉ tự tiêu. Theo dõi chảy máu sau đẻ.

– **Kháng sinh**

Khi mổ đẻ, dùng kháng sinh dự phòng sẽ làm giảm nhiễm trùng. Tiêm lúc cấp cuồng rốn

Céfazolin 1g TM hay ampicilin 1-2g TM chỉ 1 liều

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng khi mổ đẻ thì tiêm

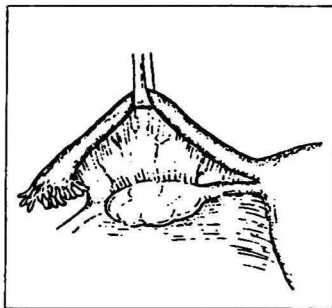
Ampicilin 1-2g TM cách 6 giờ cộng với gentamycin 5mg/kg/ngày TM 1 liều duy nhất Metronidazol 500mg 8 giờ

Cho đến khi sản phụ hết sốt sau 24 - 48 giờ.

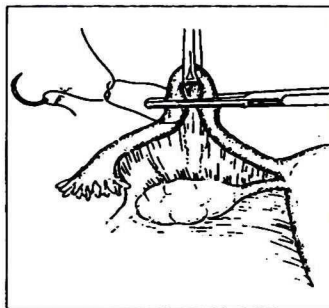
– **Triệt sản khi mổ đẻ**

Nếu sản phụ yêu cầu trước khi có chuyển dạ thì thất vôi trứng có thể thực hiện sau mổ đẻ.

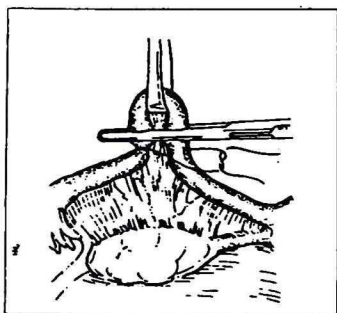
Thực hiện như hình vẽ (H.11.15 – H.11.18)



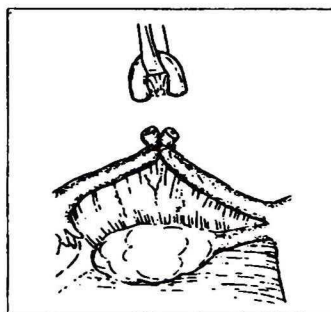
Hình 11.15



Hình 11.16



Hình 11.17



Hình 11.18

– **Săn sóc sau mổ đẻ**

1. Theo dõi cẩn thận sản phụ về những dấu hiệu sinh tồn, chảy máu và lưu lượng nước tiểu. Cần chuyển bị sản can thiệp khi cần.

2. Nếu chảy máu, xoa bóp tử cung để đẩy hết máu và máu cục ra khỏi. Máu cục ngăn cản co hồi tử cung.

3. Cho thuốc: oxytocin 20 đơn vị trong 1 lít huyết thanh, tiêm TM 60 giọt/phút. Ergometrin 0.2mg bắp. Prostaglandin nếu có.

4. Dùng đường truyền thứ 2 để bù vì đường truyền trước chỉ được 4ml/phút.

5. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, dùng kháng sinh tương ứng.

6. Thuốc giảm đau.

7. Cho uống 1 ngày sau mổ. Ăn khi sản phụ đã uống tốt.

* **Gây và tăng cường chuyển dạ**

Có nhiều chỉ định khác nhau nhưng phương pháp thực hiện thì như nhau.

Gây chuyển dạ: kích thích tử cung bắt đầu chuyển dạ.

Tăng cường chuyển dạ: kích thích tử cung để tăng tần số, thời gian và cường độ cơn co trong khi chuyển dạ.

Cơn co tốt là cơn co kéo dài hơn 40 giây và 3 cơn trong 10 phút

– **Gây chuyển dạ**

Kết quả của gây chuyển dạ phụ thuộc vào tình trạng cổ tử cung khi kích thích.

Đặt mỏ vịt nhẹ nhàng vào âm đạo.

Đưa ống thông Foley vào trong cổ tử cung

Bơm bóng với 10ml nước cuộn ống thông lại và để trong âm đạo cho đến khi có cơn co hoặc ít nhất trong 12 giờ.

Xẹp bóng trước khi rút và bấm ối, tiêm oxytocin.

Không được đặt ống thông nếu tiền sử có chảy máu hoặc ối đã vỡ và âm đạo nhiễm trùng.

– **Bấm ối**

Khi thực hiện gây hay kích thích chuyển dạ thì phải bấm ối nếu ối chưa vỡ.

Màng ối vỡ (tự nhiên hay nhân tạo) sẽ thường tạo nên 1 chuỗi hiện tượng sau:

Nước ối chảy ra

Kích thước tử cung nhỏ lại

Prostaglandin tạo ra và kích thích chuyển dạ

Tử cung co bóp tăng lên

Kỹ thuật

Xem lại chỉ định

Nghe và ghi tim thai

Dặn sản phụ nằm ngửa 2 chân co lại, gối dạng

Đi găng, thăm cổ tử cung: mật độ, tư thế, xoá và dân.

Tay kia cầm 1 kẹp, đưa qua cổ tử cung để tới màng ối, hai ngón tay đè vào màng, tay kia chọc thủng màng ối, để cho nước ối chảy từ từ ra ngoài.

Ghi mẫu nước ối (trong, mẫu xanh, lẫn máu), nếu thấy có lẫn phân sau, chứng tỏ thai suy.

Sau bấm ối nghe lại tim thai trước và sau cơn co, nếu tim thai ngoài giới hạn 100 - 180 nhịp/phút, thai suy.

Nếu sau bấm ối 1 giờ mà không thấy chuyển dạ, truyền oxytocin. Nếu chuyển dạ gây ra vì sản phụ có bệnh nặng (nhiễm trùng huyết; sản giật) thì truyền oxytocin cùng lúc với bấm ối.

Ở sản phụ có HIV(+) cố giữ màng ối càng lâu càng tốt để giảm nguy cơ lây nhiễm chu sinh

– Kích thích bằng oxytocin.

Cần phải rất thận trọng khi dùng oxytocin vì có thể gây suy thai do cơn co quá mức, rất ít khi gây vỡ tử cung (nhất là đối với sản phụ đẻ nhiều lần).

1. Ghi vào bảng theo dõi 30 phút/lần

Tốc độ truyền, thay đổi tư thế tay của sản phụ sẽ làm thay đổi tốc độ

Tần số và thời gian các cơn co

Nhịp tim thai: nghe cách 30 phút ngay sau cơn co. Nếu nhịp dưới 100/phút, ngừng truyền ngay.

2. Truyền oxytocin 2,5 đơn vị trong 500ml Dextrose hay HTM 10 giọt/phút.

3. Tăng tốc độ truyền 10 giọt/mỗi phút cách 30 phút 1 lần cho đến khi đạt được cơn co tốt (cơn co kéo dài hơn 40 giây và cứ 10 phút lại có 3 cơn co) tử cung sau khi co sẽ mềm.

4. Giữ tốc độ như vậy cho đến khi xổ xong

5. Nếu kích thích quá mức (mỗi cơn co lâu hơn 60 giây) và có hơn 4 cơn trong 10 phút thì ngừng truyền, cho tử cung dần ra bằng thuốc (Terbutalin 250 microgram TM tiêm trong 5 phút).

6. Nếu trong 10 phút không tới 3 cơn co, mỗi cơn kéo dài hơn 40 giây khi đang truyền 60 giọt/phút thì:

Tăng đậm độ oxytocin lên 5 đơn vị trong 500ml Dextrose hay HTM, truyền 30 giọt/phút.

Tăng tốc độ truyền 10 giọt thêm mỗi 30 phút cho đến khi đạt được cơn co tốt, hoặc tốc độ tối đa là 60 giọt/phút.

7. Nếu vẫn không chuyển dạ, dùng đậm độ oxytocin cao hơn.

Ở sản phụ đẻ nhiều lần hay trước đã mổ đẻ, gây chuyển dạ thất bại thì mổ đẻ.

Ở sản phụ con so, truyền oxytocin 10 đơn vị/500ml HTM hay Dextrose 30 giọt/phút.

Tăng tốc độ truyền cứ mỗi 30 phút thêm 10 giọt đến khi đạt kết quả.

Nếu cơn co không tốt với tốc độ 60 giọt/phút thì mổ đẻ.

Không bao giờ để sản phụ nằm một mình trong khi truyền oxytocin.

– Xổ thai bằng dụng cụ

Lực đẩy thai trong khi chuyển dạ có thể được tăng thêm bằng cách kéo vào đầu thai nhi. Có 2 cách sau đây:

Giác hút

Forceps

Bất kỳ thử nghiệm nào của xổ thai bằng dụng cụ đều phải được xử trí như khi chuẩn bị cho mổ đẻ nghĩa là sửa soạn gây mê (tiêm ranitidin sớm) và truyền máu.

– Giác hút

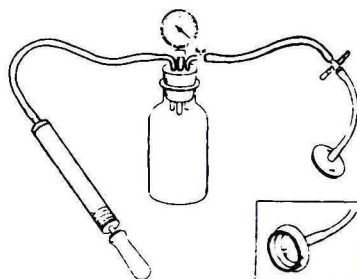
Hình 11.19 trình bày những phần chính của giác hút

1. Kiểm tra lại những điều kiện để làm giác hút

Ngôi thai là ngôi chỏm

Tuổi thai

Cổ tử cung đã mở hoàn toàn



Hình 11.19

Đầu thai nhi ít nhất không cao hơn xương mu mức 2/5.

2. Kiểm tra tất cả các chỗ nối và thử ỏoj hút với tay đi găng

3. Nếu cần gây tê vùng tầng sinh môn.

4. Xác định vị trí của đầu thai bằng tìm rãnh dọc 2 xương đỉnh và các thóp. Xác định thóp sau.

5. Dùng giác lớn nhất, với trung tâm giác đặt vào 1cm phía trước thóp sau. Vị trí này giúp cho đầu thai cúi xuống lọt và tự xoay khi kéo (H. 11.20).

6. Có khi phải rạch tầng sinh môn để đặt giác cho đúng, nếu không đợi cho đến khi thấy có cản trở (tầng sinh môn ngăn đầu thai nhi hoặc vướng khi kéo giác hút), điều này giúp đỡ mất máu.

7. Kiểm tra chỗ đặt giác hút. Đảm bảo không có 1 mô mềm nào xen kẽ ở rìa giác hút (cổ tử cung hay âm đạo)

8. Dùng bơm hút với áp lực âm $0,2\text{kg/cm}^2$. Kiểm tra chỗ đặt giác hút.

9. Tăng lực hút lên $0,8\text{kg/cm}^2$ và kiểm tra chỗ đặt giác hút.

10. Khi đã đạt lực hút tối đa, bắt đầu kéo theo trục của khung chậu và thẳng góc với giác hút. Nếu đầu thai lệch sang 1 bên hoặc không cúi tốt, hướng lực hút để sửa phần lệch.

11. Với mỗi lần cơn co, lại kéo theo hướng thẳng góc với giác hút kết hợp với sức rặn của phụ sản (Hình 11.21).

12. Đi găng vô trùng, thò 1 ngón tay vào sát giác trong khi kéo để xác định khả năng đầu thai xoắn.

13. Giữa 2 cơn co: khám tìm thai và vị trí của giác.

– Khi dùng giác hút:

Không bao giờ lấy giác hút để xoay đầu thai, đầu thai sẽ tự xoay khi kéo.

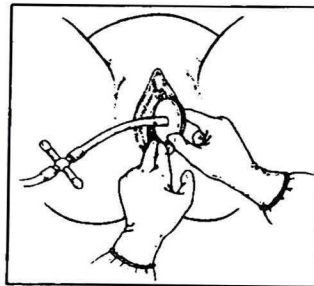
Lần kéo đầu tiên sẽ giúp để biết hướng đúng của lực kéo.

Không được kéo giữa 2 cơn co tử cung.

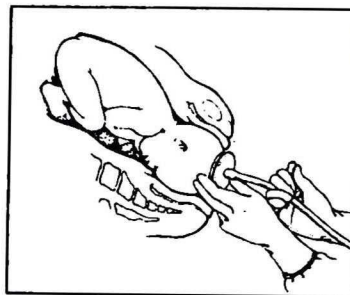
Nếu thấy có tiến triển và không có suy thai, tiếp tục kéo giác hút tối đa là trong 30 phút.

– Dùng giác hút thất bại nếu:

Đầu thai không xuống mỗi khi kéo.



Hình 11.20



Hình 11.21

Sau 30 phút không kết quả.

Giác hút tuột khỏi đầu 2 lần dù đã kéo đúng hướng với áp lực hút tối đa.

Nếu giác hút thất bại thì mổ đẻ

– Biểu chứng của giác hút:

Biểu chứng thường xảy ra do không theo dõi những điều kiện của dùng giác hút và do vượt quá thời gian 30 phút

Đối với thai nhi:

Phù nề vùng da đầu nơi đặt giác hút: không có nguy hại và mất sau vài giờ.

Xuất huyết da đầu đòi hỏi phải theo dõi và sẽ tan sau 3 – 4 tuần.

Chảy máu trong sọ hiếm khi xảy ra, nhưng cần theo dõi tăng cường ngay lập tức.

Bong da đầu: khám để xem có phải khâu không. Rất hiếm khi bị hoại tử.

Đối với sản phụ:

Rách đường sinh dục: khâu kĩ và khâu ngay cổ tử cung hay âm đạo bị rách.

– **Forceps**

Những điều kiện để dùng forceps.

Ngôi chỏm hay ngôi mặt với cằm phía trước.

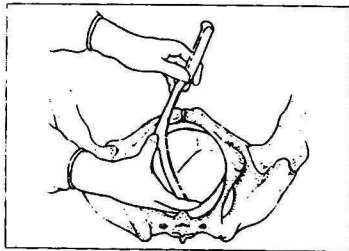
Cổ tử cung mở hoàn toàn.

Không còn sờ thấy phần nào của đầu thai nhi ở trên bụng sản phụ.

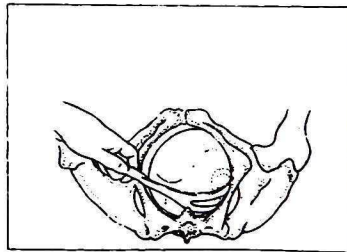
Rãnh dọc phải ở giữa và thẳng, đảm bảo tư thế chẩm trước hay chẩm sau.

Kỹ thuật

1. Lắp forceps trước khi đặt, đảm bảo các phần khớp nhau và chắc.
2. Gây tê tầng sinh môn
3. Bôi trơn 2 má forceps
4. Đì găng vô trùng, đưa 2 ngón tay bàn tay phải vào âm đạo, bên cạnh đầu thai nhi và các ngón tay, áp vào phía bên của đầu thai nhi (Hình 11.22, 11.23)



Hình 11.22

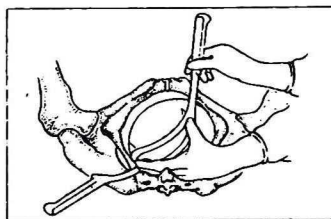


Hình 11.23

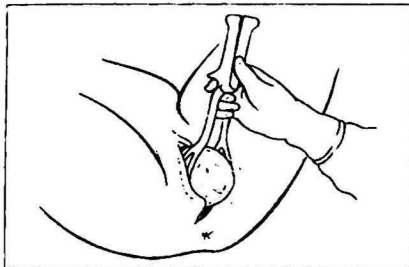
5. Cũng với động tác như thế nhưng với má phải của forceps (Hình 11.24)

6. Ghép 2 má lại với nhau. Nếu thấy khó lắp tức là đặt 2 má không đúng, trong trường hợp đó phải lôi các má ra đặt lại.

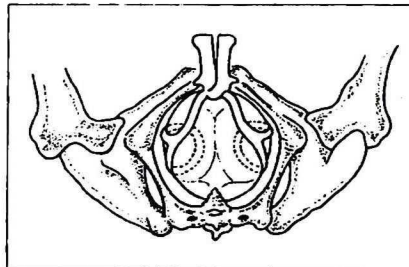
7. Sau khi lắp 2 má với nhau kéo forceps theo hướng xuống dưới ra sau khi có mỗi cơn co tử cung. Đầu thai nhi sẽ tụt xuống mỗi khi kéo. Chỉ cần 2 hay 3 lần kéo là đủ (Hình 11.25, 11.26, 11.17, 11.28).



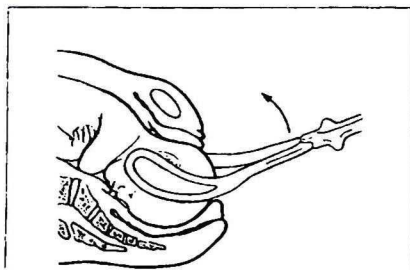
Hình 11.24



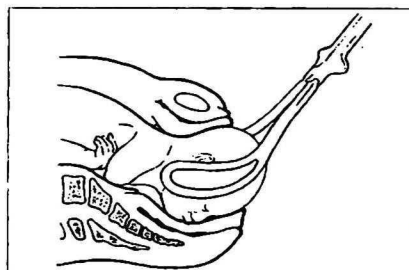
Hình 11.25



Hình 11.26



Hình 11.27



Hình 11.28

8. Mỗi lần kéo forceps, kiểm tra.

Tìm thai

Vị trí đặt forceps

9. Khi đầu thai nhi căng phồng tầng sinh môn thì rạch mép.

10. Nâng nhẹ đầu thai nhi ra khỏi âm đạo giữa các cơn co.

– Thất bại khi dùng forceps:

Đầu thai nhi không tụt xuống qua mỗi lần kéo.

Không lấy được thai nhi sau 3 lần kéo.

Phải mổ đẻ ngay khi thất bại.

– **Biến chứng**

Với thai nhi:

Rách mắt hay da đầu: làm sạch để quyết định có cần khâu không.

Vỡ sọ hay mặt: phải theo dõi.

Thương tổn thần kinh mặt: theo dõi.

Với sản phụ:

Rách đường sinh dục: khám xét kĩ để khâu âm đạo, cổ tử cung và chỗ rách mép.

Vỡ tử cung: phải xử trí ngay

*** Chọc sọ và hút sọ**

Ở một số trường hợp ngừng chuyển dạ và thai đã chết, làm giảm kích thước của sọ để lấy qua đường âm đạo sẽ tránh được mổ đẻ. Chọc sọ và chọc hút sọ sẽ làm giảm kích thước của thai có não úng thủy rồi mổ đường âm đạo.

Cần giải thích cho sản phụ và gia đình trước khi thực hiện tránh những cảm xúc

Dùng thuốc giảm đau và Diazepam TM chậm

– **Chọc sọ**

Ngồi đầu

Rạch hình chữ thập ở sọ

Mở vòm sọ ở điểm thấp nhất với dụng cụ chọc sọ (hay với đầu nhọn của kéo) với ngón mặt, chọc vào mắt.

Đưa dụng cụ chọc sọ vào trong sọ để làm vụn nội dung trong sọ.

Lấy các mảnh sọ vụn, kéo vào sọ theo đường xoắn.

Khi đầu đã lọt, sức ép của khung chậu sẽ làm cho sọ bẹp lại, kích thước nhỏ đi.

Nếu không dễ làm, mổ đẻ.

Ngồi mông

Rạch qua da ở cổ.

Đưa dụng cụ chọc sọ qua chỗ rạch, luồn dưới da để vào chỗ chọc xương chẩm, mở rộng dụng cụ chọc sọ.

Kéo vào thân để làm bẹp sọ cho dễ xoắn.

Chọc hút sọ

Cổ tử cung mở: dùng kim chọc tuỷ sống to chọc vào thóp hay vào đường dọc đỉnh sọ. Hút trong sọ cho đến khi sọ nhỏ lại và xổ thai.

Cổ tử cung đóng: khám xem đầu thai nhi ở đâu, sát trùng da vùng trên xương mu, dùng kim chọc tuỷ sống to chọc qua da vào sọ thai khi có não úng thủy, hút cho đến khi đầu thai bẹp lại.

Ngôi mông nhưng mắc đầu: dùng kim chọc tuỷ sống chọc qua lỗ chằm rồi hút.

Trong khi mổ đẻ: chọc qua thành tử cung để hút dịch não tuỷ trước khi mổ tử cung.

Để phòng biến chứng sau chọc sọ và chọc hút sọ

Khám âm đạo kỹ sau khi lấy thai để xem có thương tổn không để ống thông bàng quang cho đến khi xác định không có thương tổn bàng quang.

Đảm bảo đủ nước, dịch và lưu lượng nước tiểu.

XUẤT HUYẾT KHI MANG THAI VÀ CHUYỂN DẠ ĐỂ

1. Xuất huyết

Xuất huyết là một trong 4 nguyên nhân tử vong của sản phụ trên thế giới. Chết có thể xảy ra sớm hơn 2 giờ sau khi xuất huyết phối hợp với đẻ. Thiếu máu rất thường gặp ở người mang thai và phụ nữ thiếu máu lại chảy máu là rủi ro rất lớn dẫn đến chết. Sản sóc thích hợp khi chữa và khi chuyển dạ bao gồm:

Phát hiện, điều chỉnh, và phòng ngừa thiếu máu.

Xổ thai do người có tay nghề đỡ.

Xử trí chủ động ở giai đoạn 3 của chuyển dạ

Biết và xử trí sớm khi biến chứng.

Sẩy thai và chữa ngoài dạ con gây chảy máu khi chữa ở giai đoạn sớm; còn giai đoạn muộn và lúc chuyển dạ thì chảy máu là do rau tiền đạo, rau bong non và vỡ tử cung. Chảy máu sau khi đẻ thường liên quan tới co tử cung kém (dờ từ cung), thường tổn trên đường xổ thai và sót rau.

*** Chảy máu trong mang thai giai đoạn sớm.**

Thường liên quan tới sẩy (tự nhiên hoặc tạo ra).

- Sẩy thai tự nhiên: dọa sẩy, chắc chắn sẩy, sẩy không hoàn toàn, sẩy hoàn toàn.
- Tạo ra sẩy
- Sẩy thai không an toàn: do người không có tay nghề hay do thiếu các phương tiện y khoa tối thiểu.
- Sẩy thai nhiễm trùng: thường là hậu quả của sẩy không an toàn
- Chữa ngoài dạ con: 90% là chữa ở vòi trứng, bào thai lớn dần gây vỡ vòi trứng; đau bụng, chảy máu âm đạo. Trong chữa ngoài dạ con, đau bụng trước rồi mới chảy máu âm đạo còn trong sẩy thì ngược lại.

*** Chảy máu trong mang thai giai đoạn muộn và chuyển dạ**

Thường liên quan tới rau bong non và rau tiền đạo

- Rau bong non

Thường gây thai chết. Sản phụ bị choáng chảy máu, rối loạn đông máu và suy thận. Sốt thai sớm là biện pháp được lựa chọn.

- Rau tiền đạo

Rau tiền đạo là chỗ bám của rau ở tại hay gần cổ tử cung. Chảy máu âm đạo tái diễn số lượng nhỏ, đau trong giai đoạn muộn của chữa. Chờ đợi, trừ khi chảy nhiều máu có nguy cơ đến thai nhi hay sản phụ thì phải can thiệp.

– Vỡ tử cung

Chảy máu quan trọng nhưng ít khi xảy ra: do tắc trong khi chuyển dạ hoặc do đã mổ đẻ. Gây chảy máu âm đạo trừ khi đầu thai nhi bịt kín tiểu khung. Máu chảy vào trong bụng hoặc chảy vào giấy chằng rộng.

*** Chảy máu sau khi đẻ**

Chảy máu sau khi đẻ là khi chảy từ âm đạo quá 500ml sau khi đẻ. Điều này liên quan tới tỷ lệ Hemoglobin của sản phụ: nếu bình thường thì sản phụ chịu đựng được nhưng nếu tỷ lệ thấp thì có thể nguy hiểm. Chảy máu có thể với tốc độ chậm trong nhiều giờ và không biểu hiện gì toàn thân rồi đột ngột choáng. Những rủi ro được đánh giá trước không có giá trị dự báo rằng sản phụ sẽ chảy máu sau khi đẻ.

Xử trí chủ động trong giai đoạn 3 của chuyển dạ ở tất cả sản phụ sẽ làm giảm tỷ lệ chảy máu sau đẻ do đỡ tử cung.

Theo dõi sát các sản phụ sau đẻ để xác định chảy máu

– Đờ tử cung

Chảy máu từ chỗ rau bám vào tử cung: khi tử cung không co lại, mạch máu từ chỗ bám sẽ gây chảy máu.

Đờ tử cung là nguyên nhân thường thấy nhất gây chảy máu dữ dội sau đẻ

– Những nguyên nhân khác.

Rách đường sinh đẻ. Sốt rau và máu cục trong buồng tử cung làm ngăn cản tử cung co sau xổ thai gây chảy máu.

Sốt rau gây nhiễm trùng cũng làm chảy máu.

2. Chẩn đoán và xử trí ban đầu

1. Đánh giá sớm tình trạng toàn thân của sản phụ (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).

2. Nếu nghi có choáng, xử trí ngay. Dù không có dấu hiệu choáng cũng vẫn phải nghi đến nó để phát hiện vì tiến triển thường đột ngột. Khi xuất hiện phải xử trí tức thì.

3. Kêu gọi sự giúp đỡ nếu sản phụ choáng hoặc chảy máu nhiều

4. Truyền TM nhanh

5. Phát hiện sản phụ đang mang thai vừa đẻ

Nếu đang mang thai dưới 22 tuần, coi là sẩy hay chưa ngoài dạ con:

– Rủi ro chưa ngoài dạ con ở sản phụ thiếu máu cao hơn, bệnh nhiễm trùng vùng tiểu khung, dọa sẩy hoặc đau bụng bất thường. Nếu nghi đến chưa ngoài dạ con, khám bằng 2 tay nhẹ nhàng vì dễ gây vỡ.

– Cần nghi tới sẩy thai ở bất cứ phụ nữ nào trong tuổi sinh đẻ có chậm kinh nguyệt (chậm kinh hơn 1 tháng) và có 1 trong những dấu hiệu sau: chảy máu, co thắt, cổ tử cung mở hay tử cung nhỏ hơn dự kiến. Nếu là sẩy thai, xử trí ngay các biến chứng.

– Nếu sản phụ đang có mang trên 22 tuần, nghi đến rau tiền đạo, rau bong non và vỡ tử cung. Không nên khám âm đạo trong lúc này.

– Nếu sản phụ vừa mới đẻ, coi là chảy máu sau đẻ và trước hết hãy nghi đến dờ tử cung.

Xoa bóp tử cung để đẩy máu và máu cục ra ngoài

Chẩn đoán chảy máu âm đạo khi có thai giai đoạn sớm

Triệu chứng biểu hiện và triệu chứng điển hình	Triệu chứng đôi khi biểu hiện	Chẩn đoán
Chảy máu nhẹ (*) Cổ tử cung đóng Tử cung tương ứng với thời gian có thai	Co bóp, đau bụng dưới Tử cung mềm hơn bình thường	Dọa sẩy
Chảy máu nhẹ Đau bụng Cổ tử cung đóng Tử cung to hơn bình thường Tử cung mềm hơn bình thường	Ngất Khối ở phần phụ mềm Mất kinh Mềm khi di động tử cung	Chứa ngoài dạ con
Chảy máu nhẹ Cổ tử cung đóng Tử cung nhỏ hơn thời gian có thai Tử cung mềm hơn bình thường	Co bóp nhẹ Đau bụng dưới Tiền sử có sẩy	Sẩy hoàn toàn
Chảy máu nặng (*) Cổ tử cung mở Tử cung to tương ứng với có thai Chảy máu nặng	Co bóp, đau bụng dưới Tử cung mềm Không thấy sẩy thai	Sẩy thai không tránh khỏi. Sẩy thai không

Triệu chứng biểu hiện và triệu chứng điển hình	Triệu chứng đôi khi biểu hiện	Chẩn đoán
Cổ tử cung dẫn Tử cung nhỏ hơn thời gian có thai	Sấy 1 phần thai	hoàn toàn
Chảy máu nặng Cổ tử cung dẫn Tử cung to hơn thời gian có thai	Nôn, buồn nôn Sấy tự nhiên Co bóp. Đau bụng dưới U nang buồng trứng (dễ vỡ)	Chửa trứng
Tử cung mềm hơn bình thường Sấy 1 phần thử giống với chùm nho	Cơ tiền sản giật Không có dấu hiệu của thai	
(*) Chảy máu nhẹ: mất hơn 5 phút mới thấm hết bằng kinh nguyệt Chảy máu nặng: dưới 5 phút đã thấm ướt băng. Chẩn đoán chảy máu khi có thai giai đoạn muộn và chuyển dạ		
Triệu chứng biểu hiện và triệu chứng điển hình	Triệu chứng đôi khi có	Chẩn đoán
Chảy máu sau 22 tuần có thai. Đau bụng cách quãng hay thường xuyên	Choáng Tử cung mềm căng Tim thai giảm hay mất	Rau bong non
Chảy máu (trong bụng và/hay âm đạo) Đau bụng nghiêm trọng (có thể giảm khi đã vỡ)	Choáng Bụng căng Đánh giá bất thường của tử cung Bụng mềm Dễ vỡ thấy các phần của thai Mất tim thai cử động thai Mạch sản phụ tăng	Vỡ tử cung
Chảy máu sau 22 tuần	Choáng Chảy máu có thể sau giao hợp Tử cung mềm Ngôi thai không ở tiểu khung phần dưới tử cung rộng Thai bình thường	Rau tiền đạo
Chẩn đoán chảy máu âm đạo sau đẻ		
Triệu chứng biểu hiện và triệu chứng điển hình	Triệu chứng đôi khi có	Chẩn đoán
Ngay sau đẻ(*) Tử cung mềm không co	Choáng	Đờ tử cung

Triệu chứng biểu hiện và triệu chứng điển hình	Triệu chứng đôi khi biểu hiện	Chẩn đoán
Ngay sau đẻ	Xổ rau toàn bộ Tử cung co	Rách cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn
Rau không sổ sau 30 phút đẻ	Ngay sau đẻ Tử cung co	Sốt rau
1 phần của màng rau thiếu hoặc rách	Ngay sau đẻ Tử cung co	Sốt 1 phần rau
Đáy tử cung không sờ thấy trên bụng	Lộn tử cung, sờ thấy ở âm đạo	Lộn tử cung **
Đau nhẹ hay nhiều	Ngay sau đẻ	
Chảy máu muộn hơn 24 giờ sau đẻ	Chảy máu thay đổi (ít, nhiều, bất thường) mùi hôi	Chảy máu chậm sau đẻ
Tử cung mềm và to hơn so với bình thường sau đẻ	Thiếu máu	
Ngay sau đẻ (ở âm đạo hay trong bụng)	Choáng	Vỡ tử cung
Đau bụng dữ dội (có thể giảm sau vỡ)	Bụng mềm Mạch nhanh	

* Chảy máu ít nếu máu cục bít cổ tử cung hoặc sản phụ nằm ngửa.

** Có thể không chảy máu khi lộn hoàn toàn tử cung

Tiêm oxytocin 10 đơn vị, bắp

Bắt đầu truyền TM dung dịch có pha 20 đơn vị oxytocin

Thông dái

6. Xem rau thai đã xổ chưa, nếu xổ thì rau có đủ không. Xem cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn có rách không.

3. Xử trí đặc biệt

* Doạ sẩy

Thường không cần điều trị nội khoa.

Dặn sản phụ tránh hoạt động nặng, giao hợp nhưng không cần nằm trên giường.

Nếu ngừng chảy máu, theo dõi tiếp.

Xác định lại nếu lại chảy máu

Nếu chảy máu kéo dài, xác định thai còn sống không, có chửa ngoài dạ con không (dùng siêu âm), nếu tử cung to hơn bình thường, có thể là chửa đôi hay chửa trứng.

Không dùng thuốc như nội tiết tố (oestrogen, progestin) hoặc thuốc như salbutamol, indomethacin vì cũng không phòng ngừa sảy thai.

*** Không tránh khỏi sảy thai**

- Nếu có mang dưới 16 tuần

Chuẩn bị để nạo tử cung, nếu không làm ngay được cho ergometrin 0,2 mg, bắp, cách 15 phút 1 lần hoặc misoprostol 400 microgram uống, nếu cần uống thêm sau 4 giờ.

Chuẩn bị nạo tử cung càng sớm càng tốt.

- Nếu có mang trên 16 tuần

Đợi cho sảy tự nhiên sau đó nạo tử cung để nạo hết

Nếu cần truyền oxytocin 40 đơn vị pha trong 100ml (HTM hay Ringer lactat) 40 giọt/phút để giúp nạo sạch.

Theo dõi sau nạo

Chẩn đoán và xử trí những biến chứng của sảy thai		
Triệu chứng	Biến chứng	Xử trí
Đau bụng dưới Tử cung căng, đau Ra huyết kéo dài Nhức đầu Sốt Dịch âm đạo hôi Dịch cổ tử cung có mủ Đau cổ tử cung	Nhiễm trùng Nhiễm trùng máu	Kháng sinh ngay(*) Trước khi hút sót rau
Co cứng bụng Bụng chướng Đau lên vai Nôn Sốt	Thương tổn tử cung, âm đạo hay ruột	Mở bụng để rửa chỗ thương tổn, đồng thời hút sót rau

* Dùng kháng sinh cho đến khi hết sốt được 48 giờ ampicillin 2g/mỗi 6 giờ TM, gentamcin 5mg/kg TM metronidazol 500mg/mỗi 8 giờ TM.

*** Sảy thai không hoàn toàn**

- Nếu chảy máu ít và có thai dưới 16 tuần

Dùng ngón tay hoặc gạc lấy bỏ nốt rau qua cổ tử cung đang mở

- Nếu chảy máu nặng và có thai dưới 16 tháng

Làm sạch tử cung. Hút trong là tốt nhất. Chỉ dùng dụng cụ kim loại nếu bằng tay không được.

Nếu không làm sạch ngay được cho:

Ergometrin 0.2mg bắp, nhắc lại sau 15 phút

Misoprostol 400 microgram uống (uống thêm 4 giờ sau nếu cần).

- Nếu có thai trên 16 tuần

Truyền oxytocin 40 đơn vị trong 1 lít dịch. 40 giọt/phút cho đến khi sảy. Nếu cần đặt Misoprostol 200 microgram âm đạo 4 giờ/lần cho đến khi sảy, nhưng không dùng quá 800 microgram

Sảy hết bọc thai ra khỏi tử cung

Theo dõi sản phụ

* Sảy hoàn toàn

Không cần kiểm tra tử cung

Theo dõi chảy máu nhiều

Theo dõi sản phụ

* Chửa ngoài dạ con

Dấu hiệu của vỡ và chưa vỡ của chửa ngoài dạ con

Chửa ngoài dạ con chưa vỡ	Chửa ngoài dạ con vỡ
Dấu hiệu mới có thai (ra ít máu, nôn, vú cương, cổ tử cung mềm, tử cung hơi to hay đi đái)	Trục tim mạch và mệt
Đau bụng và tiểu khung	Mạch nhanh, yếu (trên 110/phút)
	Huyết áp tụt thiếu khối lượng tuần hoàn
	Đau bụng và tiểu khung cấp
	Chướng bụng*
	Nhọt

Bụng chướng và gõ đục có thể chứng tỏ có máu trong bụng

Dấu hiệu rất thay đổi phụ thuộc vào đã vỡ chưa

Chọc cùng đồ âm đạo là một biện pháp quan trọng để chẩn đoán chửa ngoài dạ con vỡ, nhưng ít hữu ích hơn là test có thai cùng với siêu âm. Nếu có máu không đông, mờ ngay.

- Chẩn đoán phân biệt

Đọa sảy là điều cần chẩn đoán phân biệt nhất, sau đó là nhiễm trùng tiểu khung cấp hay mạn tính, u nang buồng trứng (xoắn hay vỡ), viêm ruột thừa cấp.

Nếu có, dùng siêu âm để phân biệt với dọa sảy, xoắn u nang buồng trứng.

– Xử trí ngay.

Thử phản ứng máu chéo và chuẩn bị mổ.

Khi mổ: thăm khám 2 buồng trứng và vòi trứng nếu vòi trứng vỡ rộng, cắt vòi cùng với bọc thai. Đây là phương pháp tốt nhất. Hiếm khi vòi trứng thương tổn nhẹ, có thể mổ vòi trứng, lấy bọc thai rồi khâu lại. Đây là cách điều trị bảo tồn đối với phụ nữ vô sinh vì rất dễ lại bị chứa ngoài dạ con.

– Truyền máu hoàn hồi

Có thể lấy máu trong bụng truyền lại nếu máu, không nhiễm trùng (ở giai đoạn muộn của thai kỳ, máu bị nhiễm bởi nước ối, không nên dùng truyền lại).

Mức máu trong bụng vào khay quả đậu, lọc qua gạc sau đó cho vào túi đựng máu để truyền. Nếu túi này không có chất chống đông thêm Citrat sodium 10 ml cho mỗi 90 ml máu.

Không nên chờ có máu mới mổ

* Rau bong non

Xác định tình trạng đông máu tại giường: nếu thấy không có máu cục sau 7 phút hoặc cục máu dễ tan gợi ý có bệnh về đông máu.

Truyền máu khi cần

Nếu chảy nhiều, sảy thai sớm ngay

Nếu cổ tử cung mở: hút bọc thai

Nếu không có dấu hiệu sảy thai, mổ dễ

Nếu chảy máu nhẹ hay trung bình (sản phụ không bị đe dọa nguy hiểm), xử trí phụ thuộc tim thai: nếu tim thai bình thường hay mất, bấm ối. Nếu cơn co yếu, truyền oxytocin. Nếu cổ tử cung không thuận lợi, mổ dễ. Nếu tim thai dưới 100 hay trên 180 nhịp/phút: sổ đường âm đạo ngay nếu không thì mổ dễ.

Khi rau bong non, chuẩn bị sẽ chảy máu sau đẻ.

* Bệnh về đông máu

Bệnh về đông máu vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của chảy máu sản khoa khối lượng lớn. Nó có thể gây ra bởi nhiều nguyên nhân.

Bong rau

Nhiễm trùng

Thai chết

Sản giật

Tắc mạch do dịch ối

Bệnh cảnh lâm sàng từ chảy máu lớn có hay không có biến chứng tắc mạch đến tình trạng lâm sàng ổn định chỉ phát hiện bằng xét nghiệm.

Trong nhiều trường hợp mất máu cấp, bệnh về đông máu phát sinh có thể đề phòng được nếu phục hồi nhanh chóng khối lượng máu trong cơ thể bằng truyền dịch TM

1. Điều trị nguyên nhân của giảm đông máu
2. Sử dụng các sản phẩm của máu để kiểm tra chảy máu
3. Dùng máu tươi, nếu không chọn những cách sau:
Plasma tươi hoặc đông lạnh để thay thế các yếu tố đông máu.
Hồng cầu khối để thay thế hồng cầu.
Tiểu cầu (nếu máu vẫn chảy và tiểu cầu dưới 20.000).

*** Võ tử cung**

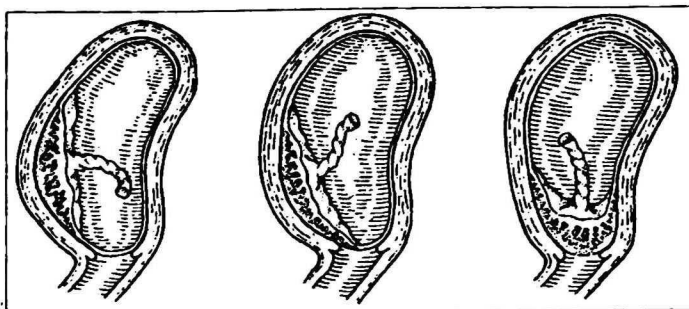
Võ tử cung gây chảy máu âm đạo trừ khi đầu thai nhi bịt chặt tiểu khung. Chảy máu vào trong bụng. Võ phần dưới tử cung sẽ chảy vào giây chằng rộng mà không vào trong ổ bụng.

1. Phục hồi thể tích máu bằng truyền TM trước mổ (HTM, Ringer)
2. Khi ổn định mổ ngay, lấy con và rau
3. Nếu tử cung còn khả năng phục hồi với rủi ro ít hơn là cắt tử cung thì khâu chỗ rách, như vậy mất ít thì giờ và ít mất máu.
4. Nếu không, cắt tử cung không hoàn toàn, nếu chỗ rách xuống tận cổ và âm đạo thì phải cắt hoàn toàn.

Vì rủi ro tăng lên cho lần chữa sau, cần thảo luận với sản phụ để triệt sản sau mổ.

*** Rau tiền đạo**

Rau bám gần hay ngay tại cổ tử cung (H.12.1)



Hình 12.1. Rau tiền đạo

Nếu đã nghi rau tiền đạo thì không nên khám âm đạo trừ khi sau đó mổ đẻ luôn.

1. Khám bằng mỏ vịt hết sức thận trọng để loại bỏ các nguyên nhân khác như: viêm cổ tử cung, chấn thương, polyp cổ tử cung, ung thư cổ tử cung. Có những nguyên nhân trên cũng không loại trừ được rau tiền đạo

2. Đánh giá lượng máu chảy

3. Phục hồi khối lượng máu bằng truyền dịch

4. Nếu chảy máu vẫn tiếp tục và nhiều, chuẩn bị mổ đẻ không kể tuổi thai

5. Nếu chảy ít hoặc cầm lại vì thai còn non, cần nghĩ đến xử trí để đợi đẻ hoặc lại chảy máu nặng: cho vào viện, điều chỉnh thiếu máu với sắt, bảo đảm có máu truyền khi cần. nếu chảy lại, cần nhắc giữa lợi và rủi ro cho sản phụ và thai khi bảo tồn và sổ thai.

– Xác định chẩn đoán

Nếu khám xét siêu âm tin cậy, định vị rau. Nếu rau tiền đạo đã khẳng định và thai đã đủ tháng, cho sổ thai.

Nếu siêu âm không sẵn sàng và kết quả không đáng tin cậy, thai dưới 37 tuần, xử trí đợi đến 37 tuần, nếu thai đã 37 tuần hay già hơn, khám lại để loại trừ rau tiền đạo với sản phụ nằm trong phòng mổ cùng với nhóm phẫu thuật.

– Lập đường truyền TM, phản ứng chéo.

– Dùng mỏ vịt khám:

Nếu cổ tử cung mở 1 phần, nhìn rõ rau, xác định chẩn đoán và mổ đẻ.

Nếu cổ tử cung không mở, thận trọng nắn túi cùng: nếu thấy tổ chức mềm, xác định là rau tiền đạo, mổ đẻ. Nếu thấy đầu thai rắn, loại trừ rau tiền đạo, thực hiện gây sổ thai.

Nếu còn nghi ngờ chẩn đoán, thận trọng khám bằng tay: nếu thấy tổ chức mềm trong cổ tử cung, xác định chẩn đoán và mổ đẻ. Nếu thấy màng ối và 1 phần của thai, loại trừ rau tiền đạo và gây sổ thai.

Sản phụ có rau tiền đạo có nguy cơ lớn chảy máu sau đẻ và sót rau, chỗ mổ đẻ cũ.

Nếu sổ bằng mổ đẻ và chảy máu ở nơi bám rau:

Khâu cầm máu chỗ chảy.

Truyền oxytocin 20 đơn vị trong 1 lít dịch 60 giọt/phút.

Nếu chảy máu sau đẻ, xử trí thích hợp: có thể thắt 2 động mạch tử cung hay cắt tử cung

* Đờ tử cung

1. Xoa bóp tử cung
2. Dùng oxytocin đồng thời hay sau khi xoa bóp

	Oxytocin	Ergometrin	Prostaglandin
Liều, cách dùng	TM: 20 đơn vị Trong 1 l 60 giọt/phút Bấp: 10 đơn vị	Bấp hay TM chậm 0,2 mg	Bấp: 0,25mg
Truyền	TM: 20 đơn vị Trong 1 l 40 giọt/phút	Bấp: 0,2 mg Cách 15 phút Khi cần: 0,2mg Bấp hay TM chậm Cách 4 giờ	0,25 mg Cách nhau 15 phút
Liều tối đa	Không quá 3 lít Dịch có oxytocin	5 liều (1mg)	8 liều (2mg)
Để phòng Chống chỉ định	Không tiêm TM nguyên thuốc	Tiền sản giật Huyết áp cao Bệnh tim	Hen

Không tiêm TM prostaglandin, có thể gây tử vong

3. Dự phòng truyền máu

4. Nếu tiếp tục chảy máu

Kiểm tra lại xem còn sót rau không.

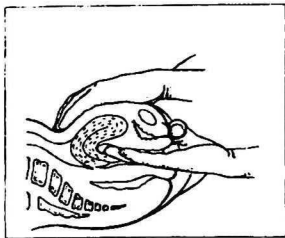
Nếu sót (xem trên bánh rau), cần lấy đi ngay.

Xét nghiệm đông máu: sau 7 phút máu không đông hoặc cục máu đông dễ tan chứng tỏ bệnh về đông máu

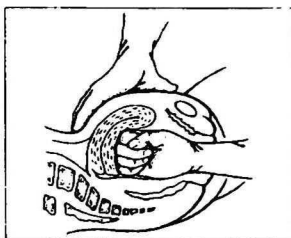
5. Nếu đã xử trí như trên mà vẫn chảy máu

Dùng 2 bàn tay ép tử cung cho đến khi co bóp tử cung (H.12.2; H.12.3)

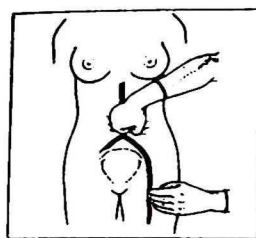
Ép động mạch chủ cách quăng (H.12.4)



Hình 12.2



Hình 12.3



Hình 12.4

6. Nếu vẫn chảy thất động mạch tử cung và tử cung buồng trứng. Nếu đe dọa tính mạng sau khi thất thì cắt tử cung.

Không bọc tử cung vì không có tác dụng và mất thời gian quý giá

*** Rách tử cung, âm đạo hay tầng sinh môn.**

Là nguyên nhân thứ 2 thường thấy nhất gây chảy máu sau đẻ, nó có thể phối hợp với dờ tử cung

Khám xét kỹ sản phụ và xử trí

Nếu vẫn chảy, xác định yếu tố đông máu.

*** Rau không sổ**

1. Nếu nhìn thấy rau ở âm đạo, lấy rau. Nếu không, bảo bệnh nhân dận ra.
2. Bảo đảm bàng quang đã hết nước tiểu, nếu cần thông đái
3. Nếu rau vẫn chưa sổ, tiêm oxytocin 10 đơn vị, bóp
4. Không dùng Ergotamin vì sẽ gây co cứng tử cung, làm chậm sổ rau
5. Nếu sau 30 phút mà vẫn không sổ rau dù đã dùng oxytocin kích thích và tử cung đã co, thử kéo vào cuống rau.
6. Nếu kéo cuống rau không kết quả, dùng tay bóc rau. Đối với rau cài răng lược thường rất dính. Cố lấy rau cài có thể gây chảy máu nhiều và thủng tử cung dẫn đến cắt tử cung

7. Nếu tiếp tục chảy, xác định đông máu
8. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, mùi hôi của sản dịch) dùng kháng sinh.

Cần tránh kéo mạnh cuống rau và ép vào đáy tử cung vì có thể gây lộn tử cung

*** Sốt 1 phần sau**

Khi 1 phần rau còn sót sẽ ngăn cản co bóp tử cung

1. Dùng tay thăm khám bên trong tử cung để biết có sót rau không
2. Lấy sót rau bằng tay hay bằng nạo
3. Nếu chảy máu tiếp tục, thử đông máu

*** Lộn tử cung**

Tử cung bị lộn ra trong thì số rau

1. Đặt lại tử cung ngay, nếu để lâu, vòng thắt sẽ làm cho tử cung càng xung huyết, cứng lại.

2. Nếu sản phụ đau dữ dội, cho Pethidin 1mg/kg hay morphin 0.1mg/kg tiêm bắp hay TM chậm.

3. Dùng kháng sinh dự phòng sau khi đã đặt lại tử cung Ampicilin 2g TM cùng với Metronidazol 500mg TM

Cefazolin 1g TM cùng với Métronidazol 500mg TM

4. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, sản dịch hôi) dùng kháng sinh. Nếu nghi ngờ có hoại tử, cắt tử cung đường âm đạo (chuyển sản phụ đến chuyên khoa).

5. Không dùng oxytocin khi chưa đặt lại tử cung

*** Chảy máu sau đẻ muộn**

1. Nếu thiếu máu nặng: truyền máu, uống sắt và acid folic.

2. Nếu có nhiễm trùng dùng kháng sinh như viêm nội mạc tử cung: chảy máu sau đẻ muộn là dấu hiệu của viêm tử cung

3. Dùng oxytocin

4. Nếu cổ tử cung giãn, thăm tử cung bằng tay để lấy hết máu cục và rau sót.

5. Nếu cổ tử cung không mở, nạo sót rau

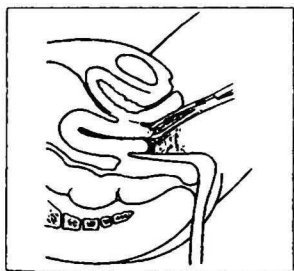
6. Hiếm khi phải thắt động mạch tử cung và động mạch tử cung buồng trứng hay cắt tử cung

7. Xét nghiệm GPBL phần sót rau hay nạo tử cung để loại trừ u lá nuôi.

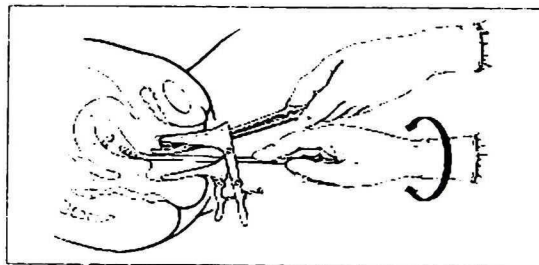
4. Các thủ thuật

* Bộ hút tay

- Giải thích để bệnh nhân yên tâm, cho paracetamol 30 phút trước thủ thuật.
- Chuẩn bị bộ hút
- Nếu chảy máu ít, vẫn nên dùng oxytocin 10 đơn vị bắp hay ergotamin (ít dùng) 0.2mg bắp trước thủ thuật để cho cổ tử cung chắc lại tránh thủng tử cung.
- Khám bằng 2 tay (trong, ngoài) để xác định kích thước và tư thế của tử cung và các túi cùng
- Bôi thuốc sát trùng trong âm đạo và cổ tử cung
- Kiểm tra cổ tử cung có các mô của bọc thai bị rách hay thò ra ngoài, nếu nhìn thấy thì rút bỏ
- Kéo cổ tử cung bằng kẹp cổ tử cung
- Nong cổ tử cung từ số bé đến số lớn.
- Đưa ống hút qua cổ vào trong tử cung. Nhẹ nhàng xoay và đưa nhẹ ống hút để qua cổ tử cung (H.12.6)



Hình 12.5



Hình 12.6

- Ống hút chạm vào đáy tử cung nhưng không quá 10cm (nhìn ở chia vạch của ống hút) rồi rút nhẹ ra 1 ít.
 - Lắp bơm hút vào ống, 1 tay cầm bơm, 1 tay cầm kẹp cổ tử cung. Sau khi mở van, xoay nhẹ ống hút và đưa đi đưa lại trong buồng tử cung (H.12.6)
 - Kiểm tra dấu hiệu đã hút hết
- Chỉ hút ra bọt mầu đỏ hay xầm mà không có mô khác.
- Cảm giác chắc tay khi đưa ống hút trên bề mặt tử cung
- Tử cung co lại xung quanh ống hút.

- Rút ống hút. Tháo bơm tiêm và để ống hút vào dung dịch chống nhiễm. Bơm chất hút ra.

- Khám lại tử cung để xem kích thước và độ chắc

- Quan sát những mô hút ra về số lượng và có chất của bọc thai để bảo đảm chắc chắn đã hút hết và xem có chứa trứng không. Nếu không thấy có mô của bọc thai: có thể bọc thai đã sảy ra ngoài tử trước khi hút (sảy toàn bộ) tử cung có vẻ như đã rỗng nhưng không hoàn toàn, cần hút lại. Chảy máu ở âm đạo có thể không phải do sảy không hoàn toàn. Tử cung có thể bất thường (ống hút đưa vào phía không chứa của tử cung đôi).

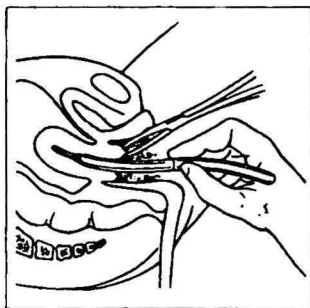
- Nếu không thấy chất của bọc thai ở 1 phụ nữ có dấu hiệu chứa thì rất nhiều khả năng là chứa ngoài dạ con. Đặt mô vệt nhẹ nhàng và quan sát.

* Nong cổ tử cung và nạo.

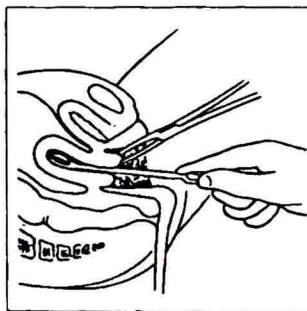
Hút là phương pháp được dùng thường xuyên, chỉ khi không hút được người ta mới phải nong và nạo.

- Cùng theo những bước như hút thai.

- Đưa ống thông thăm dò nhẹ nhàng qua cổ tử cung để xác định chiều dài và hướng của buồng tử cung. Đưa nạo vào. Chỉ đưa bộ nong khi không đưa nạo được. Đưa nong nhỏ nhất rồi to dần (10 – 12mm). Cần thận không làm rách cổ tử cung hay nhâm đường (H.12.8; H.12.9)



Hình 12.8



Hình 12.9

- Nạo trong buồng tử cung với nạo rộng

- Thăm khám 2 tay để xem kích thước và độ chắc của tử cung. Quan sát chất nạo ra và gửi đi xét nghiệm

Sân sóc sau thủ thuật

Uống paracetamol 500mg

Khuyến khích sản phụ ăn, uống, đi lại

Cung cấp dịch vụ sức khỏe khác: phòng uốn ván, tư vấn và phương pháp phòng ngừa thai ngắn.

Ra viện sau 1-2 giờ.

Dẫn sản phụ theo dõi những dấu hiệu đặc biệt như: cơn co kéo dài (hơn vài ngày), chảy máu (hơn 2 tuần), chảy máu dài hơn là kỳ kinh, đau nặng hơn, sốt, thoáng ngất.

* Chọc cùng đồ

1. Bôi dung dịch sát trùng vào cùng đồ nhất là cùng đồ sau
2. Giải thích để sản phụ yên tâm, nếu cần gây tê bằng Lidocain
3. Kéo cổ tử cung lên để bộc lộ phía cùng đồ sau
4. Dùng kim dài (kim chọc tuỷ sống) có gắn bơm tiêm chọc phía sau ngay dưới cổ tử cung (H. 12.10)

5. Hút sau khi chọc

Nếu có máu không đông, nghi có chữa ngoài dạ con

Nếu có máu đông, nghi chọc vào mạch máu, rút kim và chọc chỗ khác.

Nếu có dịch vàng trong, không có máu trong phúc mạc; có thể sản phụ có chữa ngoài dạ con nhưng chưa vỡ, cần theo dõi.

Nếu không hút được gì, chọc chỗ khác, nếu vẫn không có cần theo dõi chữa ngoài dạ con chưa vỡ.

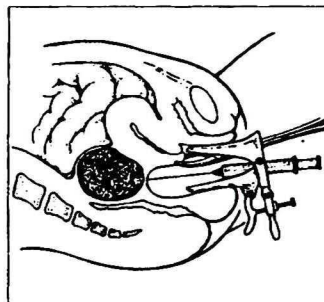
Nếu có mủ, để kim lại và dẫn lưu cùng đồ.

* Dẫn lưu cùng đồ

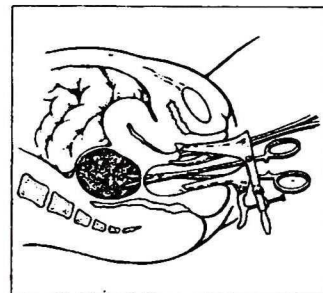
1. Khi chọc kim vào cùng đồ có mủ, để kim tại chỗ, dùng dao chính 1 lỗ, rút kim ra, đưa 1 kẹp vào, mở rộng để phá vách ngăn (H.12.11)
2. Mủ được dẫn lưu ra, đặt 1 dẫn lưu (có thể khâu 1 sợi qua dẫn lưu và cùng đồ để cố định. Rút dẫn lưu khi không còn chảy dịch.
3. Nếu không có mủ, ổ áp xe có thể ở cao hơn, phải mở bụng để làm sạch ổ mủ.

* Cắt vòi trứng trong chữa ngoài dạ con

1. Chỉ cần 1 liều kháng sinh dự phòng: Ampicilin 2g TM hay Cefazollin 1g TM)
2. Mở bụng đường giữa dưới rốn. Tránh đường rạch vào bàng quang



Hình 12.10



Hình 12.11

3. Xác định vòi trứng có chứa
4. Cặp vòi trứng để cầm máu
5. Hút sạch mủ và máu cục trong bụng
6. Cắt bỏ vòi trứng nhưng tránh làm thương tổn mạch máu của buồng trứng.
7. Kiểm tra có thương tổn bàng quang không sau khi đã lấy hết máu cục và máu. Kiểm tra còn chỗ nào chảy không.
8. Đóng bụng

Mở vòi trứng

Rất hiếm khi có thể lấy bọc thai còn vòi trứng lại bảo tồn được. Chỉ nên làm khi sản phụ vô sinh vì có nguy cơ lại chứa ngoài dạ con.

Rạch dọc theo chiều dài vòi trứng nơi có bọc thai, không làm rách bọc thai mà lóc ra khỏi vòi trứng. Khâu lại vòi trứng.

* Vỡ tử cung

Chỉ cần tiêm kháng sinh dự phòng

Sau khi xác định nơi vỡ ở tử cung: lấy bỏ thai và rau.

Tiêm oxytocin 20 đơn vị hoà vào 1100ml HTM hay Ringerlactat, 60 giọt/phút cho đến khi tử cung co hồi tốt thì hạ xuống 20 giọt/phút

Nhấc tử cung ra khỏi tiểu khung để nhìn rõ nơi vỡ xem cả 2 mặt của tử cung.

Tách bàng quang ra khỏi tử cung

* Khâu chỗ tử cung vỡ

Dùng chỉ số 0 không tiêu, khâu vắt. Nếu chỗ chảy ở sâu, khâu mũi số 8. Nếu không cầm chảy máu hoặc chỗ vỡ là ở nơi trước dây đã mổ đẻ, khâu thêm lớp thứ 2.

Cần bảo đảm niệu quản không bị thương tổn

Nếu sản phụ yêu cầu, triệt sản luôn

Nếu chỗ vỡ phức tạp quá, cắt tử cung

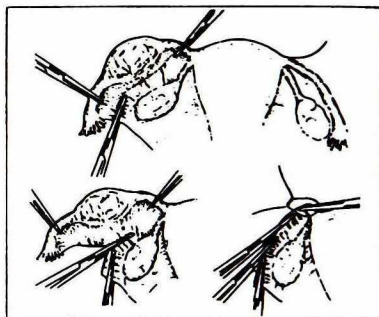
– Rách qua cổ tử cung xuống âm đạo

Nếu rách như vậy, giải phóng bàng quang ít nhất 2 cm ra khỏi chỗ rách

Khâu cách mép dưới 1 cm, kéo và khâu dần lên cao

– Rách ngang qua động mạch tử cung

Thắt động mạch tử cung (có thể phải thắt cả 2)



Hình 12.12

Xác định nơi đứt động mạch và niệu quản trước khi thắt

– Vỡ vào giấy chằng rộng gây máu tụ

Nếu có khối máu tụ lớn ở giấy chằng rộng, cắt giấy chằng tròn

Mở lá trước của giấy chằng rộng, lấy hết máu tụ

Quan sát kỹ để xác định thương tổn động mạch và các nhánh của động mạch tử cung. Thắt lại.

– **Khâu bàng quang**

Xác định mức độ thương tổn (kéo 2 mép lên) xem có vào vùng tam giác không (2 lỗ niệu quản và lỗ niệu đạo).

Phẫu tích bàng quang ra khỏi phần dưới của tử cung, cách chỗ rách 2cm.

Khâu vết rách 2 lớp, chỉ 3/0 bằng chỉ tự tiêu, khâu vát (lớp đầu là niêm mạc và cơ, lớp 2 vùi lớp 1, tránh khâu vào tam giác đáy).

Kiểm tra xem có rò không: bơm HTM vào bàng quang. Nếu có rò thì khâu lại.

Nếu không đảm bảo chỗ khâu không làm thương tổn đến lỗ niệu quản và niệu đạo, cần chụp thận đường tĩnh mạch.

Đổ ống thông bàng quang 7 ngày cho đến khi nước tiểu trong. Truyền TM để rửa bàng quang

– **Sản sóc sau mổ.**

Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng hoặc sản phụ vẫn sốt cần dùng phối hợp các kháng sinh cho đến sau khi hết sốt 2 ngày: ampicilin 2g TM 6 giờ/lần, gentamycin 5mg/kg TM, metronidazol 500mg 8 giờ/lần.

Thuốc giảm đau.

Khi không có dấu hiệu nhiễm trùng, rút dẫn lưu

Nếu sản phụ muốn có con thêm, khuyên nên mổ đẻ vì nguy cơ vỡ tử cung của lần sau sẽ cao hơn.

*** Lấy rau bằng tay**

Giải thích để sản phụ yên tâm. Thuốc an thần hoặc gây mê

Chỉ 1 liều kháng sinh dự phòng: Ampicilin 2g TM + Metronidazol 500 mg TM hoặc Cefazolin 1g TM + Metronidazol 500 mg

Cập cuống rốn - kéo theo hướng song song với sàn nhà.

Đi gắng, cho tay theo dây rốn vào buồng tử cung

Tay bên ngoài giữ lấy đáy tử cung qua thành bụng để tránh lộn tử cung, nếu có lộn phải đẩy ngược lại ngay.

Xác định bờ bánh rau để tìm được lớp bóc tách giữa mặt trong tử cung và bánh rau. Lóc dần dần xung quanh bánh rau cho đến khi bóc được toàn bộ rau (H.12.13)

Cả bàn tay đỡ lấy bánh rau và rút từ từ ra ngoài tử cung. Tay kia vẫn giữ lấy dây tử cung (H.12.14).

Nếu không bóc ra được, cần phải nghĩ đến rau cài răng lược vào cổ tử cung, cổ khi phải mở bụng cắt tử cung bán phần.

Kiểm tra lại buồng tử cung để bảo đảm đã bóc toàn bộ rau

Tiêm oxytocin 20 đơn vị pha trong 1 lít dịch, 60 giọt/phút.

Xoa bóp tử cung để co hồi được tốt.

Nếu vẫn chảy máu nhiều, tiêm ergometrin 0,2mg bắp hoặc prostaglandin.

Kiểm tra cẩn thận xem cổ tử cung có bị rách không, khâu lại tầng sinh môn nếu rách.

Nếu rau vẫn còn trong tử cung do vòng thắt hoặc đã sau nhiều giờ hay nhiều ngày sau đẻ, không thể đưa cả bàn tay vào trong buồng tử cung thì lấy rau bằng 2 ngón tay, lấy từng phần một hoặc dùng nạo.

Sân sóc sau thủ thuật: theo dõi chặt chẽ, (dấu hiệu sinh tồn) khám xem dây tử cung vẫn còn co chặt không, sản dịch ra có nhiều không.

* Khâu cổ tử cung rách

Bôi thuốc sát trùng

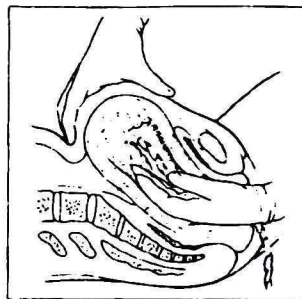
Giải thích cho sản phụ yên tâm, không cần gây tê.

Xoa bóp tử cung

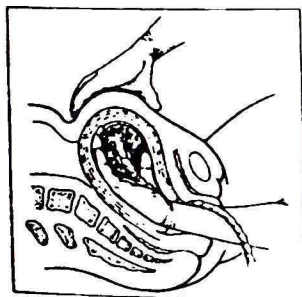
Kéo cổ tử cung ra ngoài bằng cách cặp vào 2 mép rách, đưa về nhiều phía để xác định chỗ rách, nhiều khi rách nhiều chỗ

Khâu bằng chỉ tự tiêu số 0 từ sáu đến nông, khâu vát (H.12.15)

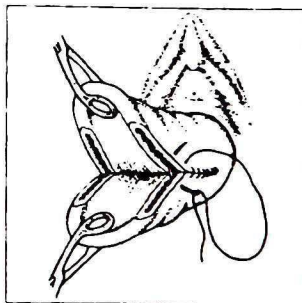
Nếu không khâu được, có thể dụng kẹp cặp lại để cầm máu, sau 4 giờ thả 1 phần kẹp nhưng không thả hẳn, nếu không chảy máu thì 4 giờ sau nữa mới thả hẳn kẹp.



Hình 12.13



Hình 12.14



Hình 12.15

*** Khâu âm đạo và tầng sinh môn**

Có 4 mức độ rách khi đẻ:

Độ 1: niêm mạc âm đạo, mô liên kết

Độ 2: niêm mạc âm đạo, mô liên kết, lớp cơ

Độ 3: rách cơ thắt vòng hậu môn hoàn toàn

Độ 4: cả niêm mạc trực tràng cũng rách.

– Xử trí rách độ 1 và 2

Rách độ 1 phần lớn tự liền.

Gây tê bằng Lidocain, nếu cần gây tê vùng âm hộ. Cần gây tê trước để có tác dụng.

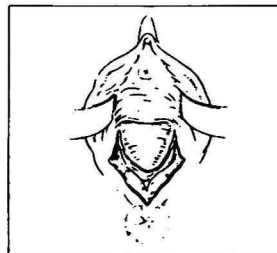
Xoa bóp tử cung để co hồi tốt

Thăm khám cẩn thận âm đạo, cổ tử cung và tầng sinh môn. Đảm bảo chắc chắn không phải độ 3 hay 4 (H.12.16)

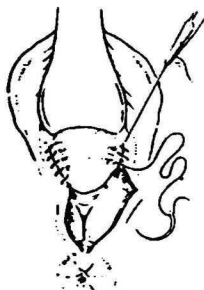
Đỡ 1 ngón tay trong hậu môn.

Nhắc nhẹ ngón tay để xác định cơ thắt hậu môn (có độ co nhất định)

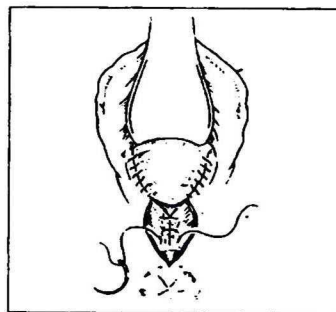
Khâu niêm mạc âm đạo với chỉ 2/0, khâu vắt (H.12.17). Khâu từ trong sâu ra ngoài. Để phía ngoài cả 2 sợi chỉ sẽ gặp nhau sao cho kết thúc, mũi kim từ trong xuyên ra ngoài da để buộc. Khâu tầng sinh môn bằng những mũi rời chỉ 2/0 (H.12.18)



Hình 12.16



Hình 12.17



Hình 12.18

Khâu da bằng mũi rời (H.12.19)

Kiểm tra không có sợi nào trong trực tràng

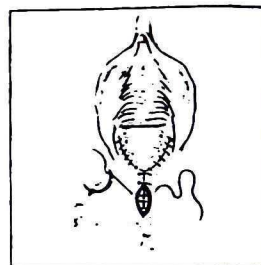
– Xử trí rách độ 3 và độ 4

Nếu cơ thất hậu môn không được khâu tốt, sản phụ có thể mất tự chủ đại, trung tiện. Nếu trực tràng khâu được thì khâu, có thể dẫn đến nhiễm trùng và rò trực tràng - âm đạo.

Cần khâu trong nhà mổ.

Nếu nhìn rõ các mép thì chỉ cần gây tê, nếu không phải gây mê.

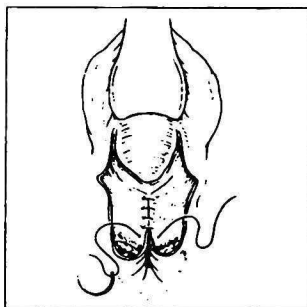
Khám xét âm đạo, cổ tử cung, tầng sinh môn và trực tràng để đánh giá thương tổn. Xác định cơ thất hậu môn có bị đứt không, niêm mạc trực tràng có bị rách không.



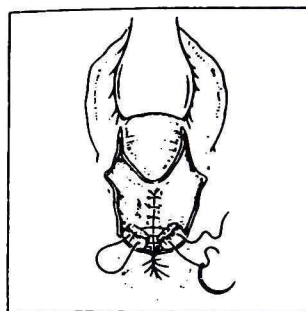
Hình 12.19

Khâu trực tràng bằng chỉ 3/0 hay 4/0 mũi rời, khâu cả lớp cơ, sau đó khâu lớp niêm mạc che phủ (H.12.20)

Nếu cơ thất bị đứt, tìm 2 đầu. Khâu 2 đầu với nhau bằng 2 - 3 mũi rời 2/0. Xác định đã khâu tốt cả trực tràng lẫn cơ thất (H.12.21)



Hình 12.20



Hình 12.21

Sân sóc sau khâu:

Chỉ dùng 1 liều kháng sinh dự phòng: ampicillin 500mg uống cùng với metronidazol 400mg uống.

Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng.

Tránh thụt tháo hay khám trực tràng trong 2 tuần

Dùng thuốc uống để làm cho phân mềm trong 1 tuần.

Vết rách tầng sinh môn luôn luôn bị nhiễm trùng vì phân, nếu không xử trí ngay thì sau 12 giờ nhiễm trùng là không thể tránh khỏi, do đó phải khâu thì 2.

Với rách độ 1 và 2, để vết thương hở.

Với rách độ 3 và 4, khâu niêm mạc trực tràng vài mũi và khâu cân của cơ thất 2, 3 mũi, sau 6 ngày hay lâu hơn mới khâu cơ, niêm mạc và da vùng tầng sinh môn.

- Biến chứng

Nếu có máu tụ, mở rộng, dẫn lưu, nếu không thấy có nhiễm trùng và không chảy máu, có thể khâu lại. Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, mở rộng vết thương, cắt lọc. Nếu dấu hiệu nhiễm trùng là nhẹ, không cần kháng sinh.

Nếu nhiễm trùng nặng nhưng không xuống tới lớp sâu, dùng phối hợp kháng sinh: ampicillin 500 mg uống/6 giờ trong 5 ngày cùng với metronidazol 400mg uống/8 giờ trong 5 ngày.

Nếu nhiễm trùng ở sâu, có hoại tử, dùng phối hợp các kháng sinh cho đến khi hết tổ chức hoại tử và sản phụ không còn sốt trong 2 ngày: penicillin G 2000.000 đơn vị TM/6 giờ cùng với gentamycin 5mg/kg TM mỗi ngày cùng với metronidazol 500mg/8 giờ TM. Khi sản phụ hết sốt, dùng thêm

Ampicillin 500mg uống/6 giờ trong 5 ngày cùng với metronidazol 400mg uống/8giờ trong 5 ngày.

Khâu da thì 2 từ 2-4 tuần sau tùy thuộc vết rách

Đi đại tiện không tự chủ có thể là do đứt cơ vòng hoàn toàn

Nhiều sản phụ vẫn có thể tự chủ được là do các cơ khác vùng tầng sinh môn.

Nếu không còn tự chủ thì phải khâu lại cơ thất khoảng 3 tháng sau đẻ.

Rò trực tràng - âm đạo cũng cần phải khâu sau đẻ 3 tháng.

*** Lộn tử cung**

Truyền dịch ngay.

Dùng thuốc giảm đau, nếu cần gây mê

Sát trùng toàn bộ mặt trong của tử cung

Đắp gạc ướt, ấm vào tử cung cho đến khi làm thủ thuật

- Lộn bằng tay

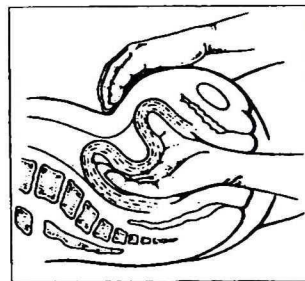
Mang găng vô trùng, đẩy tử cung lộn vào qua cổ hướng về phía rốn, tay kia đỡ tử cung qua thành bụng (H.12.22). Nếu rau vẫn còn dính, lấy rau sau khi đã lộn tử cung vào.

Nếu làm bằng tay không được, dùng nước để đẩy

Điều quan trọng là phần tử cung lộn ra sau cung (phần sát cổ tử cung) phải đẩy vào trước.

- Lộn bằng nước

Để sản phụ nằm đầu thấp: đầu thấp hơn tầng sinh môn khoảng 0,5m.



Hình 12.22

Chuẩn bị bộ thụt nước tiết trùng để cao trên 2m, bình đựng từ 3-5l, ống dài 2m, có lỗ rộng. Dùng HTM ấm. Có thể dùng bộ dây truyền TM.

Xác định túi cùng âm đạo sau. Đặt ống xả nước vào túi cùng này, tay kia ép 2 môi lớn xung quanh ống cho kín. Người hỗ trợ xả nước với áp lực (cao 2m). Nước làm cho túi cùng sau dãn ra, lỗ cổ tử cung to lên, mất co thắt nên đẩy tử cung vào.

– Đẩy bằng tay dưới gây mê:

Khi lộn bằng nước không thành công, gây mê sản phụ và đẩy vào. Halothan là thuốc được lựa chọn vì gây dân cơ. Đẩy tử cung vào như mô tả ở trên.

– Mổ phối hợp đường âm đạo và đường bụng.

Khi tất cả các phương pháp trên không kết quả.

Mở dọc đường giữa dưới rốn

Nong vòng thất cổ tử cung bằng tay

Đặt mỏ vịt qua cổ, nắm lấy dây tử cung. Kéo nhẹ dây này lên trong khi người khác qua âm đạo đẩy vào hỗ trợ.

Nếu không được, rạch vòng thất phía sau (nơi không thể làm thương tổn bàng quang hay mạch máu tử cung) rồi lại làm như trên. Sau khi đẩy tử cung vào, kiểm tra chảy máu, khâu lại bụng.

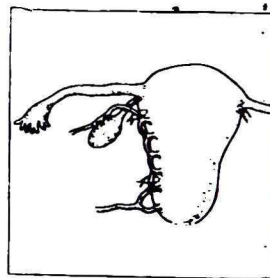
Sân sóc sau xử trí: sau khi đã đặt tử cung lại, truyền oxytocin 20 đơn vị hoà trong 500ml dịch 10 giọt/phút. Nếu có chảy máu nhiều, tăng số giọt lên 60 giọt. Nếu tử cung vẫn không co hồi tốt, thêm ergometrin 0,2mg hay prostaglandin TM. Dùng 1 liều kháng sinh dự phòng, nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, phối hợp kháng sinh dùng trong 2 ngày. Thuốc giảm đau.

*** Thất động mạch tử cung và động mạch tử cung - buồng trứng - chỉ cần 1 liều kháng sinh dự phòng.**

Mở bụng, bộc lộ tử cung để nhìn rõ phần dưới của dây chằng rộng.

Nấn phần ranh giới giữa cổ và thân tử cung để thấy mạch đập của động mạch.

Dùng chỉ khâu vòng qua động mạch, lấy vào cả phần cơ tử cung để buộc (càng sát tử cung càng tốt vì niệu quản nằm phía ngoài tử cung chỉ 1cm). Động mạch tử cung - buồng trứng buộc ngay nơi dây chằng treo buồng trứng (H.12.23)



Hình 12.23

*** Cắt tử cung sau đẻ**

Có thể cắt bán phần khi phần dưới không thương tổn. Cắt toàn phần khi rách xuống cổ tử cung hay rau tiền đạo.

Cần nhớ là trong trường hợp không cầm được chảy máu sau khi sổ thì thời gian là chủ yếu, phải mổ ngay.

Nếu chảy sau khi mổ đẻ, cặp vào 2 mép mổ tử cung

Nếu chảy dữ dội, người phụ ép vào động mạch chủ bụng

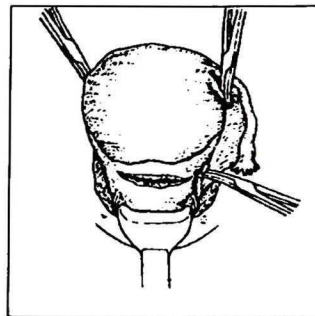
- Cắt tử cung bán phần

Kéo tử cung lên. Cắt 2 dây chằng tròn

Tách bàng quang ra khỏi tử cung phần dưới. Cắt 2 vòi trứng

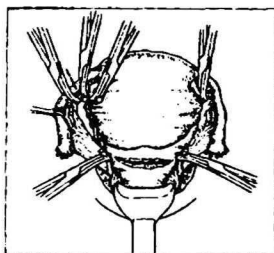
Tách mặt sau của dây chằng rộng xuống dưới về phía dây chằng tử cung - cùng.

Xác định động mạch tử cung ở nơi ranh giới giữa cổ và thân tử cung. Cặp thẳng góc. (H.12.24) Buộc 2 lần chỉ số 0. Sau khi cặp động mạch đúng, sẽ thấy không chảy máu và tử cung mau tái.

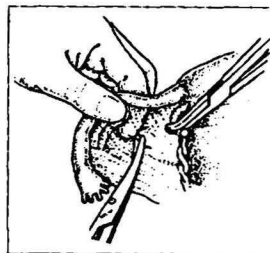


Hình 12.24

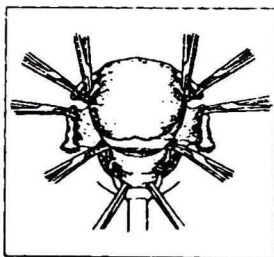
Cần xác định niệu quản vì gần với động mạch tử cung để tránh làm thương tổn (cặp hay khâu vào) (H.12.25 - H.12.28).



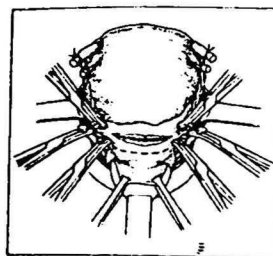
Hình 12.25



Hình 12.26



Hình 12.27



Hình 12.28

Cắt tử cung ngang với chỗ cặp động mạch. Khâu kín lại.

Nếu nghi có rối loạn đông máu hoặc còn rỉ máu thì mới đặt dẫn lưu trong bụng. Không dẫn lưu qua mỏm cắt ra âm đạo sẽ gây nhiễm trùng.

- Cắt toàn bộ tử cung

Chủ yếu là cặp và cắt các dây chằng tử cung: cặp dọc theo tử cung, cách cổ tử cung khoảng 5mm sau đó cắt sát vào cổ, tùy theo cổ tử cung dài hay ngắn mà cặp thêm. Sau khi cặp, cắt 2 bên, sẽ có đủ khoảng 2cm âm đạo. Cắt âm đạo sát cổ tử cung. Khâu âm đạo. Khâu phúc mạc.

*** Săn sóc và theo dõi**

- Sẩy thai

Giải thích cho sản phụ biết là sẩy tự nhiên thường gặp: cứ 7 người thì có 1 người sẩy. Mặt khác vẫn có thai bình thường đối với lần sau, trừ khi có nhiễm trùng. Không nên lại thụ thai ngay, cần hồi phục hoàn toàn. Nếu muốn tránh có thai có thể bắt đầu sau 7 ngày miễn là không có biến chứng.

- Chửa ngoài dạ con

Trước khi ra viện, tư vấn cho sản phụ như: nguy cơ của chửa ngoài dạ con lần sau, sinh đẻ có kế hoạch.

Điều trị thiếu máu với sắt

Hẹn khám lại sau 4 tuần

- Chửa trứng

Dùng nội tiết để tránh thụ thai ít nhất sau 1 năm. Nếu sản phụ đã có con và đồng ý thì thất vôi trứng.

Theo dõi cách 8 tuần ít nhất trong 1 năm với test có thai vì nguy cơ u lá nuôi hoặc ung thư rau. Nếu test có thai không âm tính sau 8 tuần hoặc dương tính lại trong năm đầu, cần chuyển sản phụ đến chuyên khoa để theo dõi.

Chương 5

HỒI SỨC VÀ GÂY MÊ

HỒI SỨC VÀ CHUẨN BỊ ĐỂ GÂY MÊ VÀ MỒ

1. Xử trí cấp cứu và hồi sức tuần hoàn - hô hấp

Những biện pháp cấp cứu quen thuộc là:

Đường thở (Airway)	A
Hô hấp (Breathing)	B
Tuần hoàn (Circulation)	C

Trong thực hành những bước ABC của hồi sức tuần hoàn - hô hấp thường không đạt hiệu quả, chủ yếu là do hoảng sợ. Người thầy thuốc đừng hoảng sợ vì 2 lý do:

- Nguyên nhân dẫn đến truy mạch đột ngột thường diễn ra trong nhiều phút, có khi hàng giờ, do đó có đủ thời gian để xác định hoàn cảnh.
- Trong khi suy nghĩ về chẩn đoán và xử trí, có thể làm ngay các thủ thuật thông thường của ABC hoặc tốt hơn là bình tĩnh và hướng dẫn người khác thực hiện.

Người gây mê tập trung 4 vấn đề đòi hỏi phải hành động ngay:

Đường thở và hô hấp

Tuần hoàn

Tri giác (mê)

Những vấn đề trực tiếp khác.

* Đường thở và hô hấp.

Thông khí và Nội khí quản.

Khi đối diện với bệnh nhân không thở:

1. Mở miệng, thông khí với Ambu
2. Trừ khi hồi phục ngay, còn thì đặt nội khí quản và tiếp tục thông khí với Ambu. Nếu có sẵn, thêm oxy.
3. Nếu bệnh nhân thở được và đường thở thông, xem có phải đặt nội khí quản không. Lý do phải đặt nội khí quản là:

Cần bảo vệ đường thở tránh trào ngược

Cần gây mê và mổ

Chụp mask thanh quản là loại mới có vai trò quan trọng để xử trí đường thở cấp cứu.

Luôn luôn quan sát 2 bên ngực cùng nâng lên và hạ xuống mỗi khi bóp bóng. Chú ý áp lực bóp để làm cho nở phổi: nếu áp lực cao chứng tỏ có vấn đề về đường thở: trào ngược, co thắt phế quản hoặc tràn khí màng phổi - Cần tiếp tục thông khí cho đến khi bệnh nhân tự thở được tốt hoặc là quyết định ngừng hồi sức hô hấp - tuần hoàn.

Nếu xảy ra ngừng tim và thở trong khi mổ, phải chắc chắn là thuốc mê đã tắt và thông khí với tỷ lệ oxy cao nhất.

Trong cấp cứu: hãy quan sát, cảm nhận và lắng nghe

Bảng 13.1. 10 test thử nghiệm về đặt nội khí quản đúng: nếu nghi ngờ rút bỏ

Test	Kết quả	Ý nghĩa	Độ tin cậy/hành động
Nhìn với đèn soi	Ống giữa 2 giây thanh âm	Đặt đúng	Chắc chắn
Nghe	Hô hấp qua ống	Đặt đúng	Có thể
Vỗ vào xương ức	Hơi phì qua ống	Đặt đúng	Có thể
Bóp bóng	Ngực nâng lên	Đặt đúng	Có thể
Bóp bóng	Tiếng ồ ọc	Đặt vào thực quản	Rút ống
Luồn ống hút vào ống NKQ	Bệnh nhân ho	Đặt đúng	Có thể
Quan sát	Bệnh nhân vẫn hồng	Đặt đúng	Có thể
Quan sát	Bệnh nhân tím	Đặt vào thực quản	Rút ống
Nghe bằng ống nghe	Không khí vào đỉnh phổi, vùng nách và đáy	Đặt đúng	Có thể
Nghe bằng ống nghe	Không khí vào dạ dày	Đặt vào thực quản	Rút ống

* Ngừng tim và suy tuần hoàn

Ngừng tim khi không thấy nhịp đập của tim, mạch ở các động mạch lớn không bắt được và những dấu hiệu khác của lưu lượng tim, bệnh nhân mất hết phản ứng và ngừng thở trong vài giây. Không giống với hô hấp, khi không có tuần hoàn thì dấu hiệu không rõ ràng bằng, đặc biệt đối với người có màu da tối.

Cần tìm và chẩn đoán ngừng tuần hoàn bằng:

Bắt mạch cảnh hay đùi

Sờ mồm tim đập

Nghe mồm tim.

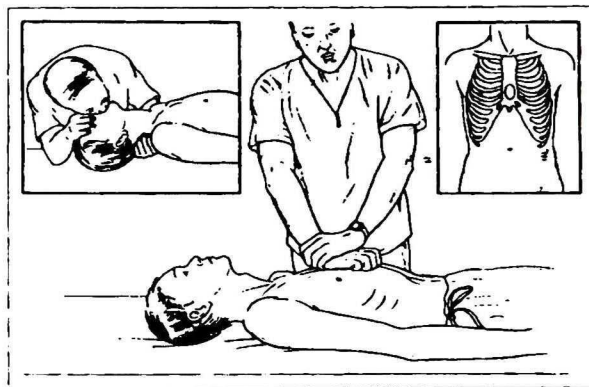
Xem lưỡi thấy tím hoặc nhợt.

Khi có chẩn đoán là ngừng tim, việc đầu tiên là bóp tim ngoài lồng ngực. Đừng lưỡng lự khi không thấy có nhịp đập của tim.

Khi ngừng tim hãy duy trì thông khí và bóp tim ngoài lồng ngực cho đến khi có đáp ứng hoặc quyết định không điều trị nữa.

Bóp tim ngoài lồng ngực sẽ báo động cho người khác tốt hơn là kêu: "Tim ngừng đập rồi", tốt hơn là làm cả 2.

Bóp tim ngoài lồng ngực thực hiện khi đứng cao hơn người bệnh (13.1)



Hình 13.1

Cần 2 người: 1 cho hô hấp, 1 cho bóp tim. Phân công người thứ 3 bắt mạch ở đùi và báo cho mọi người khi thấy có mạch.

Ưu tiên tiếp theo là chẩn đoán những vấn đề có liên quan đến tuần hoàn và xử trí, những điều này phụ thuộc vào trang thiết bị có sẵn: monitor, chống rung.

Thông thường những trang bị này chỉ có ở bệnh viện và nhiều khi lại không chạy khi cần dùng hoặc phải mượn ở cơ sở khác, làm chậm trễ công việc. Do đó không nên mất thời gian để có được máy đo điện tim khi ngừng tim.

Khi ngừng tim dừng phí thời gian làm cho máy ghi điện tim chạy.

– Khi không có điện tim:

Đấm vào ngực: dùng nắm đấm đấm vào xương ức, chỉ thực hiện lúc đầu, làm quả tim bật lên và đập.

Tiêm adrenalin 1mg TM.

Tiếp tục hồi sức, khoảng 1 - 2 phút nghe tim hay bắt mạch.

Tiêm atropin 1 mg sau đó 2 liều adrenalin nữa, bóp tim sẽ làm cho thuốc chảy về thất và mạch vành để có tác dụng trong khi bóp tim, lập đường truyền TM và truyền.

Adrenalin là thuốc cứu sống nhiều trường hợp ngừng tim. Dùng ngay sau khi chẩn đoán là ngừng tim dù chưa biết là do nguyên nhân gì.

Thông thường sau khoảng 20 - 30 phút mà không đáp ứng thì không hồi sức nữa.

– Khi có điện tim.

Bảng 13.2. Có 3 kiểu đường biểu diễn trên điện tim:

Nhịp	Ý nghĩa
Không tâm thu (đường thẳng)	Hồi sức và thuốc
Nhịp xoang (nhưng không mạch)	Thiếu khối lượng tuần hoàn hoặc choáng phản vệ. Hồi sức + truyền dịch
Rung tim	Hồi sức + chống rung

Trừ khi đã đọc điện tim quen, chứ không thì cũng không phân biệt là loại nào.

Tuỳ theo hoàn cảnh từng nước, khi mà bệnh tim thiếu máu cục bộ hiểm thì những kiểu nhịp sẽ như sau:

Không tâm thu: đường điện tim thẳng ngang hoặc hơi gợn sóng, thỉnh thoảng có 1 sóng rộng nhưng bắt mạch đùi không có.

Khi bóp tim thì có sóng. Cần nhớ khi là máy không được nối với bệnh nhân nên có đường thẳng.

Không tâm thu là hiện tượng cuối cùng của nhiều bệnh nghiêm trọng như: nhiễm trùng huyết, thiếu oxy, cường giãy phế vị mạnh, rối loạn điện giải, tụt huyết áp nặng.

Điều trị với adrenalin và atropin. Tiền lượng năng.

Có sóng điện nhưng không mạch (nhịp xoang): còn gọi là phân li điện - cơ. Trên màn ảnh thấy có sóng gần như bình thường nhưng không có mạch. Có nhiều nguyên nhân, cần phải suy nghĩ rõ ràng: quá liều thuốc mê, mất máu, thiếu oxy (hoặc vấn đề về thông khí nào khác), nhiễm trùng huyết hoặc nhiễm độc, tắc

mạch phổi, chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi dưới áp lực, hạ nhiệt độ. Đối với người gây mê, 3 nguyên nhân đầu là thường gặp nhất.

Liếc qua danh sách các nguyên nhân trên cũng thấy rõ một số nguyên nhân là hồi phục được không cần thuốc và thực ra đó không phải là ngừng tim thực sự. Nếu rút bỏ hay điều chỉnh nguyên nhân (ngắt thuốc mê, tăng lượng truyền, sửa chữa hệ thống máy mê) thì sẽ an toàn hơn là tiêm 1 liều TM adrenalin.

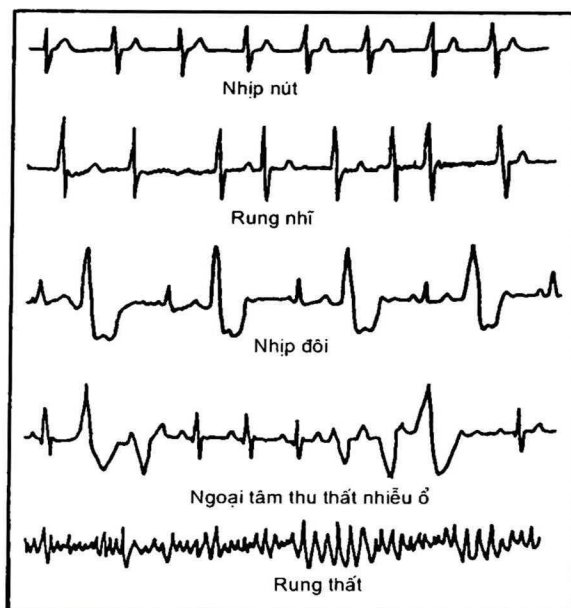
Nếu sau 2 - 3 phút hồi sức mà vẫn không thấy tuần hoàn trở lại thậm chí đã có chẩn đoán và điều chỉnh thì tiêm adrenalin đối với không tâm thu. Tiên lượng tốt nếu như tìm ra nguyên nhân.

Rung thất: đường điện tim loạn xạ. Cần phải có máy chống rung. Điều trị một rung thất cần phải được huấn luyện và có kinh nghiệm (13.3)

- Chống rung lần đầu 2 x 200 joule điện 1 chiều (2 joule/kg cân nặng) sau đó là 360 j nếu nhịp xoang không trở lại.

Bôi mỡ dẫn điện lên ngực. Đặt điện cực: 1 ở mỏm tim (apex) 1 ở xương ức (sternum), ép chặt vào ngực.

Nói với người khác bấm nút gây giật. Trong khi đó không một ai được chạm vào bệnh nhân hay một thứ gì dính dáng tới bệnh nhân (Ambu, giường...).



Hình 13.3

Nếu không có chống rung, đâm vào xương ức hay tiêm adrenalin có thể gây nhịp xoang.

Tiền lượng tốt nhất là nếu nguyên nhân là halothane hoặc thiếu oxy.

– Chảy máu

Chảy máu ra ngoài có thể cầm được thường là bằng ép, chảy máu vào các khoang thường biểu hiện chậm hơn như khi đã hồi phục tuần hoàn, huyết áp tăng lên lại gây chảy máu và huyết áp lại tụt lần nữa.

– Choáng

Choáng đe dọa đến cuộc sống do cung cấp oxy đến các mô trong cơ thể giảm. Những nguyên nhân thường thấy là: chảy máu, nhiễm trùng, choáng phản vệ (dị ứng hay thuốc), thần kinh (sau chấn thương tủy) suy tim (thất trái suy).

Có nhiều nguyên nhân hơn là 1 nguyên nhân gây choáng, trong ngoại khoa trước hết là nghĩ đến chảy máu và nhiễm trùng.

Trong chống do thiếu khối lượng tuần hoàn (chảy máu): truyền dịch nhanh bắt đầu với HTM sẽ hồi phục được khối lượng.

Trong choáng do nhiễm trùng, thể tích tuần hoàn có thể bình thường, nhưng áp lực thấp và tuần hoàn ở mô không đủ, truyền để bù đủ khối lượng nhưng có khi không đáp ứng như trong loại choáng do thiếu khối lượng tuần hoàn.

Trong choáng phản vệ tiêm adrenalin và truyền.

Trong chấn thương nặng ở tủy, nhịp tim thường chậm dùng atropin và truyền dịch.

Còn suy tim, thì không đề cập ở đây nhưng tiền lượng tồi nếu như xảy ra trong hay sau mổ. Truyền dịch không đem lại kết quả mà lại quá tải.

– Mất tri giác

Có nhiều nguyên nhân:

Chấn thương sọ não

Hạ đường huyết

Nhiễm Kéto.acid

Tai biến mạch máu não

Thiếu oxy

Hạ huyết áp

Cao huyết áp và sản giật

Nhiễm HIV

Ngộ độc thuốc

Đánh giá phản ứng với kích thích, xem đồng tử ban đầu rồi xem lại để biết tiến triển. Tim không đồng đều giữa 2 đồng tử và những dấu hiệu khu trú để xem có biểu hiện của máu tụ trong sọ đang phát triển không.

Trong nhiều trường hợp, có thể chú ý tới và ổn định những vấn đề khác trước để đợi tri giác trở lại khi tưới máu não và cung cấp oxy được cải thiện. Sau ngừng tim, lúc đầu bệnh nhân có thể có dân 2 đồng tử cố định sau khi hồi sức sẽ nhỏ. Điều đó chứng tỏ có thể có kết quả tốt.

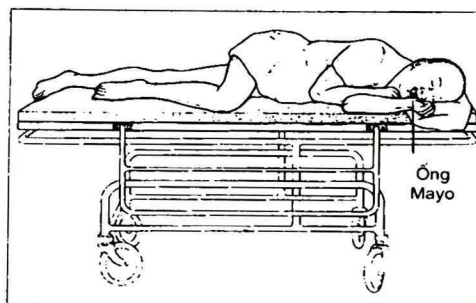
Bệnh nhân hôn mê có dạ dày đầy thức ăn, nằm ngửa là một rủi ro nghiêm trọng của trào ngược. Song nếu bệnh nhân mê mà đường thở thông thoáng, những dấu hiệu sinh tồn bình thường thì:

Tránh đặt nội khí quản vì sẽ ảnh hưởng tới việc dùng thuốc và khó dễ cho chẩn đoán tiếp theo.

Chăm sóc bệnh nhân ở phòng hồi tỉnh.

Theo dõi đường thở và chờ đợi tiến triển và chẩn đoán

Đặt bệnh nhân nằm theo hình vẽ (13.4)



Hình 13.4

Trong lúc hồi sức hô hấp tuần hoàn, hãy tự hỏi: bệnh nhân có đáp ứng không ? Nếu không đáp ứng thì tại sao?

2. Những bệnh cảnh khác đòi hỏi xử trí cấp cứu

Một số bệnh cảnh đòi hỏi xử trí ngay như là một phần của hồi sức.

Vết thương ngực đang hở.

Tràn khí màng phổi dưới áp lực.

Chèn ép tim cấp.

* Thiếu máu

Thiếu máu thường thấy ở bệnh nhân mổ phiến và điều này thường gây tranh cãi giữa phẫu thuật viên và gây mê. Không thể có một nguyên tắc cứng nhắc về giá trị thấp nhất của Hemoglobin mà dưới mức này thì cần truyền máu và không thể mổ được. Có một thỏa thuận chung là bệnh nhân có thể chịu đựng tốt khi Hemoglobin dưới 10g/100ml máu. Khi Hemoglobin trước mổ là 7.8g vẫn

chấp nhận được mà không cần truyền máu hay dự trữ máu. Những yếu tố dưới đây làm cho người bệnh kém chịu đựng hơn với thiếu máu: mất máu nhiều trong tiền sử, bệnh đường hô hấp, tuần hoàn, béo phì, tuổi già, mới mất máu và phẫu thuật.

Mặt khác trong cấp cứu, những trường hợp mất máu cấp cần mổ ngay để cứu sống bất kể tỷ lệ Hemoglobin là bao nhiêu. Thử phản ứng chéo trong khi gây mê trong khi vừa mổ.

Tỷ lệ Hemoglobin 4g/100 ml là nguy hiểm, dưới mức này sẽ xảy ra giảm nghiêm trọng tiêu thụ oxy, bắt buộc phải truyền máu.

* **Cơ co giật.**

Những bệnh nhân có cơn co giật làm khó khăn cho xử trí trừ khi đã tiêm thuốc chống co giật.

Bệnh nhân thường có dấu hiệu báo trước nên có thể đề phòng.

Những nguyên nhân như: động kinh, tiền sản giật không xử trí dẫn đến sản giật, cơn co giật do sốt ở trẻ em, viêm màng não, não bị kích thích (sau thiếu oxy), hạ đường huyết, bệnh não hoặc thường tồn trong sọ như áp xe, u.

HIV, sốt rét thể não, ngộ độc thuốc, quá liều thuốc mê, rượu...

Cơn co giật gây nguy hiểm người bệnh vì sẽ ngừng thở, thiếu oxy, trụy tim mạch, cắn lưỡi. Người động kinh thường hay ngã vào bếp, bệnh nhân nôn và trào ngược.

Cơn co giật thường ngắn và ngừng khi cho thuốc chống co giật nhưng lại chóng bị cơn khác, do đó phải có biện pháp đề phòng:

Truyền nhỏ giọt đều

Tiêm Diazepam TM 10 mg, nhắc lại sau 1 - 2 giờ, trẻ con đặt hậu môn 10mg.

Paraldehyd 10 ml TM khi không truyền được.

Cần phải tìm và điều trị nguyên nhân gây co giật. Đặt nội khí quản và thông khí khi ngừng thở.

Sau cơn co giật, phần lớn là mất định hướng trong một lúc hoặc là hôn mê.

3. Đường truyền tĩnh mạch

Trong tất cả các trường hợp cấp cứu cần phải có 1 đường truyền tĩnh mạch bảo đảm, ngoài ra còn để gây mê và mổ. Đối với những đứa trẻ dây giũa có thể không lấy được tĩnh mạch, khi đó có khi phải cho thở halothane hoặc tiêm bắp ketamin.

Điều quan trọng là trước khi cho thở bằng chụp, phải làm sạch dạ dày: đặt 1 ống thông 12 - 16F trước. Gần như không có trường hợp cấp cứu nào có thể sống được mà không có đường truyền.

Cần phải tạo một thói quen là: ở đâu có tĩnh mạch thì đều có thể lấy được.

* **Tìm tĩnh mạch như thế nào**

Khi tiêm khó, cần có ánh sáng tốt và có người phụ. Lý tưởng là lấy tĩnh mạch ở cánh tay, không nằm ở khớp để cố định, tiện lợi cho bệnh nhân và cho việc tiêm thuốc cũng như theo dõi nơi chọc tĩnh mạch. Ở những bệnh nhân choáng có thể khó tìm được tĩnh mạch.

Thông thường, tĩnh mạch tốt nhất dùng trong cấp cứu là: cẳng tay, tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch cảnh trong. Không nên chọc tĩnh mạch dưới đòn vì nguy cơ lớn gây tràn khí - tĩnh mạch đùi.

Nếu thuận tay phải thì đứng bên phải bệnh nhân, ngón trỏ và ngón giữa của tay trái bắt mạch đùi. Dùng kim 14, 16 hay 18G (trẻ con kim 20G) lắp vào bơm tiêm 5ml.

1. Chọc kim 45° so với mặt da ở nếp bẹn. Nơi chọc là phía trong mạch đập một khoảng bằng chiều dày ngón tay bệnh nhân.

2. Người phụ giữ chân bệnh nhân hơi dẹt, đè vào đầu gối để tránh co đùi.

3. Ngón trỏ bên trái để trên động mạch đùi, thử hút bơm tiêm mỗi lần đưa kim: có thể thấy cảm giác chọc vào tĩnh mạch và thấy máu đen hút vào ống tiêm. Lúc này mũi kim đã ở trong lòng tĩnh mạch, tùy theo mà quyết định đưa sâu vào hay rút bớt ra. Thường thì hút ra máu nhưng không đưa ống thông vào được. Đừng cố đẩy. Lại luồn kim tiêm vào trong lòng ống thông, đẩy sâu thêm, rút bỏ kim, lắp bơm tiêm vào ống, vừa hút vừa rút từ từ ống ra. Khi thấy hút máu dễ dàng thì đẩy ống thẳng vào sâu trong tĩnh mạch cần kiểm tra có máu đen ra dễ dàng trước khi cố định ống thông.

4. Cố định chắc chắn vào bẹn chứ không vào đùi vì dễ tuột ra khi co duỗi chân

- **Tĩnh mạch cảnh trong**

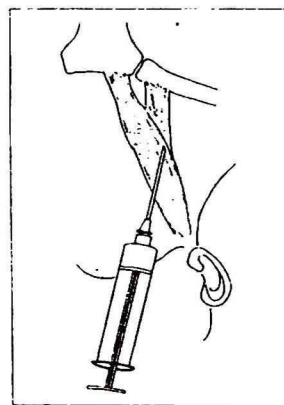
Đây là tĩnh mạch được dùng nhiều nhất trong choáng nặng, hồi sức hô hấp tuần hoàn và cho mổ lớn.

Cần có chỉ định rõ ràng cho thủ thuật này nhưng biến chứng rất hiếm khi xảy ra miễn là theo đúng quy định.

Có 2 đường vào: đường trên (quãng giữa cơ ức đòn chũm) và đường thấp (tam giác ức đòn).

Cả 2 đường phải đặt người bệnh đầu thấp. Áp lực trong tĩnh mạch sẽ làm cho việc chọc dễ dàng hay không. Ở người có choáng chảy máu phải nằm đầu thấp hơn là người suy tim. Những bệnh nhân có ngừng tim thì tĩnh mạch cổ nổi căng và việc chọc tĩnh mạch cảnh trong dễ dàng.

Đường trên (13.6)



Hình 13.6

1. Nằm đầu thấp, đầu quay sang trái
2. Chọc vào điểm giữa, bờ sau cơ ức đòn chũm, nơi này thường có tĩnh mạch cổ ngoài, cần tránh chọc vào. Có thể tiêm tê dưới da.
3. Dùng kim chọc 14 - 18G lắp vào bơm tiêm 5 - 10ml
4. Cầm bơm tiêm chọc qua da vào sâu với góc 45^0 , theo hướng tới núm vú. Nếu thuận tay phải thì đứng bên trái bệnh nhân
5. Đưa kim vào sâu vừa chọc vừa hút, khoảng 2 - 3cm sẽ hút được máu đen. Lúc này tay phải giữ cố định bơm tiêm, còn tay trái đẩy ống thông vào sâu, vừa đẩy vừa xoay càng sâu càng tốt.
6. Rút bơm tiêm cùng kim, lắp vào dây truyền, sẽ thấy định chảy nhỏ giọt dễ dàng. Khi bệnh nhân thở có thể thấy chảy chậm. Đây cũng là dấu hiệu của thiếu khối lượng tuần hoàn.
7. Hạ lọ truyền xuống dưới thấp hơn đầu bệnh nhân sẽ thấy máu đen chảy ngược ra. Đứng cố định ống thông khi không thấy dấu hiệu này. Xem da cổ có bị phồng lên không; chứng tỏ kim đã ra ngoài tĩnh mạch.

Những nguyên nhân gây thất bại:

Đầu không đủ thấp nhất là bệnh nhân choáng.

Chọc kim ra phía trước quá, nguy cơ chọc vào động mạch.

Kim chọc xuyên qua tĩnh mạch.

Kim chọc không hướng đến núm vú.

Khi chọc vào động mạch, lúc đầu có thể truyền được nhưng khi huyết áp tăng, sẽ thấy máu trào ngược ra.

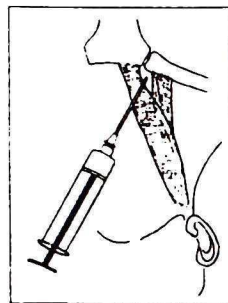
Ống thông có thể ở mô dưới da làm cho da cổ sưng sau vài phút truyền hoặc có khi chọc vào màng phổi. Lúc này có thể truyền hàng lít vào khoang màng phổi chính vì thế bao giờ cũng phải hạ lọ truyền dịch xuống thấp để thấy có máu đen trào ngược ra không (không được có máu pha).

Đường thấp (13.7)

Đường thấp dễ hơn nhất là khi cơ có cứng - nhưng lại rất dễ chọc vào màng phổi. Chỉ nên chọc khi đường trên thất bại.

Tư thế như trên. Xác định tam giác: phía trong là bờ cơ ức, phía ngoài là bờ cơ đòn, bờ dưới là xương đòn. Tĩnh mạch cảnh trong nằm ngay dưới da ở tam giác này. Chỉ cần chọc sâu không quá 2 cm là tới.

Thử xem ống thông có ở trong tĩnh mạch hay không như ở trên. Đặt 1 ống thông vào 1 tĩnh mạch lớn là rất có tác dụng trong cấp cứu nhưng có nhiều rủi ro hơn là đặt ở tĩnh mạch ngoại biên.



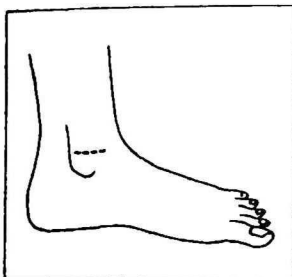
Hình 13.7

- Bộc lộ tĩnh mạch.

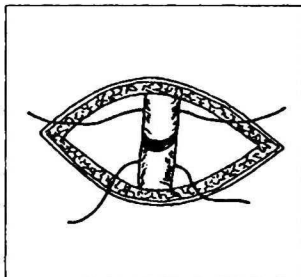
Là biện pháp có ích để có đường truyền ngoại biên khi chọc qua da không được và khi tĩnh mạch trung tâm khó chọc. Tĩnh mạch hiển là tĩnh mạch hay bộc lộ nhất ở cả người lớn và trẻ con.

Không cần có dụng cụ gì đặc biệt: dao mổ, kẹp, kéo, ống thông (nếu không có loại đặt trong mạch máu có thể dùng ống cho ăn của trẻ con).

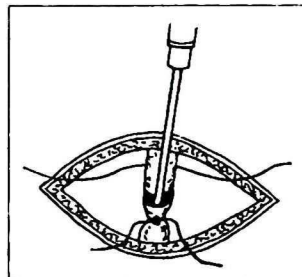
Rạch ngang 2 khoát ngón tay phía trên và 2 khoát ngón tay phía trước mắt cá trong (phải dùng khoát ngón tay của chính bệnh nhân vì còn thực hiện ở trẻ con). Lấy ngay sợi chỉ khâu da để buộc ống thông. Không khâu kín chỗ rạch sau khi rút ống, tự nó sẽ liền. (13.8, 13.9, 13.10)



Hình 13.8



Hình 13.9



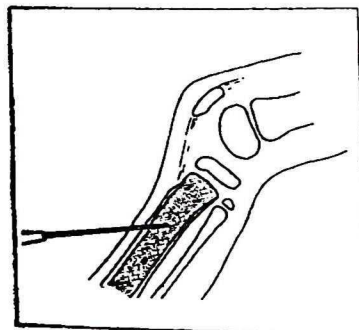
Hình 13.10

Đặt ống thông vào 1 tĩnh mạch lớn để truyền rất tốt cho hồi sức nhưng sẽ có nhiều rủi ro hơn là vào tĩnh mạch ngoại biên.

- Đường trong xương

Chọc vào trong xương là đường nhanh nhất để truyền dịch ở những trẻ bị choáng vì không thể có tĩnh mạch. Dịch, máu, thuốc đều tiêm qua đường này được. Kim chọc trong xương nằm phía trước mâm chày, 2 - 3cm phía dưới (13.11) lõi củ trước để tránh chọc vào bản sinh trưởng đầu xương.

Khi đã chọc vào xương, nếu cần truyền nhanh thì phải truyền dưới áp lực hay dùng bơm tiêm. Nếu không có kim chuyên dụng, dùng kim chọc tủy sống, ngoài màng cứng hay kim sinh thiết tủy xương.



Hình 13.11

Đường trong xương được dùng ở mọi lứa tuổi, nhưng nói chung hay dùng ở trẻ em dưới 6 tuổi.

- Tĩnh mạch ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh.

Tìm được 1 tĩnh mạch ở trẻ con là một trong những kỹ thuật khó khăn nhất trong toàn bộ công việc thực hành và cũng là 1 trong những điều đáng buồn nhất của những ai tham gia vào. Thường người gây mê được gọi đến khi mọi người không tìm được tĩnh mạch vì thế không phải là dễ có tĩnh mạch và đứa trẻ cũng rất đau khổ qua các lần chọc. Tiêm bắp ketamin 2 - 3mg/kg cốt tạo điều kiện yên lặng nhưng đây không phải là liều gây mê đầy đủ. Phải đợi 5 phút hãy tìm tĩnh mạch. Những nơi hay tìm: mu tay, da đầu, cổ tay, tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch biển.

Ở trẻ sơ sinh thì không bụ lẫm, tĩnh mạch ở cẳng tay và bàn tay nổi rõ hơn, tĩnh mạch hiển cũng dễ tìm, nếu cần phải bộc lộ.

Không cần dùng ống thông to vì khó đưa vào trừ khi cần phải truyền nhiều như trong bỏng.

Cố định tay bằng bìa cứng.

4. Dịch truyền và thuốc

*** Truyền dịch gì.**

Dịch cần tiêm để hồi sức là HTM 9‰ hay Ringer lactat (dịch Hartmann). Những dịch này còn gọi là dịch tinh thể.

Những dịch khác như Plasma hoặc dịch keo: gelatin, đường phân tử cao, HEAS có thêm điện giải. Những dịch này có tác dụng thẩm thấu để vận chuyển dịch từ khoang ngoài tế bào vào trong lòng mạch, làm áp lực tăng lên.

Dịch keo ở trong tuần hoàn lâu hơn là điện giải đơn thuần vì thế được dùng rộng rãi để xử trí choáng do giảm thể tích sau khi truyền dịch tinh thể.

Glucose 5% (Dextrose) được dùng rộng rãi để duy trì (khi bệnh nhân không uống được), nó không dùng để phục hồi khối lượng tuần hoàn vì nó nhanh chóng phát tán khắp cơ thể, những nơi có chứa nước tới 40 lít.

Cố gắng tính khối lượng và loại dịch mất. Thay thế bằng dịch cùng loại có cùng thành phần.

- * Cần tính thêm dịch mất hàng ngày của cơ thể để bù.

Theo dõi chặt chẽ đáp ứng của bệnh nhân để điều chỉnh.

*** Bao nhiêu dịch.**

Vẫn chưa thống nhất ý kiến. Chưa có nguyên tắc tuyệt đối nhưng mọi người đều đồng ý là truyền khoảng 3 lần lượng dịch mất theo tính toán bằng dịch tinh thể. Đối với những trường hợp choáng hoặc mất nước, thả truyền ít còn hơn truyền quá nhiều.

Điều quan trọng hơn bất cứ một quy luật nào khi truyền dịch thay thế là quan sát đáp ứng của người bệnh. Những dấu hiệu chứng tỏ đã đủ và có thể truyền chậm lại là:

Huyết áp bắt đầu tăng

Nhịp tim chậm dần

Tĩnh mạch cổ nổi

Bắt đầu có nước tiểu.

Mỗi bệnh nhân đáp ứng với truyền dịch một khác, hãy quan sát những khác biệt đó. Tránh dùng dịch có chứa đường.

Ở người lớn, huyết áp không đáp ứng với truyền dịch hoặc vẫn mất máu sau khi truyền 3 - 4 l dung dịch tinh thể, thì có thể thay bằng dịch keo. Truyền dịch keo bằng với thể tích máu mất theo tính toán.

Sau khi truyền, bệnh nhân bị pha loãng máu, và tùy theo tình trạng mất máu mà bệnh nhân vẫn bị choáng. Lúc này phải truyền máu ngay.

Những nghiên cứu và kinh nghiệm gần đây nhận thấy ở những trường hợp choáng với thiếu máu nghiêm trọng vẫn có thể có kết quả tốt miễn là huyết áp và thể tích tuần hoàn được duy trì.

Vì thế xu hướng thiên về lúc đầu truyền tinh thể hay keo sau đó mới dùng máu. Ở những ca có pha loãng máu nặng (Hb dưới 4 g%) thì có nguy cơ suy tim, dẫn đến hạ huyết áp hoặc phù phổi có rên ầm. Dùng thang đo Hemoglobin của Tổ chức Y tế Thế giới sẽ cho biết mức độ nguy hiểm.

Truyền máu toàn bộ là phương pháp điều trị cuối cùng cứu sống bệnh nhân bị choáng mất máu.

*** Dịch truyền cho trẻ em.**

Trong hồi sức cấp cứu trẻ con, thông thường cho tiêm cả khối dịch HTM (20 ml/kg và tiêm thêm khi cần) ngay từ đầu trước khi có đường truyền. Đồng thời đánh giá nhanh lượng mất dựa trên cân nặng cơ thể (độ mất nước và khối lượng tuần hoàn) cháu bé 3kg cân nặng cần có 250ml thể tích máu tuần hoàn, như vậy lượng dịch truyền ban đầu là 20% của thể tích máu lưu thông.

Điều trị tiếp theo phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng. Những nghiên cứu mới đây về kết quả cấp cứu ở trẻ em, đặc biệt khi có nhiễm trùng huyết thì liều dịch truyền tới 80ml/kg trong 12 giờ đầu, dùng dịch keo và tinh thể.

Không bao giờ dùng túi dịch truyền của người lớn cho trẻ em vì dễ có nguy cơ truyền quá nhiều, dùng loại có bầu đo thể tích, nếu không dùng bơm tiêm.

Cần theo dõi chặt tĩnh mạch cổ và mắt cháu bé để phát hiện dấu hiệu truyền quá nhiều. Nếu cháu mất nước làm giảm độ căng của da do bị bầm, cần truyền dịch để điều trị. Nếu cần đặt ống thông bàng quang theo dõi lượng nước tiểu, nếu không có ống thông cần xác định bàng quang có căng không bằng gõ trước khi quyết định truyền tiếp.

Truyền máu ở trẻ con thì tốc độ thường chậm hơn là mong muốn dù có bơm vì đường kính ống thông bé quá. Khi đó dùng bơm tiêm bóp vào đường 3 chạc để lấy máu và bơm vào.

* Tốc độ truyền dịch

Vì thiếu dịch truyền nên thường những bệnh nhân choáng được truyền quá chậm.

Truyền giở giọt cả đêm là lý do thường thấy nhất bệnh nhân tử vong vào buổi sáng.

Quy tắc chung ở người lớn là truyền 1/2 khối lượng tính toán trong 30 phút sau đó đánh giá lại. Nếu bệnh nhân choáng, cần truyền thật nhanh cho đến khi thấy có đáp ứng về huyết áp rồi đánh giá lại. Cần đứng ngay cạnh bệnh nhân để theo dõi khi truyền nhanh, lúc tốc độ đã chậm lại mới giao cho điều dưỡng. Trung bình 1 bệnh nhân truyền 3 l/ngày. Cần nói cho mỗi người biết và kiểm tra những lời dặn đó được thực hiện.

* Cần đặt được áp lực nào?

Phụ thuộc tình trạng bệnh nhân (mất nước mạn tính hay suy nhược) thường là làm sao đạt được áp lực động mạch tối đa là 90mmHg 1 giờ trước khi đưa vào phòng mổ.

Mặt khác ở những ca chảy máu nhiều (vỡ tử cung, chảy máu do ổ loét dạ dày, vỡ tĩnh mạch thực quản, chữa ngoài dạ con vỡ, đứt mạch máu, chấn thương nặng) cần phải đồng thời truyền dịch, gây mê ketamin, đặt nội khí quản và mổ.

Trong chảy máu nghiêm trọng, cầm máu là ưu tiên hàng đầu bất kể huyết áp hay Hemoglobin bao nhiêu.

Khi 1 phía là chảy máu, 1 phía là truyền dịch thì khó hi vọng huyết áp lên. Chỉ có cách đẩy nhanh nạn nhân vào phòng mổ rồi mổ cầm máu.

5. Thuốc trong hồi sức

Trong hồi sức thuốc cấp cứu là chủ yếu, trước khi dùng cần phải ưu tiên:

Hô hấp - thông khí

Xoa bóp tim

Phục hồi khối lượng tuần hoàn

Loại bỏ bất kể nguyên nhân nào: độc hại hay rủi ro

Nếu có thể, làm chẩn đoán.

Không có thuốc nào làm cho người ta thở. Cách xử trí duy nhất 1 người không tự thở là làm cho phổi nở lên một cách cơ học, tức là với Ambu hoặc ống khí quản bóp bóng. Nếu không đặt được nội khí quản, thì chọn lựa như sau:

Tiêm dân cơ (Suxamethonium 100mg) để có thể đặt được nội khí quản. Cần phải nghĩ đến những biến chứng do việc tiêm thuốc dân cơ để đặt nội khí quản, nói cho các điều dưỡng sẵn sóc.

Luôn luôn nghĩ đến những tác dụng phụ của Suxamethonium như tăng K máu, rủi ro ngừng tim. Đối với những nạn nhân chấn thương hàm mật, Suxamethonium rất nguy hiểm vì nếu không đặt được nội khí quản thì có nghĩa chắc chắn sẽ chết.

Bảng 13.3. Những thuốc hồi sức (liều người lớn)

Thuốc	Chỉ định	Liều
Adrenalin	Ngừng tim. Choáng phản vệ	0,5 - 1mg TM
Atropin	Nhịp chậm. Không tâm thu do dây X	0,5 - 1mg TM
Ephedrin	Tụt huyết áp sau gây tê tuỷ sống	10 - 30 mg TM
Calcium chlorid	Hỗ trợ co bóp cơ tim sau ngừng tim	10 mg trong 10 ml TM
Bicarbonat Na	Toan hoá máu	30 - 100 mmol
Lidocain	Ngoại tâm thu thất	1 - 2mg/kg TM
Chẹn beta	Cơn huyết áp cao	Thay đổi

*** Epinephrin (Adrenalin)**

Epinephrin 1‰ = 1 ml có 1 mg. Đây là liều chuẩn bị cho mọi loại ngừng tim hay nguyên nhân và/hoặc nhịp tim chưa được xác định. Nếu nghi ngờ kim không nằm trong tĩnh mạch thì hoà 1ml vào 10ml HTM.

Đối với hạ huyết áp nặng, khối lượng tuần hoàn đã được điều chỉnh:

Hoà 1mg vào 10ml HTM

Dùng liều 0,5 - 1 ml

Theo dõi phản ứng bệnh nhân

Epinephrin cứu sống nhiều bệnh nhân trụy tim mạch cấp

Tiêm Epinephrin càng gần tim càng tốt (tĩnh mạch cảnh trong) trong khi bóp tim. Mục đích làm cho thuốc tác động vào nơi cần có tác dụng: cơ tim.

Không nên tiêm vào buồng tim ngay cả khi đó là biện pháp cuối cùng, các biện pháp khác thất bại.

*** Atropin**

0.6 - 1mg (10 - 20 microg/kg) tiêm atropin trước epinephrin nếu thấy:

Nhịp quá chậm

Nghi do tác dụng của dây thần kinh X quá mạnh

*** Các thuốc co mạch.**

Ephedrin 10 - 30 mg cho tụt huyết áp do gây tê tuỷ sống. Các thuốc khác như phenylephrin hay methoxamin (tăng cường thụ thể alpha). Đôi khi dùng co mạch trong choáng nhiễm trùng nhưng tác dụng hạn chế.

*** Calcium Chlorid.**

10g trong 10ml khi ngừng tim để kích thích tác dụng của adrenalin và tăng cường co bóp cơ tim.

*** Bicarbonat sodium.**

Chỉ dùng khi có bằng chứng là toan máu

*** Lidocain**

1 - 2 mg/kg có tác dụng chống loạn nhịp. Thường không thường dùng trong hồi sức hô hấp tuần hoàn.

*** Ức chế beta.**

Dùng trong cơn huyết áp cao: Atenolol, Propranolol, Labetalol.

Những thuốc này làm chậm nhịp tim và giảm co bóp cơ tim. Có thể dùng phối hợp với thuốc giãn mạch như hydralazia, ức chế nitrat và calci. Những cách dùng này thường ở nơi chuyên khoa.

6. Đánh giá trước mổ và điều tra

*** Đánh giá ban đầu.**

Thiếu sót để có một đánh giá đúng tình trạng bệnh nhân là một trong những nguyên nhân thường thấy nhất và để tránh nhất của rủi ro trong gây mê.

Đánh giá ban đầu bao gồm hỏi bệnh sử đầy đủ.

Cần quan tâm đầy đủ với lý do gì khiến phải vào viện: thí dụ như sau một tai nạn: khi nào xảy ra tai nạn, tai nạn như thế nào, nạn nhân là người đi bộ, lái

xe hay hành khách, có mất máu không, tai nạn xảy ra cách đây bao xa, nạn nhân đến viện bằng cách nào, bây giờ hôn mê trước đó có tỉnh không.

Bệnh sử cũng rất quan trọng cả đối với những cấp cứu ngoại khoa không do chấn thương: khi bệnh nhân đến viện muộn, 1 tuần hay 1 tháng, nhiều khi họ quên cả những dấu hiệu ban đầu.

Tiền sử của lần mổ trước rất quan trọng: ở những vùng có tỷ lệ cao HIV, viêm phúc mạc là biến chứng chung sau 7 - 10 ngày mổ đẻ.

Ở trẻ có khó thở lắng nghe bệnh sử từ cha mẹ hay người bảo mẫu: có dị vật không, nếu có sốt rất có thể là viêm thanh quản hay bạch hầu, nếu cháu bé có cơn tắc đường thở cấp, qua hỏi bố mẹ có thể thấy trước đó có những đợt khó thở làm cho nghĩ đến polyp thanh quản.

Ở những ca hôn mê, khi không có nguyên nhân rõ ràng, thì bệnh sử thường sẽ cho chẩn đoán.

Ở những ca cần mổ và gây mê, cần phải biết bệnh lý là gì mà phải mổ, cuộc mổ kéo dài bao lâu. Hỏi bệnh nhân về lần mổ trước; gây mê thế nào và về những bệnh trong tiền sử.

Sau khi nghe bệnh sử, cần có chẩn đoán tạm thời, trước khi khám cần xem: kiểu thở (nhANH, chậm, di động ngược chiều, không cân xứng, mắNG sườn di động) tư thế bệnh nhân (ngồi, nằm), tư thế chân tay (chứng tỏ có gãy xương) dây dũa (đau, thiếu oxy, choáng) thiếu nước (mắt, lõm, da nhão) bụng chướng, vết sẹo mổ lần trước, có băng không, máu vấy quần áo.

*** Khám lâm sàng.**

1. Nhìn những dấu hiệu lâm sàng chung trước khi đi vào khám chi tiết, chuyên khoa.

Thiếu máu (lưỡi, móng tay, màng tiết hợp, lòng bàn tay, lòng bàn chân).

Tĩnh mạch cổ: suy tim, mất nước, choáng.

Nhiệt độ da: so sánh giữa trung tâm - ngoại vi.

Tím

Phù

Ngoài những dấu hiệu không giá trị, vùng sẹo do herpes, ghẻ hạch to, những thương tổn trong miệng có thể gợi ý đến nhiễm HIV. HIV giai đoạn muộn sẽ dẫn đến tiên lượng tồi sau mổ lớn.

2. Khám mồm và cầm để đặt nội khí quản.

*** Khám tim mạch.**

1. Xem tay:

Tay nóng chứng tỏ nhiễm trùng, tay lạnh thiếu thể tích tuần hoàn, người nóng, tay lạnh: nhiễm trùng, sốt rét

2. Cầm tay bắt mạch

Mạch nhỏ khó bắt chứng tỏ suy tuần hoàn, thiếu thể tích tuần hoàn.

Nhịp: nhịp nhanh: nhiễm trùng, thiếu khối lượng, đau, lo lắng, nhịp đều không đều (dùng điện tim xác định kiểu loạn nhịp)

3. Đo áp lực động mạch: có dễ nghe thấy không

Mạch nhỏ có nghĩa khó đo áp lực động mạch và tuần hoàn kém.

Trong choáng, huyết áp thấp và mạch nhanh

4. Sờ mỏm tim và nghe tim

*** Khám hô hấp**

1. Bảo bệnh nhân ho và nghe. Có thể thấy xuất tiết của phế quản và tiếng khò khè chứng tỏ có co thắt phế quản. Bệnh nhân có thể không ho được khi bệnh hô hấp nặng.

2. Khám xem khí quản có nằm ở giữa và 2 phổi cân bằng khi thở sâu: gõ ngực có vang quá mức không (tràn khí màng phổi), đục (tràn dịch, đông đặc, gan lèn cao)

Xương sườn gãy trong chấn thương

Nghe ngực để phát hiện vùng bất thường

Những trường hợp cấp cứu ngoại khoa có bệnh hô hấp - tuần hoàn đồng thời thì cần chăm sóc sau mổ cẩn thận, oxy và theo dõi sát.

*** Khám bụng.**

Cần phải biết kĩ càng về bệnh trong bụng. Ít nhất những thông tin này sẽ cho biết cuộc mổ kéo dài bao lâu, có mất máu không.

- Bụng chướng: nếu chướng cấp không do chấn thương có thể tắc ruột hoặc liệt một trong viêm phúc mạc. Nếu chướng sau chấn thương có thể do máu (giai đoạn sớm) hay do thủng tạng rỗng (giai đoạn muộn) gây viêm phúc mạc.

Trong trường hợp đó cần mổ ngay không chậm trễ.

Siêu âm là một thăm dò quan trọng trong những ca có bụng chướng không vang.

- Bụng mềm: khám thấy đau và có 1 khối kèm sốt chứng tỏ có viêm. Một khối cố định, không có nghĩa là khối u.

*** Thoả thuận và nguyện vọng.**

Phải luôn luôn có sự thoả thuận của người bệnh trước bất cứ một cuộc mổ nào.

Nếu bệnh nhân là trẻ em, phải có thoả thuận của bố mẹ. Cố gắng tìm hiểu những nguyện vọng của bố mẹ và người thân.

Bệnh nhân có thể chuyển vào phòng mổ mà không có lời giải thích. Một khi quyết định gây mê, giải thích ngắn gọn cho bệnh nhân biết sẽ ra sao, làm yên tâm người bệnh rằng họ sẽ không cảm thấy đau đớn, luôn luôn có người bên cạnh để theo dõi về hô hấp và tuần hoàn, đồng thời cũng giải thích khi tỉnh về oxy, đường truyền, ống thông dạ dày và ống dẫn lưu.

Vài phút giải thích và ân cần sẽ làm giảm nhẹ những lo âu của người bệnh và làm cho công việc gây mê dễ dàng hơn. Một khi đã giải thích xong, bảo người bệnh kí (hay bố mẹ) về việc đồng ý cho cuộc mổ.

*** Nhịn ăn uống trước mổ**

Đối với những bệnh nhân không cấp cứu, không có vấn đề về đường ruột, cần gây mê thì việc nhịn ăn uống trước mổ đã được chấp nhận như sau:

Người lớn: thức ăn đặc: 6 giờ, thức ăn lỏng: 3 giờ trước mổ không được ăn.

Trẻ con: thức ăn đặc: 6 giờ, sữa 4 giờ, nước 2 giờ trước mổ không được ăn.

*** Tiễn mê.**

Phần lớn không tiễn mê trừ khi có chỉ định đặc biệt.

Thí dụ: mổ để sodium citrat 0,3mol/l 30ml uống trước gây mê để giảm độ toan dạ dày.

Lo lắng thì dùng temazepam 10 - 20 mg uống 2 giờ trước mổ.

*** Sau khi đánh giá xong: viết ra**

Đã nói gì với bệnh nhân

Đã khám thấy gì

Hành động định làm là gì.

Cần ghi rõ cho người khác biết, ngày giờ. Dùng từ y học mà người khác cũng dùng. Nếu chuyển bệnh nhân cần có thư chuyển rõ ràng: ngày giờ, những dấu hiệu khi nhận và ghi chú điều trị gì.

Trước khi bắt đầu làm cho mỗi bệnh nhân hãy tự hỏi: còn thiếu gì.

*** Thăm dò.**

Những thăm dò thông thường có khi không liên quan trực tiếp đến bệnh, những thăm dò có tính sàng lọc đó thường tốn tiền và có thể không làm được ở trung tâm. Chỉ cần làm thăm dò khi:

Hiểu tại sao phải làm và có thể đọc được kết quả.

Cần có kế hoạch xử trí phụ thuộc vào kết quả đó.

Điều may mắn là phần lớn những thăm dò trong cấp cứu có thể biết được khi khám bệnh. Thường là không phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm máu, điều duy nhất hoàn toàn phụ thuộc đó là có máu để truyền.

– **Thử máu.**

Bảng 13.4. Những xét nghiệm sau đây có thể hữu ích

	<i>Sinh hoá</i>
Potassium	Suy thận
	Loạn nhịp
	Dùng Suxamethonium
	Truyền dịch
Sodium	Truyền dịch
Glucose	Đái đường
Creatinin, urê	Chức năng thận
	<i>Máu</i>
Hemoglobin	Thiếu máu
Bạch cầu	Cao khi nhiễm trùng
	Thấp khi nhiễm HIV
Tiểu cầu	Dễ chảy máu
Phiến đồ	Ký sinh trùng sốt rét

Cấy máu có tác dụng khi có sẵn các loại kháng sinh để đáp ứng.

Nếu có 1 xét nghiệm yêu cầu nào nhưng không làm được, cần ghi nhớ để làm khi khác.

– Chụp X quang.

Chụp ngực là một thăm dò hữu ích trong tất cả các chấn thương ngực đặc biệt khi dẫn lưu ngực:

Phẩm mềm ngoài lồng ngực có xương không (do không khí) gãy xương sườn, xương đòn, xương bả vai.

Cân đối 2 bên trái và phải

Tim khí, tràn máu hoặc tràn dịch hay đậm đặc

Trung thất chuyển chỗ, cơ hoành bên nào lên cao.

Bồng tim: kích thước, hình thù

Dị vật: thấy trong phế quản hay đồng xu ở hầu.

Nếu phải chuyển bệnh nhân đó để chụp, cần lưu ý đến: có cần thở oxy không, trang bị hồi sức.

Nếu không chụp được cần phải dựa vào khả năng lâm sàng hoặc nhờ sự trợ giúp để có chẩn đoán.

Siêu âm rất có giá trị khi thăm dò bụng ở bệnh nhân không chấn thương.

• **Kế hoạch xử trí.**

Sau khi đánh giá trước mổ, để ra kế hoạch xử trí với bác sĩ phẫu thuật.

- Mổ ngay
- Hồi sức và mổ ngay
- Hồi sức và mổ sau
- Hồi sức và theo dõi xem có mổ không (máu có sẵn không).

Hãy trao đổi với người mổ để cả 2 đều biết sẽ làm gì

Hai khả năng cuối cùng cần để ra đối với những bệnh nhân tiên lượng tồi. Đây là bệnh nhân tiên lượng tồi hay hấp hối. Phân biệt 2 trường hợp này nhiều khi không rõ ràng. Bệnh nhân hấp hối thì không cứu được nhưng vẫn xử trí cho đến khi rõ ràng là vô ích.

Bệnh nhân tiên lượng tồi thường là biểu hiện "cấp cứu", dù vậy có khi cũng bị bỏ qua cả ngày hay cả tuần, đó là do thiếu sót cả 2 phía: hệ thống y tế và người bệnh.

Chỉ có kinh nghiệm lâm sàng của bản thân, thu nhận được qua nhiều năm mới có thể xử trí đúng đắn những trường hợp này: cân nhắc sử dụng hữu ích nguồn lực hạn chế ở 1 phía để phục vụ tốt hơn cho bệnh nhân ở phía kia.

Cần tính toán:

Nguồn lực sẵn có cho cuộc mổ bao gồm máu truyền

Hỗ trợ sau mổ có sẵn sàng không

Sẽ ra sao khi không mổ được

Trong gây mê, cũng như trong tất cả các lĩnh vực khác của nội khoa và ngoại khoa, ít nhất cần có kiến thức và tay nghề để chọn đúng đắn kỹ thuật định thực hiện. Cuộc gây mê tốt nhất trong bất kỳ hoàn cảnh nào phụ thuộc vào sự đào tạo và kinh nghiệm của bác sĩ, hệ thống trang bị, các loại thuốc và bệnh sử.

Trong cấp cứu, tốt nhất là chọn kỹ thuật nào mà mình kinh nghiệm nhất, tin tưởng nhất.

Cần phải nhớ một số yếu tố khi chọn kỹ thuật gây mê:

- Đào tạo và kinh nghiệm của người gây mê và người mổ.
- Thuốc và trang bị có sẵn
- Tình trạng bệnh nhân

- Thời gian
- Cấp cứu hay mổ theo chương trình
- Dạ dày có đầy không
- Lựa chọn của người bệnh

Những yếu tố trên không phải là quan trọng như nhau nhưng cần phải lưu tâm nhất là khi lựa chọn kỹ thuật là không rõ ràng.

7. Gây mê trong cấp cứu

* Kỹ thuật gây mê

Bảng 13.5. Giúp chọn cách gây mê nào là thích hợp nhất cho cuộc mổ.

Loại phẫu thuật	Kỹ thuật gây mê
Đầu và cổ	
Bụng trên	
Ngực	
Tai Mũi Họng	Gây mê
Nội soi	
Chi trên	Gây mê NKQ
	Gây tê vùng
	Gây tê tĩnh mạch
Bụng dưới	Gây mê NKQ
Bẹn, tăng sinh môn	Gây tê tuỷ sống
Chi dưới	Gây mê NKQ
	Gây tê vùng

Đối với mổ nhỏ, dạ dày còn đầy thức ăn (khâu vết thương hay nắn bó gãy chi trên) gây tê vùng là lựa chọn khôn ngoan nhất.

Đối với mổ lớn thì gây mê và gây tê vùng.

Một sai lầm nguy hiểm cho rằng khởi mê thường là an toàn.

Khi đã chọn cách gây mê thì cần bàn với phẫu thuật viên để có thêm thông tin thích hợp thí dụ như cuộc mổ kéo dài hơn thời gian mà phương pháp gây tê đem lại. Mặt khác cần kiểm tra xem có đủ thuốc và phương tiện không.

Cần phải quyết định 1 trong những phương pháp sau:

Gây mê với thuốc tiêm TM hay thuốc bốc hơi.

Gây mê với thuốc tiêm bắp (Ketamin).

Gây tê tuỷ sống.

Gây tê vùng.

Gây tê tại chỗ.

Phối hợp giữa gây mê nông với gây tê vùng có lợi điểm là liều thuốc mê sẽ giảm và bệnh nhân chóng tỉnh, sau mổ vẫn còn giảm đau do tác dụng của gây tê.

*** Gây mê trong mổ phiên.**

Khi đã gây mê thì đặt nội khí quản là tốt nhất trừ khi có những lý do đặc biệt (bảng sau).

Đặt nội khí quản là kỹ thuật gây mê cơ bản cần phải làm 1 cách chắc chắn khi cần. Ở những bệnh viện nhỏ, phần lớn các cuộc mổ là cấp cứu, cuộc sống và phổi của bệnh nhân bị nguy hiểm nếu không được bảo vệ bằng cách này.

Cần nhớ các thuốc dẫn cơ là chống chỉ định đối với đặt nội khí quản nếu có bất thường ở hàm và cổ hoặc có lý do khác làm cho việc soi thanh quản và đặt nội khí quản có thể khó khăn.

– Độ an toàn của gây mê và gây tê vùng

Mọi loại gây mê (tê) đều có những rủi ro nhất định. Điều này có thể giảm thiểu bằng đánh giá bệnh nhân, định chương trình chắc chắn và thực hiện khéo léo. Cần ghi nhớ các thuốc mê và thường xuyên xem lại những biến chứng và tỷ lệ sự cố xảy ra.

Bảng 13.6. Một số những biến chứng được liệt kê dưới đây.

Gây mê	Gây tê vùng
Tắc đường thở	Độc tính của thuốc
Trào ngược	Tiêm nhầm vào mạch máu
Dị ứng, quá mẫn	Dị ứng
Hạ huyết áp (cả do tư thế)	Lan rộng trong gây tê tuỷ sống
Loạn nhịp	Giảm co bóp tim
Chấn thương mồm, hầu, răng, họng	Lan rộng nhiễm trùng
Suy hô hấp	Ức chế hệ thần kinh trung ương – co giật
Thiếu oxy sau mổ	
Tăng áp nội sọ	
Ngộ độc gan và thận	

*** Lựa chọn kỹ thuật gây mê trong cấp cứu**

- Gây mê hay gây tê vùng.

Gây mê hay gây tê vùng cả 2 đều có vị trí trong cấp cứu

Những yếu tố thuận lợi cho gây mê là:

Khi có giám thể tích tuần hoàn

Không chắc chắn về chẩn đoán và thời gian mổ

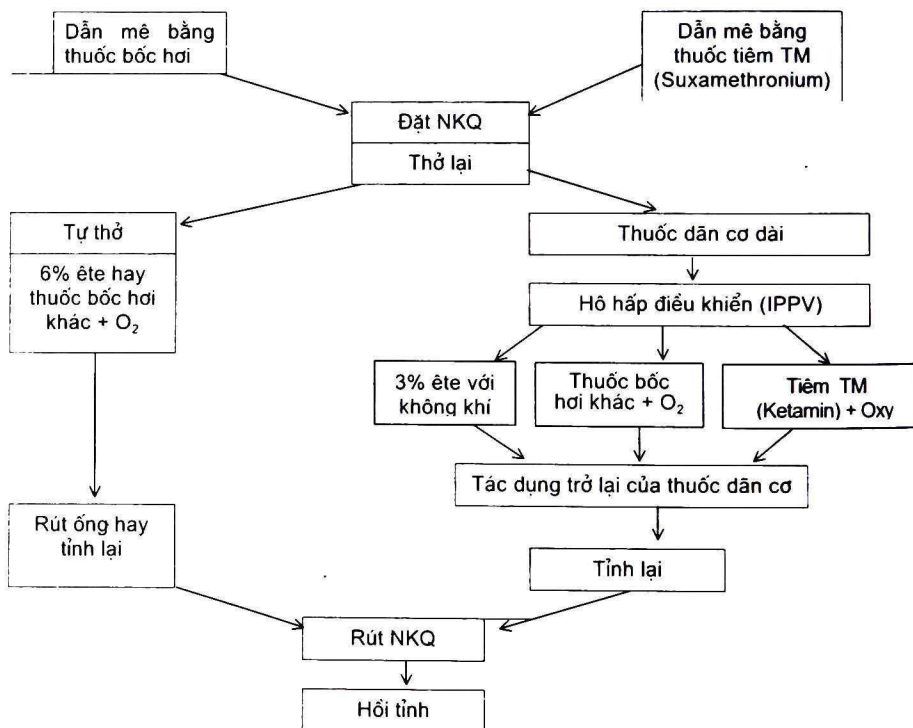
Không dự kiến các biến chứng

Thiếu thời gian

Bệnh nhân suy giảm hay lẫn lộn

Có những ngoại lệ. Khi mổ để cấp cứu, gây tê tuỷ sống tốt hơn miễn là sản phụ không bị choáng, nhiễm trùng hay mất nước. Thoát vị bẹn nghẹt hay xoắn tinh hoàn xảy ra ở người khoẻ mạnh thì gây tê tuỷ sống tốt.

Mặt khác, sa cuống rau khi chuyển dạ, choáng hay chảy máu nhiều thì cần gây mê.



Sơ đồ 13.1. Gây mê trong mổ phiên những cuộc mổ lớn

Ở một số ca, gây mê hay gây tê đều thích hợp: cắt cụt, cắt lọc vết thương, dẫn lưu ở áp xe.

Một vết đạn bắn vào chân khi không chắc chắn có những thương tổn gì tốt nhất là nên gây mê, một vài ngày sau cũng bệnh nhân đó trong tình trạng ổn định cần làm sạch vết thương thì gây tê tuỷ sống.

– Dạ dày đầy thức ăn và nguy cơ trào ngược

Nguyên tắc chung là bệnh nhân vào phòng mổ phải nhịn (thức ăn đặc là 6 giờ, nước là 2 giờ). Cần phải nghĩ rằng những bệnh nhân chấn thương và nặng thì dạ dày vẫn còn thức ăn cả những người đã dùng thuốc phiện như Pethidin và những sản phụ có mang.

Bất kể phương pháp gây mê (tê) nào đều có thể có phản ứng không mong muốn dẫn đến hôn mê, trào ngược từ dạ dày. Cần phải xét đoán từng trường hợp, cân nhắc rủi ro giữa trào ngược vào đường hô hấp với rủi ro vì gây mê hay gây tê tuỷ sống. Tình trạng toàn thân của người bệnh quyết định rủi ro trào ngược hơn là sự lựa chọn kỹ thuật. Nếu hoãn một cuộc mổ vì bệnh nhân không nhịn ăn thì lại có rủi ro là bệnh nhân không được chăm sóc.

– Những trường hợp rủi ro cao.

Trường hợp điển hình không bảo đảm về phương pháp gây mê nào sẽ sử dụng khi toàn thân nặng là những bệnh nhân có bệnh mãn tính không được điều trị.

Phẫu thuật sẽ giúp cho việc làm sạch, cắt lọc các mô hoại tử, dẫn lưu các ổ mủ với hy vọng sẽ liền sẹo, bệnh sẽ thuyên giảm và dần dần ra viện được. Một số lớn những bệnh nhân như thế thường thấy hàng ngày ở trong phòng mổ ở bất cứ nước nào có tỷ lệ HIV cao.

Nhiễm trùng sản khoa có tỷ lệ cao và là nguyên nhân tử vong chính ở một số nước. Thường bệnh nhân bị nhiễm trùng tới 10 ngày sau sẩy thai nhiễm trùng, chưa ngoài dạ con, dễ thường hay mổ đẻ. Đôi khi ở những nhiễm trùng nặng, không có sự thống nhất trong nhóm y tế.

Ngập cá là loại thở yếu, thở giạt khi hít vào làm cho đầu bệnh nhân chuyển động ở những ca nửa hôn mê. Tiên lượng rất tồi. Lường trước kết quả giữa có và không mổ là một điều rất khó trong thực hành.

Ketamin là thuốc được lựa chọn 1 - 2mg/kg, tùy theo tình trạng người bệnh.

Bao giờ cũng phải có oxy vì thiếu oxy sau tiêm ketamin luôn luôn xảy ra.

Nếu mổ bụng thì phải đặt nội khí quản. Mổ bụng nhỏ và dẫn lưu có thể trở thành 1 mổ bụng lớn và rửa bụng ở trong phòng sản sóc tăng cường. Dùng thuốc hỗ trợ co bóp cơ tim thường được áp dụng sau mổ.

Thì mổ nặng nề là thì bắt đầu mổ bụng, phá bỏ các vách ngăn trong bụng. Nhiễm nội độc tố là tối đa trong thì này và có thể đột tử do không tâm thu.

Cần phải có sẵn adrenalin ketamin là an toàn nhất cho sản phụ cần nạo tử cung vì dễ chảy máu và nhiễm trùng.

*** Gây mê đặc biệt**

- Gây mê do mỗi một người làm

Rất nhiều bệnh viện ở các nước đang phát triển chỉ có mỗi một người làm gây mê, dù như vậy cũng phải huấn luyện và đào tạo 1 người khác giúp mình hay thỉnh thoảng thay mình.

Có một số việc nhất định cần người giúp:

Ấn vào sụn nhẫn

Giữ những bệnh nhân dây dựa khi dẫn mê.

Mang một số phương tiện cần thiết nhất là trong cấp cứu

Giúp khi hút.

Điều quan trọng là chọn người phụ giúp (không phải là người thay thế), người mà hiểu những bất trắc của gây mê, nhất là hiểu biết ý nghĩa nhanh chóng khi sự cố.

Không bao giờ bắt đầu gây mê khi chỉ có 1 mình trong phòng mổ.

- Dạ dày đầy thức ăn: ấn sụn nhẫn

Dạ dày đầy thức ăn là hoàn cảnh nguy hiểm nhất khi gây mê: nếu có trào ngược thì hy vọng sống là mong manh. Có lẽ đây là nguyên nhân tử vong thường thấy nhất trong phòng mổ ở những nước đang phát triển.

Ép vào sụn nhẫn (với áp lực 30 Newton = 3kg) nhằm phòng ngừa trào ngược thụ động nhưng không ngăn được nôn chủ động. Nôn có thể là do bệnh nhân tỉnh lại và có phản xạ bảo vệ, ấn sụn nhẫn do đó không thích hợp.

Có 2 trường hợp áp dụng ấn sụn nhẫn:

Gây mê ở tất cả những ca cấp cứu

Mổ để bằng gây mê.

Những tình huống thêm vào làm cho trào ngược dễ xảy ra: mổ đẻ sau khi chuyển dạ lâu kết hợp với vỡ tử cung, choáng mất máu hay nhiễm trùng, đặc biệt là lại dùng các thuốc lá dân gian.

Tắc ruột

Bệnh nhân có nấc.

Ho, căng thẳng hay cử động nhiều khi đang đặt nội khí quản nhất là khi khởi mê bằng thuốc bốc hơi mà không có dẫn cơ.

Dạ dày đầy hơi khi thở qua chụp mặt do giữ chụp không đúng kỹ thuật.

Những bệnh nhân suy yếu có bệnh đường ruột mạn tính.

Nếu nghi ngờ có rủi ro trào ngược, ép sụn nhĩ: nó chẳng mất gì mà lại có thể cứu sống bệnh nhân.

- Thông khí tự nhiên với thông khí điều khiển (IPPV).

Trừ trong phẫu thuật thần kinh, không có bằng chứng là bất kỳ cuộc mổ nào có kết quả tốt hơn khi thông khí điều khiển được áp dụng so với thông khí tự nhiên. Mổ ngực dương nhiên phải thông khí điều khiển vì hô hấp đã bị rối loạn do áp lực âm tính khoang màng phổi đã bị phá vỡ.

Những bệnh nhân choáng có thể có giảm đáng kể lưu lượng tim nếu thông khí áp lực dương cách quãng (IPPV) do áp lực dương cản trở máu tĩnh mạch trở lại về tim.

IPPV quá mức, bằng tay hay bằng máy, có thể là sự cố tận cùng của những bệnh nhân thiếu khối lượng tuần hoàn.

Để tự thở có tác dụng an toàn thêm vì cho phép theo dõi tưới máu não: thở sẽ ngừng nếu não không được tưới máu với một áp lực thích hợp, mặt khác quá liều thuốc mê bốc hơi không thể xảy ra ở bệnh nhân tự thở.

Ở nơi mà phương tiện gây mê hạn chế, máy thở thường không có bộ phận báo động về tuột đường ống và người gây mê được đào tạo và có kinh nghiệm lại không có. Phẫu thuật cấp cứu dưới gây mê trong những điều kiện này thì để bệnh nhân tự thở là an toàn hơn.

- Thông khí trong chấn thương ngực và đầu.

Bệnh nhân có chấn thương ngực phổi hợp với chấn thương khác cần phải đặt nội khí quản để mổ bụng (như vỡ lách) hay mổ sọ (như máu tụ ngoài màng cứng) IPPV không cần thiết để xử trí ban đầu của chấn thương ngực trừ khi có những chỉ định đặc biệt thí dụ trong khi hồi sức hô hấp - tuần hoàn hay nếu thiếu oxy, suy thở hoặc suy giảm khác xảy ra.

Gãy xương sườn chọc vào phổi có thể gây tràn khí màng phổi - Nếu khí lại xì vào màng phổi trong khi thông khí thì tràn khí sẽ thành dưới áp lực. Cần phải đặt dẫn lưu.

Dập phổi thường những ngày sau sẽ tồi, do đó trong ngày đầu người bệnh có thể ngồi và thở dễ dàng với 1 chụp mặt nạ có oxy nhưng rồi xấu đi và phải thông khí điều khiển.

Bệnh nhân chấn thương sọ não thở IPPV có thể có lợi trong giai đoạn đầu, và nó giúp để tránh sự phối hợp nguy hiểm chết người giữa thiếu oxy, tắc đường thở, ưu thán, 1 nguyên nhân chính gây tử vong trong giai đoạn ngay sau chấn thương.

Tuy nhiên, thông khí điều khiển không chứng tỏ được sự cải thiện vì kết quả của bệnh nhân chấn thương sọ não.

– **Ống nội khí quản so với chụp thanh quản.**

Chụp thanh quản (laryngeal mask airway: LMA) là dụng cụ thông thường ở nhiều nước. Nó đã chứng tỏ là rất phổ biến và ít kích thích hơn nhiều so với ống nội khí quản. Không được dùng thay ống nội khí quản trong: mổ đẻ có gây mê, mổ bụng, trong bất cứ cuộc mổ nào có nguy cơ trào ngược (tất cả các cấp cứu).

Đặt chụp thanh quản khi gây mê sâu bằng Halothan hoặc ở những bệnh nhân liệt hay sau khi tiến mê đường tĩnh mạch với Propofol. Không cố đặt LMA sau tiêm thiopenton vì bệnh nhân nôn.

Cách đặt:

1. Đặt đầu ngửa ra sau, mồm mở, đưa chụp (chưa bơm căng) bôi trơn qua lưỡi đến tận màn hầu, chạm vào cơ thất thực quản trên và tiểu thiệt - Điểm cuối rất rõ ràng. Không được đẩy lưỡi ra trước điểm này.

2. Bơm căng chụp. Đặt chụp thanh quản đúng là khi bơm chụp sẽ lùi lại 5mm so với lúc đầu.

3. Nối với máy mê và kiểm tra hô hấp

Chụp thanh quản dùng có kết quả khi không đặt được nội khí quản.

Chụp thanh quản có vai trò quan trọng vì nó là một dụng cụ cấp cứu để xử trí đường thở, một thứ chủ yếu trong trang bị ở phòng mổ của bất cứ nước nào trên thế giới.

– Hoà trộn các thuốc

Khi khởi mê cấp cứu, có thể tiện lợi khi hoà trộn các thuốc trong 1 bơm tiêm để bơm cho đơn giản, nhanh chóng và tăng an toàn cho bệnh nhân. Ketamin và Suxamethonium hoà trộn tốt, không có tác dụng với nhau. 1 lần tiêm vừa ngủ vừa dẫn cơ do đó có thể tập trung sang đường thở. Điều này đặc biệt có giá trị khi chất lượng bơm tiêm và kim tồi, làm bằng thuỷ tinh và tiết trùng lại. Song không nên trộn nhiều thuốc nhất là giữa thiopenton và Suxamethonium. Diazepam không hoà trộn tốt với các thuốc khác.

– Hút

Hút tốt là điều tối quan trọng trong gây mê và hồi sức, trong mọi loại phẫu thuật và săn sóc tăng cường. Là một dụng cụ hồi sức, hút đứng hàng thứ 2 chỉ sau Ambu và chụp. Khi cần hút, phải có ngay ở tay bất cứ lúc nào:

Hút phải sẵn sàng và bật lên trong bất kỳ trường hợp nào khi dạ dày đầy thức ăn hay cần quan sát đường thở như khi tìm dị vật hoặc đang tắc.

Hút có thể bật lên và tắt đi cho những thủ thuật chọn lọc.

Áp lực hút rất quan trọng. Đừng cho rằng hút đang làm việc khi giờ ống hút gần tai để nghe rồi lại dút dưới gối hay đệm sẵn sàng dùng. Đảm bảo chắc chắn ống hút không bị gấp góc và máy hút đã được bảo vệ bằng bình dự trữ và lọc.

Máy hút đập chân có thể là phương tiện cứu sống ở một trung tâm y tế khi không có điện.

Hút sẽ kích thích phản xạ nôn. Hút nhiều quá làm thương tổn niêm mạc và chảy máu. Nguyên tắc chung khi hút là:

Không hút khi đang đưa ống hút vào, nhất là không nhìn được đầu ống.

Chỉ hút chừng nào cần nghĩa là khi nghe và nhìn thấy

Hút trên đường rút ra.

Khi chuẩn bị rút ống NKQ:

Bao giờ cũng hút 2 phía của ống.

Đầu ống hút ở hầu, làm xẹp bóng

Khi rút thì đưa ống hút vào trong.

Rút NKQ trước rồi sau đó mới rút ống hút

Dùng ống hút cứng trong cấp cứu.

Hút ở khí quản hay phế quản phải dùng ống mềm có lỗ bên nhỏ. Đặc biệt cẩn thận khi hút ở khí quản: ống hút phải tiết trùng, không được dùng ống đã hút ở hầu.

Ở trẻ con không dùng ống hút khít với ống NKQ. Nếu không áp lực hút âm tính sẽ gây rúm phổi lại.

Hút khí quản nhiều lần trong phòng săn sóc tăng cường có thể gây nhịp chậm thậm chí ngừng tim, do đó cần theo dõi điện tim trên màn hình.

*** Lấy dị vật**

Lấy dị vật là một việc thông thường của người gây mê ở các nước đang phát triển. Ở bệnh viện tuyến huyện, điều quan trọng là người gây mê phải có khả năng lấy dị vật ở mồm, đường thở, hầu có hay không có gây mê, dùng kẹp Magill. Trẻ con thường hay dấu đồng xu ở trong mồm rồi rơi xuống hầu.

Nếu săn chụp X quang. Sau khi khởi mê bằng Halothan dùng đèn lưỡi dài di ra sau thanh quản. Trong khi soi thường cháu nhin thở nên cần có máy theo dõi bão hoà oxy. Dị vật nằm trong thực quản thì không tới được nên phải đặt nội khí quản và soi thực quản.

Một loại khác có khi hít phải và nằm ở đường thở trên như: hạt, xương cá, xương gà, lạc, mẫu nhựa, nút chai, hạt vải. Đối với đường thở, có 3 hoàn cảnh:

Tắc hoàn toàn đường thở.

Tắc 1 phần đường thở với dị vật mắc ở thanh quản

Hít phải 1 dị vật nhỏ rơi vào phế quản hay khí quản.

Hoàn cảnh đầu tiên rất ít khi gặp ở bệnh viện, nếu được chứng kiến có 2 việc phải làm.

Nghiệm pháp Heimlich. Đứng phía sau bệnh nhân, 2 tay ôm lấy nửa trên bụng, ấn mạnh và đột ngột vào vùng thượng vị tạo 1 áp lực tăng cao trong ngực để đẩy dị vật bật ra.

Nếu thất bại, chọc màng giáp nhân với dao nhọn, hút ống nhựa vào khí quản.

Dị vật vùng thanh quản thường là 1 mảnh xương hay 1 vật dẹt, nham nhỏ, dễ lấy sau khi khởi mê bằng Halothan, thở oxy và dùng kẹp Magill lấy. Dị vật có thể gây kích thích, co thắt thanh quản. Khởi mê bằng thuốc bốc hơi có thể làm giảm co thắt, nếu hô hấp hỗ trợ dễ dàng thì tiêm Suxamethonium và IPPV. Về lý thuyết như vậy có thể đẩy dị vật xuống sâu hơn nhưng trên thực tế thì rất hiếm khi xảy ra. Chỉ nói là công việc hoàn thành khi thấy là đã lấy được hết dị vật và bệnh nhân thở êm.

Không may là trẻ con thường hít phải hạt cây hay hạt lạc, hạt này xuống tịt tận phế quản. Cần phải chuyển đi tuyến chuyên khoa.

8. Những bệnh cảnh quan trọng đối với người gây mê

*** Thiếu máu**

Thiếu máu nặng sẽ ảnh hưởng đến hệ thống vận chuyển oxy của cơ thể do giảm khối lượng oxy mà máu có thể vận chuyển như là oxyhemoglobin. Như thế có nghĩa để cung cấp cho các mô đủ lượng oxy thì tim sẽ phải bóp máu đi nhiều hơn, dẫn đến nhịp tim nhanh, đôi khi thấy suy tim ở những bệnh nhân thiếu máu nặng.

Nếu ở những bệnh nhân thiếu máu nặng mà cần phải mổ, có thể có mất máu và phải gây mê (ảnh hưởng tới khả năng vận chuyển oxy) thì cần phải thực hiện mọi cách để chữa thiếu máu trước mổ. Nếu thời gian có hạn, có thể chỉ truyền máu sau khi cân nhắc tới những lợi ích và rủi ro có thể có.

Không có mức độ thấp tuyệt đối nào của Hemoglobin mà người bệnh lại “không phù hợp cho gây mê”

Quyết định gây mê 1 bệnh nhân phụ thuộc vào hoàn cảnh và độ cấp cứu của phẫu thuật. Tất nhiên, lý tưởng là tất cả bệnh nhân phải có mức Hemoglobin “bình thường” ở vùng mà họ sống. Song, 1 phụ nữ với chửa ngoài dạ con vỡ thì không thể gửi đi với vài viên sắt, hay thậm chí là chờ truyền máu trước mổ. Như là 1 hướng dẫn cơ bản, phần lớn các bác sĩ gây mê đều không muốn gây mê cho bệnh nhân có mức Hemoglobin dưới 8g/l nếu như bệnh nhân đó cần mổ cấp cứu, đặc biệt lại có thể mất máu nặng trong mổ.

Cần nhớ rằng, thiếu máu không phải là 1 chẩn đoán đầy đủ mà có thể chứng tỏ bệnh nhân đó có 1 bệnh khác cần phải được phát hiện. Những khả năng mắc bệnh đó như bệnh hồng cầu hình bia, chảy máu dạ dày – tá tràng mạn tính do loét hay do đun mót. Những nguyên nhân trên còn lâu mới cần phải điều trị so với việc cần thiết phải mổ. Do đó điều quan trọng là điều tra kỹ càng những bệnh nhân thiếu máu, đừng coi thiếu máu như là 1 “phiên phức” cho người gây mê hay là coi đó như là chỉ do nhiễm kí sinh trùng.

Mổ cấp cứu

Bệnh nhân thiếu máu thì khả năng vận chuyển oxy thấp hơn bình thường. Đừng dùng những thuốc hay kỹ thuật nào làm tụt đi lưu lượng tim (như gây mê sâu với Halothan) hoặc là để bệnh nhân thở kém. Ete và ketamin đều không làm giảm lưu lượng tim và hô hấp.

Cần phải bổ sung oxy cho những người thiếu máu mất máu phải thay bằng máu nếu không mức hemoglobin sẽ tụt hơn. Đảm bảo trong và sau mổ bệnh nhân không bị thiếu oxy.

* Huyết áp cao

– Mổ theo chương trình

Gây mê và phẫu thuật theo chương trình được coi là chống chỉ định khi bệnh nhân có huyết áp cao và áp lực tâm thu quá 180mmHg (24.0 kPa) áp lực tâm trương quá 110mmHg (14.7 kPa). Mức độ huyết áp cao đó sẽ có phối hợp với những dấu hiệu lâm sàng của phì đại thất trái trên X quang và điện tim, vòng mạc và có thể cả suy thận.

Những bệnh nhân huyết áp cao khi được điều chỉnh hợp lý thì sẽ gây mê an toàn. Điều quan trọng là không được gián đoạn việc điều trị thường xuyên với các thuốc làm hạ huyết áp hay là huyết áp của bệnh nhân sẽ ra khỏi phạm vi kiểm soát. Sau khi đánh giá đầy đủ kể cả chụp X quang và ghi điện tim, xét nghiệm các điện giải (đặc biệt khi bệnh nhân dùng các thuốc lợi tiểu), bác sĩ gây mê cần thận trọng sử dụng các thuốc mê có sẵn, trừ với ketamin vì thuốc này làm tăng huyết áp. Nếu bệnh nhân dùng các thuốc chẹn beta, cần tiếp tục dùng, nhưng cần nhớ là bệnh nhân sẽ không thể bù trừ với mất máu bằng tim đập nhanh lên, do đó phải chú ý đặc biệt.

Nếu 1 cuộc mổ theo chương trình có thể hoãn lại để điều trị cao huyết áp, bệnh nhân có thể có 4 - 6 tuần để ổn định huyết áp trước khi quay trở lại mổ. Điều không an toàn là bắt đầu dùng thuốc giảm huyết áp ngay trước hôm mổ.

– Mổ cấp cứu

Trong cấp cứu, cũng áp dụng những nguyên tắc tương tự cho điều trị 1 bệnh nhân huyết áp cao như đối với những người vừa mới bị nhồi máu cơ tim. Cần quan tâm đến kỹ thuật khởi mê và tránh tất cả những điều gây hạ huyết áp, sẽ dẫn đến tụt biến mạch máu não hoặc nhồi máu cơ tim. Những bệnh nhân huyết áp cao cao nghiêm trọng nếu cuộc mổ là không cấp cứu thì chuyển đi.

* Bệnh đường hô hấp

Lao là bệnh của nhiều cơ quan, đặt ra những vấn đề đối với người gây mê. Trước hết là gây mê 1 bệnh nhân với bệnh toàn thân nặng, có thể có vấn đề về dinh dưỡng, mất nước vì sốt cùng với ăn uống kém, chuyển hoá cao, đòi hỏi cung cấp nhiều oxy hơn bình thường.

Tại chỗ là phổi: đờm rãi, ho mãn tính và ho ra máu có thể dẫn đến xẹp 1 phân thùy hay 1 thùy phổi, hậu quả là thiếu thông khí và thiếu oxy. Ống nội khí quản nhanh chóng bị tắc đờm rãi nên phải thường xuyên hút. Ở những bệnh nhân yếu, không ho được, có thể phải đặt 1 ống nội khí quản qua mũi hay mở khí quản để hút đờm rãi.

Cần phải quan tâm đến lây nhiễm cho nhóm gây mê. Nếu gây mê cho bệnh nhân lao, dùng loại băng nhựa để vứt bỏ sau khi rút ống hoặc dùng ống bằng cao su để có thể hấp ẩm sau khi đã rửa sạch. Ván thở và đường ống phải tiệt trùng. Quả bóng thở cùng hấp ẩm, nhưng có thể làm hỏng. Cần nghĩ trước về các vấn đề trên trước khi gây mê, nếu không thì dùng Ketamin.

* Hen và viêm phế quản mạn tính

– Mổ phiến

Khi gây mê và mổ 1 bệnh nhân có hen, cần phải kiểm soát được hen và bệnh nhân không có nhiễm trùng tái diễn hoặc những cơn co thắt nghiêm trọng. Nếu bệnh nhân dùng thuốc thường xuyên thì không được ngừng thuốc. Đặc biệt để ý đến việc dùng các loại steroid toàn thân hay hít thở. Bất kỳ bệnh nhân nào đã vào viện để điều trị hen đều phải mời đến để đánh giá.

Bệnh nhân có viêm phế quản mạn tính thì có 1 mức độ nhất định của tắc đường hô hấp không hồi phục. Khi hồi bệnh sử, cần hỏi khả năng gắng sức, hút thuốc và đờm rãi. Phải dặn bệnh nhân bỏ thuốc hoàn toàn ít nhất 4 tuần trước mổ. Những test lâm sàng đơn giản về chức năng phổi có thể có giá trị.

Một người bình thường có thể thổi tắt 1 que diêm đang cháy cách 20cm không cần mồm môi và có thể đếm rõ giọng từ 1 đến 40 không cần nghỉ để lấy hơi. Tính chất cuộc mổ là quan trọng nhất. Chống chỉ định mổ ở phần trên bụng vì sẽ gây suy thở sau mổ. Những bệnh nhân này nên chuyển đi đến nơi khác có thể cho thở máy 1 - 2 ngày sau mổ khi cần thiết. Dẫn mê phối hợp với tiêm TM những liều nhỏ Diazepam có thể là phương pháp được lựa chọn tốt hơn là gây mê đơn thuần nếu gây mê, tiền mê thêm với thuốc kháng histamin như promethazin cùng với 100mg hydrocortison. Điều quan trọng là tránh soi thanh quản và đặt ống nội khí quản trong khi ngủ còn nông vì dẫn đến co thắt phế quản nặng. Ketamin rất thích hợp để tiêm TM dẫn mê vì là loại dẫn phế quản.

Với mổ ngắn: tránh đặt nội khí quản.

dùng oxy 30% hoặc hơn.

Ether và halothan là 2 loại thuốc dẫn phế quản nhưng Ether có ưu điểm là nếu có co thắt phế quản thì dùng adrenalin (0.5mg bắp) an toàn, nhưng với Halothan thì rất nguy hiểm vì nó làm cho tim nhạy cảm với tác dụng loạn nhịp của

cetecholamin. Aminophylin (tối 250mg TM chậm) có thể dùng thay cho adrenalin, nó phù hợp với bất kỳ loại thuốc bốc hơi nào.

Cuối cuộc mổ với gây mê nội khí quản, nếu bệnh nhân nằm nghiêng còn đang ngủ sâu và rút nội khí quản, kích thích vùng thanh quản lại có thể kích thích co thắt phế quản nặng.

– Mổ cấp cứu.

Mổ cấp cứu dùng kỹ thuật đặt nội khí quản với IPPV có oxy. Sau mổ cho oxy dưới 1 l/phút qua ống thông ở mũi. Cần thận với thuốc phiện vì có thể bệnh nhân có nhạy cảm bất thường gây suy giảm hô hấp.

*** Đái đường**

Khi 1 bệnh nhân đái đường cần phải mổ, điều quan trọng cần nhớ là bệnh nhân trong một thời gian dài không được quan tâm tới những biến chứng của bệnh mà chỉ được kiểm soát mức đường trong máu trong một thời gian ngắn. Cần phải đánh giá trước mổ đầy đủ đặc biệt lưu ý đến những dấu hiệu của mạch ngoại biên, mạch não và mạch vành. Tất cả những thương tổn đó là thường có ở người đái đường cũng như suy thận mạn tính.

Giảm đường máu là rủi ro chính trong mổ của những người đái đường. Cần theo dõi mức đường máu để điều trị.

– Mổ phiện.

Không khó trong xử trí. Trong giai đoạn ngắn về lý thuyết rủi ro chủ yếu là hạ đường máu không phát hiện trong khi gây mê. Phần lớn các thuốc mê, cả Ether, halothan, ketamin đều gây tăng ít và không hạ mức đông máu, do đó sử dụng an toàn. Thiopental và NO gây ít ảnh hưởng đến mức đường. Không thuốc mê nào gây giảm mức đường.

Cần phân loại bệnh nhân ra 2 nhóm: typ I là những bệnh nhân phụ thuộc Insulin và typ II là những bệnh nhân không phụ thuộc Insulin (dùng chế độ ăn và thuốc uống để điều trị).

– Đái đường phụ thuộc insulin (typ I)

Phải đảm bảo đã được kiểm tra tốt mức đường máu:

Buổi sáng hôm mổ, không cho bệnh nhân ăn và insulin, như thế chắc chắn là mức đường hơi cao, nó sẽ có xu hướng tăng chậm.

Đo mức đường ngay trước khi gây mê: nó sẽ khoảng 7 - 12 mmol/l nhưng nếu cao hơn 12mmol/l thì:

Tiêm 2 - 4 đơn vị quốc tế Insulin TM.

Đo lại mức đường sau 1 giờ

Cho lại liều insulin nếu cần.

Nếu không đo được insulin thường xuyên thì:

Pha 10 đơn vị quốc tế insulin vào 500ml 10% glucose cùng với 1g Potassium chlorid (13mmol)

Truyền TM 100ml/giờ

Tiếp tục như vậy cho đến khi bệnh nhân có thể ăn được rồi chuyển sang chế độ điều trị bình thường.

Cách điều trị này đơn giản và duy trì mức đường máu trong khoảng 5 - 14mmol/l. Song cần theo dõi mức đường máu thường xuyên và thay chế độ thuốc khi cần. Cần nhớ: nếu dùng lọ dịch truyền bằng thủy tinh thì liều insulin phải tăng 30% vì thủy tinh hút mất insulin.

Nếu có nhiều bệnh nhân mổ phiên trong ngày, những bệnh nhân đái đường sẽ mổ đầu vì sẽ dễ dàng kiểm tra mức đường trong máu hơn.

– Đái đường không phụ thuộc insulin (týp II)

Nếu bệnh nhân chỉ cần ăn kiêng thì áp dụng cách gây mê kinh điển không cải biên tùy theo tình trạng bệnh nhân và cuộc mổ.

Những bệnh nhân này không dùng thuốc uống buổi sáng hôm mổ vì một số thuốc (nhất là Chlorpropamid) có tác dụng dài, có rủi ro giảm đường máu, do đó phải định lượng đường máu vài giờ 1 lần cho đến khi ăn được.

Nếu có khó khăn, nhịn ăn tạm thời để kiểm tra, dùng insulin hoà với glucose như trên để truyền.

Mổ cấp cứu

Bệnh nhân đái đường phải mổ cấp cứu thì hơi khác. Nếu đái đường không kiểm tra, có nguy hiểm cho cả đái đường lẫn phẫu thuật.

Bệnh nhân có thể có:

Giảm nghiêm trọng khối lượng

Toan hoá

Tăng đường máu

Giảm nặng K

Tăng tính thấm thấu

Dãn dạ dày cấp tính

Trong hoàn cảnh này, hồi sức nội khoa là ưu tiên so với ngoại khoa, vì bất kể loại gây mê định làm trước khi điều chỉnh những rối loạn chuyển hoá đều nhanh chóng dẫn đến tử vong.

Hồi sức đòi hỏi 1 khối lượng lớn huyết thanh mặn cùng với K (cần kiểm tra cẩn thận). Không có lí do gì để tiêm liều hơn 4 đơn vị quốc tế insulin trong 1 giờ, duy trì mức insulin bằng tiêm bắp hàng giờ hoặc bằng truyền TM liên tục. Bệnh nhân cần đặt ống thông dạ dày và bàng quang

Nếu cần mổ cấp cứu, dẫn mê một khi đã hồi phục hoàn toàn thể tích tuần hoàn. Trước khi gây mê, cần điều chỉnh mức K và acid máu và cả những loại loạn

nhịp nguy hiểm. Mức đường máu ít quan trọng hơn nhiều, tốt hơn là cứ để cao hơn bình thường.

*** Béo phì.**

Bệnh nhân béo phì (cũng có thể kèm đái đường) đối mặt với nhiều vấn đề khi gây mê. Béo phì thường kèm huyết áp cao, tuy nhiên với cánh tay dầy mỡ khó mà lấy huyết áp và tưởng là cao nhưng thực tế thì không. Vì khối lượng cơ thể quá khổ, lưu lượng tim cao hơn người bình thường, khi vận động cũng cần nhiều công hơn làm cho tim chịu nhiều áp lực. Phối hợp giữa hút thuốc, béo phì và huyết áp cao thường là chết dù có hay không gây mê.

Vì khối mỡ ở bụng, thở bằng cơ hoành bị hạn chế và lồng ngực có thể cũng cứng lại vì nhiễm mỡ. Hô hấp lại càng trở nên không hiệu quả vì bệnh nhân nằm, do đó IPPV khi gây mê cần được áp dụng nếu có thể cho nhiều oxy.

Những vấn đề ngoài kỹ thuật cũng gặp ở người béo phì. Mỡ ở cổ làm cho kiểm soát đường thở và đặt nội khí quản khó khăn, mỡ dưới da gây khó khăn khi tìm tĩnh mạch, không nên tính liều thuốc dựa trên cân nặng vì sẽ quá liều. Đối với phần lớn thuốc tiêm tĩnh mạch, 1 người 120kg cần có khoảng 130% so với người bình thường nặng 60 - 70kg. Đối với gây mê ở người béo phì, cần áp dụng gây mê nội khí quản với IPPV, dẫn cơ.

*** Để phòng lây nhiễm đường máu khi gây mê và mổ**

Vì rủi ro nhiễm trùng, chỉ truyền máu khi cần và khi có ích lợi vượt trội các rủi ro. Quyết định truyền máu cần dựa vào cả tình trạng bệnh nhân lẫn mức độ sẵn sàng cũng như độ an toàn của cung cấp máu. Nếu cung cấp máu là khó khăn và không an toàn, có thể dùng máu của chính bệnh nhân đã cho trước đó nếu mổ phiên hoặc dùng máu truyền lại trong cấp cứu (máu từ ổ bụng).

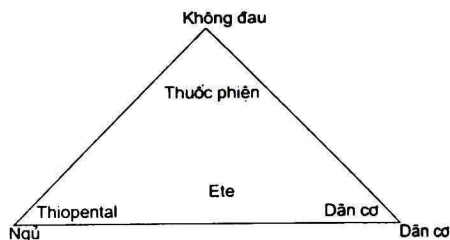
Giảm thiểu các rủi ro khi truyền máu:

- Không bao giờ để bơm tiêm có cắm kim đã dùng cho bệnh nhân
- Đối với truyền tĩnh mạch, dùng ống thông nhựa có chạc ba để không phải chọc kim.
- Đối với những chỗ rây máu, đảm bảo đã được xử lý.
- Đi găng cho mọi thủ thuật khi máu hay dịch cơ thể khác rây ra.
- Nơi nào có thể bị rây máu, hãy đeo yếm, mang găng và đeo kính bảo vệ.

GÂY MÊ THỰC HÀNH

1. Gây mê

Có nhiều loại thuốc khác nhau để gây mê. Mục đích nhằm có được dẫn mê dễ chịu và bệnh nhân không biết, sử dụng kỹ thuật an toàn và đưa lại những điều kiện tốt cho cuộc mổ. Thật không may là thuốc mê lý tưởng với tất cả những tính chất mong muốn lại không có. Vì thế trong thực hành phải phối hợp các thuốc, mỗi thuốc cho một tác dụng trong gây mê. Có thể biểu hiện bằng sơ đồ hình tam giác với các góc là ngủ (không có tri giác) dẫn cơ và không đau (không có phản ứng với kích thích đau).



Một số thuốc, thí dụ thiopental gây ngủ nhưng không gây dẫn cơ hoặc giảm đau, chỉ dùng để tiền mê. Ngược lại, ete gây vừa ngủ vừa giảm đau và dẫn cơ nhưng vì mùi cay hăng và độ hoà tan cao trong máu nên nó có nhược điểm và chậm (dù an toàn) khi tiền mê.

Thuốc dẫn các cơ chỉ gây dẫn cơ do đó tạo dẫn cơ tốt cho cuộc mổ khi gây mê nông, bệnh nhân chóng tỉnh sau khi ngừng gây mê.

Các loại thuốc phiện như Morphin và pethidin gây giảm đau nhưng ít thay đổi trương lực cơ và mức độ ngủ. Chọn lựa phối hợp các thuốc cho thích hợp nhất đối với bất cứ bệnh nhân hay loại phẫu thuật nào đòi hỏi phải suy nghĩ cẩn thận và có kế hoạch.

Cần phải có kế hoạch rõ ràng trước khi gây mê.

Không bao giờ áp dụng một kỹ thuật không quen biết trong mổ cấp cứu.

Bao giờ cũng kiểm tra thiết bị

Đảm bảo chắc chắn là có người phụ trước khi bắt đầu gây mê.

* Chuẩn bị gây mê

Cần bảo đảm chắc chắn có sẵn người hỗ trợ được đào tạo và có kinh nghiệm bên cạnh để giúp khi khởi mê. Không khởi mê khi chỉ có một mình với bệnh nhân.

Trước khi bắt đầu, kiểm tra có đúng bệnh nhân với đúng loại phẫu thuật và đúng bên mổ không. Trách nhiệm của việc kiểm tra này là của cả người gây mê lẫn người mổ, người mổ phải đánh dấu bên mổ bằng loại bút không xóa được trước khi đưa bệnh nhân vào phòng mổ.

Kiểm tra xem bệnh nhân đã được chuẩn bị đúng trước mổ và trong dạ dày không có thức ăn, nước theo thời gian quy định. Bình thường là thức ăn đặc phải nhịn trước 6 giờ, nhưng sữa thì có thể cho trẻ em ăn trước 3 giờ. Nếu chức năng dạ dày bình thường thì dịch lỏng có thể uống trước 2 giờ vẫn an toàn.

Đo mạch, huyết áp, cố gắng làm cho bệnh nhân thoải mái và thư giãn.

Khởi mê là giai đoạn nguy hiểm: trước khi làm phải kiểm tra lại.

Khi bắt đầu gây mê, xem lại toàn bộ quá trình nằm viện của bệnh nhân từ khi vào cho đến lúc đó sau đó xem lại công việc của mình có đúng không, kiểm tra lại trang thiết bị cũng là vấn đề sống còn. Tính mạng người bệnh có thể phụ thuộc vào đó.

Đảm bảo là:

- Tất cả các máy móc định dùng hay có thể dùng đã sẵn sàng và chạy được.
- Nếu dùng khí nén, có đủ khí và bình oxy dự trữ.
- Bộ phận bốc hơi thuốc mê đã được nối.
- Hệ thống đường thở dẫn khí đến bệnh nhân được đảm bảo và lắp đúng.
- Hệ thống thở đã được làm sạch.
- Các máy hồi sức đã có và chạy.
- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản, máy hút đã sẵn sàng và được tiệt trùng.
- Kim và bơm tiêm đã tiệt trùng, không bao giờ dùng cùng 1 kim và bơm tiêm cho người thứ 2.
- Thuốc định dùng đã được lấy ra bơm tiêm có dán nhãn.
- Những thuốc nào định dùng đều có ở trong phòng mổ.

Bao giờ cũng bắt đầu gây mê khi bệnh nhân đang nằm hay trên xe lăn nhưng có thể nhanh chóng chuyển sang tư thế đầu thấp trong trường hợp tụt huyết áp hay nôn đột ngột.

Trước khi khởi mê, luôn luôn đảm bảo đã đặt kim nhựa trong tĩnh mạch trừ khi không thể đặt được.

Lựa chọn kỹ thuật khởi mê giữa:

Tiêm TM thuốc ngủ, ketamin hay propofol.

Tiêm bắp ketamin

Dùng thuốc bốc hơi

*** Khởi mê đường tĩnh mạch.**

Khởi mê đường tĩnh mạch thì bệnh nhân hải lòng và người gây mê dễ làm. Trong nhiều trường hợp đây là phương pháp được lựa chọn, nhưng cần thận trọng vì dễ gây quá liều và làm cho bệnh nhân ngừng thở. Nếu ngừng thở, bệnh nhân có thể chết trừ khi có thể dễ dàng thông khí với chụp mặt và ống nội khí quản.

Quy tắc đầu tiên của khởi mê bằng tĩnh mạch là không bao giờ được dùng ở những bệnh nhân có đường thở khó có thể xử trí. Đối với những bệnh nhân đó, khởi mê đường thở vẫn là an toàn hơn, tốt hơn là đặt nội khí quản trong khi bệnh nhân tỉnh. Khởi mê đường tĩnh mạch cũng sẽ đột nhiên bộc lộ mất nước, thiếu khối lượng tuần hoàn hay tụt huyết áp. Những hoàn cảnh này cần phải được điều chỉnh trước mổ nếu không sẽ xảy ra nguy hiểm huyết áp tụt khi tiêm thuốc.

- Thiopental

Thiopental được đóng trong ống có bột màu vàng, phải hoà tan với nước cất hay huyết thanh trước khi dùng, thành dung dịch 2,5% (25mg/ml). Độ đậm đặc hơn thì nguy hiểm đặc biệt nếu tiêm ra ngoài tĩnh mạch, nên không dùng.

Thông thường dùng liều gây ngủ bằng cách tiêm chậm cho đến khi bệnh nhân mê và mất phản xạ mi mắt. Liều gây ngủ trung bình ở người lớn khoẻ mạnh là 5mg/kg cân nặng, nhưng ít hơn (2mg/kg) ở những bệnh nhân yếu. Quá liều Thiopental sẽ gây tụt huyết áp, ngừng thở.

Tiêm thiopental thường gần như không đau, nếu bệnh nhân kêu đau, ngừng tiêm ngay vì có thể kim đã ra ngoài tĩnh mạch hoặc có khi đã tiêm vào động mạch. Tránh tiêm ở vùng khuỷu vì ở đó dễ tiêm vào động mạch cánh tay.

Thiopental tích trữ trong cơ thể và chuyển hoá chậm vì thế không nên dùng để duy trì mê.

- Propofol.

Propofol mới đưa vào sử dụng, có thể dùng để khởi mê. Nó là một nhũ tương màu trắng, như thiopental, gây ngủ. Tác dụng gây suy thở và hạ huyết áp mạnh hơn thiopental đặc biệt khi tiêm nhanh và sau khi tiêm thường có ngừng thở đòi hỏi phải bóp bóng. Khi tiêm thường đau trừ với liều nhỏ lidocain (20mg lidocain hoà với 200mg propofol) hoà lẫn.

Bảng 14.1. Thuốc dùng trong gây mê

Thuốc	Liều trung bình	Đường dùng	Để phòng đặc biệt, tác dụng phụ
- Thuốc khởi mê			
Thiopental	4-5mg/kg	TM	Giảm hô hấp tuần hoàn, mất đường thở
Propofol	1.5 - 1.5mg/kg	TM	Giảm hô hấp tuần hoàn, ngừng thở mất đường thở
Ketamin	1-3mg/kg	TM	Huyết áp tăng, loạn nhịp, tiền sản giật, và chấn thương sọ não.
	6-8mg/kg	Bắp	

- <i>Thuốc mê bốc hơi</i>			
Halothan	1-2%	Thở	Giảm huyết áp, loạn nhịp
Ether	3-8%	Thở	Kích thích hô hấp, chậm hồi tỉnh. Thuốc dễ cháy
Nitrous oxyd	50-70%	Thở	Nhận biết được, hỗn hợp thiếu oxy
- <i>Giãn cơ</i>			
Suxamethonium	1mg/kg	TM/B	Phản ứng quá mẫn, gây tăng nhiệt độ ác tính thuốc giảm tác dụng do nóng
Vecuronium	0,2mg/kg	TM	Chỉ dùng khi có thuốc giải
- <i>Thuốc giảm đau</i>			
Morphin	0,2mg/kg	TM/B	Giảm hô hấp
Pethidin	1mg/kg	TM/B	Giảm hô hấp
- <i>Benzodiazepin</i>			
Diazepam	0,1-0,15mg/kg	TM	Giảm hô hấp, mất tri giác, tác dụng ngược với bào thai nếu tiêm trước đẻ
- <i>Thuốc tê</i>			
Lidocain	4mg/kg	TM tại chỗ tuỷ trắng	Giảm tuần hoàn và hệ thống thần kinh trung ương, co giật
Lidocain + Adrenalin	7mg/kg	Như lidocain	Như trên
Bupivacain	2mg/kg	Như lidocain nhưng không TM	Giảm hệ thần kinh trung ương, ngừng tim
- <i>Co mạch</i>			
Ephedrin	5.10mg/người lớn tiêm 1 liều	TM	Thuốc chủ yếu trong gây tê tuỷ sống
- <i>Thuốc hồi sức</i>			
Adrenalin	0,5-1mg	TM, B	Dùng trong dị ứng, phản vệ
Atropin	0,6mg	TM, B	Dùng trong ngộ độc phospho hữu cơ

Ưu điểm chính của Propofol là thiếu 2 - 2,5mg/kg cân nặng: hiện tại nó đắt hơn Thiopental nhiều. Để tránh nhiễm trùng ống Propofol phải dùng ngay sau khi mổ.

- Katamin

Khởi mê với ketamin về nguyên tắc cũng giống như với thiopental và có cùng 1 dễ phòng. Liều trung bình của khởi mê là 1 - 2mg/kg cân nặng. Công thức chuẩn là: 50mg/ml và 100mg/l.

Phải chắc chắn bảo đảm loại đậm độ ketamin nào sẽ dùng.

Biểu hiện của bệnh nhân khi mất tri giác khác với dùng thuốc barbiturat và bệnh nhân có thể không như đang ngủ - Mắt vẫn mở nhưng bệnh nhân không còn

phản ứng với lời nói hay mệnh lệnh hay kích thích đau. Nếu định đưa ống thông vào đường thở qua mũi, bệnh nhân có thể khạc ra. Trương lực cơ hàm vẫn còn tốt cũng như phản xạ ho - Đường thở không được bảo đảm an toàn vì vẫn có thể bị trào ngược từ dạ dày vào phổi.

Chất lượng khi tỉnh: bệnh nhân rất ít buồn ngủ. Đây là một ưu điểm nếu bệnh nhân phải ra viện trong ngày.

Liều thông thường propofol là sau khi khởi mê, có thể chọn giữa gây mê đường thở quy ước có hay không phối hợp với dẫn cơ và nội khí quản. Với cuộc mổ ngắn có thể tiêm thêm ketamin TM khoảng vài phút 1 lần để phòng bệnh nhân phản ứng với kích thích đau. Phương pháp gây mê này đơn giản nhưng không tạo được dẫn cơ. Ketamin cũng không phải là thuốc rẻ. Nếu khả năng hạn chế, cố dành ketamin cho những trường hợp ít có khả năng chọn lựa. Thí dụ mổ ngắn ở trẻ con khi mà đường thở khó tiếp cận.

- Suxamethonium

Suxamethonium là một chất khử cực, dẫn cơ ngắn, được dùng rộng rãi để đặt nội khí quản. Liều 1 - 2mg/kg hay 100mg cho 1 người lớn hoặc sản phụ mổ đẻ dưới gây mê. Thuốc gây liệt cơ hoàn toàn nhanh chóng khi tiêm TM. Tiêm bắp cũng có tác dụng như vậy sau 2 - 4 phút.

Có những tình huống không bao giờ được dùng suxamethonium thường là chống chỉ định.

- Có xu hướng hoặc đã có tắc đường thở như sau chấn thương mặt.
- K trong máu cao như suy thận hoặc sẽ cao như bồng.
- Dị ứng thuốc hoặc tiền sử gia đình có sốt cao ác tính.

Những thuốc dẫn cơ khử cực có tác dụng dài khác cần phải có người chuyên môn thông thạo mới an toàn.

*** Khởi mê bằng tiêm bắp.**

Ketamin cũng có thể tiêm bắp để khởi mê. Với liều 6-8mg/kg có tác dụng sau vài phút, sau đó còn kéo dài 10-15 phút. Liều 8mg/kg ketamin có tác dụng tăng tiết nước bọt rõ rệt, do đó tiêm atropin 1/4mg (có thể hoà với ketamin) để phòng tăng tiết nước bọt.

Liều ketamin tiếp thêm có thể tiêm bắp hay TM. Tiêm bắp có tác dụng dài và thải trừ chậm hơn. Nếu dùng đơn độc Ketamin, đôi khi bệnh nhân phản nản về những ảo giác hay giấc mơ mạnh mẽ sau mổ, dùng diazepam trước khi hay sau khi gây mê có thể làm giảm được. Những hiện tượng này không xảy ra nếu chỉ dùng Ketamin để khởi mê và sau đó thì gây mê quy ước.

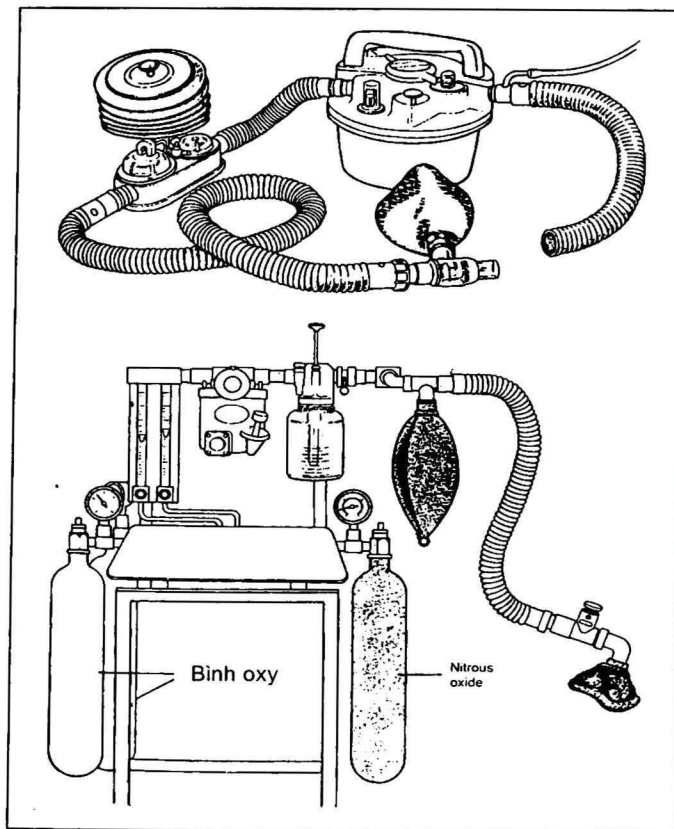
*** Khởi mê bằng đường thở**

Khởi mê bằng đường thở là cơ sở của hầu hết các kỹ thuật gây mê thông dụng, mặc dù kỹ thuật gây mê đường tĩnh mạch là một biện pháp thay thế. Có 2 hệ thống khác nhau để đưa hơi thuốc mê đến người bệnh.

- Hệ thống bốc hơi: sử dụng không khí coi như khí vận chuyển thuốc bốc hơi hoặc khí nền y tế.

- Hệ thống giòng liên tục: khí nén (có ít nhất 30% oxy) đi qua đồng hồ lưu lượng và bình bốc hơi để cung cấp chất gây mê đến bệnh nhân.

Hệ thống bốc hơi (draw over system) có thể dùng với hình hay máy tạo oxy như nguồn cung cấp oxy. Máy Boyle chỉ làm việc khi bình oxy có sẵn. Hệ thống bốc hơi có khả năng tạo nên thuốc mê và điều kiện mổ loại nhất. Máy móc của hệ thống bốc hơi hiện đại hết sức đáng tin cậy, dễ hiểu, dễ bảo quản và kinh tế khi sử dụng. Song ở một số bệnh viện nhỏ và nhiều bệnh viện lớn đều được trang bị với máy giòng liên tục.



Hình 14.2

Khởi mê bằng đường hô hấp là kỹ thuật được lựa chọn để khởi mê khi bệnh nhân có những khó khăn về đường thở. Nếu dùng khởi mê đường tĩnh mạch cho những bệnh nhân này và không nắm được đường thở thì bệnh nhân có thể chết vì thiếu oxy nếu không thông khí được 2 phổi. Ngược lại khởi mê đường thở chỉ có thể thực hiện nếu bệnh nhân có đường thở thông thoáng để khí mê có thể qua.

Nếu đường thở bị tắc bệnh nhân sẽ ngừng hít thêm thuốc mê và thuốc mê lan toả trong cơ thể sẽ làm nhẹ gây mê. Khởi mê đường thở cũng được ưa chuộng ở trẻ con khi chúng không chịu tiêm.

Khởi mê đường thở là một kỹ thuật quan trọng. Thực hiện đều đặn, kỹ thuật này đơn giản chỉ đòi hỏi sự kiên nhẫn, quan sát và chăm sóc. Cả 2 máy bốc hơi và giồng liên tục đều có thể dùng để khởi mê đường thở, nhưng cần có kỹ thuật thay đổi nhỏ

– Sử dụng máy bốc hơi.

Thuốc mê tốt nhất là ete và halothan. Nếu có sẵn oxy (1l/phút) thì hoà thêm qua ống chủ T.

Khởi mê nhẹ nhàng

1. Áp nhẹ chụp mặt và khởi mê bằng halothan. Halothan được ưa dùng hơn vì không kích thích như Ete. Tăng dần đậm độ cho đến khi bệnh nhân ngủ (tối đa là 2 - 3% Halothan).

2. Sau đó mở bộ phận Ete và tăng dần đậm độ cứ 1% cho mỗi 5 lần thở. Nếu bệnh nhân ho và ngừng thở, giảm đậm độ quay xuống 1/3 rồi lại bắt đầu tăng.

3. Khi đạt được 8% ete, tắt phần halothan sau đó soi thanh quản và đặt nội khí quản sau khi đã cho ngủ sâu bằng cách tăng đậm độ ete khoảng 15%.

Quan sát liệt cơ ở phần dưới lồng ngực chứng tỏ gây mê đã đủ sâu. Thêm oxy tuỳ theo sau khi đã đặt nội khí quản. Càng sâu càng cần thêm oxy.

4. Nếu không đạt được nhưng đường thở vẫn bảo đảm thông thoáng để dùng chụp mặt, có thể cho thêm thuốc mê ete 7 - 10% để có dẫn cơ.

Nếu không cần dẫn cơ, giảm đậm độ ete xuống 6%. Với đậm độ như vậy có thể không cần thêm oxy miễn là bệnh nhân không quá trẻ, quá già quá ốm hay thiếu máu.

Cần chú ý đặc biệt khi dùng Halothan thay ete: nó làm giảm chức năng tim và thở. Cho thêm oxy, đặt nội khí quản, hô hấp điều khiển trong những cuộc mổ ngắn.

– Sử dụng máy nén khí.

1. Kiểm tra máy, đảm bảo có đủ cung cấp khí cho thời gian gây mê.

Oxy phải được dùng với đậm độ ít nhất 30% để bù vào chỗ rò rỉ hay lưu lượng kế không đúng.

Dùng bộ phận phân tích oxy ở đường ra của khí.

Nếu dùng van thở 1 chiều ở phần cuối của đường thở đặt lưu lượng khí toàn bộ (oxy cộng với NO hay oxy) cao hơn thể tích thở mỗi phút của bệnh nhân.

2. Nếu dùng Halothan là thuốc mê chính, chụp mặt rồi tăng dần đậm độ Halothan cho tới tối đa là 3%, và giảm còn 1,5% sau khi đã đặt nội khí quản.

3. Nếu dùng ete (không có halothan)

Vặn ete từ lọ Boyle tới chụp mặt để cách xa mặt bệnh nhân khoảng 30cm.

Hạ thấp dần chụp mặt và tăng dần đậm độ ete để bệnh nhân dễ chịu đựng.

Khi chụp mặt sát vào mặt, tăng dần đậm độ ete trong vài phút.

Bệnh nhân đã sẵn sàng để đặt nội khí quản khi quan sát thấy cử động ngược chiều ở phần ngực dưới khi hít vào.

* Duy trì mê.

Tất cả các thuốc mê đều bị loại trừ ra khỏi cơ thể bằng đường thở, chuyển hoá hoặc bằng đường thận, do đó phải thường xuyên tăng liều thuốc suốt cuộc gây mê. Không có một công thức nào cho liều cần thiết. Chỉ bằng cách theo dõi sinh lý và đáp ứng của bệnh nhân để quyết định cần thiết phải tăng lên, giảm đi hay duy trì tốc độ dùng thuốc.

– Gây mê nông quá.

Kiểm tra bệnh nhân thở có đủ không, CO_2 có thể là nguyên nhân những dấu hiệu gây mê nông quá: bệnh nhân cử động, mạch và huyết áp tăng, chảy mồ hôi và nước mắt.

– Gây mê quá sâu:

Mạch và huyết áp tụt.

Giảm hô hấp.

Ngoài việc thường xuyên theo dõi tuần hoàn, hô hấp và hệ thần kinh, phải theo dõi máy mê, Nguyên nhân thường thấy nhất trong gây mê là lọ bốc hơi khô.

– Đánh thức bệnh nhân tỉnh.

Không có thuốc đối kháng cho gây mê:

Khi dùng 1 thuốc, cần phải có ý nghĩ trong đầu là thuốc tác dụng trong bao lâu.

Các thuốc khác nhau có mức độ thải trừ khác nhau, cần chuẩn bị tiếp tục hỗ trợ bệnh nhân thở tới mức cần thiết cho đến kết thúc.

Rút ống nội khí quản chỉ khi bệnh nhân đã gây mê sâu (phồng co thắt, thanh quản) hoặc khi đã hoàn toàn tỉnh.

Hãy cho thở oxy trước và sau khi gây mê xong. Tiếp tục theo dõi cẩn thận khi đã ngừng gây mê đến khi tỉnh hẳn.

* Đặt nội khí quản không được.

Đừng hốt hoảng. Cần phải có chương trình.

- Dự kiến khó đặt nội khí quản.

Trước bất kì đặt nội khí quản nào, đặc biệt khi dự kiến có khó khăn, phải sẵn sàng (hoặc biết chỗ để) các dụng cụ cấp cứu như: que thông ống nội khí quản, chụp thanh quản, bugi dài.

Chụp thanh quản thường dùng để duy trì đường thông khí khi không đặt được nội khí quản. Nếu dạ dày đầy thức ăn, thường thấy trong cấp cứu, cần phải cân nhắc giữa rủi ro trào ngược với đặt chụp thanh quản đối lại với cùng một rủi ro khi cố đặt lại nội khí quản hoặc thất bại hoàn toàn.

- **Không dự kiến đặt nội khí quản khó.**

Nếu không nhìn rõ thanh quản để đưa ống vào, có thể thực hiện:

Đặt lại tư thế đầu, để gối dưới đầu

Đưa 1 bugi hay ống thông nội khí quản làm cong hơn

Giữ đèn soi thanh quản để kéo lên trên.

Đặt lại đèn để tránh lưỡi che khuất thay đèn:

- Nếu quá to, chỉ nhìn thấy thực quản
- Nếu quá bé, không sao nâng được tiểu thiệt.

Cho thêm thuốc giãn cơ hoặc tăng halothan để mất phản xạ.

Chỉ khi thực hiện một trong những cách trên rồi mới thử đặt lại, cần nhớ:

Gọi người giúp

Bình tĩnh

Cho thở lại oxy (qua chụp) và kiểm tra độ bão hoà oxy

Giữ vào sụn nhẫn nếu cần.

Dùng thêm atropin nếu cần.

Nếu vẫn không đặt được nội khí quản, không thử cố nữa. Cần nhớ là không nên để một số người cố thủ tay nghề của mình trong trường hợp nhạy cảm này, đó là lạm dụng bệnh nhân.

Có 2 cách giải quyết

1. Nếu cuộc mổ cần phải gây mê ngay, thí dụ chảy máu, vỡ tử cung, tắc ruột lâu:

Thử đặt chụp thanh quản.

Nếu không đặt được, gây mê đường hô hấp bằng chụp mặt

Nếu cả 2 cách không được, tiêm ketamin và thở oxy qua chụp mặt.

Đè vào sụn nhẫn nếu có rủi ro trào ngược.

2. Nếu cuộc mổ có thể trì hoãn

Cho bệnh nhân tỉnh lại trong lúc đó cho thở oxy và thông khí cho tốt.

Gây tê vùng hay gây tê tuỷ sống hoặc thôi không mổ, chuyển bệnh nhân đi.

Tính mạng bệnh nhân quan trọng hơn là cố đặt nội khí quản.

- Đặt ống vào thực quản

Áp dụng 10 test kiểm tra nếu nghi ngờ rút ống và tuân theo những bước đã nêu.

- Phổi không được thông khí.

Nếu nghi đặt được đúng ống nội khí quản nhưng không thông khí được phổi, cần nghĩ đến:

Đặt vào thực quản

Tắc ống.

Các đường thở lắp sai.

Tắc khí quản. Ống bị bít bằng thành khí quản hoặc bóng của ống: làm xẹp bóng.

Chỉ khi đã thử và loại bỏ các nguyên nhân trên, nghĩ đến:

Co thắt phế quản nghiêm trọng.

Cho thuốc sai: néostigmin

Hít phải chất trong dạ dày

Tràn khí màng phổi dưới áp lực

Phù phổi

Nhiễm trùng: viêm phế quản, viêm phổi?

- Nôn và trào ngược

Nhìn 1 người đang mê nôn và không có gì bảo vệ đường thở có lẽ là một việc xấu nhất xảy ra trong thực hành gây mê. Đừng để nó xảy ra với mình.

Hít phải chất nôn trong dạ dày vào phổi thường là sự kiện cuối cùng của bệnh nhân. Song trào ngược đều có thể dự kiến và phòng vệ được.

Đây là thời điểm phải hành động nhanh nhất:

Đặt đầu thấp (quay bàn mổ) tiếp tục đè vào sụn nhẫn, hút bỏ ngay chất nôn với ống hút cứng to nhất, hút khoẻ nhất.

Quay nghiêng bệnh nhân và hút

Lựa chọn trên phụ thuộc vào cái gì có thể làm được nhanh nhất: đặt tư thế bàn, nhân lực, cỡ người bệnh. Bất kể trong trường hợp nào cũng cần đặt nội khí quản càng nhanh càng tốt để bảo vệ đường thở và cũng để hút sạch khí quản, để chẩn đoán và dễ điều trị.

Dùng steroid, kháng sinh, dân phế quản nếu nghi ngờ khi hút. Do độ bão hoà oxy có thể thấy bão hoà tụt và phổi cứng lại khi bóp bóng.

2. Gây mê khi chữa và mổ đẻ

Mổ đẻ là phẫu thuật lớn thường thấy nhất ở nhiều bệnh viện tại các nước đang phát triển. Phần lớn là cấp cứu khi chuyển dạ. Xử trí các trường hợp mổ đẻ là công việc hàng ngày của người gây mê.

Sản phụ trong tình trạng tối cấp do cơn co bị tắc hay vỡ tử cung, chảy máu, nhiễm trùng, thiếu máu trong nhiều ngày. Lý do đầu tiên để mổ đẻ trong những trường hợp đó là cứu mẹ. Cả gây mê và gây tê tuy sống đều có thể áp dụng, gây tê ngoài màng cứng ít được thực hiện do mất thời gian, tốn kém và đòi hỏi người có tay nghề để thực hiện.

– Có nhiều thay đổi khi chữa đối với gây mê:

Thể tích máu bắt đầu tăng

Hồng cầu tăng ít do đó hemoglobin giảm

Tử cung to nên hô hấp phụ thuộc nhiều vào ngực hơn là cơ hoành.

Dạ dày rỗng cũng ít tác dụng hơn:

– Khi chữa giai đoạn cuối:

Tử cung đè vào tĩnh mạch chủ dưới khi sản phụ nằm ngửa gây giảm lưu lượng tim.

Cũng có thể huyết áp tụt nhiều: "hội chứng giảm huyết áp khi nằm" nhưng phần lớn những sản phụ không gây mê có đủ khả năng duy trì huyết áp bằng cơ mạch.

Khi gây mê hay gây tê tuy sống, khả năng co mạch mất gây nên tụt huyết áp nghiêm trọng tới mức nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con.

Giảm huyết áp khi nằm ngửa có thể phòng ngừa đơn thuần bằng cách đảm bảo không bao giờ để sản phụ nằm ngửa hoàn toàn.

Luôn luôn có 1 gối hay đệm ở 1 bên mông để tử cung lệch sang 1 bên, điều này hoàn toàn đơn giản ngay cả khi sản phụ nằm tư thế phụ khoa. Để phòng đơn giản này phải luôn luôn thực hiện ở sản phụ gây mê, gây tê tuy sống hay ngoài màng cứng.

Khi gây mê 1 sản phụ đẻ đẻ, có 2 tính mạng có liên quan: người mẹ và đứa bé. Phần lớn các thuốc qua rau thai nhanh chóng. Đây là 1 vấn đề: vì mục đích là

gây mê người mẹ và để cho đứa bé được sinh ra mà không có 1 thuốc gì gây giảm chức năng của cơ thể đặc biệt là hô hấp. Vì lẽ đó, những thuốc có thể gây suy giảm thai nhi, như thuốc tiền mê, cần phải tránh.

Dừng quan tâm quá đến đứa trẻ mà lại không cho mẹ đủ liều để gây mê.

Kỹ thuật gây mê thích hợp được nêu ra dưới đây. Gây tê tuỷ sống thường tốt, hơn, sẽ được mô tả sau:

1. Trước khi khởi mê, cho uống 30ml dung dịch chống acid như sodium citrat 0.3mol/l (77.4g/l) để trung hoà lượng dịch vị quá mức.

2. Kê 1 gối ở bên hông để đẩy lệch tử cung khỏi đè vào tĩnh mạch chủ dưới.

Không bao giờ khởi mê khi sản phụ nằm tư thế phụ khoa.

Nếu sản phụ đã nằm như thế, 2 chân phải để thấp hơn khi khởi mê để tránh trào ngược.

3. Truyền dịch tương ứng tốc độ nhanh vào tĩnh mạch lớn và cho sản phụ thở oxy.

4. Khởi mê như trong cấp cứu:

Thở oxy

Ép vào sụn nhẫn.

Tiêm thiopental hay ketamin theo liều tính trước.

Đặt nội khí quản sau khi tiêm suxamethonium

Đặt chế độ IPPV.

(xem thêm ở phần trên về IPPV)

Soi thanh quản ở sản phụ đôi khi khó khăn hơn bình thường. Bao giờ cũng chuẩn bị 1 đôi ống nhỏ hơn (5-6mm) ở những sản phụ có phù thanh quản thứ phát do tiền sản giật.

Tránh dùng đậm độ cao ete hay halothan vì thuốc làm giảm trương lực cơ tử cung và gây chảy máu. Song ở những người tự thở thì không thể duy trì gây mê đủ (sản phụ đẩy ra) ở đậm độ Ete dưới 8 - 10% hay halothan dưới 1,5%. Có thể tiêm thuốc phen TM khi đã cập cường rốn rồi giảm liều chất bốc hơi.

Cần chuẩn bị oxytocin khi yêu cầu, nhưng không bao giờ tiêm ergometrin cho sản phụ có tiền sản giật vì có thể gây cơn cao huyết áp. Syntocinon gây hạ huyết áp và nên tiêm làm 2 liều mỗi 5mg TM.

Lượng mất máu trung bình cho cuộc mổ đẻ vào khoảng 600 - 700ml do đó phải đảm bảo truyền đủ dịch thay thế. Có thể phải truyền máu.

Ngoài việc sẵn sóc sản phụ, cần hồi sức cho trẻ sơ sinh do đó cần chuẩn bị phương tiện hồi sức trẻ nhỏ và nguồn oxy riêng.

Nếu cả mẹ và con đều rất yếu, cần lo cho mẹ trước.

Luôn luôn có người hỗ trợ được đào tạo làm việc cùng, cần nhớ là lúc cuối gây mê, sản phụ vẫn có dạ dày đầy thức ăn, rút ống nội khí quản khi sản phụ nằm nghiêng.

3. Gây mê trẻ em

*** Nguyên tắc**

Phần lớn những nguyên tắc chung trong gây mê có thể áp dụng được ở trẻ em, nhưng có một số khác nhau về giải phẫu và sinh lý giữa trẻ em và người lớn có thể là vấn đề, đặc biệt ở trẻ sơ sinh, trẻ con cân nặng dưới 15kg.

– Đường thở

Trẻ con có đầu to so với thân, cần phải đặt tư thế đầu khác với người lớn, đôi khi phải đặt gối dưới vai hơn là dưới đầu, để đường thở được thông và dễ soi thanh quản.

Thanh quản trẻ con cũng khác với người lớn. Ở người lớn, nơi hẹp nhất của đường thở là chỗ có 2 dây thanh âm, ở trẻ con lại ở phía dưới, nơi sụn nhẫn:

Đường thở có hình tròn do đó dùng ống nội khí quản không bóng sẽ khít nhất.

Sẽ có khí rò xung quanh ống, nếu cần thật kín, dùng gạc ẩm (HTM hay nước) không bao giờ dùng paraffin vì sẽ làm thương tổn phổi.

Có thể dùng loại ống có bóng nhỏ hơn 6mm, nhưng không bơm bóng.

Vì đường thở ở trẻ con hẹp nên chỉ phù nhẹ cũng gây tắc lớn. Phù là do chấn thương khi đặt ống, nếu thấy có vẻ ống quá to thì phải thay ngay. Thời gian đặt ống lâu cùng gây thương tổn.

Một công thức thô để tính đường kính trong của ống như sau:

Đường kính trong của ống (mm) = (tuổi năm) + 4.5) + 4

Những cách tính khác:

Đường kính ống bằng đường kính ngón tay út.

Phần lớn trẻ sơ sinh dùng ống 3mm

Đối với trẻ đẻ thiếu tháng, dùng ống 2.5mm.

Để đánh giá chiều dài của ống: gấp đôi chiều dài từ góc mồm đến ống tai.

Để kiểm tra, nhìn nghiêng khi để đầu ống hướng thẳng lên trên sẽ thấy đã đưa ống vào sâu trong ngực bao xa.

Luôn luôn dự trữ 1 ống nhỏ hơn và 1 ống to hơn.

Ở trẻ con, dùng lưới đèn soi thanh quản thẳng, nếu không có dùng lưới đèn Mac Intosh của người lớn vì loại này chỉ hơi cong. Sau khi đặt nội khí quản, bao giờ cũng nghe cả 2 phổi để chắc chắn ống không vào 1 bên phế quản.

- Bụng

Bụng trẻ con lớn hơn so với người lớn và chứa phần lớn các tạng (ở người lớn do tiểu khung to hơn nên chứa nhiều hơn) cơ hoành ít có hiệu quả hơn. Khung xương sườn không cứng bằng người lớn. Tất cả những yếu tố đó có nghĩa là khi bụng chướng rất dễ gây suy thở.

- Tốc độ chuyển hoá.

Tốc độ chuyển hoá ở trẻ con lớn hơn trong khi phổi lại nhỏ hơn và kém hiệu quả hơn so với yêu cầu oxy. Do đó nhịp thở tăng hơn, phổi phải thông khí nhanh hơn. Khi tắc hay ngừng thở rất chóng dẫn đến tím.

- Nhịp tim

Nhịp bình thường ở trẻ sơ sinh là khoảng 140/phút nhưng thay đổi rất nhiều khi có stress. Vì cường độ giao cảm thấp nên vùng kích thích phó giao cảm dẫn đến nhịp chậm nghiêm trọng trong khi soi thanh quản hay mổ. Vì lý do đó khi khởi mê ở trẻ con bao giờ cũng dùng atropin 0,015mg/kg.

Tụt nhiệt độ nhanh chóng xảy ra ở trẻ con vì diện tích cơ thể so với cân nặng là lớn, gây rối loạn nghiêm trọng về chuyển hoá.

- Giảm đường máu.

Đường máu giảm là một vấn đề ở trẻ con:

Trẻ con không cần nhịn quá 3 giờ trước mổ và cần ăn càng sớm càng tốt sau mổ.

Dùng glucose tiêm khi gây mê:

Duy trì lượng đường trong máu.

Dùng đường thay HTM để tránh lượng Na thừa vì thận trẻ con không đủ khả năng thải trừ.

Đối với hầu hết cuộc mổ cho glucose 5% (hoặc glucose 4% cộng với HTM 0,18%) với tốc độ 5ml/kg/giờ để bù mất dịch.

Đo lượng máu mất trong mổ càng đúng càng tốt, nếu có dùng máy hút, phương pháp đơn giản là sử dụng bình đo của máy hút hơn là bình chứa to.

Nếu mất máu quá 5% lượng máu cơ thể, phải truyền dịch TM.

Nếu mất quá 10 - 20%, phải truyền máu.

*** Gây mê trẻ con trong mổ phiên.**

Phần lớn trẻ con nặng trên 15kg có thể gây mê theo những kỹ thuật đã mô tả áp dụng cho người lớn. Nhưng với liều thuốc giảm theo cân nặng.

Trẻ dưới 15kg những khác biệt về giải phẫu và sinh lý là quan trọng hơn và máy mê phải thích ứng, tuy nhiên dùng ketamin thì không có gì thay đổi về kỹ thuật. Hệ thống gây mê cho người lớn nay dùng cho trẻ con. Có van nên làm khoảng chết rất lớn. Thêm vào đó, bình bốc hơi của hệ thống bốc hơi không làm việc hiệu quả ở mức thấp có thể khắc phục bằng những cách sau:

Thay van dùng cho người lớn bằng van dùng cho trẻ con. Nó có thể tích bên trong và khoảng chết nhỏ hơn.

Nếu có thể thay bóng của người lớn bằng bóng trẻ con.

Cần phải đặt nội khí quản và thông khí điều khiển ở trẻ dưới 10kg. giòong khi sinh ra để đi vào phổi trong IPPV sẽ đủ để cho bình bốc hơi làm việc chính xác.

Nếu có oxy, có thể chuyển từ hệ thống bốc hơi sang hệ thống giòong liên tục.

1. Nối nguồn oxy từ bình hay máy làm oxy sang ngành bên của ống chữ T và đóng đường ra bằng nút.

2. Đặt dòng khí với lưu lượng 300ml/kg/phút với tối thiểu 3l/phút.

3. Đặt nội khí quản và thông khí hoặc để thở tự nhiên dùng hệ thống có ống chữ T Ayre thay cho hệ thống Magill vẫn dùng cho người lớn. Ống chữ T không có van nên cần lưu lượng khí cao hơn, nhưng thích hợp cho cả thông khí tự nhiên lẫn điều khiển.

Thông khí tự nhiên có thể theo dõi bằng kiểm tra cử động nhẹ của bóng dự trữ ở đầu ra. Để chuyển sang thông khí điều khiển:

1. Giữ bóng trong tay với ngón cái hướng về phía bệnh nhân

2. Gấp 1 phần đường ra bằng cách cong ngón út xung quanh và bóp bóng trong lòng bàn tay để làm nở phổi.

3. Sau đó thả bóng để khí thở ra phì ra ngoài.

Theo dõi liên tục nhịp tim và hô hấp là chủ yếu ở trẻ con. Đặt điện cực trước tim và ống nghe trong thực quản là vô giá để theo dõi

Dùng bao tay nhỏ để đo huyết áp.

Bắt mạch và quan sát mầu sắc, tưới máu ở các chi

Theo dõi lượng nước tiểu nếu có đặt ống thông, đảm bảo lưu lượng tốt (0.5ml/giờ/kg).

Khi mổ xong, đo nhiệt độ để bảo đảm không tụt nhiệt độ

*** Gây mê trẻ con trong mổ cấp cứu.**

Gây mê trong cấp cứu không khác lắm so với gây mê trong mổ phiến. Ở bệnh viện Huyện rất ít những mổ lớn ở trẻ con được thực hiện. Chỉ cần gây mê ketamin hay gây mê đường hô hấp với halothan để rạch, dẫn lưu áp xe và lấy dị vật.

Đối với dị vật sẽ xem ở phần sau. Những cấp cứu khác là: bạch hầu thanh quản, viêm tiểu thiệt, áp xe thành sau bụng, polyp thanh quản.

– Bạch hầu thanh quản, viêm khí phế quản, viêm tiểu thiệt

Bạch hầu thanh quản là danh từ của viêm thanh khí quản có tiếng ho đặc hiệu. Thường có thể điều trị bảo tồn: tránh kích thích quá mức đứa trẻ và dùng:

Oxy làm ẩm.

Khí dung với adrenalin

Kháng sinh

Costicoid: Dexamethazon 0,15mg/kg TM hàng ngày.

Viêm tiểu thiệt (và cả bạch hầu thanh quản không đáp ứng với điều trị) có thể làm cho tiểu thiệt và thanh quản sưng to, đường thở gần như tắc. Trẻ hốt hoảng khi nằm và xuất tiết rất nhiều, chảy ra mồm vì nuốt rất đau. Sốt, suy sụp, ngộ độc, tím vì thể phải chăm sóc cẩn thận. Đừng nên truyền TM khi cháu đang thức vì sẽ làm cho tồi hơn. Chụp X quang nghiêng sẽ thấy "dấu ấn ngón cái", dấu hiệu của tiểu thiệt sưng lên.

Không gửi cháu bé đến phòng chụp khi khó thở. Cần xử trí cấp cứu trước.

Đưa cháu bé vào phòng mổ và chuẩn bị mọi thứ để đặt nội khí quản:

Ống nội khí quản có cỡ nhỏ hơn

Đèn soi thanh quản với nhiều lưỡi khác nhau.

Bộ chọc màng giáp nhẫn hay bộ giấy truyền TM.

Không chậm trễ, khi máy hút đã sẵn sàng.

1. Giữ cháu bé cho chắc trong tư thế ngồi và khởi mê bằng halothan cộng với oxy cho ngủ.

2. Tiếp tục càng lâu càng tốt (thường được thở có lúc bị tắc) rồi chuyển sang tư thế nằm ngửa để đặt nội khí quản càng nhanh càng tốt.

Chuẩn bị về giải phẫu bị méo mó.

Ống nội khí quản nhỏ hơn có thông đầu.

Chắc chắn là phẫu thuật viên đã chuẩn bị để chọc màng giáp nhẫn nếu như không đặt được nội khí quản và có thể ngừng tim.

3. Giữ nội khí quản ít nhất trong 24 giờ trong phòng săn sóc tăng cường có sẵn sàng điều dưỡng, hút, oxy và kháng sinh liều cao.

Đảm bảo là những người điều dưỡng hiểu cách để phòng tắc ống do dịch tiết bị khô.

– **Áp xe thành sau họng.**

Áp xe thành sau họng rất hay gặp ở trẻ nhỏ. Ở vùng có tỷ lệ HIV cao thì gặp ở mọi lứa tuổi. Tiếng khóc đặc hiệu của tắc ngay trên thanh quản. Sở vùng cổ sưng và khám vùng hầu với đèn lưỡi và ngón tay, thấy một vùng lũng nhùng áp xe. Dùng kim to chọc để xác định chẩn đoán.

Có 2 cách giải quyết.

1. Khởi mê bằng oxy với halothan, đặt nội khí quản, rạch và dẫn lưu với ống hút cứng để hút sạch ổ áp xe.

2. Ở trẻ nhỏ chưa mọc răng, tránh gây mê, chọc ở áp xe với 1 kẹp khi cháu tỉnh sau đó quay xấp cháu xuống để mủ chảy ra.

Cách thứ nhất tốt hơn vì chọc hút tốt và hút triệt để vùng sau họng.

– Polyp thanh quản

– Là vấn đề ở trẻ em mọi lứa tuổi - Có thể gây tắc đường thở cấp nên đôi khi thành cấp cứu.

Khởi mê đường thở.

Lấy bỏ càng nhiều u nhú càng tốt bằng kẹp Magill tránh làm thương tổn niêm mạc thanh âm.

Phải có hút tốt, sẵn sàng và đeo kính bảo vệ.

Sẵn sàng 1 ống nội khí quản nhỏ

Polyp có thể tái phát nhiều năm sau, đôi khi phải sẵn sàng để mở khí quản.

– **Những cấp cứu khác ở trẻ con.**

Cấp cứu điển hình là mổ bụng (để dẫn lưu đại tràng trong dị tật không có hậu môn, bệnh Hirschsprung và các tắc ruột khác), viêm phúc mạc và chấn thương.

* **Chuẩn bị trước khởi mê.**

– Bộ truyền tĩnh mạch:

Bao giờ cũng dùng bộ truyền có bình nhỏ có ghi số ml tránh dùng bộ truyền người lớn chỉ có đếm giọt rồi nối vào túi dịch 1l.

Thêm 10ml 50% Dextrose vào mỗi 100ml HTM.

– Ống nội khí quản: có 1 bộ từ số 3 đến 6,5mm

– Hút sạch dạ dày.

Ngay trước khi gây mê.

Hút nhẹ trong khi di chuyển ống thông rồi rút bỏ.

– **Nhiệt độ:**

Phần lớn các cháu sẽ tụt nhiệt độ khi gây mê và mổ đặc biệt sau cuộc mổ kéo dài. Điều này đặc biệt xảy ra ở trẻ nhỏ và trẻ sơ sinh. Có nhiều cách để hạn chế tụt nhiệt độ:

Sưởi ấm phòng mổ.

Dùng chăn điện để sưởi nhưng kiểm tra để không quá nóng, bỏng và shock điện.

Bọc cháu bé bằng chăn ấm và khô.

Giảm diện tích da để hở khi khởi mê và sát trùng vùng mổ.

Làm ấm máu và dịch truyền TM

Dùng túi dịch ấm để cạnh bệnh nhân.

Chuyển cháu bé từ lồng ấp sang phòng mổ vào lúc sát khởi mê.

Dùng lò sưởi khi khởi mê và sau mổ tại phòng sản sóc tăng cường.

Nhiệt độ hạ xuống 33 - 34° gây ra:

Giảm hô hấp

Rét run.

Truy tim mạch với co mạch.

Bản thân hạ nhiệt độ không gây ảnh hưởng xấu, bệnh nhi có thể làm ấm bằng lò sưởi miễn là:

Hỗ trợ hô hấp vài giờ sau mổ.

Duy trì oxy

Duy trì các chỉ số tuần hoàn như lưu lượng nước tiểu, huyết áp.

Khi nhiệt độ tăng lên sẽ gây dẫn mạch làm huyết áp tụt, cần điều chỉnh bằng truyền dịch.

Atropin được biết đến gây tăng nhiệt độ và tăng nhịp tim, có thể dẫn đến co giật do sốt. Cần tránh dùng ở trẻ sốt.

4. Dẫn mê

Không thể học được từ sách vở dẫn mê thực hành, chỉ bằng cách làm việc cùng với 1 bác sĩ có kinh nghiệm.

Kỹ thuật dẫn mê bằng dùng thuốc tác dụng tại chỗ để ức chế thần kinh trước khi những xung động này tới thần kinh trung ương.

Thuốc gây tê tại chỗ làm giảm kích thích điện của các mô. Khi tiêm gần giây thần kinh, nó sẽ ức chế con đường của các sóng khử cực cần thiết để chuyển các xung động thần kinh.

*** Độc tính và độ an toàn của các thuốc trẻ tại chỗ.**

Tất cả các thuốc tê tại chỗ:

Đều độc

Làm giảm thần kinh trung ương

Có thể gây buồn ngủ và dẫn đến bất tỉnh kèm co quắp hay co giật.

Có thể gây hạ huyết áp liên quan đến vùng phong bế giao cảm rộng quá (thí dụ gây tê tuỷ sống cao) hoặc suy giảm trực tiếp chức năng tim do đậm độ thuốc cao trong máu.

Những phản ứng này rất hay xảy ra nếu chẳng may thuốc lại tiêm vào tĩnh mạch hay do quá liều (đậm độ cao hay khối lượng lớn).

Tác dụng độc - thường là loạn nhịp tim - có thể xảy ra sau tiêm mạch máu hoặc hấp thu nhanh thuốc co mạch như adrenalin, thuốc thường hoà với thuốc tê để kéo dài tác dụng. Đôi khi bệnh nhân có phản ứng dị ứng nhưng hiếm gặp.

Nếu có phản ứng ngộ độc nghiêm trọng, phải hồi sức ngay lập tức:

Cho oxy và IPPV nếu suy hô hấp nặng.

Tiêm Suxamethonium và thông khí phổi trong điều trị ban đầu cơn co giật khi phổi hợp với thiếu oxy.

Nếu tiếp tục co giật, cho thêm diazepam hay thiopental TM, nhưng không dùng ngay lúc đầu những thuốc này vì có thể gây tụt huyết áp.

Cần phải sẵn sàng các phương tiện hồi sức khi dẫn mê như là cho gây mê.

Liều tối đa của các thuốc phụ thuộc cân nặng và tình trạng bệnh nhân. Tránh ngộ độc bằng cách pha loãng đậm độ thuốc.

1% Lidocain hay 0,25% Bupivacain cho gây tê.

0,5% Lidocain hay prolocain cho phong bế đơn thuần.

Tốc độ hấp thu thuốc có thể giảm bằng cách dùng thêm thuốc co mạch - adrenalin, thường rất hay dùng trong pha loãng 5mg/ml (1/200.000) để phong bế, 2,5mg/ml (1/400.000) là đủ. Có khi đã pha sẵn hỗn hợp này nhưng nếu không có thì tự pha.

Để làm thành 1/200.000 adrenalin: cho 0,1ml adrenalin 1% vào 20ml dung dịch gây tê tại chỗ.

Thêm adrenalin có 2 tác dụng tốt:

Do co mạch mà tốc độ hấp thu thuốc giảm đi vì thế một lượng lớn thuốc tê tiêm mà không có tác dụng độc.

Thuốc tê thoát khỏi vùng tiêm chậm hơn nên thời gian tê tăng lên tới 50%.

Khi tiêm thuốc tê, dùng kim nhỏ

21 - 23G tiêm vào rễ thần kinh

23 - 25G tiêm phong bế.

Kim tiêm bé sẽ làm giảm rủi ro ngộ độc thuốc

Liều tối đa của các loại thuốc tê như sau:

Tên thuốc	Liều tối đa mg/kg	Liều tối đa mg/60kg người lớn
Lidocain 1%	4	240
Lidocain 1% + Ahenalin 1/200.000	7	420
Bupivacain 0,25%/0,5%	2	120

– Chống chỉ định và phòng ngừa

Người ta vẫn thường hiểu lầm là gây mê thì nguy hiểm hơn gây tê. Thực tế, đối với cuộc mổ lớn, không có chứng cứ về sự khác nhau về tỷ lệ tử vong và biến chứng giữa gây mê có chất lượng tốt và gây tê.

Một số chống chỉ định gây tê như:

Dị ứng với thuốc tê.

Nhiễm trùng vùng gây tê.

Không có khả năng bảo đảm vô trùng đối với các dụng cụ gây tê.

Bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông.

Những phòng ngừa chung và trang bị cơ bản.

Đảm bảo bệnh nhân đã được chuẩn bị đúng, nhịn ăn như đối với gây mê.

Đảm bảo các máy móc hồi sức đã có trong tay trong trường hợp có tác dụng ngược.

Đặt 1 đường truyền TM, cho cuộc mổ lớn, dịch truyền thích ứng.

– An thần trong khi gây tê.

Thường phải dùng thuốc an thần khi gây tê để mổ lớn nhằm làm giảm lo lắng và nằm yên. Tốt nhất là tiền mê bằng uống: an toàn hơn và rẻ hơn. Đôi khi cần thêm 1 ít thuốc tiêm TM, nhưng không nên dùng cách tiêm này để "che lấp" 1 gây tê không đạt.

Không được dùng an thần cho những người mất tri giác mà không có kiểm tra đường hô hấp. Một bệnh nhân an thần vẫn có thể nói được.

*** Gây tê tuỷ sống.**

Gây tê tuỷ sống là một kỹ thuật dùng thuốc thường xuyên khi mổ dễ. Khi gây tê được thực hiện bởi 1 người có kinh nghiệm cho 1 cuộc mổ dễ theo chương trình thì an toàn và rất hiệu quả. Tuy nhiên, gây tê tuỷ sống gây rối loạn sinh lý lớn và có thể nguy hiểm thậm chí chết người khi dùng trong cấp cứu ở một bệnh nhân mất nước, thiếu khối lượng tuần hoàn và choáng.

Đối với một sản phụ yếu cần mổ đẻ cấp cứu, đòi hỏi kỹ thuật sau:

Gây mê với Ketamin

Gây mê với khí bốc hơi

Gãy tê tại chỗ.

– **Xử trí gây tê tuỷ sống cao.**

Không được lơ đãng những dấu hiệu của gây tê tuỷ sống lên cao dần hơn mức tối đa cho phép là T4 (ngay núm vú). Ngay sau khi gây tê và đặt tư thế, quan sát các tác dụng. Tác dụng này nhanh hơn đối với Lidocain so với Bupivacain. Tác dụng ban đầu của gây tê đúng độ cao sẽ làm cho sản phụ cảm thấy thoải mái vì đau do chuyển dạ không còn. Những dấu hiệu của suy hô hấp và tụt huyết áp là:

Nằm không yên.

Khó thở.

Kêu buồn nôn và nôn.

Không nói được.

Quay đầu bên này bên kia

Mất tri giác

Thiếu oxy

Đây là những dấu hiệu báo hiệu rất nghiêm trọng. Thêm nữa là huyết áp và nhịp tim tụt xuống không thể chấp nhận được (dưới 80mm/kg tối đa, dưới 50 - 60 nhịp/phút). Bảo bệnh nhân nắm bàn tay, nếu không làm được có thể là mất tri giác hay liệt. Thường là không thể biết 1 cách chính xác nếu bệnh nhân không trả lời vì huyết áp tụt (giảm tưới máu não) hay là do thuốc tê lên cao trong tuỷ sống.

Hành động ngay lập tức để điều trị những bệnh nhân không đáp ứng, nguyên nhân có thể là huyết áp tụt hay gây tê cao.

– **Xử trí những tác dụng không mong muốn của gây tê tuỷ sống:**

Điều trị tụt huyết áp:

Tăng tốc độ dịch truyền càng nhanh càng tốt, nếu cần dùng túi áp lực.

Quay bàn sang trái nếu chưa quay

Tiêm thuốc co mạch: Ephedrin 10mg, thêm khi cần.

Điều trị khó thở: cho oxy và IPPV, dùng thuốc mê qua chụp mặt và túi tự phòng hoặc máy mê.

Lúc này tình hình có thể đã được giải quyết, nhịp tim và huyết áp đã tăng trở lại, bệnh nhân tự thở và tiếp tục với gây tê tuỷ sống.

Nhưng đôi khi gây tê tuỷ sống cao tiếp tục xấu đi thậm chí thành gây tê toàn bộ tuỷ sống. Trong điều kiện đó, không còn thấy hoạt động của tim - phổi. Bắt đầu không chậm trễ những biện pháp hồi sức sau đây:

Đặt nội khí quản

Thông khí với oxy

Tiêm adrenalin TM

Vấn đề nổi lên là: đặt nội khí quản như thế nào ở 1 sản phụ rõ ràng là không thở (khi bóp bóng qua chụp mặt không đủ) nhưng bệnh nhân đó vẫn còn tri giác. Có cần phải tiêm thiopental hay Suxamethonium không?

Khi có tụt huyết áp:

Tránh dùng thiopental: tiêm diazepam 10mg thay

Xem xét có cần phải tiêm suxamethonium dựa trên tình trạng dân cơ của bệnh nhân.

Tiêm adrenalin 0,2 - 0,5mg TM nếu huyết áp không tăng khi dùng ephedrin.

Gây tê tuỷ sống cao hay gây tê toàn bộ tuỷ sống là loại ngừng hô hấp - tuần hoàn "được lí" xảy ra ở người khoẻ. Tất cả các trường hợp đều hồi phục hoàn toàn. Tử vong hay tổn thương não do nhận biết chậm những dấu hiệu hoặc do xử trí chậm là không thể tha thứ được.

Tử vong hay biến chứng sau gây tê tuỷ sống thường là do bỏ qua các dấu hiệu sinh tồn.

5. Kỹ thuật gây mê mẫu

*** Gây mê bằng ketamin**

Ketamin là phương pháp duy nhất được dùng rộng rãi mà không cần bảo vệ đường thở. Nhưng nó không được khuyến cáo là phương pháp an toàn hoàn toàn khi dạ dày đầy thức ăn vì nguy cơ nôn và trào ngược.

– Ketamin thích hợp trong:

Không cần dân cơ nhiều, đặc biệt ở trẻ con.

Là một kỹ thuật phải cần đến khi máy mê hay nguồn cung cấp khí cho máy Boyle hỏng.

Nếu định dùng gây mê mà không có máy mê thí dụ như trong tai nạn cần cứu một nguồn bị kẹt.

Ketamin là thuốc gây mê hoàn toàn, dùng bỏ qua những đề phòng thông thường.

Gây mê với nội khí quản và điều khiển hô hấp là một kỹ thuật vạn năng có hiệu lực tuy nhiên hơi mất thì giờ trong những ca mổ nhỏ, ở những ca này có nhiều cách thích hợp.

Ketamin đơn thuần.

Tiêm an thần và atropin để tiền mê.

Lập đường truyền TM. Ở trẻ dầy dụa, tốt nhất là đợi khi ketamin tiêm bắp ngấm.

Tiêm ketamin 6 - 8mg/kg bắp hay 1-2mg/kg TM (pha với lượng Atropin thích hợp nếu chưa tiền mê).

Sau tiêm TM bệnh nhân sẽ sẵn sàng để mổ trong 2 - 3 phút còn tiêm bắp thì sau 3 - 5 phút.

Cho thêm liều ketamin nếu cần (đau) tiêm 1/2 liều TM ban đầu hay 1/4 liều tiêm bắp.

– Gây mê với nội khí quản.

Kỹ thuật này thích hợp như là một phương pháp vạn năng ở người lớn cho bất kể loại mổ lớn nào, kể cả mổ đẻ hoặc nếu nội khí quản có chỉ định đặc biệt: bảo vệ đường thở.

Nó chống chỉ định khi dự kiến đặt nội khí quản khó.

Bình thường, tự thở sẽ trở lại sau liều dẫn cơ đầu tiên để đặt nội khí quản hết tác dụng nhưng điều này không phải là sẽ như vậy và hô hấp đó đủ hiệu quả cho tất cả bệnh nhân. Một số người tự thở hiệu quả trong suốt cuộc mổ, một số lại không. Những hoàn cảnh sau làm cho hô hấp kém hiệu quả:

Phản xạ tăng lên khi đặt nội khí quản: cứng bụng, huyết áp tăng.

Kích thích mạnh do mổ.

Béo phì hay bất kể nguyên nhân nào gây giảm chức năng hô hấp

Tư thế đầu thấp.

Bệnh nhân có bất thường về cơ.

Mở quanh hay cử động vùng đầu, cổ, ống nội khí quản.

Mở bụng trên.

Dùng Halothan mà không có hỗ trợ giảm đau.

Ống nội khí quản bé.

Mổ mở ngực đương nhiên không thể thực hiện được với thở tự nhiên.

Trừ khi là chống chỉ định, điều quan trọng là dùng bổ xung thuốc giảm đau (Pethidin 1mg/kg TM khi khởi mê) nếu halothan là thuốc duy nhất để duy trì mê.

1. Thở oxy trước bằng:

Tỷ lệ cao oxy thở ít nhất 3 phút hay

10 nhịp thở oxy nguyên chất với lưu lượng 10l/phút có úp chụp mặt kín.

Chứa đầy oxy trong phổi cho phép bệnh nhân vẫn đủ oxy khi đặt nội khí quản kho trong nhiều phút.

2. Nếu có rủi ro trào ngược, ép sụn nhân khi tiêm thuốc mê cho đến khi đặt được nội khí quản với bóng.

3. Dẫn mê với liều ngủ của thiopental 5mg/kg ở người lớn, tiêm TM trong 30 - 45 giây.

4. Đặt nội khí quản sau khi tiêm dẫn cơ suxamethonium 1mg/kg.

5. Thông khí phổi với ete 10% hay 1,5% halothan trong 3 phút

6. Khi tác dụng dẫn cơ hết, thường sau 3 - 5 phút, đợi cho thở lại. Thở oxy là bắt buộc nếu halothan dùng để gây mê nhất là đối với ete. Không được dùng dao điện nếu dùng ete

7. Nếu tự thở không đủ, cần hỗ trợ bằng tay hoặc bằng máy thở với máy thở thì thêm dẫn cơ dài.

8. Khi cuộc mổ kết thúc, tắt thuốc mê và cho thở càng nhiều oxy càng tốt. Vì tắt thuốc mê nên thở không đều và có khi ngừng thở.

9. Theo dõi và tiếp tục hỗ trợ hô hấp cho đến khi bệnh nhân thở sâu, đều và các niêm mạc đỏ.

10. Nếu có rủi ro trào ngược, quay bệnh nhân sang 1 bên và rút ống nội khí quản khi bệnh nhân đã tỉnh sau khi hút kỹ càng mồm và họng. Nếu không thể quay bệnh nhân được, bảo đảm dạ dày đã rỗng trước khi rút ống. Ngừng thở có thể xảy ra nếu rút nội khí quản trước khi thở đều. Đây là thời điểm quan trọng và đòi hỏi kinh nghiệm để nhận biết khi nào thì rút được nội khí quản.

11. Tiếp tục cho thở nhiều oxy, quan sát hô hấp xem đã đủ chưa, niêm mạc hồng trong khi giữ thoáng đường hô hấp và nếu cần thì giữ hàm.

- Kỹ thuật gây mê đường thở không có nội khí quản.

Chỉ dùng cách này khi dạ dày bệnh nhân chắc chắn rỗng.

1. Khởi mê bằng kỹ thuật an toàn và thuận lợi.

2. Đảm bảo các cơ hàm đã dẫn.

3. Đặt chụp thanh quản

4. Nối hệ thống thở với chụp mặt hay với chụp thanh quản

5. Chú ý tới rò rỉ khí quản quanh chụp mặt hay chụp thanh quản

Nhớ rằng kỹ thuật này không bảo vệ đối với trào ngược do đó không được áp dụng trong cấp cứu và sản phụ có chửa.

*** Gây mê đường tĩnh mạch toàn bộ.**

Ở một số nước, gây mê tĩnh mạch được áp dụng nhiều lên, trong đó tất cả các thuốc mê, dẫn cơ cũng được tiêm đường TM với tốc độ chính xác bằng bơm tiêm điện do đó loại bỏ có hiệu quả việc dùng bộ phận bốc hơi.

Ngày nay thuốc thích hợp nhất cho kỹ thuật này là propofol, midazolam và ketamin, có thể là quá đắt vì sử dụng rộng rãi. Không thể thay thế bằng thuốc rẻ

hơn như thiopental vì nó tích trữ rất cao khi tiêm liên tục. Nếu có loại thuốc nào tác dụng ngắn giá rẻ có thể sẵn sàng thì gây mê TM sẽ được áp dụng rộng rãi hơn ở bệnh viện tuyến huyện. Kỹ thuật sau đây, dùng gây mê TM với ketamin, thích hợp, kinh tế và sử dụng rộng rãi:

1. Sau khi tiền mê bằng Atropin và thở oxy, khởi mê với truyền ketamin 1mg/kg (liều trung bình ở người lớn là 50 - 100ml).

2. Tiêm Suxamethonium và đặt nội khí quản.

3. Duy trì mê bằng ketamin 1-2mg/phút (liều cao hơn nếu không tiền mê). Sau khi thở trở lại, dùng dẫn cơ dài.

4. Thông khí với không khí trộn với oxy (nếu có)

5. Hết cuộc mổ, dùng thuốc khử dẫn cơ, rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh.

*** Gây tê tuỷ sống mẫu trong mổ đẻ theo chương trình.**

1. Truyền thêm 500 - 1000ml HTM hay dung dịch hartmann cho sản phụ.

2. Chọc tuỷ sống trong tư thế nằm nghiêng hay ngồi. Để tránh rức đầu sau gây tê, dùng kim nhỏ 25 - 27G.

3. Tiêm khoảng 1,5 - 2ml Lidocain "nặng" hoặc 2ml bupivacain khi sản phụ nằm nghiêng

Lidocain nặng 5% với 7,5% dextrose thường được dùng, vì không đắt, rất tiện, chỉ tác dụng trong 45 - 60 phút do đó phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và cuộc mổ không dính.

Khi có sẵn, bupivacain tỷ trọng bằng hay cao được ưa dùng hơn là Lidocain.

4. Ngay sau khi tiêm tuỷ sống, đặt tư thế sản phụ nằm ngang nhưng khung chậu dồn ở dưới, tử cung nghiêng sang trái. Đảm bảo sản phụ nằm vững không ngã.

5. Cảnh giác cao và điều trị tích cực tất cả những tụt huyết áp dưới 90mmHg. Huyết áp tụt gây nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con. Bắt đầu xử trí bằng truyền nhanh 1000ml dung dịch keo hay tinh thể trong 5 phút hay ngắn hơn.

6. Nếu huyết áp vẫn thấp, cho:

Thuốc co mạch, ephedrin 5 - 10mg

Có thể truyền liên tục ephedrin 30mg trong 500ml dịch.

Nếu không có, tiêm dung dịch HTM 20ml pha với 0,5mg adrenalin TM, từng ml một.

7. Luôn luôn cho thở oxy trong khi mổ

Mức cao lý tưởng của chọc kim là T5 T6 và đường vú T4. Cần nhớ là ở sản phụ đến tháng đẻ, thuốc tê rất dễ lên cao. Cho liều giảm hơn người thường 0,5ml.

Sản phụ nhỏ bé: 1,2ml lidocain nặng

Sản phụ trung bình: 1,5ml.

Sản phụ to: 2ml

Nếu dùng loại tỷ trọng bằng (không có glucose) tăng liều lên 0,5ml. Thí dụ: sản phụ nhỏ mổ đẻ lần đầu, thời gian mổ ngắn tiêm 1,2ml Lidocain nặng, sản phụ to mổ đẻ lần 3 tiêm 2,5ml bupivacain tỷ trọng bằng bởi vì béo phì và dính chỗ mổ làm cho cuộc mổ kéo dài.

Nếu cuộc mổ kéo dài và bệnh nhân bắt đầu thấy đau, tiêm TM thuốc mê như loại thuốc phiện hay Ketamin.

*** Mổ đẻ khi tiền sản giật và sản giật.**

Với mọi mức độ của tiền sản giật, gây tê tuỷ sống tốt hơn là gây mê vì:

Gây dẫn mạch

Không có phản ứng tăng huyết áp khi đặt nội khí quản

Không cần phải xử trí đường thở

Xét nghiệm đông máu có thể không làm được, nhưng nếu không thấy nghi ngờ bất thường đông máu, gây tê tuỷ sống bằng kim 25G là phương pháp được lựa chọn ở những bệnh nhân hợp tác tốt.

Phương pháp gây mê để mổ đẻ trong tiền sản giật thay đổi. Halothan vẫn là truyền thống. Ete giải phóng adrenalin về lý thuyết làm trầm trọng thêm nhưng trên thực tế không thấy như vậy. Ete ưa dùng hơn Halothan trong mổ đẻ, trong tiền sản giật Ete là lựa chọn tốt để gây mê.

Không bao giờ được dùng Ketamin trong tiền sản giật.

– Những vấn đề tiềm tàng trong khởi mê.

Mức độ tỉnh: các thuốc an thần có thể dùng liều giảm hơn trong khởi mê.

Khó khăn về đường thở do phù.

Phản ứng tăng huyết áp khi đặt nội khí quản.

Khó đặt nội khí quản vì phù thanh quản.

Khó do huyết áp do thể tích tuần hoàn giảm và co mạch.

Sản phụ cần được theo dõi trong phòng sản sóc tăng cường sau mổ, đặc biệt chú ý tới:

Huyết áp.

Lưu lượng nước tiểu.

Thăng bằng dịch.

Mức độ tỉnh.

Phù đường thở.

Sau cơn sản giật, việc sản sóc cũng giống như trên, nhưng nếu sản phụ mê thì phải gây mê. Có thể là phù phổi, cần phải thông khí điều khiển. Những cơn sản giật cần được điều trị sau mổ. Cán lưỡi có thể gây khó khăn khi đặt nội khí quản.

Sau sản giật kéo dài, sản phụ hôn mê và rất tối. Một số phẫu thuật viên chọn lựa gây tê tại chỗ để mổ đẻ.

Không được phép làm như vậy vì 2 lí do:

1. Thường thuốc tê không đủ làm giảm đau, nên dù hôn mê, đau làm tăng huyết áp lại.

2. Thiếu oxy rất dễ xảy ra trong khi làm thủ thuật nên cần phải đặt nội khí quản và thông khí với oxy.

*** Gây mê để lấy sót rau sau sẩy thai và đẻ**

Lấy sót rau sẩy và đẻ là thủ thuật bán cấp cứu vì nhiễm trùng xảy ra nhanh chóng với khả năng tử vong. Ở đơn vị sản phụ bận rộn, thường là có nhiều ca một ngày; những phụ nữ bị sẩy thường đã có nhiễm trùng và sản phụ có sót rau.

Lý tưởng là gây mê không dùng các thuốc bốc hơi, vì có thể gây dẫn cơ tử cung và chảy máu nhiều. Điều này đặc biệt đúng khi làm trong điều kiện nhiễm trùng, khi tử cung sưng to hay khi sản phụ để chảy nhiều máu.

Kỹ thuật gây tê hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch là lý tưởng, dùng ketamin 2-4mg/kg, thuốc này cũng có tính chất co tử cung.

Cho diazepam 5-10mg TM trước khởi mê để bệnh nhân yên tâm và tránh hoang tưởng sau mổ.

Phương pháp lựa chọn khác là:

Pethidin 50mg TM sau đó là thiopental 2,5% tới liều tối đa là 500mg hay Propofol 20 - 30ml.

Có khi phải dùng oxytocin sau mổ 20-40 đơn vị trong 1l HTM.

Nhiều hoàn cảnh lâm sàng thực hiện dưới diazepam 10mg và pethidin 50mg, nhưng nhiều sản phụ không chịu đựng được nên nạo sót. Để tránh, phương pháp tốt nhất là dùng ketamin.

*** Mổ bụng cấp cứu.**

Trong nhiều bệnh viện, mổ bụng cấp cứu là viêm phúc mạc, tắc ruột, chấn thương bụng, những phẫu thuật này vẫn đứng hàng thứ 2 về mức độ thường xuyên, mổ đẻ đứng hàng đầu. Nếu không mổ, tử vong là chắc chắn, gây mê tốt quyết định kết quả cũng như là mổ tốt.

Sau khi hồi sức ban đầu, mục đích trên hết là đặt nội khí quản, thông khí và duy trì huyết áp. Những hành động sau đây là quan trọng để đạt được mục đích.

1. Đặt 1 ống thông to (16G) và có lượng dự trữ dịch truyền TM (HTM, Ringer lactat). Cho chảy nhanh nhưng theo dõi tình mạch cảnh trong vì truyền quá liều.

2. Theo dõi huyết áp vài phút/lần và bão hoà oxy (nếu có máy đo).

3. Đặt ống thông dạ dày và làm căng rộng càng tốt dạ dày trước khi khởi mê. Bảo đảm ống thông không bị tắc.

4. Sẵn sàng có máy hút đang làm việc, đầu ống hút để ngay dưới gối.

5. Cho thở oxy, ép sụn nhân vì thường hay trào ngược.

6. Kiểm tra đường thở và tư thế đầu để chắc chắn không khó khăn khi đặt nội khí quản.

7. Khởi mê không ảnh hưởng đến tim. Nếu còn nghi ngờ về thể tích tuần hoàn, dùng ketamin 1-2mg/kg. Nếu không dùng thiopental là hoàn toàn chấp nhận được. Dùng liều giảm hơn (2mg/kg) nếu bệnh nhân tụt và huyết áp thấp.

8. Tiêm suxamethonium 100mg ngay sau khi tiêm thuốc khởi mê. Cho huyết thanh chảy nhanh khi tiêm

9. Đặt nội khí quản thật nhanh và bơm bóng

10. Thông khí và kiểm tra tư thế của ống

11. Kiểm tra huyết áp và lại cho thở oxy trước khi dùng ete hay halothan. Nếu huyết áp vẫn thấp có thể tiếp tục với ketamin và oxy đơn thuần.

Có thể cần phải thông khí với hoặc không có dẫn cơ, dù nhiều bệnh nhân thở tự nhiên cũng đủ. Nếu bụng chướng, hỗ trợ hô hấp bằng tay.

Dùng loại dẫn cơ không khử cực như vecuronium chỉ khi có máy thở trong buồng mổ và nếu hỗ trợ hô hấp sau mổ đã sẵn sàng.

Cần phải săn sóc tăng cường, đặc biệt chú ý đến dịch truyền TM và lưu lượng nước tiểu. Tiếp tục thiếu khối lượng tuần hoàn, nhiễm trùng và tụt huyết áp là những nguyên nhân chính của tử vong trong 24 giờ đầu sau mổ.

*** Trường hợp cấp cứu có đường thở bị biến chứng**

Đường thở bị biến chứng nghĩa là bị tắc hoặc là có sẵn khi bệnh nhân tỉnh hoặc là đợi nó xảy ra khi mất tri giác.

Những nguyên nhân tắc bao gồm: nôn, phù nề, máu, áp xe hoặc tổ chức nhiễm trùng, mủ, bất thường giải phẫu, cặn, dị vật, u, mô bị thương.

Tắc có thể ở miệng, trong miệng, trong hay quanh cổ với dị vật, có thể tắc thấp đường thở.

Có rất nhiều nguyên nhân và kịch bản khác nhau liên quan tới tắc đường hô hấp mà không thể mô tả chi tiết cách xử trí.

Nếu đứng trước 1 trường hợp đường thở bị biến chứng, cần nhớ là bệnh nhân khi đến bệnh viện vẫn đang thở nếu không thì đã chết đâu đó trên đường. Xử trí đúng phụ thuộc vào:

Bảo vệ đường thở càng lâu càng tốt.

Tăng lượng dự trữ oxy trong phổi.

Khởi mê.

Nắm chắc đường hô hấp bằng đặt nội khí quản.

*** Nguyên tắc khởi mê khi đường thở tắc**

1. Đánh giá sự cần thiết để làm gấp. Có chẩn đoán và kế hoạch trước khi bắt đầu. Nếu có thể, có người gây mê kinh nghiệm trong phòng mổ hay cạnh đó.

2. Tập hợp mọi thứ cần thiết cho những đường thở khó. Một số hay tất cả những thứ này đều có ích: ống nong, 2 đèn soi thanh quản với nhiều lưỡi, que thông, các cỡ ống nội khí quản, que thông đã bôi trơn ở ống nhỏ nhất, chụp thanh quản, các cỡ chụp, bộ chọc thanh quản cấp.

3. Dùng giá đỡ đầu nhỏ để hỗ trợ. Cháu bé có thể ngồi trên bàn hoặc trên đùi để khởi mê sau đó mới đặt nằm ngang trên bàn.

4. Có máy hút đã bật sẵn và ống hút.

5. Đánh giá rủi ro trào ngược đặc biệt nếu đã nuốt nhiều máu

6. Lắp máy theo dõi bão hoà oxy

7. Đã có bộ truyền đang giở giọt và các thuốc để khởi mê

8. Cần bảo vệ tốt: bệnh nhân có đường thở chấn thương có thể ho máu vào mình. Đi găng là chính, khẩu trang, kính

9. Không thăm khám các vết thương hay bỏ băng chùng nào đường thở đã ổn định vì như vậy có thể làm bệnh nhân ho lạc mất đường thở và lại chảy máu.

10. Cỏ úp chụp vào đường thở để thở oxy. Quan sát bão hoà oxy và cử động của bóng mê. Điều này cho biết hiệu quả của thở oxy và việc khởi mê bằng đường thở có dễ không

11. Khởi mê. Không bao giờ tiêm TM thuốc mê đặc biệt là suxamethonium, trừ khi đảm bảo chắc chắn có thể thông khí bằng chụp và việc đặt nội khí quản có thể làm được hoặc bằng chụp thanh quản.

Tiêm thuốc đường TM có thể gây mất đường thở và ngừng thở. Liệu có xử trí được không? Nếu không thì đừng tiêm.

Với chấn thương vùng mặt, xương và các mô bị phá huỷ làm cho việc giữ chụp mặt và thở oxy khó khăn nhưng đặt nội khí quản sau khi hút sạch có thể sẽ dễ. Trong trường hợp đặc biệt chấn thương vùng cổ (bị cắt cổ) có thể đặt nội khí quản qua vết thương ở cổ.

Phương pháp kinh điển là gây mê đường thở với Halothan khi đứng trước đường thở tắc. Trên thực tế điều này không luôn luôn đạt kết quả: khởi mê kéo dài nếu thông khí tồi hay tắc. Bệnh nhân dày dụa hay ho làm cho tồi hơn, chảy máu tăng dẫn đến tắc hoàn toàn đường thở. Có thể bắt đầu với 1 kỹ thuật và có sở trường để thực hiện kỹ thuật khác hoặc phối hợp kỹ thuật đường TM với đường thở.

Bao giờ cũng có kế hoạch dự trữ có tính đến tình hình bệnh nhân, tay nghề và nguồn cung cấp cần linh hoạt, chuẩn bị kế hoạch khi thất bại và không cố định vào 1 lựa chọn duy nhất của kỹ thuật gây mê.

Chăm sóc đường thở sau mổ có thể khó khăn phức tạp hơn trước mổ vì: các mô xung nề, còn đủ thuốc mê, chảy máu sau mổ, máu tụ hình thành.

Do đó trước khi làm điều gì đến đường thở, hãy kiểm tra các phương tiện đã sẵn sàng. Cần tránh việc chăm sóc những bệnh nhân này trong phòng mổ ở bệnh viện huyện hay phòng bệnh thông thường, phải chuyển bệnh nhân đến nơi chuyên khoa để sẵn sàng tăng cường. Có thể đặt nội khí quản tại bệnh viện huyện rồi cùng bệnh nhân chuyển đến trung tâm chuyên khoa.

6. Theo dõi bệnh nhân mê

Một bệnh nhân mê, do chấn thương hay do bệnh hay do tác dụng của thuốc mê, mất nhiều phản xạ sinh tồn và bảo vệ và phụ thuộc vào người khác để chống đỡ và duy trì chức năng sinh tồn. Đây là nhiệm vụ của đội ngũ y tế bảo đảm cho người bệnh đã được bảo vệ trong giai đoạn nguy kịch. Một người không bao giờ làm cả gây mê lẫn phẫu thuật trong cùng 1 lúc, 1 người được đào tạo tốt luôn luôn sẵn sàng để đặc biệt sẵn sàng đường thở, theo dõi bệnh nhân và sẵn sàng tất cả chức năng sinh tồn.

*** Sẵn sàng 1 bệnh nhân mê**

- Tư thế

Luôn luôn khởi mê bệnh nhân trên bàn hay trên cang có thể nhanh chóng đặt đầu dốc hay thấp để đối phó với cơn hạ huyết áp đột ngột hoặc nếu bệnh nhân nôn, chất nôn ra ngoài chứ không vào phổi.

Khi đã gây mê, không được đặt bệnh nhân trong tư thế bất thường có thể làm thương tổn đến các khớp và cơ. Nếu đặt tư thế phụ khoa, 2 người cùng nâng 2 chân để tránh làm thương tổn khớp cùng chậu.

- Mắt

Hai mắt phải được che kín hoàn toàn khi gây mê nếu không giác mạc có thể bị khô và loét. Nếu 2 mí mắt không khép tự nhiên, dùng 2 giải băng dính giữ. Cần luôn luôn để như vậy nếu phải băng ở đầu hoặc băng thêm. Nếu bệnh nhân nằm xấp, đặc biệt chú ý tránh đè ép lên mắt vì có thể làm thương tổn thị lực vĩnh viễn.

- Răng

Răng luôn có rủi ro khi soi thanh quản đặc biệt nếu đã lung lay, sâu răng và khắp khệnh. Thương tổn đường thở ở môm thường xảy ra trong giai đoạn hồi tỉnh, khi trương lực các cơ nhai tăng lên và bệnh nhân cắn. Soi thanh quản có thể gây thương tổn răng, nhất là răng cửa khi dùng nó làm chỗ tựa để nâng đèn soi. Răng rụng tốt nhất là lấy đi, nếu không có thể rơi vào trong thành áp xe phổi.

- Thần kinh ngoại biên.

Một số thần kinh ngoại biên như dây thần kinh trụ có thể bị tổn thương do đè ép lâu. Thần kinh khác như đám rối cánh tay có thể bị kéo giãn. Đặc biệt chú ý đến tư thế bệnh nhân và dùng gối mềm ở những nơi xương lồi ra. Ga rô, nếu dùng phải độn và không bao giờ để quá 90 phút vì gây thương tổn thần kinh do thiếu máu.

- Hô hấp

Thở không bị hạn chế là vấn đề chính đối với bệnh nhân mê. Đảm bảo chắc chắn người mổ cũng như người phụ không tỳ vào thành ngực hay phần trên bụng.

Nằm đầu dốc hạn chế cử động cơ hoành đặc biệt ở người béo phì, vì thế điều khiển hô hấp là cần thiết.

Nếu bệnh nhân nằm xấp, đặt gối ở phần trên ngực và khung chậu để thành bụng được tự do cử động khi thở.

Di chuyển bệnh nhân cẩn thận trong mọi lúc, khi tỉnh hay khi mê.

– Bông

Bảo vệ bệnh nhân khỏi bị bông khi gây mê. Cảnh giác da bị cháy do thuốc sát trùng bốc lửa lúc dùng dao điện. Để phòng bông, đặt điện cực trung tính lên vùng da rộng (lưng, mông, đùi) cố định chặt.

– Hạ nhiệt độ

Giữ ấm những bệnh nhân hôn mê càng ấm càng tốt, bằng phủ chăn và tránh gió lùa. Phần lớn các thuốc gây tê tại chỗ và gây mê đều gây giãn mạch ở da nên làm mất nhiệt cơ thể. Dù sờ ngoài da ấm nhưng nhiệt độ giảm nhanh chóng. Hạ nhiệt độ khi gây mê có 2 tác hại:

Làm tăng và kéo dài tác dụng của một số thuốc như dẫn cơ.

Bệnh nhân rét run khi hồi tỉnh, làm tăng nhu cầu oxy, dẫn đến thiếu oxy

*** Theo dõi (monitor)**

Máy theo dõi là 1 thiết bị báo động khi có 1 bất thường như huyết áp thấp, bằng tiếng. Bao tay đo huyết áp không báo động gì, chỉ đơn thuần đo và không cho biết có gì là sai. Chữ "monitor" có nghĩa rộng "chủ động tìm những hiện tượng bất thường của bệnh nhân". Hay 1 nghĩa khác, phần lớn công việc nằm ở người đo, người đó phải chủ động tìm những thông tin.

Monitor có nghĩa là quan sát bệnh nhân

Trong 20 năm qua có nhiều tiến bộ kỹ thuật trong lĩnh vực theo dõi khi hồi sức và gây mê hơn tất cả các lĩnh vực y học khác. Những phát triển đó có khả năng theo dõi 1 người gần như không cần đặt tay vào người bệnh mà vẫn có thông tin về mạch, huyết áp, hô hấp, bão hoà oxy, nhiệt độ da và những thay đổi sinh lý khác.

Song, việc đào tạo bất buộc và giá trị thiết bị (bao gồm cả phần bảo trì) quá đắt nên các bác sĩ gây mê tại những nước đang phát triển thường không có gì nhiều hơn là các dụng cụ theo dõi truyền thống (bao tay đo huyết áp, ống nghe) có lẽ may ra có thêm máy theo dõi bão hoà oxy. Như vậy hệ thống cảm nhận của người gây mê trở thành trang thiết bị theo dõi quan trọng nhất. Việc bảo trì duy nhất là phải sử dụng hệ thống này.

Nguyên tắc cơ bản trong gây mê là phải không bao giờ được rời khỏi bệnh nhân.

Năm giác quan là: nghe, ngửi, nhìn, sờ và nếm. Chỉ có mỗi nếm là ít dùng để báo động người gây mê. Bốn giác quan đều là chính. Rất tiếc, từ "báo động" thường được thay bằng từ lạm dụng là "cảnh giác" và sau khi được tuyên bố là rất quan trọng thì, trên thực tế, là không để ý đến.

Người gây mê không có báo động là người không quan sát những sự việc xảy ra xung quanh và không nhận biết những thay đổi của người bệnh. Loại người như vậy không hành động 1 cách lô gic đối với các thay đổi, và không nghĩ ngờ gì, là một mối nguy cho bệnh nhân đang gây mê.

Những thiết bị theo dõi hiện đại đôi khi tác dụng như là sự phân trí cho người gây mê, người đó làm công việc của mình tốt hơn với bao tay đo huyết áp và ngón tay bắt mạch.

Thông thường điều quan trọng hơn là nhìn vào người bệnh chứ không vào thiết bị, nhưng người gây mê cảnh giác là người chú ý tới cả 2.

Hãy hình dung vùng tác dụng qua lại của mình, đó là khoảng không chung quanh mình. Những sự việc xảy ra trong vùng này ảnh hưởng đến công việc của mình và mình phải quan tâm.

Mở rộng khoảng không gian này ra ngoài như thế có nghĩa dụng tới khoảng không gian của người khác trong phòng mổ và liên hệ với họ. Đôi khi 2 hay nhiều người gây mê hơn tập hợp lại thành 1 nhóm để gây mê, như trong những ca khó. Điều này có thể rất nguy hiểm cho người bệnh vì, trước hết không một ai có trách nhiệm, thứ 2 là thông tin trong nhóm có thể hạn chế. Thông thường cần có 1 hay vài trợ thủ cho 1 ca, nhưng cần nhớ là bao giờ cũng phải có 1 người chịu trách nhiệm gây mê. Một người thí dụ như lấy huyết áp, sau đó báo cho người gây mê chính kết quả. Trong trường hợp như huyết áp hạ thấp và halothan ở mức 3%, thì người đo huyết áp báo cho người gây mê chịu trách nhiệm để quyết định làm gì, giống như sĩ quan chỉ huy trên tàu chịu trách nhiệm về con tàu đó.

Nếu như người gây mê chính đi ra khỏi trong khi bệnh nhân vẫn còn nằm trên bàn, thì người đó phải trao trách nhiệm cho người khác.

Giảm những tiếng ồn không cần thiết. Tiếng ồn có thể làm cho phân trí dễ nghe những sự việc quan trọng hơn liên quan đến bệnh nhân hoặc là những tiếng trực trực của thiết bị. Thí dụ: máy tạo oxy có tiếng kêu có thể là không được bảo dưỡng ngày hôm qua - tại sao.

Tiếng thở của bệnh nhân bất thường, nhịp thay đổi, có thể là có tắc đường thở hay gây mê không đủ.

Máy thở có tiếng bất thường, có thể là hở hay tuột ống.

Những tiếng ồn quá mức trong phòng mổ do nhạc hay do quá nhiều người cùng làm cho xao lãng. Không nghe được tiếng máy thở và monitor.

"Chat" trong phòng mổ có nghĩa là không nghĩ về bệnh nhân.

Mùi có thể chỉ ra:

Máy hút bẩn, bàn mổ hay đệm bẩn.

Nhiễm trùng trong bụng hay chỗ khác.

Rò rỉ thuốc mê hoặc bộ phận bốc hơi đồ thuốc sai.

Máy nổ hay ổ cắm điện cháy.

Cổng phòng mổ tắc.

Kiểm tra xem nhiệt độ phòng mổ có quá nóng đối với những người làm việc và quá lạnh đối với bệnh nhân và xem có phải dùng chăn sưởi không.

Xem bàn mổ: có chạy không, quá cao hay quá thấp, nghiêng hay bị kẹt.

Xem nơi để những trang bị và thuốc quan trọng.

Nếu có những ống hay giấy quanh người bệnh hay trên bàn mổ, đảm bảo là không bị cuộn rối, thắt nút, xoắn hoặc nằm trên sàn. Xem đầu giấy hút có tới bệnh nhân không.

Quan trọng nhất là nguồn cung cấp oxy tới máy mê hoặc tới bệnh nhân (xem có thấy luồng oxy thổi vào mặt). Đảm bảo có thể thực hiện áp lực dương tính bằng bóp bóng.

Xem lại bệnh nhân ngay trước khi gây mê.

Ngoài việc đánh giá phòng mổ trước khi bắt đầu, ngay trước gây mê, quan sát bệnh nhân nằm trên bàn mổ về mặt tâm lý: bệnh nhân nằm trong một môi trường xa lạ sẽ làm cho huyết áp tăng lên, những chức năng tự động khác thay đổi khi gây mê và cần phải dùng giảm đau sau mổ.

- Theo dõi hô hấp tự nhiên.

Cần phải theo dõi cử động hô hấp khi thở tự nhiên sau khi gây mê. Khi thở tự nhiên, xem tần số thở, dung tích sống bằng cách nhìn vào lồng ngực và bụng sau đó nhìn vào máy mê. (quả bóng mê), cử động các van (Ambu). Thở đều, êm là 1 dấu hiệu tốt. Giảm tưới máu não do chảy máu sẽ làm thay đổi cách thở và có thể gây ngưng thở.

Gây mê với hô hấp tự nhiên vì thế mà sử dụng rộng rãi tại các nước đang phát triển, nó an toàn.

Song, cần phải kiểm tra cứ khoảng vài phút, lại bóp bóng để chắc chắn có cử động của thành ngực và bụng tương ứng. bằng cách này sẽ phát hiện ống nội khí quản bị gấp tắc 1 phần, đưa vào 1 bên phổi.

Theo dõi nhịp thở và độ sâu cũng cho biết mức độ mê. Các thuốc mê khác nhau tạo nên những tính chất khác nhau về cách thở:

Halothan gây thở hơi nhanh và nông.

Ete làm tăng thể tích thở mỗi phút bằng tăng nhịp và thở sâu nên không cần hỗ trợ, nhưng phải mất thời gian mới đạt được ổn định.

Ketamin gây nhịp thở bất thường.

Nếu không thể nhìn thấy ngực hay bụng bệnh nhân, xếp sắp lại vải mố.

Bất kể phương pháp duy trì mê thể nào, nguyên tắc chung là gây mê sâu sẽ làm giảm hô hấp (tần số và dung tích sống) do đó, thở tự nhiên là loại an toàn, vì dù người gây mê có không theo dõi cử động hô hấp thì bệnh nhân sẽ tự điều chỉnh độ sâu của mê và không bao giờ quá liều.

- Theo dõi hô hấp với IPPV.

IPPV là thông khí với áp lực dương cách quãng (intermitent positive pressure ventilation). Nếu có máy thở, cũng cần có bộ phận theo dõi để an toàn. Bệnh nhân nối với máy mê càng dễ bị quá liều hơn là thở tự nhiên. Luôn luôn chú ý đến huyết áp và nhịp tim.

Cách thường thấy nhất để gây quá liều nghiêm trọng thuốc mê là dùng IPPV.

Theo dõi hô hấp chủ yếu khác ở bệnh nhân đang thông khí bao gồm:

Nghe những tiếng động của máy thở: tiếng khí thoát ra trong mỗi lần thở của máy hay tiếng rơi quá nhanh, nặng nề của máy chứng tỏ ống tuột.

Quan sát sự lên xuống của ngực và bụng: không thấy cử động có nghĩa tuột hay tắc ống.

Cử động của đường hô áp lực: không di chuyển tức là tuột ống: di chuyển quá mức tức là ống bị gấp hay tắc.

Giới hạn cao tối đa của áp lực là 30cm nước. Áp lực thấp (10-15) có nghĩa độ đàn và chức năng phổi bình thường. Áp lực cao trên 30cm H₂O có nghĩa:

Tắc 1 phần ống do đàm rãi hay dị vật

Ống nội khí quản sang 1 bên phế quản

Co thắt phế quản.

Các cơ thành bụng đẩy vào cơ hoành

Phù phổi

Phổi đậm đặc.

Tràn khí màng phổi

Nếu là 1 máy thở cũ không có báo động, phải đặc biệt cảnh giác, chính mình là người báo động.

Bất kể máy thở nào có được, khi nối vào bệnh nhân lần đầu, kiểm tra thì thở vào/thở ra của máy tương ứng với sự nâng lên và hạ xuống của thành ngực và bụng.

– Theo dõi hệ tim mạch.

Hệ tim mạch là hệ thứ 2 liên ngay sau hệ hô hấp cần theo dõi với mức độ quan trọng như nhau.

Bắt mạch, nghe nhịp tim, độ nảy và so sánh với trước mổ. Nơi bắt mạch tốt nhất là cổ tay, động mạch quay, nơi khác thuận lợi là mạch thái dương, mạch cánh tay.

Nhịp mạch

Nhịp rất thay đổi theo tuổi, cách gây mê và bệnh. Trẻ sơ sinh và trẻ con có nhịp từ 100 - 150. Người già không chịu được nhịp nhanh tốt và người trưởng thành thường có nhịp dưới 100. Song nhịp tăng do: đau, gây mê nông, sốt, lượng CO_2 tăng, nhiễm trùng, ngộ độc, thiếu khối lượng.

Một bệnh cảnh hỗn hợp nổi lên báo động cho người gây mê cần phải quan sát và diễn giải, điều chỉnh phương pháp săn sóc bệnh nhân để cho những bất thường nguy hiểm hoặc những thay đổi của hệ tim mạch được trở về bình thường.

Nói chung, bệnh nhân tự thở dưới 1 liều cao thuốc gây mê bốc hơi không chọn lẫn với thuốc phiện, sẽ có nhịp cao (90-120) hơn bệnh nhân thở điều khiển với thuốc dẫn cơ và thuốc bốc hơi hỗn hợp (70 - 90). Loại sau gọi là phương pháp cân bằng.

Nhịp chậm là nhịp khó giải thích hơn và có nhiều nguyên nhân. Nó có thể là bình thường, thí dụ vận động viên thể thao, hay do cường phế vị như ngộ độc phosphat hữu cơ. Nhịp tim thường xuyên dưới 50 ở người lớn và dưới 90 ở sơ sinh thì cần điều trị.

Nhịp tim

Nhịp tim khó theo dõi hơn khi có loạn nhịp có thể phát hiện bằng bắt mạch cổ tay thấy không đều. Chẩn đoán thực sự loạn nhịp để có cách xử trí đúng thường đòi hỏi điện tim. May là ở các nước đang phát triển, bệnh thiếu máu cơ tim hiếm gặp nên những loạn nhịp nghiêm trọng cũng hiếm gặp. Nhiều loại loạn

nhịp xảy ra khi gây mê mà không ai phát hiện cũng tự khỏi sau khi tỉnh không gây tai hại gì.

Nếu thấy có bất thường gì khi bắt mạch, là lần đầu hay lo lắng, hoặc nhìn thấy trên diện tim, tham khảo các lựa chọn dưới đây:

1. Tăng thông khí với IPPV và kiểm tra cử động thành ngực
2. Kiểm tra oxy có vào tới bệnh nhân và bệnh nhân có thiếu oxy không
3. Kiểm tra huyết áp: nếu cao, tăng gây mê sâu hơn bằng thông khí với đậm độ thuốc mê bốc hơi hoặc thêm thuốc phiện
4. Cân nhắc halothan có thể là nguyên nhân và thay thuốc khác
5. Quan tâm đến bất thường điện giải: giảm K.
6. Kiểm tra phẫu thuật viên có tiêm epinephrin mà không báo
7. Cân nhắc tiêm lidocain 100mg TM (1,5mg/kg)

Độ nảy của mạch

Độ nảy có nghĩa mạch đầy hay không. Độ nảy tốt dần dần trở nên yếu và nhỏ trong khi mổ do mất máu không được bù đúng thậm chí huyết áp dẫn duy trì.

Huyết áp

Huyết áp là dấu hiệu đơn độc quan trọng nhất do sau khi bắt mạch. Trong khi máy đo huyết áp không xâm nhập (NIBP) đã được sử dụng rộng rãi, thì máy đo bằng thủy ngân hoặc bằng đồng hồ cho kết quả đúng. Nếu có máy đo không xâm nhập, hãy xem nó làm việc ra sao và nhớ là nhìn vào nó. Đặt khoảng đo là 3 - 5 phút.

Đối với đo tay, theo thói quen chỉ dùng ngón tay (không dùng ống nghe) để có kết quả huyết áp trong khi gây mê vì:

Nhanh hơn

Huyết áp tâm thu cho biết về chức năng cơ tim.

Thay đổi huyết áp quan trọng hơn là giá trị tuyệt đối.

- Nếu huyết áp xuống thấp

Thể tích tuần hoàn mất bù

Chảy máu

Quá liều thuốc mê

Áp lực trong ngực quá cao: hệ thống hô hấp sai sót hoặc tràn khí màng phổi

Đè ép tĩnh mạch chủ do thai: hội chứng hạ huyết áp khi nằm ngửa.

Vừa cho thuốc.

Gây tê tủy sống quá cao.

Đè vào mạch hay tim khi mổ.

Vấn đề nội tại của tim.

Thiếu oxy

Ngộ độc nội độc tố.

– Nếu huyết áp tăng cao:

Ứ CO_2 : không thông khí đủ.

Gây mê không đủ sâu.

Phản ứng với đặt nội khí quản ở bệnh nhân huyết áp cao.

Dùng thuốc tăng co bóp cơ tim.

Nội tiết tố: Thyroxin hay hiếm hơn là u tuyến thượng thận.

– Dùng ống nghe:

Dùng ống nghe đặt trên ngực người bệnh để theo dõi thở và tiếng tim không thể thay thế các giác quan khác, nó chỉ là thêm thông tin, dùng chỉ thu lại có như vậy. Nhiều người gây mê, sau khi dán ống nghe trên ngực, đeo vào tai và hoàn toàn chỉ tập trung vào nghe, rất cảnh giác, mà không quan tâm tới những biến chứng khác quan trọng hơn như huyết áp tụt, chảy máu, bệnh nhân tỉnh, thiếu oxy, hạ nhiệt độ, truyền ra ngoài TM, máy báo động.

Dùng ống nghe to có giây dài cố định vào ngực thuận lợi hơn ống nghe thường để theo dõi liên tục. Nó cho phép cử động thoải mái tuy nhiên tiếng nhỏ hơn.

Theo dõi sau khi gây tê tuỷ sống.

Một bệnh nhân tỉnh sau khi gây tê tuỷ sống thường được cho là không cần theo dõi. Trên thực tế, gây tê tuỷ sống cũng có thể có nhiều biến chứng như gây mê. Theo dõi huyết áp và hô hấp sau gây tê tuỷ sống quan trọng hơn là gây mê. Kiểm tra thiết bị hồi sức hô hấp - tuần hoàn có sẵn sàng không, theo dõi tưới máu não bằng thường xuyên nói chuyện với bệnh nhân và quan sát biểu hiện trên mặt.

Ở nhiều viện huyện, có nhiều tỷ lệ biến chứng của gây tê tuỷ sống: tụt huyết áp (10%) ngừng thở (3%). Những biến chứng này rất dễ xảy ra khi gây tê tuỷ sống được coi là 1 thủ thuật được thực hiện hơn là một quá trình cần theo dõi. Kết quả của sự cẩu thả này là bệnh nhân chết.

Theo dõi bệnh nhân chặt chẽ ngay sau khi gây tê tuỷ sống. Một trong những cách tốt nhất để theo dõi đó là nói chuyện với bệnh nhân suốt khi gây tê.

Mức độ sâu của gây mê.

Chỉ trong những trường hợp rủi ro tối nhất, tình trạng bệnh nhân quá kém thậm chí chỉ gây mê rất nông cũng đe dọa tính mạng, còn nên thực hiện cách gây mê rất nhẹ.

Khi tiêm 1 thuốc gây ngủ TM, cần tự hỏi: đã đảm bảo để tiêm thuốc đó chưa? Thuốc đó dẫn đi đâu? Khi vận bình bốc hơi, kiểm tra đầy đủ.

Độ sâu của gây mê có thể theo dõi được bằng cách chú ý tới: những dấu hiệu về tim mạch: rất ít bệnh nhân với nhịp tim và huyết áp bình thường lại tỉnh, mặc dầu thuốc chẹn bê ta giao cảm có thể ngăn mạch nhanh.

Đồng tử: phải nhỏ và không có phản xạ, mặc dù ete có thể gây đồng tử giãn do tác dụng kích thích giao cảm, phản xạ đồng tử có nghĩa bệnh nhân có thể nghe được và cảm thấy đau, ra mồ hôi và nước mắt có nghĩa là rất nông.

Trên hết, cần quan tâm đến ứ đọng CO₂ do thiếu thông khí, kiểm tra thông khí ngay.

Lưu lượng nước tiểu.

Những bệnh nhân đặc biệt cần có túi đựng nước tiểu để có thể theo dõi lượng nước tiểu trong khi mổ. Nếu không thấy nước tiểu, kiểm tra chắc chắn xem có tắc không. Mục đích đạt được là 0,5ml/kg/giờ.

Theo dõi điện tử.

Những máy theo dõi hiện đại có nhiều chức năng: bão hoà oxy, điện tim, CO₂, áp lực không xâm nhập, nhiệt độ cùng trên 1 máy.

Bão hoà oxy

Dễ sử dụng. Nó cho biết nhịp tim và đặc biệt là bão hoà oxy. Nó có giá trị lớn nhất trong chẩn đoán thiếu oxy khởi mê ở những bệnh nhân mạnh khoẻ.

Rất tiếc, trong cấp cứu với truy tìm mạch, khi những thông tin về độ bão hoà oxy là rất cần thì lại không có tín hiệu. Trong những trường hợp đó, bão hoà oxy đột nhiên mất có nghĩa là suy sụp, khi có tín hiệu trở lại có nghĩa huyết áp đã tăng lên và việc hồi sức có thể đã hiệu quả.

Nếu độ bão hoà oxy không đọc được có nghĩa có cái gì trục trặc với tuần hoàn.

Không bao giờ tin vào bão hoà oxy nếu như nhịp mạch không trùng với lúc bắt mạch cổ tay. Mạch ở máy thường không tin cậy khi đo ở trẻ sơ sinh hay trẻ em với tuần hoàn tối. Nếu dùng đầu đo người lớn, có thể có sự khác nhau về bão hoà oxy với 10% giữa ngón tay và ngón chân.

Trong mọi cuộc gây mê, bao giờ cũng lắp bão hoà oxy đặc biệt khi: khởi mê, kết thúc mê, hồi tỉnh.

Cần nhớ rằng khi sự cố xảy ra, trừ là thiếu oxy, máy đo bão hoà oxy gần như không có ích gì.

Những theo dõi khác:

– Điện tim:

Giúp ích để thấy những dấu hiệu về nhịp tim

Cần phải có diện cực

Không cho biết gì về lưu lượng tim

Ít tác dụng hơn so với bão hoà oxy

Sử dụng tốt nhất ở những bệnh nhân rủi ro hoặc khi dự tính có loạn nhịp.

- Đo bão hoà CO_2 .

Đo bão hoà CO_2 ở khí thở ra

Có thể xác định vị trí đúng của ống nội khí quản.

Có thể chỉ ra những thay đổi về thông khí và lưu lượng tim

Có thể cho biết tuột ống và ngừng thở.

Những theo dõi khác.

Luôn luôn theo dõi bình hút. Khi mổ dễ, điều quan trọng là phân biệt giữa dịch ối và máu. Lượng mất cần cộng thêm phần máu ở gạc và so với thể tích tuần hoàn dự tính ở bệnh nhân để bù cho tương ứng về dịch và máu.

Thay đổi chương trình cuộc mổ: ở những nơi mà phương tiện chẩn đoán hạn chế, không thể biết xảy ra như thế nào trong mổ, cuộc mổ có thể trở nên kéo dài hay rút ngắn, thường là kéo dài. Phải chú ý đến cuộc mổ để cho gây mê thích ứng với mổ.

Tư thế bệnh nhân: đầu cao hay thấp sẽ ảnh hưởng đến tưới máu não và hô hấp.

Theo dõi người mổ: có thể đột ngột có chảy máu, co kéo vào các tạng gây nhịp chậm, nếu tiêm adrenalin trong khi gây mê bằng halothan có thể gây loạn nhịp.

7. Xử trí sau mổ

*** Phòng hồi tỉnh**

Phòng hồi tỉnh phải là phòng tốt, ấm, đủ sáng, có oxy, hút và phương tiện hồi sức sẵn sàng để điều trị biến chứng.

Ba sự kiện có lẽ gây ra phần lớn các tử vong trong giai đoạn sau mổ là: dịch truyền không chảy, huyết áp tụt và suy hô hấp.

Khi bệnh nhân dây dũa, có điều gì đó không ổn.

Phải dự tính đến:

Tắc đường thở

Thiếu oxy

Chảy máu trong và ngoài

Huyết áp tụt hay tăng

Đau sau mổ

Hạ nhiệt độ, rét run

Nôn, trào ngược

Ngã xuống nền nhà

Thuốc mê tồn đọng

*** Rút nội khí quản sau mổ.**

Một số bệnh nhân rút trên bàn mổ, một số ở phòng hồi tỉnh, số còn lại ở phòng săn sóc tăng cường, có khi phải vài ngày sau mổ. Nếu dự kiến là sẽ phải để ống lâu thì ngay từ đầu chọn loại ống thích hợp, không gây kích thích.

Nói chung, tốt hơn là tự mình rút nội khí quản khi mổ xong, ngay trên bàn mổ khi bệnh nhân đã tỉnh với máy hút tốt, oxy và được kiểm tra. Cũng cần phải theo dõi đường thở, hô hấp và những phản xạ sinh tồn trong giai đoạn ngay sau rút ống. Nếu có máy đo bão hoà oxy, không được tháo ra cho đến khi rút ống và thở tốt với không khí trong phòng.

Để bệnh nhân tự rút ống có thể gây thương tổn đến thanh quản vì chưa làm xẹp bóng và có thể có dờm rãi trong hầu mà bình thường phải được hút bỏ. Song, tự rút ống là một sự cố không có hại và chứng tỏ ít nhất là bệnh nhân đã tỉnh và có đủ lực. Chụp thanh quản đôi khi rút ở phòng mổ với máy hút hoặc đôi khi để bệnh nhân tự lè ra khi tỉnh hoàn toàn.

– Khi nào để lại ống nội khí quản.

Luôn luôn nhớ trong đầu là ống để lại sau vài giờ có khả năng bị tắc. Điều này xảy ra càng nhanh khi ống nhỏ, có dờm rãi, máu mủ trong phổi hoặc săn sóc không đủ. Nguyên tắc chung cần phải nghĩ là ống có thể tắc sau 24 giờ.

Ống nội khí quản tắc = bệnh nhân chết.

Những tình huống phải để lại ống nội khí quản hay rút ống chậm là:

Đường thở:

Những bệnh nhân dễ có vấn đề về đường thở như phẫu thuật lớn ở hàm mặt hay chấn thương. Cắt tuyến giáp rộng hay những xung phù ở đường thở, phải để ống qua đêm.

Cần quyết định trước là để lại ống và cho thuốc an thần giảm đau để người bệnh chịu đựng dễ dàng nếu không sẽ gây ho, và tự rút ống.

Huyết động không ổn định: những bệnh nhân rất yếu vì chảy máu và nhiễm trùng: không tỉnh hẳn được, cần phải thông khí, có truy tìm mạch sau mổ.

Bệnh nhân không tỉnh lại như dự định: nói chung không được rút nội khí quản ở người còn mê sau mổ hoặc không có phản xạ ho khi dụng vào ống nội khí quản. Chờ cho đến khi bệnh nhân tỉnh, không ngắt quãng hay cắn ống. Có phản xạ ọc, lý tưởng nhất là mở mắt.

- **Ống thông dạ dày** (đặt qua mồm hay qua mũi)

Tất cả những trường hợp cấp cứu đều có khả năng dạ dày đầy thức ăn. Sau mổ cần có ống thông dạ dày, dạ dày có thể đã hút sạch trong khi mổ. Ống thông này rất dễ đặt khi gây mê, nhưng dịch trong ruột có thể trào lên dạ dày và có thể gây trào ngược khi rút ống.

Trẻ sơ sinh.

Trẻ sơ sinh có rủi ro đặc biệt vì cơn ngừng thở những giờ hay ngày sau mổ. Máy thở trẻ con và sẵn sóc sau mổ không sẵn sàng. Người gây mê có thể chọn cách để lại ống nội khí quản do đó khi cần, điều dưỡng phải thông khí. Mặt khác, thường thấy trong cấp cứu trẻ sơ sinh, dịch tiết quánh lại sau mổ và ống số 3 rất dễ tắc. Sự lựa chọn không phải là dễ.

*** Xử trí đau và kỹ thuật**

Giảm đau hiệu quả là phần chủ yếu của sẵn sóc sau mổ.

Thuốc tiêm quan trọng đối với đau là thuốc phiện. Thuốc chống viêm không steroid như diclofenac (1mg/kg) và Ibuprofen có thể cho uống hay đặt hậu môn cũng như Paracetamol 15mg/kg.

Có 3 tình huống cần cho thuốc phiện: trước mổ, trong mổ và sau mổ.

Rất hiếm khi dùng thuốc phiện để khởi mê, tuy nhiên 1 bệnh nhân bị thương đang đau có thể phải dùng trước khi vào phòng mổ. Thuốc phiện dùng trước và trong mổ có tác dụng quan trọng trong thời gian sau mổ vì làm chậm hồi tỉnh và giảm hô hấp thậm chí phải thở máy. Fentanyl (tác dụng ngắn) dùng trong mổ để tránh tác dụng kéo dài.

Chất đối kháng, Naloxon, có tác dụng với các loại thuốc phiện nhưng chóng mất tác dụng.

Loại thuốc phiện sẵn có, không đắt là pethidin và morphin có tác dụng 10 lần hơn và kéo dài hơn pethidin.

Phương pháp lý tưởng cho thuốc giảm đau sau mổ là tiêm 1 lượng nhỏ khoảng 1/4 hay 1/3 liều tối đa (25mg pethidin hay 2,5mg Morphin cho người lớn trung bình).

Đội độ 5 - 10 phút để quan sát tác dụng: tác dụng mong muốn là giảm đau nhưng vẫn tỉnh.

Ước lượng liều tổng cộng đúng (75mg pethidin hay 7,5mg morphin) và tiêm phần còn lại vào bắp.

Với cách này, bệnh nhân sẽ giảm đau nhanh chóng và có liều đúng.

Nếu cần thuốc phiện ở phòng bệnh, thường nhất là tiêm bắp:

Morphin: từ 1 tuổi trở lên 0,1 - 0,2mg/kg

3 tháng đến 1 năm: 0,05 - 0,1mg/kg

Pethidin: liều 7 - 10 lần liều trên

Dùng thuốc phiện giảm đau phải cẩn thận đối với trẻ dưới 1 tuổi. Không có khuyến cáo dùng cho trẻ dưới 3 tháng trừ khi đơn vị sản sóc tăng cường cho trẻ sơ sinh theo dõi thật chặt.

Nếu các điều dưỡng có trình độ cao trong phòng thì dùng bảng tính điểm đau phối hợp với tiêm thuốc phiện vào bắp có thể rất có hiệu lực để chống đau.

Sử dụng paracetamol đường uống hay đường hậu môn đều đặn coi như là thông dụng cho những bệnh nhân sau mổ làm cho việc chống đau đã cải thiện và giảm việc sử dụng thuốc phiện. Thuốc chống viêm không steroid có thể dùng với paracetamol.

Từng cá nhân bệnh nhân (cả trình độ văn hoá xã hội) thay đổi, nên liều cần thiết để đạt hiệu quả đúng rất thay đổi và không biết chính xác, dễ có thể gây an thần quá mức và suy hô hấp. Morphin và pethidin là thuốc được quản lý vì khả năng gây nghiện. Tuy nhiên rất hiếm gây nghiện sau khi dùng trong y học. không nên ngăn cản việc dùng những thuốc hiệu quả này để điều trị đau nghiêm trọng.

Thuốc phiện nói chung là thuốc không ảnh hưởng đến tim nếu huyết áp thấp, hợp lý nhất là tăng truyền dịch TM và cho giảm đau nếu bệnh nhân kêu.

Một quan niệm sai lầm là an thần và giảm đau là một: chúng không phải vậy. Diazepam không phải là thuốc giảm đau.

Tình trạng bệnh nhân quyết định rất lớn đến sự cần thiết phải giảm đau. cần phải suy xét cần cái gì. Nói chung, những bệnh nhân rất nặng, suy nhược vì nhiễm trùng, tắc ruột hay rối loạn chuyển hoá khác không dùng giảm đau loại thuốc phiện trong giai đoạn ngay sau mổ. Mặt khác, 1 người bị chấn thương thì cần. Trẻ con sau những thủ thuật chấn thương chỉnh hình thường rất cần. Mổ ngực, chấn thương ngực, dấu lưu màng phổi có thể rất đau: đau làm hạn chế thở và gây thiếu oxy cũng như những vấn đề về lồng ngực sau mổ.

Bệnh nhân chấn thương sọ não và những người sau mổ sọ thường dùng codein phosphat 30 - 60mg vì tác dụng an thần và giảm hô hấp của morphin. Ưu thần do giảm hô hấp là nguy hiểm đặc biệt đối với bệnh nhân chấn thương sọ để thở tự nhiên.

Đau sau mổ thường gây huyết áp cao và đó là điều có hại nhất là nếu bệnh nhân lại có huyết áp cao trước mổ.

Có thể dùng loại thuốc bốc hơi như halothan như là phương pháp duy nhất để duy trì mê cho một cuộc mổ. Khi thuốc này đã hết vào cuối cuộc mổ, cần kiểm tra nếu bệnh nhân vẫn đau, cho giảm đau tương ứng.

Khi dùng halothan là thuốc mê duy nhất ở bệnh nhân khoẻ thì dùng thuốc giảm đau loại thuốc phiện khi khởi mê.

Rất phổ biến và là thói xấu của những người gây mê không có kinh nghiệm là ngừng thuốc giảm đau để chuyển 1 bệnh nhân to khoẻ kêu la suốt dọc hành lang từ phòng mổ về phòng bệnh.

Công việc thực hành tốt là cân nhắc lượng thuốc giảm đau đã cho, sao cho làm giảm đau đầy đủ mà vẫn tránh được suy hô hấp.

Hãy kê thuốc giảm đau đều đặn. Trong thực tế ghi "khi cần mới cho" thường có nghĩa là "không cho".

* Xử trí dịch truyền sau mổ.

Xử trí sau mổ, đặc biệt ở những trường hợp cấp cứu, đặt ra một vấn phức tạp trong việc tìm kiếm một thang bằng đúng về dịch truyền. Không phải tất cả dịch bị mất và được bù lại đều được biết đến.

Trong giới hạn dịch ra và vào, cần quan tâm:

- Bù dịch thiếu trước mổ

Bệnh nhân có thể đã mất nước nhiều ngày

Thời gian mắc bệnh trước mổ càng dài, số lượng dịch truyền sau mổ càng nhiều.

Lượng này có thể tới 5 - 10l trong 24 giờ đầu sau mổ.

- Bù dịch mất trong khi mổ và các dịch khác trong quá trình gây mê, dịch vào vượt quá dịch ra dẫn đến thăng bằng dương.

- Dự kiến dịch mất thêm: qua ống thông dạ dày, dẫn lưu, chảy máu.

- Bệnh nhân tụt nhiệt độ được làm ấm: ngoại vi ấm, thể tích tuần hoàn cần nhiều hơn.

- Nhu cầu bình thường hàng ngày đòi hỏi.

Quyết định truyền dịch như thế nào dựa trên 3 yếu tố:

Sự cần thiết để điều chỉnh thiếu hụt trước mổ: có thể truyền nhanh (bơm) dưới sự giám sát trực tiếp.

Phần dịch duy trì hàng ngày.

Đáp ứng của bệnh nhân: nhịp nhanh chậm lại, lưu lượng nước tiểu, huyết áp tăng lên, áp lực tĩnh mạch cổ cao, da hồng hào như bình thường, mắt trũng trở lại bình thường

- Dịch duy trì:

Người lớn: 3l/ngày.

Điện giải bình thường thì truyền HTM sau đó truyền glucose 5% và Ringer lactat. Glucose 5% thích hợp để thay thế chỉ cho nước khi bệnh nhân không uống được.

Thay thế các dịch mất khác với dung dịch có Sodium HTM, Ringer lactat cộng với kali 20nmol/l nếu cần.

Khi quyết định chế độ dịch truyền, dùng tất cả các loại dịch trên để điều trị. Nếu không chắc chắn truyền bao nhiêu, hãy ghi dịch truyền trong 1 giờ rồi ghi sau, khi đã kiểm tra phản ứng của bệnh nhân.

Nếu có kết quả xét nghiệm về Na và K thì rất tốt sau vài ngày điều trị để xác định lượng vào tương ứng. Giá trị bình thường là: Na: 125 - 145nmol/l

K: 3,5 - 5,5nmol/l

Truyền thêm K nếu thiếu (K dưới 3,5nmol/l)

K phải pha và tiêm chậm không quá 20nmol/giờ

Người lớn trung bình cần khoảng 100nmol để làm tăng được 1nmol/l.

- Máu.

Chỉ truyền máu khi thực sự cần vì những rủi ro của các phản ứng cấp cũng như muộn của nhiễm trùng lây truyền.

- Bể thăng bằng dịch truyền.

Bể thăng bằng dịch truyền tính lượng dịch vào và ra từng giờ trong 24 giờ. Sau 24 giờ lượng dịch ra tổng (nước tiểu dẫn lưu, dịch dạ dày) trừ đi lượng dịch vào tổng (dịch truyền, dịch uống) kết quả được gọi là bể thăng bằng dịch.

Thăng bằng dương có nghĩa vào nhiều hơn ra nghĩa là có tích trữ nước. Trên thực tế thăng bằng dịch dương không thực sự là đúng vì có 1 số dịch không tính được đúng (phân) và những dịch khác không thể đo được (mồ hôi, hơi thở, gọi là mất "không nhạy cảm"). Như vậy 1 người lớn khỏe mạnh có dịch dương khoảng 1 - 1,5l/ngày.

Nói chung ở bệnh nhân rất yếu, như nhiễm trùng, sẽ thấy thăng bằng dịch thường xuyên dương, có nghĩa quá trình tiến triển của bệnh không được giải quyết.

- Chăm sóc nơi truyền.

Truyền dịch sau mổ là sống còn. Mất đường truyền và thất bại trong điều chỉnh tụt huyết áp là nguyên nhân thường thấy nhất của tử vong trong đêm đầu tiên sau mổ lớn.

Tất cả bệnh nhân có mổ lớn đều cần truyền để điều chỉnh bất kể thiếu hụt và để duy trì. Cố định nơi truyền dịch TM là rất quan trọng.

Dùng 1 tĩnh mạch ở 1 tư thế sẽ dùng lâu dài trong phòng

Cố định kim tiêm và bộ truyền cẩn thận.

Dùng băng dán vào da và dùng kim có cánh hay có phần khác để cố định.

* Phòng hồi sức tăng cường

Thông thường khó biết bệnh nhân nào thì cần săn sóc trong phòng hồi sức tăng cường (ICU). Người đề ra quyết định, bác sĩ mổ hay bác sĩ gây mê, cần phải cân nhắc giữa rủi ro của bệnh nhân chết vì 1 nguyên nhân không thể tránh khỏi trong 1 buổi điều trị thông thường với việc lãng phí những thứ đắt tiền nếu bệnh nhân nhận vào ICU không vì lý do đúng.

Sân sóc tăng cường thường đòi hỏi ở những trường hợp sau:

Mổ sọ não

Chấn thương đầu có tắc đường thở

Bệnh nhân đặt nội khí quản, kể cả mổ khí quản

Sau mổ lớn do chấn thương

Mổ bụng đã để muộn quá 24 giờ

Dẫn lưu ngực trong 24 giờ đầu

Thông khí khó khăn

Đường thở khó khăn, đã có sẵn hay có khả năng, như sau mổ cắt tuyến giáp, lấy 1 bướu to.

Mạch hay huyết áp không ổn định: cao hay thấp.

Thiếu niệu hay vô niệu

Tiền sản giật nặng hay sản giật

Nhiễm trùng ngoại khoa.

Biến chứng trong khi gây mê hay mổ đặc biệt là chảy máu không dự kiến.

Tụt nhiệt độ

Thiếu oxy

Sơ sinh sau bất cứ loại mổ nào.

- Thông khí sau mổ.

Thông khí bằng máy (IPPV) có thể là chương trình dự định của điều trị sau mổ cho những mổ lớn hoặc được quyết định sau cuộc mổ vì những hoàn cảnh đòi hỏi IPPV cần được tiếp tục trong những hoàn cảnh sau:

Suy hô hấp hay bão hoà oxy dưới 80%

Suy giảm toàn thân

Bụng rất chướng

Chấn thương ngực nghiêm trọng

Chấn thương đầu hay phẫu thuật trong sọ.

Tránh dùng thuốc giãn cơ dài để dành cho IPPV. Nếu bệnh nhân chống máy, hãy hỏi tại sao: Ưu thán? Đau? Tăng huyết áp? Hãy chữa những cái đó trước khi dùng giãn cơ.

Có những lý do không do mổ cũng cần thông khí, bao gồm ngộ độc phosphat hữu cơ, rắn cắn, uốn ván và chấn thương sọ não.

Thông thường việc quyết định hoàn toàn dễ dàng dựa trên những hoàn cảnh trên. Nhưng nếu nghi ngờ hãy thông khí đã.

Không có thông khí, 1 bệnh nhân trong hoàn cảnh suy hô hấp nhanh chóng chết vì thiếu oxy và thừa CO_2 . Nhiều bệnh nhân chết đơn thuần do thiếu 1 thời gian ngắn cho thở máy trong thời gian sau mổ hay sau chấn thương.

– Ra khỏi phòng điều trị tăng cường.

Quyết định ra khỏi ICU phụ thuộc rất nhiều vào chất lượng săn sóc ở buồng bệnh nơi bệnh nhân sẽ nằm. Những điều kiện sau đây cần phải đạt trước khi chuyển ra khỏi ICU:

Tri giác.

Đường thở tốt, đã rút nội khí quản và ổn định sau nhiều giờ thở tốt.

Huyết áp ổn định và lưu lượng nước tiểu ổn định.

Hemoglobin > 6g/100ml hoặc đang truyền máu.

Dịch dạ dày ít, có tiếng nhu động ruột, bụng không chướng, không sốt.

Nhìn bệnh nhân tươi tỉnh, không lẫn.

Áp lực về giường nằm để có thể điều trị được nhiều bệnh nhân hơn có thể phải thay đổi bằng hướng dẫn trên. Nếu bệnh nhân chết sau khi ra khỏi ICU, cố gắng tìm ra tại sao lại chết và rút bài học và đặc biệt nếu bệnh nhân đó chết lại có thể tránh được.

Cố gắng có 1 hệ thống đặt tại nơi bệnh nhân ra khỏi ICU để theo dõi trong 1 tuần. Tìm hiểu cái gì đã xảy ra với người bệnh.

HẠ TẦNG CƠ SỞ CỦA GÂY MÊ VÀ CUNG ỨNG

1. Trang bị và cung ứng cho các cấp bệnh viện khác nhau

Trình độ người gây mê có tốt đến đâu để thực hiện được gây mê an toàn phụ thuộc hoàn toàn vào mức độ sẵn có của thuốc, cung cấp oxy và trang bị của bệnh viện. Thuốc và oxy phải được cung cấp đúng và bảo quản tốt, trang bị phải hoạt động an toàn bằng lau chùi sạch sẽ, bảo trì và kiểm tra tốt. Những bệnh viện nào mà không tuân theo những yêu cầu cơ bản đó sẽ chóng thất bại để có gây mê an toàn.

Các mục trang bị được nêu dưới đây là những thứ cần thiết để dự phòng cho việc hồi sức, chăm sóc cấp cứu và gây mê cấp cứu, ở 3 loại bệnh viện, trong một nước mà ngân sách y tế có hạn.

Những hạng mục y tế cho nội khoa và ngoại khoa chung không nằm trong danh sách. Những thứ trong ngoặc thẳng là những tùy chọn "IVI infusion = bộ truyền TM" gồm tất cả những thứ cần thiết để giở giọt và truyền thuốc TM, bao gồm:

Bơm tiêm

Các loại kim

Kim bướm

Kim nhựa nòng kim loại

Bộ truyền (dung dịch và máu)

Dịch truyền: HTM, Ringer lactat

Băng dính các cỡ.

*** Đơn vị chăm sóc tăng cường (ICU)**

Các bệnh viện tuyến trên thường có phòng chăm sóc tăng cường. Song các phương tiện để chăm sóc tăng cường cần phải sẵn sàng ở bất cứ bệnh viện nào nếu có mổ và gây mê.

Ở bệnh viện tuyến cơ sở, phòng chăm sóc tăng cường có trang bị tốt hơn, điều dưỡng tốt hơn là buồng bệnh thường. Cả các ca nội và ngoại khoa nhận vào đây, phòng chăm sóc tăng cường đặc biệt quan trọng để săn sóc sau mổ những trường hợp nặng, phức tạp và thường nằm gần phòng mổ. Nếu phương tiện cho phép, các máy theo dõi và thông khí cần tiếp tục sau mổ với thời gian dài nhất. Ở phần lớn các bệnh viện, quá 70% nhận vào ICU là bệnh nhân ngoại khoa.

Mức 1: Bệnh viện cơ sở hay trung tâm y tế

- Bệnh viện ở nông thôn hay trung tâm y tế với ít giường và phòng mổ trang bị sơ sài cho tiểu phẫu thuật	<i>Nhân sự</i> Hỗ trợ y tế chưa có đào tạo về gây mê.
- Thủ thuật cấp cứu để điều trị 90 - 95% các ca chấn thương và sản khoa (không kể mổ đẻ)	<i>Điều dưỡng - Hộ sinh</i> <i>Thuốc</i> Ketamin 50mg/ml, tiêm 10ml
- Chuyển những ca khác (ngừng chuyển dạ, tắc ruột) để điều trị mức độ cao hơn.	Lidocain 1% và 2% [Diazepam 5mg/ml, 2ml]
<i>Thủ thuật</i>	[Pethidin 50mg/ml, 2ml]
Đẻ thường	[Epinephrin 1mg]
Nạo thai	[Atropin 0,6mg/ml]
Cắt phimosis	<i>Trang bị: tiêu hao cơ bản</i>
Nước màng tinh hoàn: rách và dẫn lưu	Hồi sức người lớn và trẻ con
Khâu vết thương	Hút đạp chân
Băng ép cầm máu	[Máy tạo oxy]
Cắt lọc, băng vết thương	<i>Trang bị: sẵn sàng</i>
Cố định tạm thời	IVI
Làm sạch, cố định gãy xương kín và hở.	Ống hút cỡ 16 F
Dẫn lưu màng phổi (có thể)	Găng để khám

Mức 2: Bệnh viện Huyện/tỉnh

- Bệnh viện huyện hay tỉnh: 300 giường trang bị đầy đủ cho phòng mổ lớn và nhỏ.	Lidocain 5%, 2ml tỷ trọng cao [Bupivacain 0,5%, 4ml tỷ trọng cao]
- Điều trị ngắn hạn cho 95 - 99% những ca đe dọa tính mạng.	Pethidin 50mg
<i>Thủ thuật</i>	[Hydralazin 20mg]
Như bệnh viện mức 1 cộng với:	Furosemid 20mg
Mổ đẻ	Dextrose 50% 20ml tiêm
Mổ bụng (không do tắc ruột)	Aminophyllin 250mg
Cắt cụt	Ephedrin 30/50mg ống tiêm
Thoái vị	<i>Trang bị: tiêu hao cơ bản</i>
Thắt vòi trứng	Sẵn sóc đường thở, hồi sức và gây mê: nguồn oxy, bình bốc hơi, van, chụp mặt, bóng, hệ thống gây mê trẻ con, bộ hồi sức trẻ con và người lớn.
Gãy xương kín và bó bột	[Máy đo bão hoà oxy]
Mổ mắt, lấy đục thể thủy tinh	Đèn soi thanh quản, lưới Mac Intosh 1-3 [4]
Lấy dị vật: thí dụ ở đường thở	Bình oxy hay máy tạo oxy
Thông khí cấp cứu và xử trí đường thở để chuyển bệnh nhân như chấn thương ngực, sọ não.	

<i>Nhân sự</i>	Túi truyền dưới áp lực
1 - 2 gây mê	Magil (người lớn, trẻ con) ống thông nội khí quản hay que thông.
Bác sĩ nội khoa, bác sĩ cấp I điều dưỡng, hộ sinh.	<i>Trang bị: sẵn sàng</i>
Bác sĩ chuyên khoa: phẫu thuật sản khoa, phụ khoa (được mời đến)	Bộ IVI
<i>Thuốc</i>	Ống thống để hút cơ 16G
Như mức 1. Cộng thêm	Găng để khám
Thiopental 500mg, 1g, bột	Găng vô trùng cỡ 6 - 8
Suxamethonium 500mg, bột	Ống thông dạ dày 10 - 16G
Atropin 0,5mg	Ống nội khí quản 3 - 8.5
Adrenalin 1mg	Ống thở đẳng mồm 000 - 4
Diazepam 10mg tiêm	Kim tê tuỷ sống 22 - 25G
Halothan 250ml	Pin.
[Ete 500ml gây mê]	

Mức 3: bệnh viện khu vực, trung ương

Bệnh viện có 300 - 1000 giường hoặc hơn với phương tiện chăm sóc tăng cường cơ bản. Mục đích điều trị như mức 2 nhưng thêm:	Neostigmin 2,5mg
- Thông khí trong phòng mổ và ICU.	[Trichloroethylen 500ml hơi]
- Đặt nội khí quản kéo dài.	Kalium 20% 10ml
- Sản sóc chấn thương ngực.	<i>Trang bị: tiêu hao cơ bản</i>
- Điều trị về tuần hoàn	Như mức 2 nhưng thêm:
- Sản sóc cơ bản trong ICU và theo dõi tới 1 tuần tất cả các ca nhưng cung ứng hạn chế: suy đa tạng, thận nhân tạo, mổ tim và thần kinh phức tạp.	Máy đo bão hòa oxy: dự trữ đầu đo người lớn, trẻ con.
- Suy hô hấp kéo dài.	Máy theo dõi điện tim.
- Sản sóc về chuyển hoá	Máy mê: chạy điện, tay
<i>Thủ thuật</i>	Bơm tiêm điện (2 bơm/giường)
Như mức 2, cộng thêm:	Túi áp lực để truyền TM.
Phẫu thuật mắt và sọ.	Máy hút điện
Mổ ruột	Máy chống rung (1 máy cho 1 phòng mổ/ICU)
Mổ trẻ con và sơ sinh.	[Máy đo huyết áp tự động]
Mổ ngực	[Máy đo CO ₂]
Mổ mắt (đại phẫu)	[Máy phân tích oxy]
Mổ sản (đại phẫu): rò bàng quang - âm đạo	[Nhiệt kế điện tử]
<i>Nhân lực.</i>	Chăn điện
Bác sĩ lâm sàng, bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật và gây mê.	Lồng ấp
<i>Thuốc</i>	Sưởi ấm điện
Như mức 2 cộng thêm:	Chụp thanh quản 2, 3, 4 (3 bộ cho 1 phòng mổ)
Vecuronium 10mg bột	<i>Trang bị: sẵn sàng</i>
[Pancuronium 4mg]	Hệ thống thở
	Máy bơm truyền dịch
	Ống hút: bộ có sẵn.
	Bộ đo CO ₂ , oxy phân tích có kèm theo: bể nước, đường để thở, ống nối, lọc...

*** Trang bị cho ICU**

ICU không cần thiết phải có máy thở hay máy móc đắt tiền. ICU là 1 buồng có:

Oxy

Truyền dịch qua đêm

Ít nhất hàng giờ đo và quan sát: huyết áp, mạch, lưu lượng nước tiểu, bão hoà oxy, mức độ tỉnh, tình trạng chung của bệnh nhân.

Theo dõi bệnh nhân suốt đêm là yếu tố quyết định trong thành công hay thất bại của ICU. Một điều kiện quan trọng khác là kíp trực có hành động khi đo đạc hay quan sát mà thấy có sự cố không.

Trang bị 1 hay nhiều máy thở chạy điện, đơn giản, chính xác (không phụ thuộc khí nén hay oxy) sẽ nhận đôi lợi ích của ICU. Những máy thở nhỏ, sách tay, chạy bằng ắc quy kèm máy nén khí có sẵn, tuy nhiên khá đắt tiền.

– Máy đo bão hoà oxy

Máy đo bão hoà oxy là loại thiết bị theo dõi sinh lý sử dụng rộng rãi nhất. Nó rất có ích trong gây mê và ICU và rất đơn giản để sử dụng. Rất tiếc giá còn cao và độ bền vững kém vì hỏng điện tử và đầu dò ở ngón tay chóng hết hạn sử dụng và giá cao. Hạn sử dụng chỉ khoảng 3 - 4 năm và đầu dò phải thay nhiều lần.

Máy đo bão hoà oxy cần là tiêu chuẩn tối thiểu để theo dõi trong mỗi phòng mổ nơi mà thường xuyên có cuộc mổ lớn.

2. Gây mê và oxy

Đậm độ cao của oxy cần thiết trong và sau gây mê:

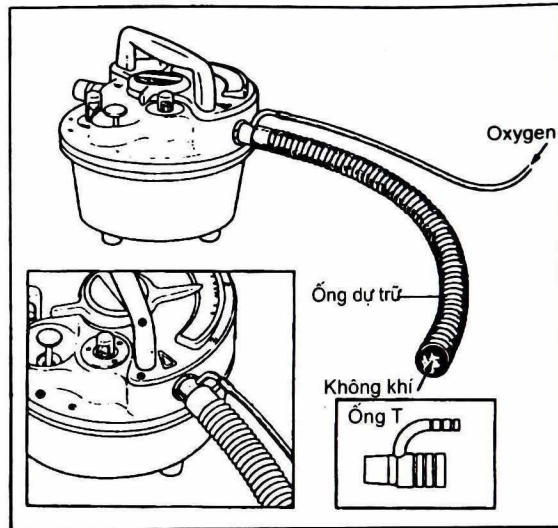
Nếu bệnh nhân rất trẻ, già, ốm yếu và thiếu máu.

Nếu thuốc mê gây giảm tuần hoàn, hô hấp như Halothan

Không khí đã có 20,9% oxy, như vậy làm giàu oxy với hệ thống bốc hơi là phương pháp rất tiết kiệm để cung cấp oxy. Chỉ thêm 1l/phút có thể làm tăng đậm độ oxy trong khí thở vào tới 30 - 40%. Với làm giàu oxy 5l/phút, có thể đạt được 80% oxy công nghiệp như dùng trong hàn thì hoàn toàn chấp nhận được để làm giàu trong hệ thống bốc hơi và được sử dụng rộng rãi vì mục đích này.

Để thêm oxy trong hệ thống bốc hơi, dùng ống chữ T và ống dự trữ ở đường vào của bình bốc hơi (15.1)

Nếu không có sẵn, có thể dễ dàng cải tiến bằng cách dùng ống oxy có lỗ nhỏ luồn vào trong ống to. Nối ống chữ T và ống dự trữ (hay ống cải tiến) vào bình bốc hơi nối đường vào và mở nguồn oxy. Bằng cách làm này, oxy đi từ bình oxy trong thì thở ra không bị phí mà trữ lại ở ống dự trữ cho lần thở sau. Ống dự trữ tất nhiên mở ra khí giới ở đầu tận để cho phép không khí đi vào và phải dài ít nhất 30cm.



Hình 15.1

* Nguồn oxy

Trong thực tế, có 2 nguồn oxy vì mục đích y tế:

Bình oxy: xuất ra từ oxy lỏng.

Máy tạo oxy: tách oxy ra khỏi không khí.

Đối với những bệnh viện vùng xa, không thể có bình oxy được cung cấp đều đặn, cần phải dùng máy tạo oxy. Song bình oxy có thể cung cấp oxy lúc cắt điện. Không có điện thì nguồn oxy từ máy tạo oxy sẽ ngừng sau vài phút.

Hệ thống cung cấp oxy lí tưởng là máy tạo oxy nhưng có hỗ trợ từ bình oxy.

Địa chỉ để mua máy tạo oxy:

Department of Blood Safety and Clinical Technology

World Health organization 1211 geneva 27. Switzerland

Fax + 4122791 4836 Email bet@ who.int.

Bình oxy	Máy tạo oxy
Không đắt khi mua	Đắt hơn khi mua
Đắt để sử dụng	Không đắt để sử dụng
Cần cung cấp bình quanh năm	Chỉ cần điện
Cần đào tạo và bảo dưỡng	Cần đào tạo và bảo dưỡng
Có thể dự trữ oxy	Không thể dự trữ oxy

• Bình oxy

Bình oxy được sản xuất bởi quá trình công nghiệp khá đắt. Bình cần 1 van đặc biệt (điều chỉnh) để oxy xì ra một cách có kiểm soát và qua đồng hồ đo. Không có đồng hồ, việc dùng oxy từ bình là rất lãng phí, không có bộ phận điều chỉnh việc dùng oxy là rất nguy hiểm.

Các bình oxy không giống nhau, ít nhất có 5 loại bình dùng ở nhiều nước. Bộ phận điều chỉnh chỉ phù hợp với loại bình nhất định. Cần phải nói rõ loại bình đang dùng trước khi đặt bộ phận điều chỉnh. Phải có người hiểu biết, làm việc tại bệnh viện như người gây mê, kỹ thuật viên được đào tạo mới hiểu được.

Có tiêu chuẩn quốc tế về đặc điểm của bình oxy, nó được sơn trắng. Rất tiếc những tiêu chuẩn này đã bị bỏ qua. Những bình oxy sản xuất tại Hoa Kỳ bình thường có màu xanh lá cây, còn bình do khối châu Âu có màu đen ở thân, phía trên trắng. Không bao giờ dùng 1 bình để cho bệnh nhân thở mà không biết nội dung bên trong (các bình oxy công nghiệp cũng quy định rõ ràng nhưng thường không như vậy).

Có được oxy đến bệnh nhân không đơn giản chỉ là có bình oxy. Cần phải có một nơi riêng bao giờ gồm không chỉ máy tạo oxy mà còn những người được đào tạo để sử dụng và 1 hệ thống để bảo dưỡng, sửa chữa và cung cấp các phụ tùng.

Một hệ thống đầy đủ để sử dụng oxy từ bình đòi hỏi:

Nguồn tin cậy cung cấp oxy vào bình.

Vận chuyển bình oxy đến bệnh viện

Thủ tục đảm bảo cho bệnh viện đặt lượng tương ứng oxy

Bộ phận để cung cấp oxy từ bình đến bệnh nhân:

Bộ điều chỉnh thích hợp, đồng hồ đo giòng, ống dẫn oxy, bộ phận làm ấm, ống dẫn oxy tới chụp mặt bệnh nhân, ống đặt ở mũi để bệnh nhân thở.

Nhân viên được đào tạo cho bệnh nhân thở oxy với lượng chính xác, cách đúng đắn.

Nhân viên được đào tạo kiểm tra các máy móc, bảo quản trong điều kiện tốt và sửa chữa khi cần.

Ngân sách đầy đủ để đảm bảo cung cấp oxy sẵn sàng và đều đặn.

– Sử dụng oxy an toàn.

Oxy từ bình cần phải qua bộ phận điều chỉnh giảm áp.

Đối với bình lớn, bộ phận này gắn liền với bình, trong máy Boyle, bộ phận điều chỉnh để riêng.

Sử dụng oxy từ bình mà không có bộ phận giảm áp là cực kỳ nguy hiểm.

Khi nối bình với máy mê, chắc chắn là trong ống nối không có bụi hay dị vật có thể sẽ làm cho van bị tắc. Không bao giờ dùng dầu vì có thể bắt lửa nhất là oxy cao áp. Cần nhớ là bình oxy chứa oxy nén dưới dạng khí nên đồng hồ sẽ tự dẫn tương ứng với lượng dùng. Một bình oxy đầy có áp lực khoảng 13.400 KPa (132 at một phé, 2000 psi). Phải thay bình khi áp lực còn 800KPa (8 atm, 12 psi).

Bình oxy là 1 vật nguy hiểm. Nếu nó đổ, có thể gây thương tích thậm chí chết người.

Đảm bảo các bình đã được bảo quản và lắp đúng Khi dự trữ, các bình phải để nằm. Khi dùng bình được dựng đứng và cố định vào tường hay có xích buộc.

- Cung cấp, trang bị và bảo dưỡng.

Oxy nén đắt, việc sử dụng đòi hỏi ở các bệnh viện nhỏ hay vùng xa vấn đề về giá cả và hậu cần. Ở cộng hoà Tanzania, cuộc điều tra mới đây cho thấy 75% bệnh viện huyện có cung cấp oxy dưới 25% 1 năm. Một hệ thống đáng tin cậy của oxy bình phụ thuộc vào nguồn cung cấp tốt và việc vận chuyển đều đặn suốt cả năm ở nhiều nước, bình oxy phải mua hơn là thuê và thường bị mất khi vận chuyển nên lại đặt ra vấn đề về tiền nong.

Máy mắn vì oxy cần cho nhiều ngành công nghiệp cũng như cho y tế nên sẵn có. Vì bình oxy công nghiệp và y tế có cùng một qui trình sản xuất (phân đoạn không khí), nên oxy công nghiệp có chất lượng tốt có thể an tâm tuyệt đối cho y tế. Nó cũng có thể dễ dàng và rẻ hơn. Song, nếu nhận loại oxy từ nguồn không chính thống, cần phải kiểm tra độ tinh khiết trước khi dùng (có thể dùng loại máy phân tích sách tay).

Sử dụng oxy một cách hiệu quả và kinh tế, mà vẫn đảm bảo rằng bệnh nhân nhận được lợi ích tối đa là rất quan trọng.

Nếu hiểu biết 1 cách đúng đắn, oxy sử dụng rất kinh tế.

Tỷ lệ oxy trong không khí là 21% thông thường chỉ cần tăng lên 40% để đem lại lợi ích lớn cho đa số bệnh nhân cần oxy.

*** Máy tạo oxy**

Máy tạo oxy (oxypen concentrator = thực ra là máy cô đặc oxy) được sử dụng ở mọi loại bệnh viện. Nó cung cấp oxy rẻ hơn oxy bình, đồng thời cũng sẵn sàng cung cấp oxy cho bệnh viện nơi mà việc cung cấp gặp khó khăn. Cần phải khuyến cáo mạnh mẽ rằng chỉ những máy đã được WHO liệt kê mới được sử dụng ở bệnh viện huyện.

Máy tạo oxy được thiết kế để dùng cho từng người với lưu lượng tới 4l/phút loại oxy gần như tinh khiết dưới áp lực tương đối thấp. Oxy này được dùng như oxy bình

Trong hệ thống bốc hơi qua ống chữ T.

Dùng qua ống ở mũi, chụp mặt.

Oxy này có áp lực tương đối thấp nên không dùng như khí nén trong máy mê Boyle.

Nếu bị cắt điện, giòng oxy từ máy còn tiếp tục khoảng 1 phút thôi, do đó phải chắc chắn là có hệ thống hỗ trợ trong trường hợp cấp cứu, hoặc là máy phát điện hoặc là bình oxy.

Máy tạo oxy được sử dụng rộng rãi ở nhiều bệnh viện, nó dùng Zeolite để tách khí oxy ra khỏi nitơ trong không khí, oxy tạo ra có đậm độ 90% nguyên chất.

Máy không đòi hỏi nhiều năng lượng như phân đoạn không khí và có thêm ưu điểm nữa là dễ dàng tạo ra trong buồng mổ hay ngay tại giường bệnh miễn là có điện (một máy nhỏ cần 350 W). Giá bán của máy bằng khoảng 1/2 giá cung cấp hàng năm của oxy bình và giá điện và phụ tùng cũng thấp.

Một hệ thống đầy đủ để cung cấp oxy từ máy tạo oxy là: nhà sản xuất và nhà cung cấp máy.

Điện: điện lưới hay máy phát điện

Hệ thống đảm bảo cung cấp đầy đủ những phụ tùng chính và phụ tùng nhỏ (như lọc không khí vào máy).

Bộ phân phối oxy từ máy đến bệnh nhân: đồng hồ đo lưu lượng, ống dẫn oxy, bộ làm ẩm, ống dẫn oxy đến chụp, hay đến ống thở oxy ở mũi.

Nhân viên cho lượng oxy đúng

Nhân viên có nghiệp vụ để bảo dưỡng máy, sửa chữa.

Ngân sách đủ để bảo đảm cung cấp oxy đầy đủ và thường xuyên

Để sử dụng có hiệu quả, máy tạo oxy ở huyện cần phải:

Có khả năng hoạt động trong điều kiện bất lợi: nhiệt độ tới 40°C, độ ẩm tới 100%, điện thế nguồn không ổn định, môi trường rất bẩn.

Không có khả năng tạo đậm độ oxy dưới 70% oxy

Có sổ tay hướng dẫn

Có cung cấp các phụ tùng trong 2 năm.

Một bệnh viện có ý định sử dụng thì phải mua ít nhất 2 máy. Cần nhớ là không có bộ phận nào của máy lại sử dụng mãi mãi nhất là nếu nó bị lãng quên. Cần phải có kế hoạch bảo dưỡng thường xuyên, thường là mỗi 5000 giờ sử dụng. Bảo dưỡng không phức tạp và có thể bởi chính người sử dụng sau khi đã hướng dẫn qua.

3. Cháy, nổ và những rủi ro khác

Tất cả nhân viên trong phòng mổ cần phải nhận thức thấy những rủi ro của cháy và nổ là hậu quả của việc dùng các thuốc mê bốc hơi. Điều quan trọng là phân biệt giữa hỗn hợp khí có thể cháy và hỗn hợp có thể nổ. Nổ thì nguy hiểm hơn nhiều cho cả nhân viên và bệnh nhân. Trong số những thuốc bốc hơi nên lên trong quyển sách này, chỉ có Ete là cháy và nổ.

Hỗn hợp ete và không khí dùng trong gây mê có thể cháy.

Hỗn hợp ete và không khí (bất kể đậm độ nào) không nổ.

Hỗn hợp ete với oxy hay N₂O có thể nổ.

Những chất khác dùng trong phòng mổ như cồn sát trùng có thể cháy thậm chí nổ khi có đậm độ cao oxy.

Không có chỗ nào trong hệ thống bốc hơi hay hệ thống hô hấp mà cháy hay nổ có thể xảy ra. Điểm rủi ro là nơi mà khí thở ra của bệnh nhân đi vào phòng hoặc vào bất kỳ nơi nào ở đó có khí gây mê bị vô tình rò ra vào trong phòng đặt máy.

Nếu dùng 3 - 5% ete phối hợp với thuốc dẫn có thì cơ thể là đậm độ Ete trong khí thở ra sẽ thấp hơn là đậm độ có thể gây cháy (2%).

Nếu ete dùng với máy có khí nén (Boyle), khí đó sẽ nổ.

Khí dùng 1 khí có thể cháy, nguồn có thể cháy nhất là dao điện và các máy điện khác. Điện tĩnh thì không có thể cháy nhưng nó có thể kích hoạt để gây nổ ở nơi có hỗn hợp khí giàu oxy.

Để giảm tới thiểu rủi ro nổ, không bao giờ được phép dùng đồng thời dao điện trên bệnh nhân gây mê bằng Ete. Nếu đã dùng 1 thứ vì bệnh nhân thì thứ kia không được phép.

Nếu có thể, phòng mổ và các trang bị cần phải là loại chống tĩnh điện. Điều này quan trọng ở khí hậu khô, nhưng kém quan trọng ở nơi khí hậu ẩm vì độ ẩm trên mặt các trang bị cũng đã chống lại tĩnh điện.

Ổ điện và cắm điện cũng cần phải chống phát tia lửa hoặc ở cao ít nhất cách mặt sàn 1m. Khí thở ra của bệnh nhân ra khỏi van đi xuống sàn bằng 1 ống to (Ete nặng hơn không khí) hoặc dẫn ra ngoài phòng mổ. Không ai đứng lên trên ống và không có gì có thể kích hoạt gây cháy gần đầu ống. Nếu dùng oxy đậm độ cao khi khởi mê, chú ý không phải khí mổ, khí thở ra của bệnh nhân sẽ không thể nổ được trong 3 phút ngừng thêm oxy.

Không 1 nguyên nhân nào có thể gây cháy hay nguồn phát tia lửa được phép ở cách dưới 30cm của van thở ra nơi mà hỗn hợp khí dễ cháy hay nổ thoát ra.

4. Sân sóc và bảo dưỡng các thiết bị

Những nguyên tắc quan trọng trong chăm sóc và bảo dưỡng là:

- Nguồn gây mê làm việc đơn độc ở 1 bệnh viện nhỏ cần phải hiểu biết và có trách nhiệm để bảo dưỡng máy cũng như là sân sóc người bệnh.

- Tất cả các trang bị đòi hỏi phải thường xuyên kiểm tra, bảo dưỡng và sửa chữa để đề phòng xuống cấp nhanh chóng và trở nên nguy hiểm.

- Lập 1 danh mục chi tiết hay kiểm kê các trang bị đã có để có thể xác định những phần thêm vào cần thiết.

- Cũng như các thiết bị cơ bản, danh mục các phụ tùng, pin ắc quy và vật liệu tiêu hao khác sẽ cần và thấy trước làm sao có thể có được.

- Cố gắng đánh giá khi nào thì bộ phận mới sẽ cần và đặt mua thuốc các phụ tùng trước khi máy hỏng và đặt mình vào hoàn cảnh khó khăn.

- Đảm bảo rằng tất cả các máy được để trong 1 môi trường sạch, không bụi, cách xa nơi nhiệt độ quá cao và được che phủ khi không dùng.

- Đảm bảo bộ phận bốc hơi đã được làm sạch các thuốc mê khi không sử dụng trong 1 tuần hay lâu hơn.

- Đậy nút vào các lỗ ra của khí hay ống khi bảo quản để tránh côn trùng chui vào.

Chương 6

CHẤN THƯƠNG & CHÍNH HÌNH

ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CẤP TÍNH

1. Chấn thương trong tương lai

Bạo lực là vấn đề sức khỏe cộng đồng hàng đầu. Mỗi năm khoảng hơn 2 triệu người chết vì chấn thương do bạo lực. Rất nhiều người nữa sống sót sau chấn thương nhưng trở thành tàn phế vĩnh viễn. Trong số những người độ tuổi 15 - 44, bạo lực với nhau là nguyên nhân tử vong đứng thứ 3, tự tử đứng thứ 4 và chiến tranh đứng thứ 6. Ngoài chấn thương và chết, bạo lực còn gây hậu quả đối với vấn đề rộng lớn về sức khỏe. Đó là vấn đề sức khỏe tinh thần nặng nề, các bệnh lây nhiễm tình dục, chữa không mong muốn cũng như vấn đề ứng xử.

Trên toàn thế giới, chấn thương đã trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng chủ yếu. Ở những nước công nghiệp, chấn thương cố ý và không cố ý (tai nạn) trở thành nguyên nhân thứ 3 của toàn bộ tử vong và là nguyên nhân chính của tử vong trong nhóm tuổi từ 18 - 40. Chấn thương, kể cả tai nạn giao thông là nguyên nhân thứ 2 của tử vong sau AIDS ở lứa tuổi 18 - 25. Điều này đã có tác động khổng lồ đến cân bằng ngân sách ở bất cứ nước nào.

Để phòng chấn thương là biện pháp quan trọng nhất của điều trị chấn thương.

Đội ngũ bác sĩ và điều dưỡng có vị trí duy nhất để giáo dục bệnh nhân và các nhân viên y tế về những cách hữu hiệu để phòng chấn thương.

* Hệ thống chăm sóc chấn thương và huấn luyện

– Trong phần phụ lục có "Sổ tay chăm sóc chấn thương kỳ đầu", có thể lấy quyền này làm tài liệu huấn luyện về những kiến thức cơ bản cần thiết để đánh giá, hồi sức, ổn định những bệnh nhân chấn thương. Phần này dựa trên những yếu tố sau để biên soạn:

- Khoảng cách rất xa để chuyển bệnh nhân đến bệnh viện.
- Không có những trang bị và cung ứng kỹ thuật cao.
- Không có những chuyên gia về chấn thương ở bệnh viện Huyện

Để phòng chấn thương là phương thức hữu hiệu nhất và tốn ít tiền nhất để làm giảm những thương tích và tử vong do chấn thương.

- Chiến lược để phòng bao gồm:

Cải thiện an toàn giao thông

Huấn luyện người lái xe tốt hơn

Cảnh giác của người đi bộ và xe đạp

Đeo giấy an toàn trong ô tô và đội mũ bảo hiểm cho người đi xe máy.

Đề phòng người lái xe uống rượu.

Hạn chế tình trạng lộn xộn trong thành phố và dân chúng.

– Những chiến lược này không dễ thực hiện và kết quả của việc đề phòng chấn thương phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

Trình độ văn hoá.

Sự sẵn sàng vì nhân lực

Đường lối.

Ngân sách y tế.

Huấn luyện

2. Những nguyên tắc điều trị chấn thương ban đầu

*** Những mục đích điều trị bệnh nhân chấn thương**

1. Khám xét, chẩn đoán và xử trí những biến chứng đe dọa tính mạng của chấn thương càng sớm càng tốt khi bệnh nhân đến bệnh viện.

2. Sử dụng cách điều trị đơn giản nhất để ổn định tình trạng bệnh nhân

3. Hoàn thiện việc khám xét đầy đủ bệnh nhân để bảo đảm rằng không còn sót những chấn thương khác

4. Thường xuyên khám lại bệnh nhân để xem đáp ứng với điều trị, nếu bệnh nhân tồi đi, khám lại ngay

5. Bắt đầu điều trị thực thụ chỉ sau khi bệnh nhân ổn định

6. Khi điều trị thực thụ tại chỗ không có, phải có kế hoạch vận chuyển an toàn đến trung tâm khác.

*** Tử vong do chấn thương**

Tử vong do chấn thương xảy ra ở 3 thời kỳ

– Tử vong ngay

Bệnh nhân đến viện không còn sống do những chấn thương quá nặng:

Vỡ tim và động mạch phổi

Chảy máu nặng

Hủy hoại nặng não hay các tổ chức thần kinh khác

Những tử vong này chỉ có thể làm giảm bằng chiến lược đề phòng ở cộng đồng

– Tử vong sớm.

Bệnh nhân đến viện còn sống nhưng cần hồi sức ngay để sống sót. Rất nhiều tử vong sớm có thể ngăn ngừa được bằng chẩn đoán và điều trị sớm, thích hợp. Những chấn thương đe dọa tính mạng như:

Tràn khí màng phổi.

Máng sườn di động

Chảy máu trong bụng

Chấn thương xương dài và xương chậu.

– Tử vong muộn

Tử vong muộn là hậu quả của:

Nhiễm trùng

Suy đa tạng

Chăm sóc ban đầu thích ứng có thể ngăn ngừa những biến chứng và tử vong

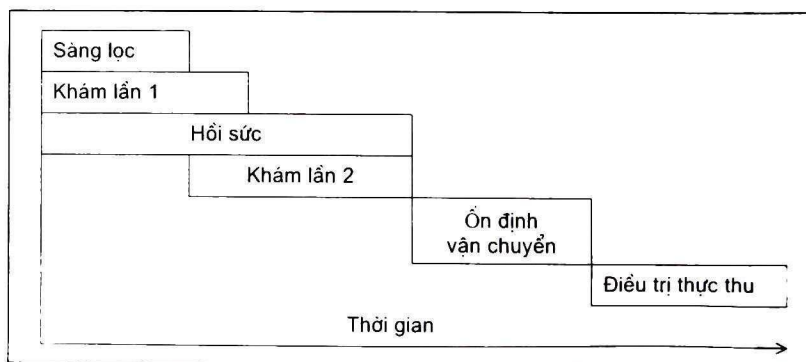
Tuy nhiên từ khi chấn thương đến khi tử vong là lâu nhưng phải chăm sóc ngay khi bệnh nhân đến viện, nếu làm được như vậy, có thể cứu nhiều người và để phòng những biến chứng và tàn tật.

3. Sáu giai đoạn điều trị chấn thương ban đầu

Điều trị kết quả những chấn thương nghiêm trọng phụ thuộc vào 6 bước:

1. Sàng lọc
2. Khám kỹ đầu
3. Khám lần 2
4. Ổn định
5. Vận chuyển
6. Điều trị thực thụ

Tính liên tiếp được minh hoạ như sau:



- Bắt đầu hồi sức đồng thời với khám lần đầu.
- Không nên bắt đầu khám lần 2 khi đã hoàn toàn khám lần 1 xong
- Không nên điều trị thực thụ xong khi đã xong khám lần 2

* **Sàng lọc**

Sàng lọc có nghĩa phân loại và điều trị bệnh nhân tùy theo tính ưu tiên, thường phụ thuộc vào:

Nhu cầu y tế

Nhân sự sẵn sàng

Nguồn sẵn sàng

Bệnh nhân được phân loại thông thường theo ưu tiên:

Thành lập thứ tự của danh sách mổ

Phòng cấp cứu

Vùng có thảm họa

* **Khám lần đầu**

Khám bệnh nhân đầy đủ cả lần 1 và lần 2, đặc biệt những bệnh nhân có:

- Bệnh cảnh của:

Ngã cao trên 3m

Tai nạn giao thông: tốc độ trên 30km/giờ

Văng ra từ trong xe hay kẹt trong xe

Người đi bộ hay đi xe đạp bị xe ô tô đâm

Hành khách văng ra khỏi xe

Có người chết trong cùng 1 tai nạn

Thương tổn do vũ khí có tốc độ cao hay thấp.

- Khám những người:

Suy hô hấp.

Huyết áp dưới 100mmHg

Điểm Glasgow dưới 13/15.

Tổn thương đâm xuyên

Có trên 1 thương tổn

- Tầm quan trọng của ABCDE

ABCDE là cách đơn giản để nhớ những điều chủ yếu của khám lần đầu. Đó cũng là điều cần quay trở lại 1 khi tình trạng bệnh nhân trở nên tồi, hoặc là xảy ra trong 5 phút hay là sau 5 ngày đến viện.

A (Airway): đường thở.

Nếu đường thở bị tắc thì oxy không thể đến các mô, nguyên nhân thường thấy nhất của tắc đường thở là hôn mê phối hợp với tư thế nằm ngửa, tư thế này làm cho lưỡi tụt ra sau chịt lấy hầu. Nguyên nhân khác là chấn thương vùng cổ và dị vật.

B (Breathing): hô hấp

Dù đường thở có thông thì oxy cũng không thể đến phổi được trừ khi bệnh nhân thở hoặc người nào đó làm hô hấp nhân tạo.

Hô hấp có thể ngừng do chấn thương sọ não nặng, thiếu oxy, ngừng tuần hoàn.

C (Circulation): tuần hoàn

Oxy trong phổi không thể đến các mô trừ khi tim còn đập, lý do chung gây suy tuần hoàn bao gồm mất máu (choáng) và tăng áp lực vào tim do tràn khí màng phổi hay tràn máu màng tim. Choáng và tụt huyết áp thì nguy hiểm cho mọi bệnh nhân, nhưng đặc biệt đối với bệnh nhân chấn thương sọ não vì cung cấp máu đến não lại giảm hơn, hình thành 1 vòng luẩn quẩn trong đó thiếu oxy gây phù não hơn và phù não lại gây thiếu oxy.

D (Disability and neurological Damage): mất khả năng

Kiểm tra thương tổn thần kinh là phần sống còn của khám kỳ đầu. Không nên khám toàn bộ thần kinh trong lúc này. Sử dụng phân loại đơn giản để định mức độ mê của bệnh nhân:

Mức độ tỉnh táo.

Trả lời bằng mồm

Phản ứng với đau

Không trả lời.

Hoàn thiện việc khám này trong 30 giây

E (Exposure): bộc lộ

Cởi bỏ quần áo bệnh nhân và khám toàn bộ người bệnh cả mặt trước và mặt sau nhưng không được để bệnh nhân bị lạnh. Khám toàn bộ bệnh nhân là cách duy nhất không để sót thương tổn.

ABCDE rất dễ nhớ bằng tiếng Anh. Nếu không thì cố tìm 1 cách đơn giản để nhớ những điểm này theo thứ tự bằng tiếng của mình. Trong cấp cứu, cách đơn giản như vậy là có ích để làm cho nhớ 6 giai đoạn của chăm sóc chấn thương kỳ đầu nhưng nó không thể thay việc nghĩ 1 cách chu đáo về bệnh nhân.

Điều trị ngay những vấn đề đe dọa đến tính mạng như chảy máu, tràn khí hay tắc đường thở phát hiện trong lần khám ABCDE. Những vấn đề ít cấp cứu hơn như gãy tay, phải đợi cho đến khi người bệnh ổn định, họ sẽ được mang đi trong lần khám thứ 2 và sẽ được điều trị thích ứng trong giai đoạn chăm sóc thực thụ.

- Kỹ năng hồi sức.

Có 1 số nhỏ những kỹ năng thực hành chủ yếu cho hồi sức ban đầu những bệnh nhân chấn thương. Cách duy nhất để học được là thu thập những kinh nghiệm thực hành dưới sự giám sát của 1 người có tay nghề. Một người gây mê hay bác sĩ chấn thương có kinh nghiệm cũng có thể giúp để thu thập được kinh nghiệm và thực hành.

Kỹ năng cần thiết bao gồm:

Khám xét nhanh chóng để chẩn đoán và điều trị những thương tổn đe dọa tính mạng bao gồm cả khả năng cần thiết để hồi sức tuần hoàn hô hấp.

Kỹ năng về đường thở, những thủ thuật đơn giản, hô hấp nhân tạo, đặt nội khí quản, mở khí quản.

Làm 1 đường truyền bảo đảm ở bất cứ 1 tĩnh mạch nào sẵn có điều trị choáng.

Vận chuyển bệnh nhân: tổn thương cột sống, cùng khiêng bệnh nhân.

Dẫn lưu màng phổi.

* Khám lần 2

Mục đích của khám lần 2 là đảm bảo chắc chắn đã khám mọi bộ phận cơ thể không có gì quan trọng còn bỏ sót. Trong lần khám này, cần xác định mọi thương tổn và bắt đầu nghĩ đến kế hoạch điều trị. Khám X quang, nếu có, là 1 phần trong lần khám này.

Nếu thấy có suy giảm không giải thích được ở bất cứ lúc nào thì phải khám lại ngay.

Trong lần khám thứ 2, chú ý chi tiết:

Đầu, cổ, cột sống

Hệ thống thần kinh: lúc này có thể khám thần kinh toàn diện hơn.

Ngực

Bụng: nếu nghi có chảy máu trong bụng cần nghĩ đến chọc rửa ổ bụng, nếu như âm tính, có thể phải mổ bụng.

Khung chậu và chấn thương các chi.

Sau khi khám lần 2, có đầy đủ hồ sơ về:

Bệnh sử chi tiết về chấn thương

Tiền sử

Thuốc

Dị ứng

Những nhận xét về lần khám 1 và 2: kết quả cận lâm sàng, chi tiết về điều trị và đáp ứng của bệnh nhân

*** Ổn định và vận chuyển**

Sau khi khám bệnh nhân, điều trị những bệnh cảnh đe dọa tính mạng và khám lần 2 để phát hiện những thương tổn khác. Kế hoạch điều trị bây giờ đã rõ.

Khi hồ sơ hoàn thành, cho thuốc giảm đau, kết quả cận lâm sàng có đủ, các gãy xương đã bất động, có thể chọn lựa cách điều trị tốt nhất:

Chuyển bệnh nhân về buồng bệnh

Chuyển vào phòng mổ.

Chuyển đi chụp X quang

Chuyển đến bệnh viện khác.

Trước khi chuyển bệnh nhân đi:

Cần nhớ rằng chuyển đi không phải là 1 cách điều trị

Liên hệ với nơi chuyển đến để chắc chắn họ sẽ giúp.

Dự kiến còn có sự cố gì xảy ra trên đường vận chuyển và chuẩn bị đối phó.

Có thuốc giảm đau đi kèm.

Thu xếp có nhân viên được đào tạo đi cùng bệnh nhân.

*** Điều trị thực thụ**

Một khi bệnh nhân đã được hồi sức, ổn định và vận chuyển, có thể tiến hành điều trị theo kế hoạch.

Để cứu tính mạng bệnh nhân, cần phải làm thủ thuật ngoại ngoại ngay như là 1 phần của khám lần đầu và hồi sức sớm.

Quyết định chuyển thẳng bệnh nhân vào phòng mổ cần có hội chẩn kỹ càng và thông tin tốt giữa người mổ và người gây mê.

– Bệnh nhân đặc biệt và hoàn cảnh đặc biệt.

Cảnh giác đối với bệnh nhân đặc biệt và hoàn cảnh đặc biệt. Trẻ con và đàn bà chữa có yêu cầu đặc biệt và cần điều trị đặc biệt vì giải phẫu và sinh lý thay đổi so với người không có chữa.

4. Những thủ thuật

Trong phần điều trị những bệnh nhân chấn thương nghiêm trọng.

*** Đặt dẫn lưu màng phổi và dẫn lưu kín.**

– Chỉ định khi:

Tràn khí màng phổi.

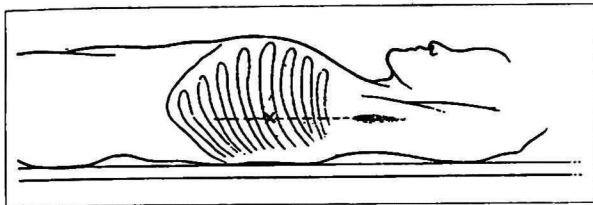
Tràn máu màng phổi.

Tràn khí và máu màng phổi.

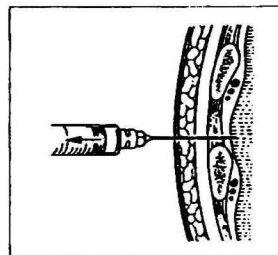
Mủ màng phổi cấp tính.

– Kỹ thuật

1. Bôi thuốc sát trùng da và phong bế thành ngực với Lidocain 1% vào khoang liên sườn tương ứng thường là khoang thứ 5 hay 6 đường giữa hõm nách (16.2) 16.3). Chú ý chiều dài kim tiêm khi vào tới khoang màng phổi để khi đặt ống dẫn lưu.



Hình 16.2



Hình 16.3

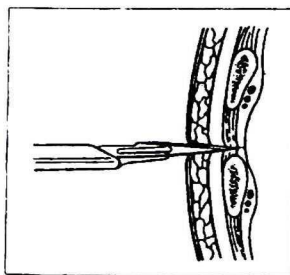
2. Hút dịch từ khoang màng phổi để xác định chẩn đoán

3. Rạch da ngang ngay bờ trên xương sườn để tránh phạm vào mạch máu nằm bờ dưới xương. Ở trẻ con, rạch vào giữa khoang liên sườn.

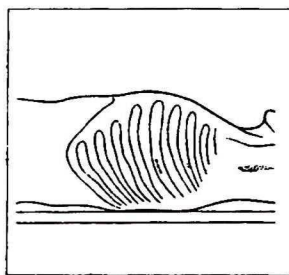
4. Dùng kẹp dài, cong đưa vào khoang liên sườn và mở rộng 2 má, cùng với kẹp đó, cặp đầu ống dẫn lưu để đưa vào khoang lồng ngực.

5. Khâu da, có 1 sợi để buộc cố định ống dẫn lưu. Khâu 1 sợi nữa làm chỉ chờ để buộc da khi rút ống. Băng lại.

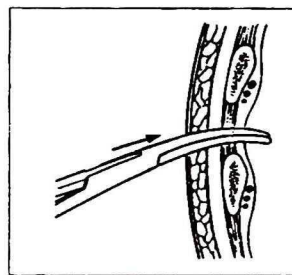
6. Nối ống dẫn lưu với hệ thống dẫn lưu kín, đánh dấu mức nước ban đầu trong lọ dẫn lưu (16.4 - 16.10).



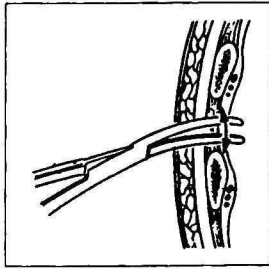
Hình 16.4



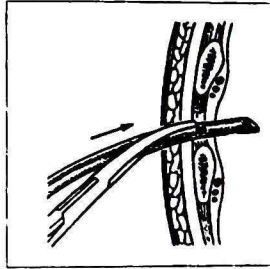
Hình 16.5



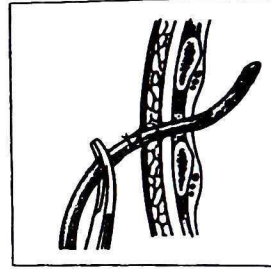
Hình 16.6



Hình 16.7



Hình 16.8



Hình 16.9

- Sẵn sóc sau dẫn lưu:

Khi thay lọ dẫn lưu, phải dùng kẹp cặp ống dẫn lưu lại.

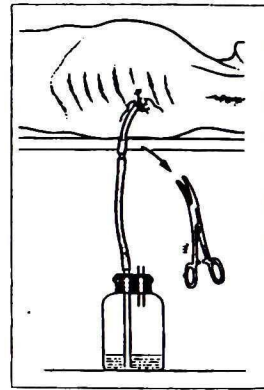
Hệ thống dẫn lưu còn thông nếu thấy mức nước lên xuống trong ống khi thở.

Nếu thấy bọt khí vẫn ra sau nhiều ngày dẫn lưu (hệ thống dẫn lưu đảm bảo là kín) gợi ý có lỗ rò khí, cần chuyển bệnh đi.

Thay hệ thống dẫn lưu ít nhất cách 48 giờ bằng 1 hệ thống khác tiết trùng.

Phải rửa sạch hệ thống cũ trước khi tiết trùng lại.

Nếu dẫn lưu không ra sau 12 giờ dù đã vuốt ống, cặp ống lại sau 6 giờ rồi chụp ngực kiểm tra. Nếu phổi phồng tốt, cặp ống và nút ống dẫn lưu.



Hình 16.10

Khi rút ống: trước hết làm cho bệnh nhân yên tâm, bỏ băng. Bôi sát trùng. Dùng ngón cái và ngón trỏ ép 2 mép da lại qua gạc vô trùng, cắt chỉ cố định ống. Rút ống nhanh trong khi người phụ thất sợi chỉ chờ.

* Mở khí quản

- Chỉ định của mở khí quản:

Dự kiến có khó khăn trong chăm sóc đường thở.

Chuyển 1 bệnh nhân hôn mê.

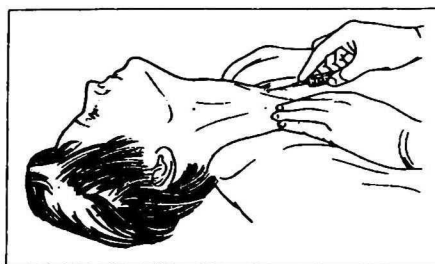
- Kỹ thuật mở khí quản (không cấp cứu)

1. Bệnh nhân nằm ngửa. Đặt gối dưới vai để ưỡn cổ (16.11)

2. Bôi thuốc sát trùng da và phong bế thuốc tê từ hõm ức tới sụn giáp đường giữa cổ (16.12)



Hình 16.11

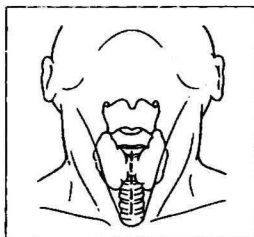


Hình 16.12

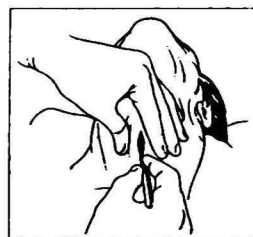
3. Xác định sụn nhẫn. Rạch da dọc từ bờ dưới sụn này đến hõm ức (16.13) 16.14, 16.15).



Hình 16.13

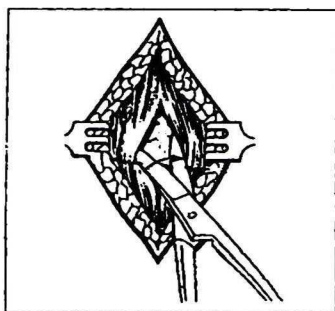


Hình 16.14



Hình 16.15

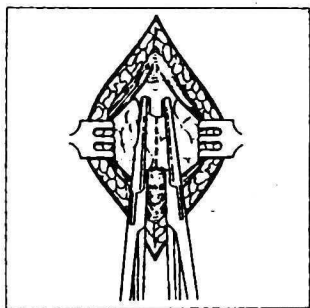
4. Tách cơ sang 2 bên để bộc lộ khí quản với eo tuyến giáp nằm vắt ngang. Kéo eo xuống dưới hay lên trên hoặc cắt đôi eo tuyến giáp để bộc lộ sụn khí quản thứ 2 hay 3. giữ khí quản cố định bằng 2 banh nhỏ (16.16, 16.17, 16.18, 16.19).



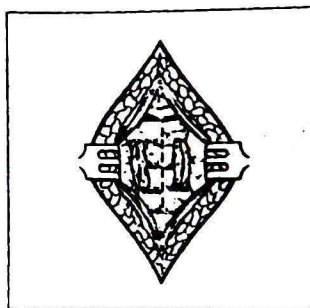
Hình 16.16



Hình 16.17



Hình 16.18

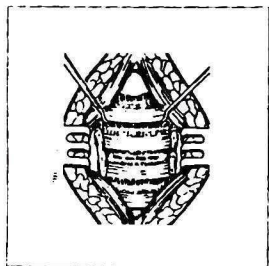


Hình 16.19

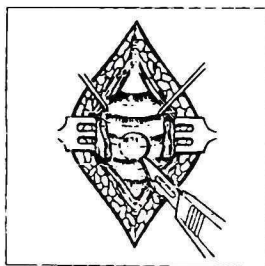
Ở trẻ con, rạch ngang giữa 2 sụn. Tránh cắt sụn.

Ở người lớn, cắt 1 phần sụn vừa với kính thuốc ống khí quản (16.20, 16.21)

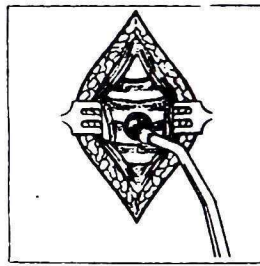
5. Hút sạch đờm rãi và đặt ống vào (16.22)



Hình 16.20



Hình 16.21

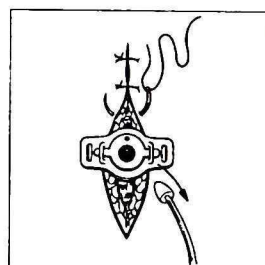


Hình 16.22

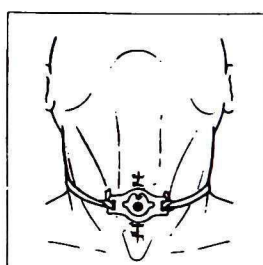
6. Sau khi đã đặt được ống vào trong khí quản, rút bỏ ống nòng và khâu da (16.23, 16.24, 16.25)



Hình 16.23



Hình 16.24



Hình 16.25

Ở trẻ con, rút bỏ gối lưng trước khi buộc chỉ. Dùng sợi vải buộc ống vòng quanh cổ.

7. Khi đặt ống, phải đảm bảo ống nằm trong khí quản đúng và hoàn toàn. Nếu bệnh nhân đang có ống nội khí quản thì ống mở khí quản phải ở phía dưới, nếu tốt nhất là rút ống nội khí quản.

Đánh giá và xác định ống mở khí quản thông. Dùng ống nghe nghe xem có tiếng thở qua ống không.

– Săn sóc sau mổ

Hút đờm rãi đều đặn qua ống, dùng ống hút tiết trùng.

Không khí cần làm ấm và ẩm bằng bộ phận làm ẩm. Khi cần bơm 1 ít HTM qua ống để làm loãng đờm rãi lúc hút.

Thay ống bên trong thường xuyên.

Nếu tuột ống phải đặt lại ngay. Kiểm tra vị trí. Bao giờ cũng phải có bộ dự trữ.

– Biến chứng

Chảy máu

Nhiễm trùng

Tràn khí dưới da

Xẹp phổi

Hẹp ống khí quản

KỸ THUẬT CHÍNH HÌNH

1. Kéo

* Kéo da

Kéo da đòi hỏi áp lực trên da để duy trì lực kéo vào xương. Trọng lượng tối đa có thể dùng để kéo là 5kg. Nặng hơn 5kg sẽ gây bong da và nổi nốt phỏng, giấy kéo cuộn chặt bị trượt gây đau vùng da. Cuốn chặt giấy kéo để phòng trượt lại gây rủi ro hội chứng khoang ở chi thương tổn.

Nếu cần kéo nặng hơn 5kg để điều trị gãy thì kéo vào xương.

Không được kéo da khi da bị xây sát, dập nát, vết thương loét, mất cảm giác hoặc có bệnh mạch máu ngoại vi.

– Kỹ thuật

1. Làm sạch da bằng xà phòng và nước. Nếu có sẵn dùng bộ kéo làm sẵn gồm có băng dính, giấy kéo, bản gỗ căng và nút xóp bảo vệ mắt cá. Thường là không có sẵn bộ này nên tự làm lấy như sau:

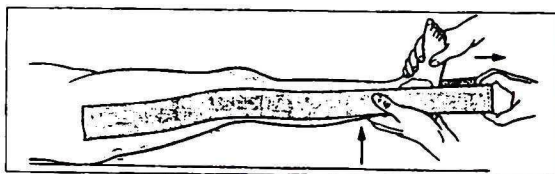
2. Đo chiều dài tương ứng của băng dính, trải xuống mặt bàn để ngửa phần dính lên trên. Cần hỏi bệnh nhân trước có dị ứng với băng dính không.

3. Đặt bản gỗ căng khoảng 7.5cm chiều rộng, có 1 lỗ ở giữa, vào giữa đoạn băng dính (17.1)



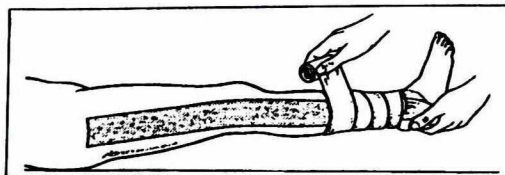
Hình 17.1

4. Nhấc chân khỏi mặt giường. áp băng dính dọc theo chân, bản gỗ căng cách góc chân khoảng 15cm (17.2)



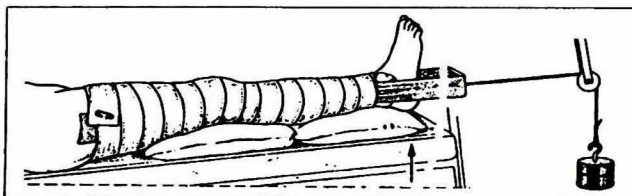
Hình 17.2

5. Bọc phần gần xương với nỉ hay bông. Cuốn băng xung quanh cho chắc (17.3)



Hình 17.3

6. Kê cao chân giường, luồn giấy kéo qua lỗ ở bản gỗ để kéo với trọng lượng tương ứng (17.4)



Hình 17.4

– Biến chứng:

Dị ứng băng dính

Nổi nốt phỏng và đen vùng da do áp lực kéo.

Hội chứng khoang

Liệt giấy thần kinh mác do kéo qua gối.

*** Kéo xương**

Kéo xương bằng cách xuyên 1 đinh qua hành xương. Khi xuyên đinh phải đúng để tránh làm thương tổn mạch, thần kinh, khớp áp và bản sinh trưởng. Trọng lượng kéo phụ thuộc chỗ gãy, nhưng thường bằng 1/10 đến 1/7 trọng lượng cơ thể là đủ bảo đảm cho mọi loại gãy.

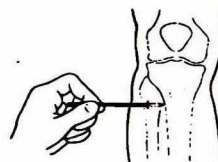
– Kỹ thuật

1. Làm sạch da bằng dung dịch sát trùng và bọc ra ngoài bằng gạc vô trùng.

Phong bế Lidocain 1% qua da vào sát xương ở cả 2 phía đinh xuyên qua.

2. Chích 1 lỗ nhỏ ngoài da, đưa đinh vào thẳng góc với trục dọc của xương.

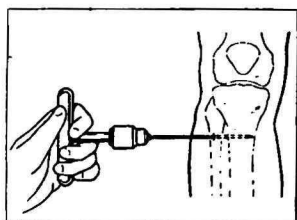
Đinh sẽ chạm vào xương qua lớp dưới da chứ không có cơ ở đây (17.5)



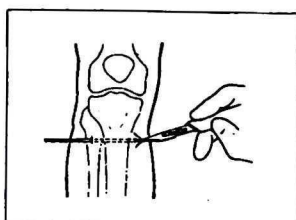
Hình 17.5

3. Lắp bộ khoan vào đinh. Khoan cho đến khi đầu đinh đâm lồi da bên đối diện. Dùng dao chính 1 lỗ để cho đinh chui ra (17.6, 17.7)

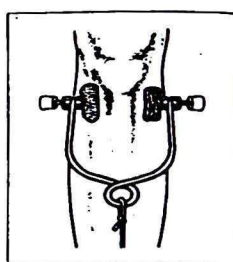
4. Băng riêng biệt 2 bên đinh. Lắp bộ kéo 2 đầu đinh (17.8)



Hình 17.6



Hình 17.7



Hình 17.8

5. Nâng cao chân giường. Dùng đối trọng kéo chi.

Nơi xuyên đinh.

Đầu trên xương chày: 2cm dưới lồi củ trước xương chày và 2cm phía sau. Bắt đầu xuyên từ ngoài vào để tránh gây thần kinh khoeo.

Xương gót: 4.5cm dưới và 4cm sau mắt cá trong.

Xuyên từ bên trong ra để tránh thương tổn động mạch chày sau và gây thần kinh và tránh xuyên vào khớp cổ chân. (17.9)

Đầu dưới xương đùi: xuyên từ trong ra, ở đầu trên xương bánh chè.

Mỏm khuỷu: xuyên qua xương trụ từ trong ra, 2cm phía trên mỏm khuỷu và 1cm phía trước, tránh thương tổn gây thần kinh trụ (17.10)

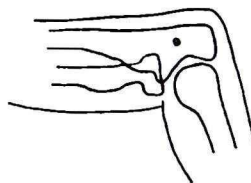
- Biếng chứng

Nhiễm trùng nơi xuyên đinh là thường thấy (chảy dịch, lỏng đinh) thay băng vô trùng, nếu cần xuyên đinh chỗ khác hoặc tháo bỏ bộ kéo.

Cứng khớp: tránh bằng cách tập.



Hình 17.9



Hình 17.10

* Kéo sọ:

Kéo sọ vì chấn thương hay nhiễm trùng đốt cổ.

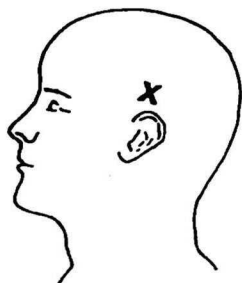
- Bộ kẹp Gardner - Wells.

1. Khoan đinh trên vành tai 2 - 3cm

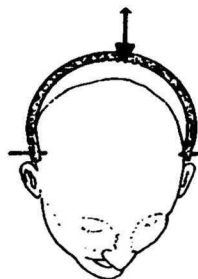
2. Cạo tóc và bôi thuốc sát trùng

3. Đặt bộ kẹp cho đúng và đánh dấu lỗ khoan đinh.

4. Gây tê Lidocain 1% chích da 1 lỗ sát tới xương sọ: vận đỉnh từng bên sao cho chặt vào xương sọ. Xác định độ chặt bằng bộ vận đỉnh ốc, chỉ dùng 2 ngón để vận (17.11, 17.12)



Hình 17.11



Hình 17.12

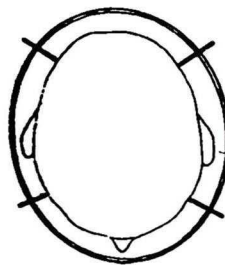
5. Băng vô trùng và kéo với trọng lượng thích ứng. Ngày hôm sau vận chặt thêm.

– Kéo qua vòng

1. Xác định kích thước vòng: vòng rộng hơn sọ mỗi bên 2cm
2. Để đầu bệnh nhân ra ngoài mép giường. Vòng kéo ở trên lông mày và vành tai (17.13)
3. Khoan 4 đinh xung quanh sọ (17.14)



Hình 17.13

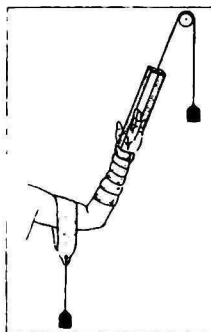


Hình 17.14

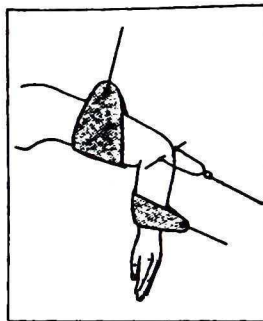
4. Cạo tóc ở 4 nơi khoan đinh
5. Đặt vòng cao cho cân. Trong khi khoan, dặn bệnh nhân nhắm mắt.
6. Vận chặt đinh bằng 2 ngón tay, sau 1 - 2 ngày cơ thể vận chặt thêm.

*** Kéo các chi**

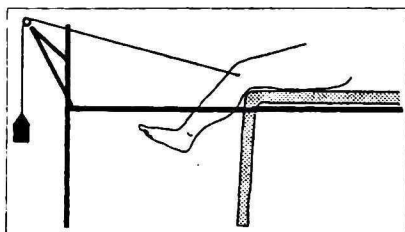
Những hình ảnh dưới đây minh họa cho việc kéo các chi



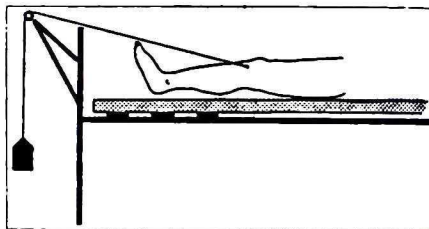
Hình 17.15. Kéo kiểu Dunlap



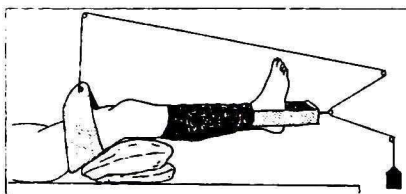
Hình 17.16. Kéo mỏm khuỷu



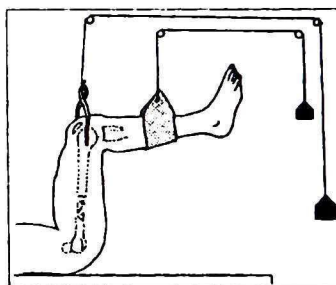
Hình 17.17. Kéo kiểu Perkin



Hình 17.18. Kéo kiểu Perkin



Hình 17.19. Kéo kiểu Russell



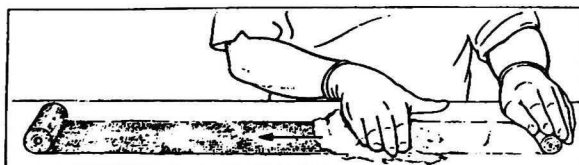
Hình 17.20. Treo 90/90

2. Nẹp và bột

* Bột Paris

Bột bó đã được làm sẵn hoặc tự làm

Dùng gạc khô dài 500cm, rộng 15cm, trải ra mặt bàn, rải bột bó đều trên mặt gạc. Cuộn lại gạc đủ chặt. Những cuộn bột này dùng ngay hoặc dự trữ (17.21)



Hình 17.21

* Sợi thủy tinh

Nẹp và bột bằng sợi thủy tinh đã được làm sẵn. Nó nhẹ hơn bột, không thấm nước nhưng khó tháo bột ra và đắt hơn bột.

* Bó bột.

1. Làm sạch da, băng vào vết thương, nếu có sẵn, dùng ống thun chùm ra ngoài chi phòng các nếp nhăn. Cuốn bông chung quanh chi, có độn bông ở những chỗ gồ xương như xương bánh chè, khuỷu, cổ chân (17.22)



Hình 17.22

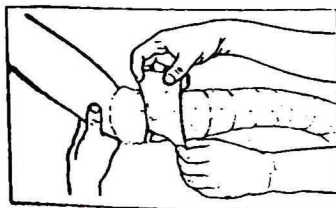
2. Ngâm bột vào nước thường (không dùng nước ấm). Khi cuộn bột chìm hẳn dưới nước, không sủi bọt là được.



Hình 17.23

3. Hai bàn tay bịt 2 đầu cuộn bột, ép lại, không vận để cho nước chảy bột ra (17.23)

4. Nâng phần chi, cuốn bột xung quanh liên tục, không gây nếp nhăn. Dùng bàn tay xoa lên mặt bột để cho áp cuộn bột xung quanh chi thành 1 khối đều.



Hình 17.24

5. Khi cuốn để cuộn bột lăn xung quanh chi, không kéo căng cuộn bột, lớp sau chum lên nửa lớp trước (17.24)

6. Hai đầu bằng bột cuộn các mép ra ngoài và làm nhẵn để khỏi cọ vào da (17.25)

7. Giữ cho bột cứng lại. Phải 24 giờ sau mới cứng hoàn toàn, dặn bệnh nhân giữ gìn tránh làm méo bột hay có vật nặng đè vào.

*** Đặt nẹp bột.**

1. Đo chiều dài cần làm nẹp. Gấp khoảng 5 - 10 lớp gạc có bột (17.26)

2. Ngâm vào nước như trên. Đặt lên bàn vuốt cho phẳng.

3. Đặt nẹp vào chi cho ôm lấy phần chi cần cố định. Cuốn băng ra ngoài (17.27)

Dặn bệnh nhân

Nói hay viết: dặn bệnh nhân hay người đi theo. Cần dùng những từ để bệnh nhân có thể hiểu được.

Thí dụ:

- Giữ bột hay nẹp luôn luôn khô.
- Không gãi phần da trong bột bằng những vật sắc nhọn.
- Để bột khô trong 24 giờ rồi mới có thể tỳ vào chỗ cứng hay đặt vật nặng đè lên.
- Đối với những thương tổn cấp tính, nâng cao chi trong 24 - 48 giờ và luôn luôn ngo ngoáy các ngón

- Quay trở lại cơ sở y tế ngay nếu:

Bột bị ướt và mềm

Đau tăng lên

Các ngón tay, chân thấy tê, kiến bò, cử động khó mầu sắc da các ngón thay đổi.

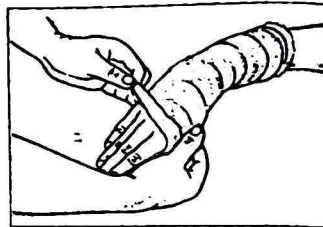
Bột có mùi hôi.

*** Tháo bỏ bột.**

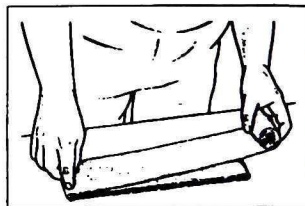
Dùng cửa điện hay kéo tháo bột (17.28)

Cắt dọc theo trục chi (17.29)

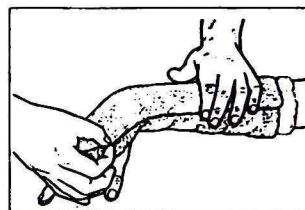
Chú ý tránh làm thương tổn chi phía dưới nhất là những nơi xương lồi lên (17.30)



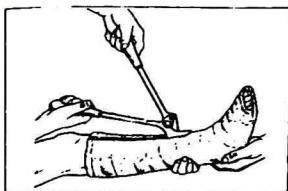
Hình 17.25



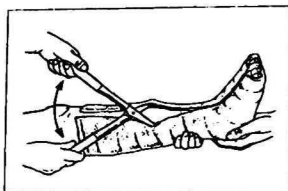
Hình 17.26



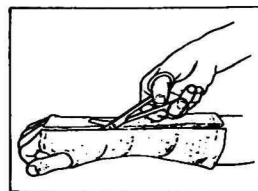
Hình 17.27



Hình 17.28



Hình 17.29



Hình 17.30

Nếu khó tháo bột (trẻ con) có thể làm mềm bột bằng cách ngâm vào nước hay nước pha giấm, đợi 10 - 15 phút sẽ tháo bỏ như kiểu tháo băng.

- Biến chứng

Phần lớn là do làm bột ban đầu không đúng cách.

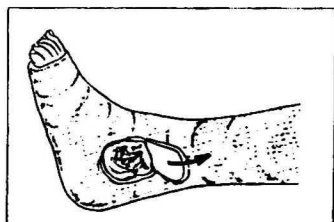
Chèn ép

Bột chèn chặt làm hoại tử da. Xảy ra ở những nơi như xương gồ lên, bột có nếp gấp hay dị vật trong bột. Những nơi thường thấy như: gai chậu trước trên, xương cùi, mắt cá, mu chân, đầu dưới xương trụ ở cổ tay.

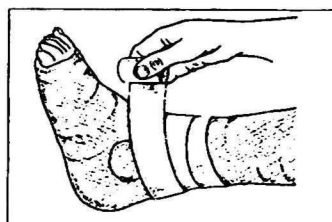
Vùng dưới chỗ ép đau, nếu không để ý, da mất cảm giác rồi thành vết thương, rò rỉ nước làm cho bột có mùi hôi. Điều trị như sau:

Làm bột mới hay mở 1 lỗ chỗ bị đè ép. Nếu đã loét, thay bằng (17.31)

Đắp bông. Băng chặt ra ngoài (17.32)



Hình 17.31



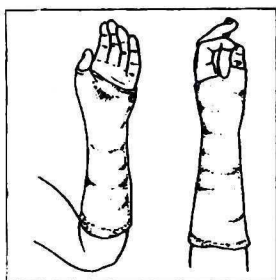
Hình 17.32

Nốt phồng da.

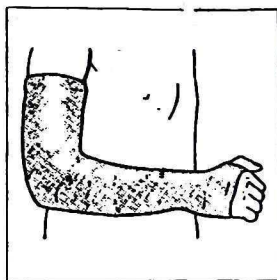
Da phía dưới bột bị khô, đóng vảy vì lớp tế bào bên ngoài không bong đi được. Rất ít khi do dị ứng. Ở xứ nóng, các lỗ chân lông bị nhiễm tụ cầu, cả các lỗ tuyến mồ hôi, gây viêm da, đau nhiều.

Dùng thuốc kháng histamin, kháng sinh, để chi cao sẽ làm giảm đau sau 48 giờ. Trong trường hợp nghiêm trọng điều trị không đạt kết quả, đổi cách điều trị (không bó bột nữa)

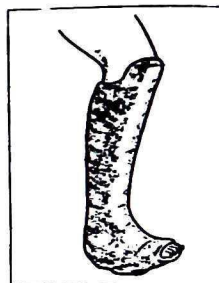
Các kiểu bó bột và nẹp (17.33 - 17.40)



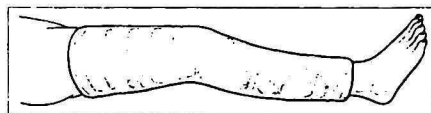
Hình 17.33



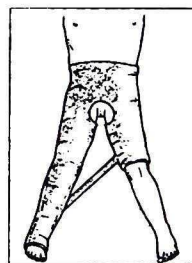
Hình 17.34



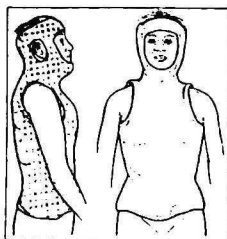
Hình 17.35



Hình 17.36



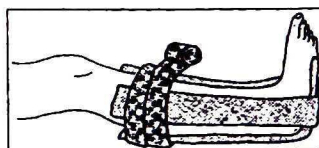
Hình 17.37. Spica háng



Hình 17.38. Minerva



Hình 17.39. Kẹp đường

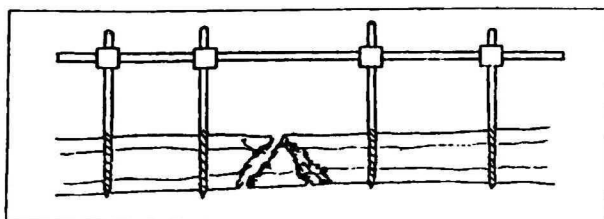


Hình 17.40. 3 nẹp

3. Áp dụng cố định bên ngoài

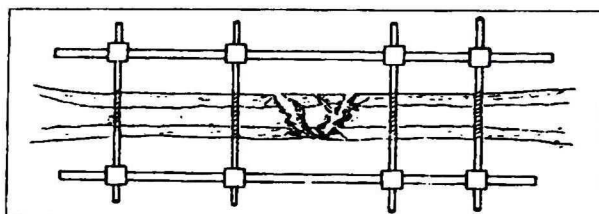
*** Vật liệu**

Cố định bên ngoài tức là dùng các đinh xuyên qua xương ở 2 đầu gãy. Các đinh này được lắp vào 1 thanh bên ngoài (17.41)



Hình 17.41

Chỗ gãy xương được điều chỉnh ở thanh bên ngoài (17.42)



Hình 17.42

Vết thương phần mềm được rửa sạch, thay băng và khâu da thì 2 hay ghép da.

Đinh có đường kính 3 - 6mm. Nếu đinh không xuyên qua thì có ren ở 1 đầu, cài xuyên qua thì có ren ở giữa đinh.

Khung bên ngoài được làm sẵn hoặc tự làm (bằng gỗ, kim loại). Khung phức tạp thì cố định tốt hơn và có thể điều chỉnh.

Áp dụng kỹ thuật

1. Sát trùng ngoài da. Gây tê nơi xuyên đinh nhưng nắn chỗ gãy xương có khi phải gây mê. Xuyên kim ở nơi không nguy hiểm, tránh tổn thương mạch máu, thần kinh. Những nơi như: xương chày nơi sát da, xương gót, xương quay, xương trụ.

Ở xương quay và trụ chỉ dùng đinh không xuyên qua. Đối với xương đùi hay xương cánh tay, xuyên từ bên ngoài (đinh không xuyên qua).

2. Chích da nhỏ, xuyên đinh vào sát xương rồi khoan qua 2 lớp vỏ xương. Nếu dùng đinh không xuyên qua thì chú ý không khoan qua lớp vỏ thứ 2.

3. Đắp gạc vô trùng quanh đinh và lắp vào khung. Muốn chắc, khung ở sát da nhưng để chỗ còn sạch vết thương, thay băng.

4. Xuyên ít nhất 2 đinh mỗi đầu. Thêm đinh thứ 3 sẽ chắc hơn, còn đinh thứ 4 thì không hơn gì. Điều chỉnh các đinh theo chiều dọc của xương để lắp vào khung - khoảng cách đinh càng xa thì cố định càng tốt.

– Biến chứng

Thương tổn mạch, thần kinh do xuyên dính

Nhiễm trùng dính. Hàng ngày cần làm sạch chân dính. Phần lớn là nhiễm trùng nông, có thể điều trị bằng thay băng, kháng sinh. Nếu nhiễm trùng vẫn không hết, rút dính và xuyên chỗ khác.

4. Chẩn đoán hình ảnh

Có nhiều kỹ thuật để chẩn đoán hình ảnh: X quang thông thường, siêu âm, chụp xương phóng xạ, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính.

X quang thông thường là kỹ thuật phổ biến ở tuyến huyện

Hình ảnh X quang giúp ích cho chẩn đoán và điều trị, nhưng bác sĩ thực hành cần có khả năng chẩn đoán và điều trị không cần đến X quang.

Chụp X quang thông thường hữu hiệu nhất là chụp ngực, cột sống, khung chậu và các chi. Chụp sọ có giá trị hạn chế vì nó không loại trừ những thương tổn trong sọ đe dọa đến tính mạng.

Khi bệnh nhân có thương tổn cấp tính ở bụng kể cả chấn thương siêu âm là phương pháp được lựa chọn.

Với những người làm siêu âm được đào tạo tốt, độ nhạy phát hiện chảy máu trong bụng khoảng 90% và độ đặc hiệu là 100%.

Không nên chuyển bệnh nhân đi xa để chụp X quang trong điều kiện cấp cứu.

Cần nói rõ cho người chụp biết yêu cầu của lâm sàng cần gì, sơ bộ chẩn đoán là gì để chụp đúng đòi hỏi.

Đầu: chụp thẳng và nghiêng

Ngực: chụp trong tư thế đứng, hít căng lồng ngực chụp thẳng, chụp nghiêng, còn tư thế khác tùy theo yêu cầu.

Khi không đứng được thì chụp thẳng nhưng nằm.

Bụng: chụp thẳng, tư thế đứng.

Chụp thẳng tư thế nằm và chụp nghiêng

Cột sống: nếu bệnh nhân mê, chụp nghiêng quan trọng nhất, chụp thẳng và nghiêng vùng thương tổn.

Đối với đốt 1 và 2 cột sống cổ, phải há mỏm

Khung chậu: chụp thẳng, nếu chấn thương chụp nghiêng thêm.

Các chi: chụp thẳng, lấy cả khớp trên và dưới.

Chụp nghiêng

Vai: chụp từ hõm nách

Cổ chân: chụp nghiêng 15°

Đầu gối: chụp tiếp tuyến với xương bánh chè.

5. Vật lý trị liệu

* Tại sao, ai, cái gì và như thế nào

– Tại sao?

Chi bị cố định nhanh chóng mất chức năng của cơ, khớp và xương. Khối cơ giảm và sức co giảm. Xương mất thành phần khoáng do không còn chịu sức nặng nên dễ gãy. Khớp vận động cần thiết để nuôi dưỡng sụn khớp, nếu khớp cố định lâu ngày, mô xơ phát triển ở các mặt khớp.

Mục đích của vật lý trị liệu là để phòng những thay đổi đó và duy trì hệ thống cơ xương về chức năng trong khi chờ đợi xương cơ, khớp lành tổn thương. Những hệ thống khác cũng có lợi khi phục hồi chức năng sớm: duy trì vận động bình thường sẽ phòng ngừa tắc tĩnh mạch, đau các điểm tì và chức năng phổi nâng cao.

– Ai thực hiện săn sóc này?

Tất cả những người chăm sóc cần phải làm quen với những khái niệm và kỹ thuật cơ bản. Nếu có chuyên viên vật lý trị liệu người đó sẽ trực tiếp điều trị nhưng thường có người khác tham gia. Nếu không có chuyên viên những người sau đây sẽ có trách nhiệm: phụ chuyên viên, điều dưỡng, trợ lý y tế, bác sĩ, gia đình.

Bệnh nhân và gia đình cần được hướng dẫn để thực hiện những chức năng cần thiết, được viết trên giấy rõ ràng. Sau cùng là động viên bệnh nhân, điều đó sẽ quyết định kết quả.

– Phương tiện gì cần thiết?

Trang bị đắt tiền không phải là chủ yếu. Phần lớn phương tiện là thu thập tại chỗ hay gia công của thợ mộc.

Bộ phận đỡ đầu bệnh nhân khi kéo.

Nạng

Bọt biển, băng: lót phòng tì đè.

Quả cân

– Điều trị như thế nào?

Kỹ thuật thay đổi theo thương tổn và khả năng người bệnh thực hiện 1 số công việc. Bắt đầu bằng 1 loạt các vận động và làm cho chắc ở chi thương tổn. Chi không thương tổn phải vận động ngay lập tức.

- Kỹ thuật

Được phân loại

Chủ động: bản thân bệnh nhân vận động chi có hay không có lực cản.

Chủ động có hỗ trợ: bệnh nhân vận động có sự giúp đỡ.

Thụ động: người điều trị cử động cho bệnh nhân.

Chủ động và chủ động có hỗ trợ tốt hơn trong mọi trường hợp.

Tập tại chỗ: tức là co các cơ nhưng không phải cử động khớp, có ích để tăng cường các cơ quan khớp bị thương.

Cử động có trọng lượng: cử động có trọng lượng cho phép chi bị phụ thuộc, không đè vào khớp và tác động nhẹ vào xương. Đối với khớp vai thì tốt.

Tập đi có hỗ trợ:

với gậy chống, nạng...

trọng lượng ở chi chia ra như sau: không có trọng lượng (chân nhấc khỏi mặt đất), chạm vào (chân chạm xuống mặt đất) có trọng lượng 1 phần (1 phần cơ thể tác động) toàn bộ trọng lượng.

6. Lỗ khoan sọ

* Áp lực trong sọ

Áp lực trong sọ tăng lên gây thương tổn thứ phát đến não do:

não xung lên vì tích trữ carbon dioxid trong não.

thiếu oxy

tụt huyết áp

máu tụ ngoài màng não, dưới màng não và trong sọ.

Những dấu hiệu lâm sàng của tăng áp lực trong sọ gồm:

giảm tri giác.

mạch chậm

đồng tử giãn

co giật tại chỗ

liệt nửa người

đuối các chi

Máu tụ ngoài màng cứng và dưới màng cứng cấp tính là 2 hoàn cảnh cần thiết để khoan sọ. Cần có chẩn đoán rõ ràng về chấn thương trước khi thực hiện.

- Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính.

Những dấu hiệu kinh điển bao gồm:

Mất tri giác sau 1 khoảng tỉnh, tiến triển nhanh.

Động mạch màng não giữa chảy làm tăng nhanh chóng áp lực trong sọ, liệt bên đối diện với dân đồng tử cùng bên.

- Máu tụ dưới màng cứng cấp tính

Máu tụ dưới màng cứng có máu cục ở khoang này kèm với thương tổn nghiêm trọng tổ chức não phía dưới, do rách tĩnh mạch nối giữa não và màng cứng.

Điều trị bằng phẫu thuật và mọi nỗ lực là tạo lỗ khoan giảm áp. Chẩn đoán dựa vào tiền sử và khám.

Khoan sọ để dẫn lưu máu tụ thực hiện cấp cứu và cứu tính mạng bệnh nhân.

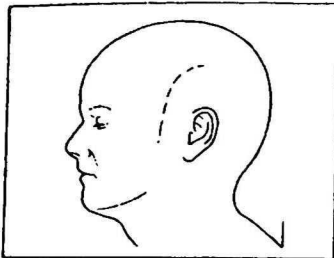
- Kỹ thuật

1. Cạo tóc, chuẩn bị vùng da đầu ở thái dương giữa tai và bờ ngoài hốc mắt bên nghi ngờ có máu tụ (17.43)

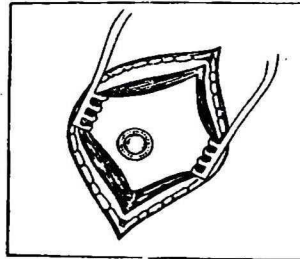
2. Gây tê. Rạch da 3cm tới cân thái dương tách các thớ cơ thái dương cho đến xương sọ. Cầm máu bằng dao điện hay thuốc tê có pha adrenalin (17.44)

3. Khoan 1 lỗ rộng 2cm phía trên và sau hốc mắt. Dùng khoan khoan qua 2 bản xương sọ. Đề nhẹ vào khoan khi tới lớp thứ 2 để tránh chọc vào não (17.45)

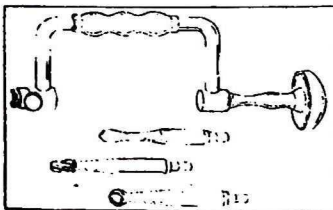
4. Nếu cần gập rộng lỗ khoan (17.46)



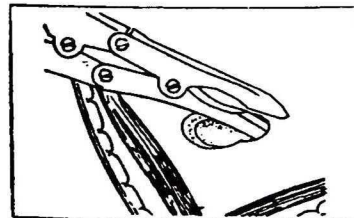
Hình 17.43



Hình 17.44



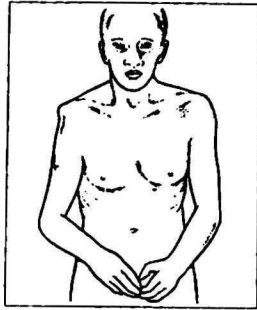
Hình 17.45



Hình 17.46

– Đánh giá

Mòm xương đòn gồ lên, sờ rõ, chụp để xem có gãy xương kèm theo không (H.18.5, H.18.6)



Hình 18.5



Hình 18.6

– Điều trị

Băng treo cánh tay, nhưng không làm cho khớp trở về với giải phẫu bình thường, tuy nhiên biến dạng không gây mất chức năng

*** Trật khớp vai.**

Trật ra trước làm tay ở tư thế dạng xoang ra ngoài và duỗi. Trật ra sau thì hiếm.

– Đánh giá

Mòm vai thay đổi hình thái: không còn tròn đều mà có gấp góc với chỗ lõm ở đầu xương cánh tay.

Đau khi cử động tay. Chụp X quang để xác định có gãy xương kèm theo không.

Khám kỹ thần kinh để đánh giá thương tổn đám rối cánh tay và thần kinh ngoại biên

– Điều trị

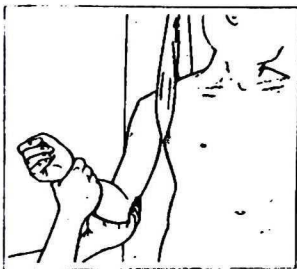
1. Nắn trật khớp ở tư thế nằm ngửa

2. Nếu có người phụ, đặt 1 giải ở hõm nách làm đối lực.

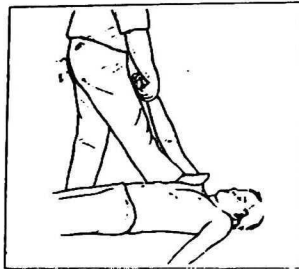
Kéo từ từ và liên tục vào khuỷu gấp (H.18.7). Khi bệnh nhân thả lỏng các cơ, sẽ có cảm giác đầu xương cánh tay vào ổ khớp.

Nếu có một mình, đặt gót chân vào nách thay giải rải kéo rồi kéo căng cánh tay (H. 18.8)

3. Sau khi nắn đặt tay trong băng treo và cuốn băng xung quanh nhằm tránh dạng và xoay ra ngoài (H.18.9)



Hình 18.7



Hình 18.8



Hình 18.9

4. Sau 6 tuần bắt đầu tập, chú trọng xoay vào trong

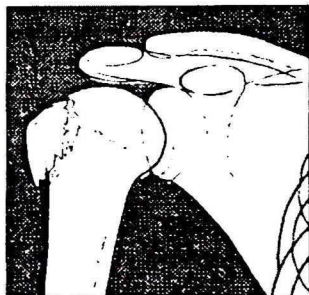
5. Trật tái phát cũng điều trị tương tự. Sau nhiều lần trật khớp, cần phải quan tâm đến việc mổ cố định.

*** Gãy đầu trên xương cánh tay**

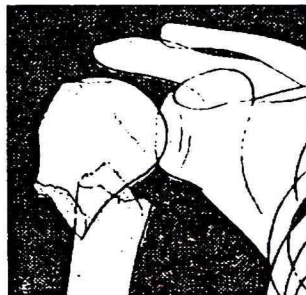
Nguyên nhân do chấn thương trực tiếp hay gián tiếp, xếp loại theo vùng giải phẫu bị thương tổn.

Mấu động lớn (18.10)

Gãy cổ phẫu thuật (18.11)



Hình 18.10



Hình 18.11

Gãy cổ giải phẫu

Đầu xương cánh tay

Thương tổn giải phẫu quyết định cách điều trị

X quang nhằm đánh giá thương tổn.

Biến chứng chính là cứng khớp vai.

– Đánh giá

Nghi ngờ dựa vào tiền sử chấn thương và khám thấy đau, sưng, mất vận động khớp vai. Chụp X quang để xác định loại thương tổn và cách điều trị.

– Điều trị

Bất động những gãy không di lệch bằng băng đeo tay và băng cuốn. Bắt đầu tập vận động khớp vai sau vài ngày.

Điều trị gãy di lệch bằng nắn dưới gây mê. Nếu nắn không kết quả, cần xem xét mổ.

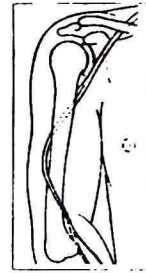
Bắt đầu vận động càng sớm càng tốt khi bệnh nhân có thể chịu đựng được với băng treo tay. Vận động với trọng lượng khi gãy đã liền (sau 6 - 8 tuần)

* Gãy thân xương cánh tay

Do chấn thương trực tiếp hay do xoắn (H.18.12). Giãy thần kinh quay vòng qua mặt sau xương và bị thương tổn kèm theo trong 15% các trường hợp (H.18.13)



Hình 18.12



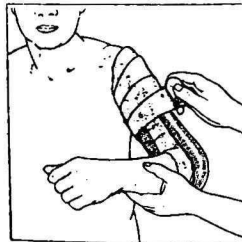
Hình 18.13

– Đánh giá

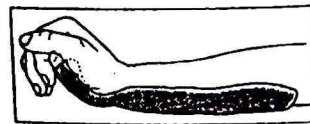
Nghi ngờ chấn đoán khi khám thấy đau, biến dạng và di động xương. X quang xác định chấn đoán nhưng quan trọng hơn là xác định tư thế gãy và liên xương trong quá trình điều trị. Luôn luôn khám xét chức năng giãy thần kinh quay trước và sau khi nắn.

– Điều trị

Nắn xương dễ điều trị sau đó đặt nẹp cố định (18.14). Cần phải đưa 2 đầu về giải phẫu. Di lệch ít do gấp góc nhẹ hay xoang không ảnh hưởng đến chức năng.



Hình 18.14



Hình 18.15

Tê do giãy thần kinh quay không phối hợp với gãy hở sẽ giảm đi trong phần lớn các trường hợp. Đặt nẹp cổ tay ở tư thế duỗi và tập duỗi khi chức năng vận động trở lại (18.15)

• **Gãy trên lồi cầu xương cánh tay**

Các kiểu gãy:

Trên lồi cầu

Liên lồi cầu (H.18.16)

Gãy trên lồi cầu trong và ngoài

Gãy đơn độc chỏm xương và ròng rọc.

– Đánh giá

Đau, sưng vùng khuỷu. Vì vùng khuỷu sưng to nên phải chụp để xác định chẩn đoán.

Đánh giá tình trạng mạch máu và thần kinh của tay. Thương tổn mạch dẫn đến hội chứng khoang ở cẳng tay với các dấu hiệu:

Đau dữ dội.

Giảm cảm giác

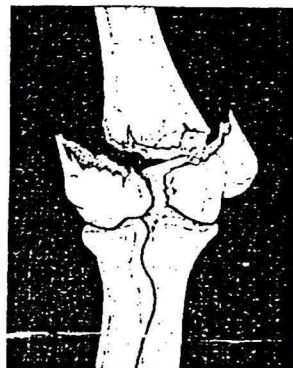
Đau với các ngón duỗi

Mạch giảm độ nảy.

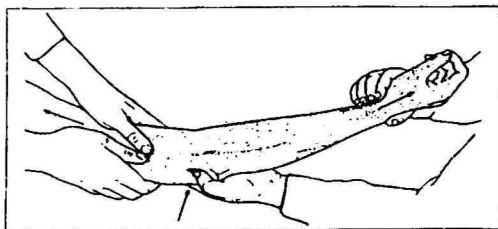
Bàn tay nhợt.

– Điều trị

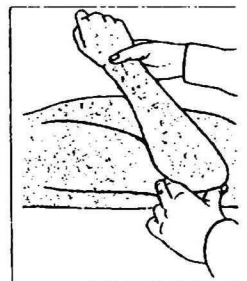
1. Nắn bằng kéo theo trục cánh tay sau đó gấp khuỷu và ép về phía trước mỏm khuỷu (H.18.17, H.18.18)



Hình 18.16



Hình 18.17



Hình 18.18

2. Trong khi nắn theo dõi mạch, nếu giảm lại duỗi cẳng tay cho đến khi có mạch lại và đặt nẹp phía sau. Chụp X quang kiểm tra.

Nếu không hồi phục thỏa đáng, có thể chọn:

Kéo lên đầu với xuyên đinh mỏm khuỷu.

Bỏ nẹp và vận động sớm.

Mổ để nắn.

Kéo và vận động sớm là kỹ thuật tốt trong gãy phức tạp và thương tổn do đạn bắn.

*** Gãy mỏm khuỷu.**

Do ngã đập khuỷu. Cơ tam đầu cánh tay kéo mỏm này ra xa (H.18.19)

– Đánh giá

Thấy vùng mỏm khuỷu sưng to và nắn thấy rãnh vỡ.

Khám chức năng thần kinh trụ. Chụp X quang xác định chẩn đoán và thương tổn phối hợp.

– Điều trị

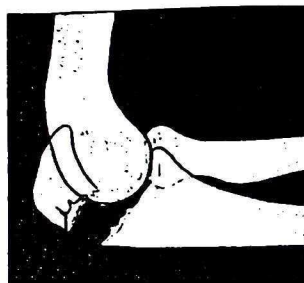
Gãy không di lệch: băng treo tay với khuỷu 90°.

Gãy có di lệch: để khuỷu duỗi, mổ có kết quả tốt hơn.

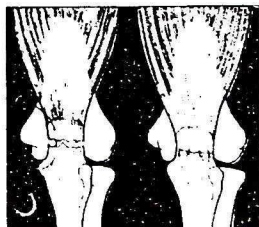
Phương pháp đơn giản:

Khâu gân cơ tam đầu bị xé rách (H.18.20)

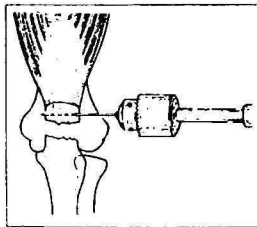
Xuyên kim qua da có buộc chun (H.18.21, H.18.22)



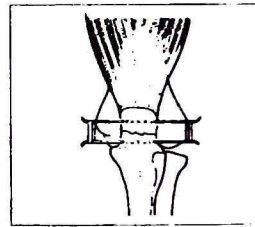
Hình 18.19



Hình 18.20



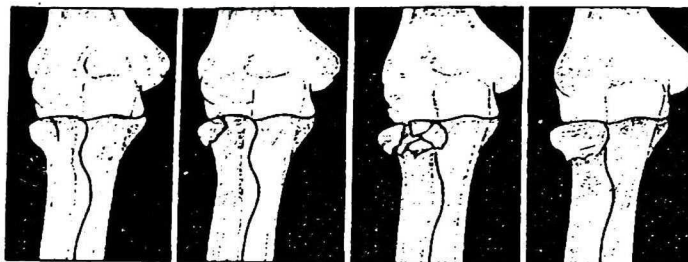
Hình 18.21



Hình 18.22

*** Gãy đầu và cổ xương quay.**

Đầu xương quay quan trọng cho xấp và ngửa cẳng tay cũng như cho ruỗi và gấp vùng khuỷu. Gãy được phân loại theo thương tổn vùng khớp (H.18.23)



Hình 18.23

– **Đánh giá**

Đau và sưng phía bên khớp khuỷu. Còn 1 vài động tác trong gậy cổ di lệch ít. Chụp X quang xác định chẩn đoán.

– **Điều trị**

1. Nếu di lệch ít: treo tay và tập cử động khi đỡ đau.

2. Để nắn gãy cổ xương quay có di lệch:

Kéo thẳng tay, cánh tay xấp, đè ngón cái vào đầu xương quay

Xoay nhẹ cẳng tay, đè ngón cái vào đầu xương quay.

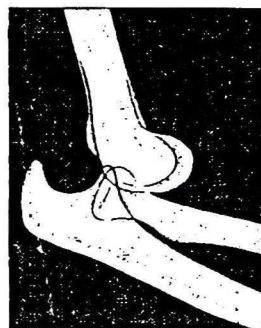
Đỡ cánh tay trong nẹp

Bắt đầu tập cử động sau bỏ nẹp 3 tuần

* **Trật khớp khuỷu.**

Trật khớp khuỷu xảy ra khi ngã với tay kéo căng. Tay ở tư thế ra sau hay sau bên (H.18.24)

Ở trẻ con, mỏm trên lồi cầu trong của xương cánh tay bị kéo bật ra khi xương quay và xương trụ ra sau sang bên. Khi nắn, mảnh xương này chùm vào trong khớp bắt buộc phải mổ.



Hình 18.24

– **Đánh giá**

Trên lâm sàng khám tam giác giữa mỏm khuỷu - mỏm trên lồi cầu và mỏm ròng rọc không còn cân nữa. Mỏm khuỷu ra sau và cử động khớp thấy đau. Đánh giá chức năng gây thần kinh trụ.

– **Điều trị**

Nắn ngay: kéo với khuỷu hơi gấp và ép trực tiếp vào mỏm khuỷu để đẩy ra trước và xuống dưới.

Khi nắn xong, khuỷu cử động tự do. Chụp X quang để xem vị trí của mỏm trên lồi cầu.

Đặt khuỷu tư thế 90° trong nẹp

Tập cử động sau 10 ngày hoặc ngay sau khi hết đau hết sưng. Tháo nẹp sau 4 - 6 tuần.

*** Gãy cẳng tay**

– Đánh giá

Cẳng tay đau và sưng, cử động hạn chế. Khám mạch có không, mao mạch chống hồng trở lại và nhiệt độ tay. Khám chức năng cảm giác, vận động của thần kinh quay, giữa và trụ. Chụp X quang để xác định kiểu gãy.

Gãy Monteggia là gãy đoạn trên xương trụ kèm trật đầu xương quay, thường là ra trước (H.18.25)

Gãy Galeazzi là gãy ngược lại với Monteggia. Gãy đoạn dưới xương quay và trật khớp quay trụ ở cổ tay. Gãy xương quay thường chéo làm cho xương ngấn lại (H.18.26)



Hình 18.25



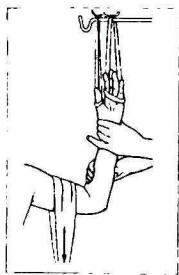
Hình 18.26

– Điều trị

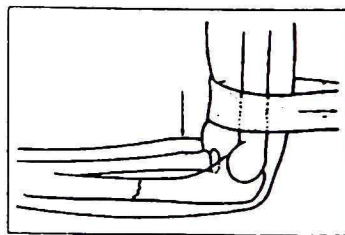
Gãy đoạn giữa và xương cẳng tay có thể 1 hay cả 2 xương. Khi di lệch ít, tay để ở tư thế: khuỷu gấp 90° , cẳng tay tư thế trung bình, bó bột.

Di lệch nhiều: kéo vào các ngón tay, nắn cẳng tay với khuỷu 90° , đối trọng ở khuỷu. Bó bột (H.18.27)

Nắn gãy Monteggia nắn kéo như trên. Nẹp với tay ở tư thế ngửa (H.18.28)



Hình 18.27



Hình 18.28

Thường ở trẻ con nắn được tốt, còn người lớn phải mổ.

Nắn gãy galeazzi: như gãy đoạn giữa xương cẳng tay, thường lại di lệch nên phải mổ.

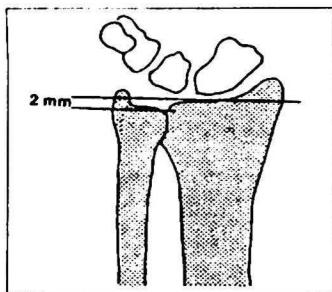
Tập sau khi bó bột 6 - 8 tuần.

• **Gãy đầu dưới xương quay**

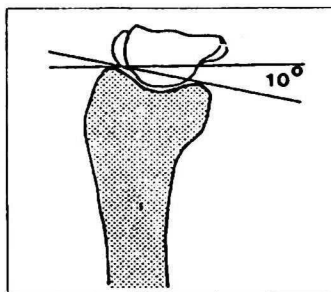
Gãy đầu dưới xương quay khi ngã với bàn tay kéo giãn. Hướng biến dạng phụ thuộc vào tư thế của cổ tay (H.18.28)

Mục đích điều trị là phục hồi lại giải phẫu của các biến dạng: xương quay ngắn so với xương trụ (H.18.29)

Mất độ nghiêng của lòng bàn tay thuộc khớp quay khi chụp nghiêng, diện khớp bị phá vỡ (H.18.30).



Hình 18.29



Hình 18.30

– Đánh giá

Đau, sưng cổ tay, biến dạng

Tiền sử chấn thương

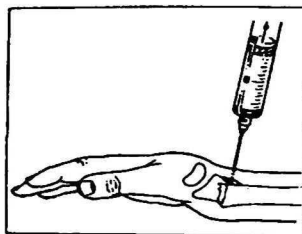
Đánh giá chức năng các gân, mạch máu, cảm giác bàn tay.

Chụp X quang phân biệt gãy xương quay với gãy xương cổ tay, đánh giá đã nắn tốt chưa.

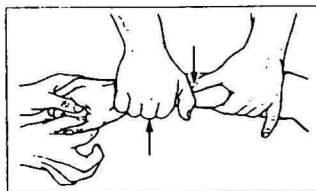
– Điều trị

1. Gây mê toàn thân với Ketamin, hoặc gây tê tĩnh mạch với Lidocain hoặc tiêm tê tại chỗ vào ổ gãy 5-10ml Lidocain 2% (H.28.31)

2. Nắn gãy bằng kéo qua cổ tay, ép vào vùng gãy để nắn lại gấp góc. Đối với gấp góc lên phần mu tay (gãy Colles), kèm với kéo thì gấp cổ tay và lệch sang xương trụ (H.18.32)



Hình 18.31



Hình 18.32

3. Đặt nẹp: ép vào trên và dưới chỗ gãy, 1 nẹp đối diện với chỗ gãy.

4. Từ 10 - 14 ngày, thay nẹp này bằng bột ngấn cẳng tay kiểm tra X quang. Xương lành sau 6 tuần.

5. Nếu không nắn được di lệch, cần mổ để nắn hay cố định bên trong hoặc đặt nẹp cố định bên ngoài hoặc nắn kín nhưng cố định bằng xuyên đinh qua da.

* Gãy xương cổ tay và trật xương

Có 3 loại:

Gãy xương thuyền

Gãy/trật xuyên xương thuyền xương nguyệt

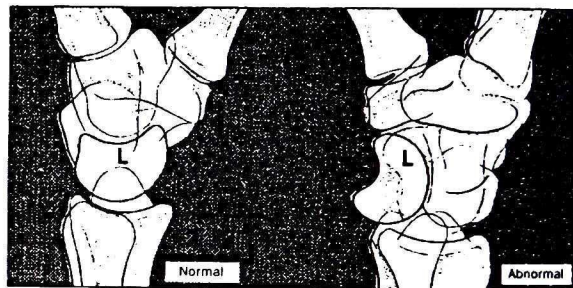
Trật xương nguyệt

Xương thuyền (S) bắc cầu giữa dây trên và dây dưới thuộc cổ tay, rất hay gặp. Thông thường nhất là gãy chỗ eo nhưng cũng có khi gãy cực trên hay cực dưới của xương (H.18.33)

Trật xương nguyệt có thể kèm với gãy xương thuyền. Xương nguyệt (L) nằm phía lòng bàn tay trong khi các xương khác ở cổ tay trật ra sau (H.18.34)



Hình 18.33



Hình 18.34

- Đánh giá

Cổ tay sưng và đau khi cử động

- Gãy xương thuyền sẽ đau trong tư thế gấp cổ tay. Nếu trật xương nguyệt, đau lan khắp cổ tay chụp X quang để có chẩn đoán

Trật xương nguyệt khi chụp nghiêng sẽ thấy di lệch ra trước với mặt lõm hướng ra trước. Cổ tay ngấn lại.

- Điều trị

Gãy xương thuyền di lệch ít: bó bột, thời gian liền từ 6 - 20 tuần.

Trật xương nguyệt sau khi nắn phải bó bột nhưng thường di lệch lại, phải mổ cố định.

2. Bàn tay

• Vết thương

– Đánh giá

Cần điều trị nhanh chóng vết thương bàn tay. Khám để đánh giá tuần hoàn, cảm giác, vận động.

Nhẹ nhàng khám vết thương để biết vết thương còn sạch hay đã nhiễm. Vết thương nhiễm là vết thương có dị vật, dập nát và có tổ chức chết.

– Điều trị

1. Cắt lọc và rửa vết thương trong phòng mổ hay phòng cấp cứu. Nếu cần gây tê, dùng Lidocain 1% không có adrenalin.

2. Tiêm phòng uốn ván (vaccin, huyết thanh) chụp X quang để kiểm tra xương, khớp.

3. Cầm máu bằng băng ép. Nếu cần, mở rộng vết thương cẩn thận. Không rạch qua nếp phía bàn và ngón tay. Lây bỏ tất cả dị vật và tổ chức chết nhưng không cắt bỏ da trừ khi đã chết.

4. Nếu vết thương sạch, sửa gân duỗi nhưng không sửa gân gấp và thần kinh.

5. Khâu lại vết thương sạch bằng những mũi rời có dẫn lưu, nếu da không căng. Nếu vết thương nhiễm, khâu da kỳ hai. Vết thương dưới 1cm² sẽ mọc tổ chức hạt. Ghép da khi vết thương rộng hơn.

6. Băng bàn tay với gạc vô trùng và băng ép (H.18.35)

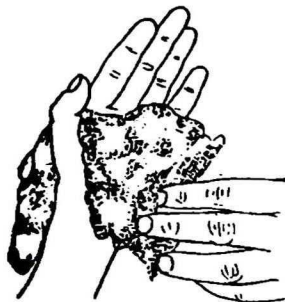
7. Đặt nẹp bột để giữ cổ tay duỗi 20° với khớp bàn ngón tay gấp 90° và các khớp ngón duỗi hoàn toàn. Để chữa đầu ngón tay trừ khi có vết thương.

8. Để phòng phù nề, nâng tay cao trong tuần đầu, băng treo tay lên cao hay bằng băng treo tam giác (H.18.36)

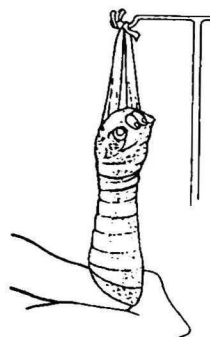
9. Bắt đầu tập chủ động càng sớm càng tốt và xem vết thương sau 2 - 3 ngày để rút bỏ dẫn lưu.

– Vết thương nền móng.

Máu tụ dưới móng gây đau nhiều do tụ máu sâu dưới móng. Nhìn thấy máu tím xâm hoặc đen dưới móng. Để giảm đau, tạo 1 - 2 lỗ ở móng với dao mổ số 11.



Hình 18.35



Hình 18.36

Nếu không điều trị, có thể làm biến dạng móng. Lấy bỏ móng, cắt lọc, rửa sạch, dùng chỉ nhỏ khâu chỗ rách. Nếu có thể, đặt lại móng vào chỗ đã khâu cho đến khi móng mới bắt đầu mọc lại.

*** Gãy và trật xương.**

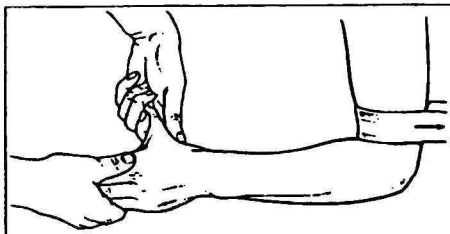
- Gãy trật khớp cổ - bàn ngón 1 (gãy Bennett)

Là loại gãy chéo nền xương bàn 1 liên quan đến khớp cổ - bàn 1 (H.18.37)

1. Kéo nắn theo trục ngón bàn 1, để ở tư thế dạng.
2. Ép vào phía bên nền ngón bàn 1 để chỉnh trật khớp (H.18.38)



Hình 18.37



Hình 18.38

- Gãy xương bàn tay

Thường gãy phần nền, phần giữa và cổ. Phần lớn gãy đã ổn định, chỉ điều trị bằng nắn và cố định bột. Xoay là biến dạng quan trọng nhất cần sửa. Nếu tồn tại, ngón tay sẽ bắt chéo khi gấp, làm ảnh hưởng đến chức năng chung của bàn tay.

Nẹp từ tay với cổ tay dưới, nẹp ra tận ngón tay để chống xoay.

Sau 4 - 6 tuần sẽ liền.

- Ngón tay.

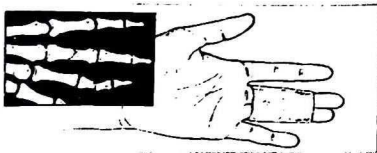
Bó với ngón không gãy hoặc nẹp phía lưng ngón.

Nắn kéo theo trục và ép trực tiếp vào chỗ biến dạng (H.18.39)

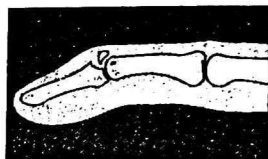
- Ngón tay co

Do cổ dưới dài bị đứt ra khỏi chỗ bám tận, có thể phối hợp với đứt 1 phần xương của đốt ba (H.18.40)

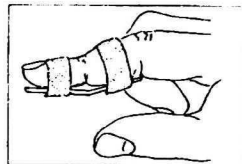
Đặt nẹp trong tư thế duỗi tối đa. Cố định trong 6 - 8 tuần (H.18.41)



Hình 18.39



Hình 18.40



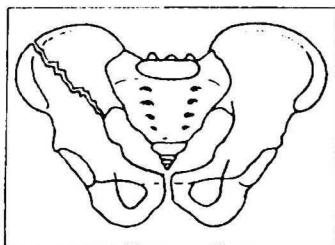
Hình 18.41

3. Gãy xương chậu - hông

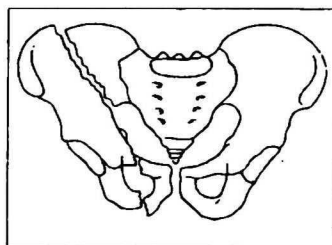
* Vỡ khung chậu

Vỡ khung chậu là kết quả của chấn thương nặng và thường phối hợp với thương tổn của hệ tiết niệu sinh dục và các tạng trong bụng. Mất máu do vỡ khung chậu và các tạng đã gây choáng do thiếu khối lượng tuần hoàn.

Gãy ổn định là gãy đơn giản ở một nơi còn loại không ổn định là loại gãy ở 2 hay nhiều nơi, hoặc loại có phối hợp với các khớp mu hay cùng chậu (H.18.42, H.18.43)



Hình 18.42



Hình 18.43

– Đánh giá

Khám thấy:

Bầm máu mạng sườn

Xưng vùng môi hay bìu

Tư thế bất thường của chân.

Đau khi ép khung chậu.

Nếu gãy không ổn định sẽ thấy di động khác nhau của khung chậu khi khám. Đặt tay vào cánh chậu và lúc lắc nhẹ.

Xác định bằng chụp X quang

Cần nhớ là tập trung một cách hệ thống vào toàn bộ người bệnh.

- Điều trị

Tập trung vào hồi sức ban đầu:

Với gãy khung chậu ổn định: nằm trên giường, giảm đau. Loại gãy ổn định ít khi mất máu.

Gãy không ổn định

Thường phối hợp với thương tổn các tạng và mất máu nhiều:

Là một cấp cứu:

1. Ép vào khung chậu, dùng chăn hay giải khăn bó hẹp khoang chậu, chèn vào chỗ chảy máu.

2. Kéo chân để làm giảm phần bị xé theo chiều dọc.

3. Giữ khung kéo cho đến khi chỗ vỡ đã chắc. Thường là 8 - 12 tuần.

Vỡ ổ cối.

Làm mất sự tương đồng giữa đầu và xương đùi và ổ cối. Một số nhỏ có phối hợp với vỡ khung chậu.

- Đánh giá.

Bệnh sử và khám cũng giống như vỡ khung chậu.

Đánh giá và điều trị mất máu, thương tổn các tạng

Đánh giá chức năng giây thần kinh hông và tìm xem có gãy thân xương đùi không

- Đánh giá

Khám thực thể bao gồm tìm:

Tụ máu mạng sườn

Xung vùng bẹn hay vùng môi lớn.

Tư thế bất thường của 2 chi.

Đau khi ép khung chậu.

Nếu gãy không ổn định sẽ thấy di chuyển khác nhau của khung chậu khi dùng chạm nhẹ vào khung. Đặt nhẹ bàn tay vào cánh chậu và lắc nhẹ. Xác định chấn đoán khi chụp thẳng khung chậu. Chụp từ trong hay từ ngoài giúp xác định mức độ vỡ xương.

Cần nhớ khám một cách hệ thống toàn bộ bệnh nhân.

- Điều trị

Tập trung vào xử trí bao đầu về hồi sức chung

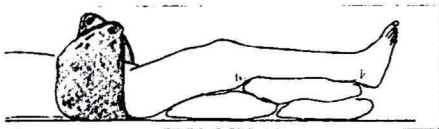
Xử trí vỡ khung chậu ổn định với việc cho nằm trên giường, thuốc giảm đau vỡ ổn định rất ít khi mất máu nhiều.

Vỡ xương chậu không ổn định.

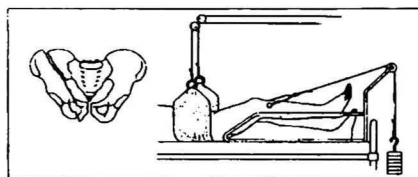
Và loại vỡ có phối hợp với thương tổn tạng và thường chảy máu nhiều.

1. Ép vào 2 cánh chậu, dùng chăn hay khăn bọc lấy xương, ép khoang chậu để giảm chảy máu (H.18.44)

2. Điều trị với treo khung chậu và/ hay kéo chân để làm giảm độ di lệch theo chiều dọc (H.18.45)



Hình 18.44



Hình 18.45

3. Duy trì kéo cho đến khi chỗ gãy đã vững. Thường từ 8 - 12 tuần.

*** Vỡ ổ cối.**

Vỡ ổ cối sẽ phá vỡ sự phù hợp giữa đầu xương đùi (chỏm) và ổ khớp. Có 1 số ít phối hợp với vỡ xương chậu.

– Đánh giá

Bệnh sử và dấu hiệu thực thể giống với vỡ khung chậu.

Điều trị mất máu và thương tổn tạng như phần cấp cứu.

Đánh giá thương tổn gây thần kinh tọa và tìm xem có gãy thân xương đùi không.

Chụp X quang thẳng, nếu có thì chụp thêm phim nghiêng hay chéo sẽ nhìn rõ ổ khớp hơn. Chụp xương đùi.

– Điều trị

Di lệch tối thiểu:

Nằm trên giường và vận động từ từ.

Khi dễ chịu bắt đầu có thêm 1 phần trọng lượng cho đến khi bắt đầu liền. Thường là 12 tuần.

Di lệch và gãy không ổn định.

Kéo để duy trì sự tương hợp của chỏm xương đùi với ổ khớp có chịu 1 phần trọng lượng. Nếu tư thế tốt không đạt được hoặc nếu có mảnh xương xen kẽ vào khớp thì phải mổ.

Đừng chuyển bệnh nhân đi nơi khác trừ khi chắc chắn nơi đó có thể sẵn sàng điều trị.

*** Gãy đầu trên xương đùi (gãy khớp háng)**

Gãy khớp háng ở người già có loãng xương thường xảy ra sau ngã. Ở người trẻ, phải có chấn thương khá nặng thì mới gây ra.

Phân loại theo thương tổn giải phẫu (18.46)

Gãy trong bao khớp (gãy cổ xương đùi)

Gãy ngoài bao khớp liên mấu chuyển

Gãy ngoài bao khớp dưới mấu chuyển

Với loại trong bao khớp, cung cấp máu cho chỏm xương đùi bị gián đoạn, có thể dẫn đến biến chứng hoại tử chỏm.

– Đánh giá.

Qua bệnh sử chấn thương, đau vùng háng, không có khả năng nhấc chân lên.

Khám thấy chân bên đó ngắn hơn và xoay ra ngoài. Khi cử động khớp háng sẽ gây đau hơn nhất là xoay. Chụp X quang để xác định.

– Điều trị

Gãy trong bao khớp: cố định bên trong hay thay chỏm xương đùi

Nếu không làm được:

Với loại không di lệch (đã cài vào nhau): kéo nhẹ ở ngoài da và cử động nhẹ khi đã liền. Thường từ 8 - 12 tuần.

Với loại di lệch: kéo nhẹ trong vài tuần để đỡ đau sau đó tập ngồi, tập đi có nạng.

Gãy ngoài bao khớp

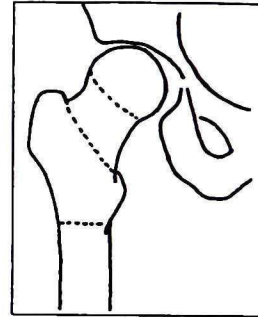
Kéo theo Perkin hay mổ: vừa giữ vị trí gãy xương, vừa cho bệnh nhân tập ngồi để cử động đầu gối và khớp háng, tránh loét do tỳ đè và viêm phổi.

*** Trật khớp háng.**

Do chấn thương nghiêm trọng và thường phối hợp với tổn thương hông khớp, thân xương đùi, xương bánh chè. Loại hay gặp nhất là trật ra sau.

– Đánh giá

Qua bệnh sử chấn thương và khám: chân co, khép, xoay vào trong, đau khi cử động. Chỉ lâm sàng cũng chẩn đoán được nhưng chụp cần thiết để biết có tổn thương phối hợp không.



Hình 18.46

Khám chức năng gây thần kinh toạ

– **Điều trị**

1. **Nắn càng sớm càng tốt**

Để bệnh nhân nằm ngửa, kéo vào khớp háng gấp với người phụ giữ chặt khung chậu, cần có dẫn cơ (H.18.47)

Nếu không có người phụ: để bệnh nhân nằm xấp sát cạnh giường: kéo vào phía gối gấp

Xoay nhẹ khớp háng và nắn vào đầu xương qua mông (H.18.48)

2. Sau khi nắn, kéo qua da trong vài ngày rồi bắt đầu tập.

Tập nặng sau 12 tuần

4. Tổn thương chi dưới

*** Gãy thân xương đùi**

– **Đánh giá**

Qua bệnh sử chấn thương và khám thấy sưng, đau, biến dạng gấp góc hay xoay hoặc cử động bất thường ở nơi gãy. Khám da và phần mềm quanh chỗ gãy xem có gãy hở không.

Đánh giá về mạch máu và thần kinh (động mạch đùi, thần kinh hông) xác định chẩn đoán bằng chụp X quang cả xương đùi.

– **Điều trị**

1. Cắt lọc và rửa sạch vết thương hở trong phòng mổ. Bộc lộ 2 đầu xương và lấy hết dị vật.

2. Kéo để phục hồi giải phẫu (chiều dài)

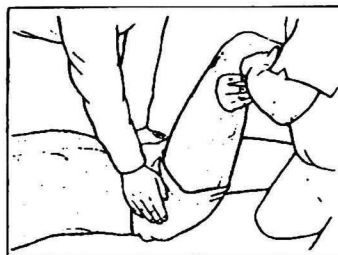
Đối với trẻ dưới 6 tuổi, kéo qua da kiểu Russell

Trẻ lớn hơn và người lớn, kéo qua xương.

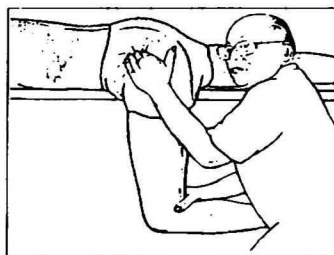
Gãy 1/3 trên, đầu trên sẽ di lệch vào trong và gấp: chỉnh độ kéo để thẳng hàng với đầu trên. Áp dụng 90/90 kéo cho trẻ lớn. (Hình 17.20)

Chụp tại giường để kiểm tra, nếu không chụp được, đo độ dài và quan sát có gấp góc và xoay không để điều chỉnh.

Kéo theo Perkin cho phép bệnh nhân co gối và háng tới 90°. Ở tư thế này, chi bị xoay trong lúc kéo sẽ được duy trì trong tư thế chấp nhận được.



Hình 18.47



Hình 18.48

Ở người lớn, liền xương trong khoảng 10 - 12 tuần. Lúc 6 - 8 tuần chỗ gãy có những dấu hiệu sớm của liền xương và có thể bó bột và tập không trọng lượng. Điều trị gãy 1/3 giữa và dưới xương đùi với bột có gối cử động.

Cố định bên ngoài không đủ để chỉnh tư thế gãy ở những người có cơ khỏe hoặc loại gãy không ổn định. Đây là phương pháp tốt để cố định tạm thời ở những bệnh nhân có nhiều chỗ gãy. Đặt khung ở bên ngoài đùi.

Nếu không đạt được chỉnh hình tốt, phải nghĩ đến cố định bên trong.

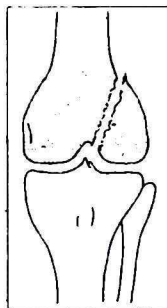
* Gãy 1/3 dưới xương đùi

Gãy trên lồi cầu là gãy ngay trên khớp gối. Đầu dưới di lệch ra sau do cơ sinh đôi kéo (H.18.49)

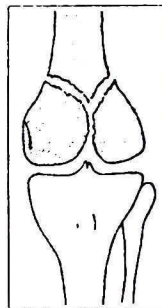
Gãy trong khớp do gãy 1 lồi cầu xương đùi hay gãy trên lồi cầu nhưng vỡ lan vào trong khớp (H.18.50, H.18.51)



Hình 18.49



Hình 18.50



Hình 18.51

- Đánh giá

Do chấn thương nặng, xung, biến dạng ngay trên gối. Cần thiết phải chụp X quang để xác định chẩn đoán và đánh giá thương tổn diện khớp. Khám kỹ cảm giác, vận động và tình trạng mạch ở chân và bàn chân.

- Điều trị

Gãy không di lệch: bó bột toàn bộ chi

Gãy di lệch:

1. Xuyên đinh xương chày để kéo. Gối gấp để giúp điều chỉnh gấp góc đầu ngoài xương đùi: thực hiện bằng đòn gối phía dưới khớp gối, treo hoặc kéo kiểu Perkin.

2. Xếp lại diện khớp lệch vài mm bằng kéo, nắn tay hay mổ mở.

3. Kéo cơ từ đầu đùi khi hết đau.

4. Khi gãy đã sơ bộ liền (4 - 6 tuần) chuyển sang bó bột cả chi hoặc bó bột với gối di động.

5. Bắt đầu tập có trọng lượng sau 3 tháng khi liền đã vững.

Thương tổn động mạch khoeo đòi hỏi phải mổ ngay để cứu chi.

*** Thương tổn xương bánh chè.**

Xương bánh chè sẽ di lệch nếu gân cơ tứ đầu bị rách và cơ tứ đầu kéo làm các mảnh xa nhau.

Di lệch xương bánh chè sang bên do 1 lực trực tiếp tác động làm xương chệch ra khỏi đường giữa. Để đầu gối duỗi và đẩy xương bánh chè vào.

– Đánh giá

Nghi có thương tổn khi có chấn thương, khám thấy đau và sưng ngay phía trước gối. Nếu có di lệch 2 mảnh bệnh nhân không duỗi thẳng chân và sờ thấy có rãnh giữa 2 mảnh.

Đứt gân cơ tứ đầu phía trên xuống xương bánh chè cũng có những dấu hiệu tương tự. Chụp X quang xác định chẩn đoán.

– Điều trị

Gãy không di lệch: bó bột nẹp hay bột ống trong 4 - 6 tuần.

Tập với toàn bộ trọng lượng trong bột.

Gãy di lệch: mổ để chỉnh di lệch hay khâu lại gân cơ tứ đầu (H.18.52). Nếu cần có thể lấy bỏ một phần xương bánh chè. Đặt chi trong nẹp hay bột như loại không di lệch.

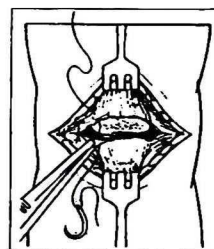
*** Vỡ mâm chầy.**

Vỡ mâm chầy là do lực dọc hay ngang làm cho lồi cầu xương đùi đập vào diện khớp xương chầy.

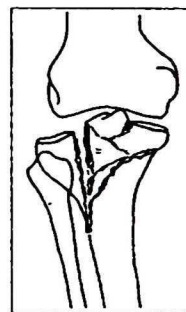
Phần lớn những gãy không vững làm thương tổn cả 2 mâm chầy và lan xuống thân xương (18.53)

– Đánh giá

Gối sưng, đau, biến dạng. Chụp X quang xác định nơi gãy và chỉ định cách chữa:



Hình 18.52



Hình 18.53

Khám kỹ về thần kinh, mạch máu ở bàn chân, cổ chân. Thương tổn mạch khoeo đòi hỏi phải mổ ngay để cứu chi.

– Điều trị

Gãy không di lệch: gãy không di lệch hay lệch diện khớp mâm chày dưới 5mm bằng bó bột. Sau 1 - 2 tuần bắt đầu tập ngoài nẹp. Giữ chân trong trạng thái không chịu tác động của 1 trọng lượng nào trong 6 tuần và sau đó có chịu 1 phần trọng lượng với nạng trong 6 tuần nữa.

Gãy có di lệch: điều trị gãy di lệch hay không vững bằng nắn sau đó bó bột, kéo xương gót, mổ hay cố định bên trong.

* **Gãy thân xương chày**

Gãy thân xương chày thường là gãy hở vì xương sát với da.

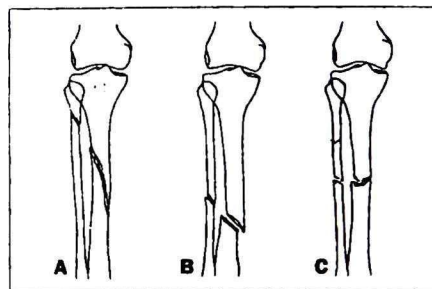
Có các loại gãy sau (H.18.54)

Gãy xoắn: chấn thương nhẹ (A)

Gãy chéo ngắn (B)

Gãy ngang (C)

Phần mềm (da, cơ, thần kinh, mạch máu) bị thương tổn kèm theo ảnh hưởng đến tốc độ liền và khả năng nhiễm trùng.



Hình 18.54

– Đánh giá

Khám da kỹ để xem có vết thương. Nếu da bị thủng có nghĩa có gãy xương hở và phải chuẩn bị cắt lọc và rửa sạch ổ gãy.

Trong lần khám đầu, xem có thương tổn chức năng của thần kinh và mạch máu đối với bàn chân không. Những dấu hiệu của hội chứng khoang đang tiến triển bao gồm:

Đau tăng lên

Lạnh và nhợt ở bàn và ngón chân

Đau khi cử động thụ động các ngón và cổ chân (gấp, duỗi)

Tăng cảm giác bó chặt ở các khoang cẳng chân.

Phải điều trị ngay để làm giảm hội chứng khoang ở 4 khoang.

– Điều trị

1. Cắt lọc ngay gãy xương hở.

2. Treo chân ở mép bàn và kéo nhằm làm giảm di lệch.

3. Đặt 3 nếp dài với gối gấp $10 - 20^{\circ}$.

4. Sau 2 - 3 tuần, bỏ nếp và bó bột.

5. Khám lại bệnh nhân sau mỗi 3 tuần. Chụp X quang giúp ích kiểm tra vị trí gãy và quá trình liền xương.

6. Khi xương có vẻ ổn định, bó bột trong tư thế hơi co gối, thời gian liền xương đối với những gãy không biến chứng là 6 tháng.

Gãy hở đòi hỏi phải thay băng hay ghép da và gãy không ổn định, gãy hở thì khung cố định ngoài là cách tốt nhất. Có thể dùng thanh cố định 1 bên hay 2 bên, khi da đã liền và ổ gãy đã vững, tháo khung và bó bột.

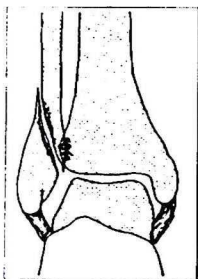
* Gãy mất cá

Gãy đơn độc phần dưới xương mác gây ra do lực xoay ngoài và vận lên qua vùng cổ chân. Nếu chỉ có 1 thành phần của vùng khớp bị phá vỡ thì thương tổn thuộc loại vững (H.18.55)

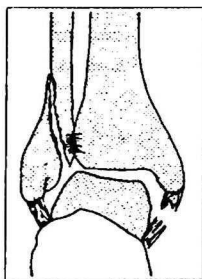
Cùng với chấn thương như trên nhưng với vỡ mất cá trong hay rách gân chằng deltoid thì sẽ không còn vững và sẽ gây trật khớp bán phần cổ chân (H.18.56).

Chấn thương làm quặt ngược bàn chân sẽ trật khớp bán phần khớp cổ chân và gãy cả 2 mất cá (H.18.57).

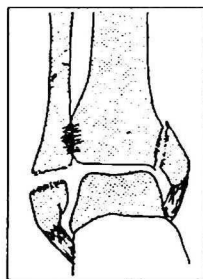
Lực kéo dọc làm diện khớp của đầu dưới xuống chày bị vỡ, xương gót bị chèn và phá vỡ diện khớp cổ chân (H.18.58).



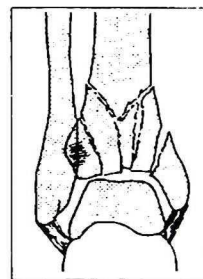
Hình 18.55



Hình 18.56



Hình 18.57



Hình 18.58

- Đánh giá

Vỡ mất cá do một tác động nhẹ như kiểu ngã bậc thang thấp. Khám vùng biến dạng và nơi đau nhất ở cổ chân có thể cho biết chấn đoán chính xác. Chụp X quang rất tốt để đánh giá vị trí khớp cổ chân sau khi nắn.

Nắn sẽ thuận lợi nếu trên X quang thấy rõ khe khớp đồng nhất về chiều rộng cả 3 chiều (chụp trước - sau với cổ chân 15° xoay trong) và có liên quan bình thường mặt khớp xương chày với xương gót.

- Điều trị

Chữa gãy đầu dưới xương mác bằng 3 nẹp, sau 7 - 10 ngày thay bằng bó bột cẳng chân

Gãy không vững

Kéo nhẹ treo trực cẳng chân, sau đó nắn chỉnh.

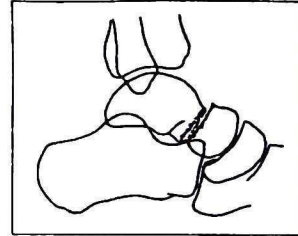
Loại gãy xoay ngoài. quặt lên: gót quặt xuống, bàn chân xoay trong, cổ chân 90⁰ gấp. Duy trì tư thế này bằng cách giữ ngón cái để nâng chân trong khi người phụ bó bột.

Loại gãy quặt xuống: gót quặt nhẹ lên, bàn chân tư thế trung gian và cổ chân 90⁰ gấp.

* **Thương tổn bàn chân.**

+ Gãy xương sên

Gãy cổ xương sên là kết quả của lực tác động làm cho bàn chân gấp. Cổ xương đập vào phía trước xương chày, bàn chân bị trật ra sau (H.18.59)



Hình 18.59

Đánh giá:

Dựa vào chấn thương, xưng đau cổ chân và phía sau bàn chân. X quang để xác định chấn đoán và mức độ gãy.

Điều trị

Di lệch ít: đặt nẹp trong 6 - 8 tuần

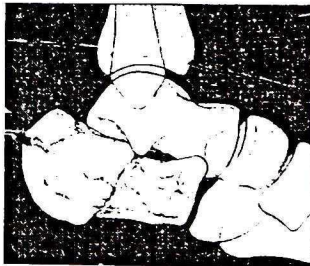
Nắn di lệch bằng cách kéo nhẹ theo trục cẳng chân, đẩy gót ra trước và gấp bàn chân. sau đó duỗi bàn chân và đưa bàn chân về vị trí. Bó bột.

Nếu trật xương sên, nắn trực tiếp vào phần bị trật trong khi kéo.

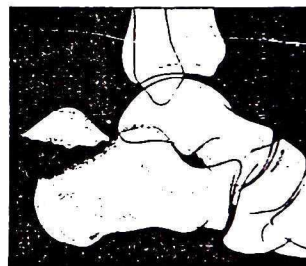
+ Gãy xương gót.

Do lực theo chiều dọc làm xương sên ấn xuống xương gót (H.18.60)

Bong lồi củ xương gót do co kéo vào gân Achille (H.18.61)



Hình 18.60



Hình 18.61

Loại gãy này không lan vào xương cổ chân nên tiên lượng tốt.

Đánh giá.

Xưng, đau phía sau bàn chân. Chụp X quang để xác định.

Điều trị

Đặt nẹp ngắn và nâng bàn chân. Cử động ngón và đầu gối không đặt chân xuống đất. Sau 6 - 8 tuần tập với trọng lượng 1 phần và sau 3 tháng mới đứng hoàn toàn trên chân bị thương.

+ Gãy trật khớp cổ - bàn chân và gãy xương bàn - cổ chân (H.18.62)

Đánh giá

Không rõ biến dạng vì xưng to. Trên X quang thấy bờ trong xương bàn 2 và 4 thẳng hàng với bờ trong cả xương chêm và xương hộp.

Điều trị

Nắn để đưa lại về vị trí giải phẫu nẹp bột và đặt chân cao

Nếu không nắn được dùng đinh xuyên.

+ Gãy xương bàn và ngón chân.

Đánh giá

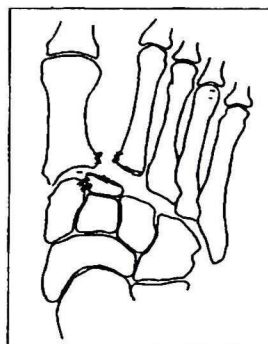
Đau và xưng. Không rõ biến dạng. Chụp X quang để xác định gãy do vận động quá mức xảy ra ở xương bàn chân, không có tiền sử chấn thương.

Điều trị

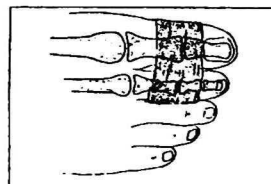
Bó bột hay nẹp bột đáy bàn chân

Với gãy ngón chân: bó 2 ngón với nhau (H.18.63)

Với gãy do vận động quá mức: hạn chế thời gian cử động bàn chân, nếu cần dùng giấy hay bột.



Hình 18.62



Hình 18.63

5. Tổn thương cột sống

Gãy vững là loại gãy không có khả năng biến dạng thêm. Loại không vững là loại có thể thay đổi chỗ gãy khi vận động.

Tổn thương tuỷ sống hoàn toàn khi không còn chức năng thần kinh dưới mức gãy cột sống hay không còn khả năng hồi phục. Tổn thương không hoàn toàn khi còn 1 vài chức năng thần kinh phía dưới và có dấu hiệu của hồi phục khi điều trị.

* **Đánh giá**

1. Hỏi bệnh nhân có đau cổ hay lưng hoặc mất cảm giác ở tay và chân. Cần nghĩ đến những bệnh nhân hôn mê có chấn thương cột sống khi tỉnh có thể trả lời những câu hỏi hoặc khi chụp X quang đủ trông thấy cột sống bình thường.

2. Khám toàn bộ cột sống bằng cách đặt nằm nghiêng. Nhìn những chỗ xưng và xây sát. Nắn vùng cột sống ở nơi đau và xem có hẫng hay thay đổi thẳng hàng của gai sống không.

3. Khám toàn diện về thần kinh theo như bảng dưới, ghi chép lại. Nếu thấy có thương tổn, xác định mức độ về vận động và cảm giác. Thương tổn là hoàn toàn nếu không còn chức năng phía dưới mức tổn thương tuỷ. Trong thương tổn không hoàn toàn, những rễ thần kinh cùng thường vẫn còn chức năng.

Trong thời gian choáng tuỷ (thường là 48 giờ đầu sau chấn thương) có thể không còn chức năng tuỷ sống. Khi hết choáng tuỷ có thể hồi phục 1 số chức năng với tổn thương không hoàn toàn. Trong những ngày đầu không thể tiên lượng chắc chắn được.

Khám thần kinh ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống

- Cảm giác

Dùng đầu kim châm vào các chi và thân.

Test cảm giác quanh hậu môn để đánh giá rễ thần kinh cùng.

- Vận động

Đánh giá vận động và trương lực các nhóm cơ lớn.

Xác định cơ vùng hậu môn còn bình thường không

- Phản xạ.

Phản xạ gân sâu ở tay và chân.

Phản xạ hành hang: nắm lấy dương vật nếu cơ hành - hay co tức là test dương tích.

Phản xạ hậu môn: cào vào vùng da gần hậu môn, nếu thấy hậu môn co thắt tức là test dương tích.

Phản xạ Babinsky: cào vào lòng bàn chân: các ngón chân co lại bình thường, duỗi ngón chân khi tổn thương vận động tuỷ cao.

Chụp X quang

Chụp toàn bộ cột sống ở những bệnh nhân không hợp tác

Ở những bệnh nhân còn tỉnh táo:

Chụp ở vùng nghi ngờ như cổ, ngực thất lưng

Chụp vùng cổ ở tất cả những bệnh nhân có chấn thương nặng, hỗn hợp.

Đánh giá cột sống cổ:

Chụp thẳng và nghiêng

Đảm bảo chụp cả 7 đốt sống

Mổ há khi chụp đốt trực

Chụp thẳng và nghiêng ở cột sống ngực và thắt lưng

Nơi hay tổn thương cột sống nhất là: C2, C5-C6, T12-L1. Ở những bệnh nhân đau nhưng cột sống bình thường, chụp nghiêng trong tư thế uốn và cúi.

Đọc phim X quang

Xương đốt sống về giải phẫu chia làm 3 phần (hay cột) (H.18.64)

Thương tổn không vững nếu:

Thương tổn hơn 2 cột.

Xoay và không thẳng hàng

Trật đốt sống.

Gãy đốt trực.

Thân đốt sống bị ép quá 50% vùng ngực - thắt lưng

Tăng chiều rộng giữa các cuống trên phim thẳng.

* Điều trị

– Cột sống cổ.

C1: có khoảng trống rộng cho tuỷ nên không có tổn thương thần kinh.

Đầu tiên kéo sọ để giữ vị trí gãy và giảm đau.

Khi vững thay bằng bột minerva hay cổ cồn cứng.

Liên xương sau 3 tháng.

C2: là loại không vững (gãy trực) (H.18.65)

Kéo sọ hơi uốn cổ.

Sau 4 - 6 tuần thay sang Minerva

Với loại gãy thân: để cổ trong tư thế trung bình và bột Minerva hay cổ cồn cứng.

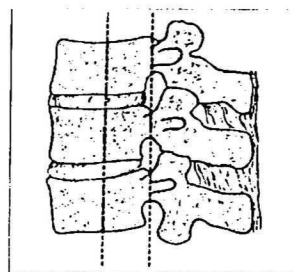
Không kéo vì làm dãn chỗ gãy.

C3-7: kéo sọ sau 4 - 6 tuần thay bột Minerva liền sau 3 - 4 tháng (tự liền) (H.18.66)

Trượt hay trật 1 phần diện khớp.

Tăng dần tạ kéo (5kg/giờ tới 20kg) trong khi đó khám theo dõi các dấu hiệu thần kinh và chụp X quang bên cột sống. Nếu trật đó không bị tắc, thử nắn bằng quay và uốn nhẹ cổ.

Nếu không được thì cứ để như vậy và điều trị như trên.



Hình 18.64



Hình 18.65



Hình 18.66

Thương tổn thần kinh

Thương tổn trên C5 gây liệt cơ hô hấp và bệnh nhân thường chết trước khi đến trung tâm y tế. Ngang hay dưới C5 thì điều trị như loại không có thương tổn thần kinh, nhưng cần chăm sóc da, bàng quang và ruột ngang.

- Cột sống ngực - thắt lưng

1. Đặt bệnh nhân nằm trên giường và chỉ xoay sang 2 bên. Thường có liệt ruột. Không cho ăn gì dễ dàng mồm cho đến khi có nhu động ruột. Thường xuyên theo dõi tình trạng thần kinh.

2. Nếu không có tổn thương thần kinh, dùng bột ngực, chụp X quang bên, tư thế ngồi để xem đã vững chưa. Bệnh nhân không được cúi hay nâng vác trong ít nhất 3 tháng.

Nếu tổn thương thần kinh không hoàn toàn, điều trị như trên nhưng theo dõi thần kinh chặt chẽ cho đến khi ổn định.

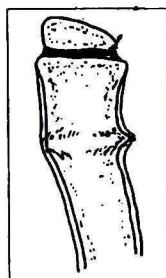
Khi tổn thương dứt tuỷ hoàn toàn, bắt đầu chương trình phục hồi chức năng ngay để phòng biến chứng nặng.

6. Gãy xương ở trẻ con

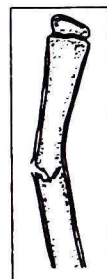
Xương dài ra nhờ bản sụn đầu xương và to lên nhờ màng quanh xương. Màng này là 1 lớp xơ dày bao bọc xương làm cho xương vững đối với gãy cành tươi (H.18.68, H.18.69)

Gãy bản sụn đầu xương được phân loại theo vị trí và theo đường gãy qua bản này (H.18.70)

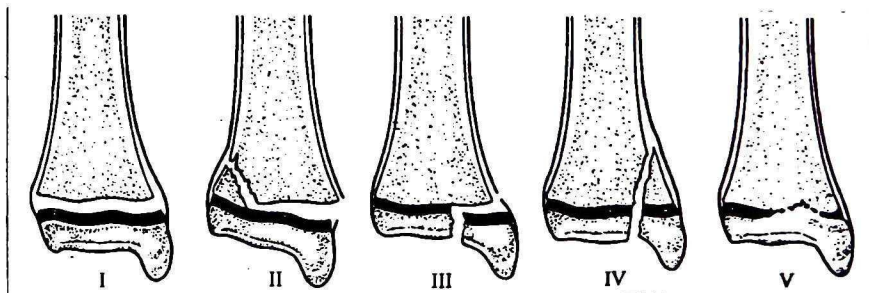
Nếu khả năng sinh trưởng của sụn đầu xương bị thương tổn, thì đầu xương có thể bị biến dạng.



Hình 18.68



Hình 18.69



Hình 18.70

- Đánh giá

Xác định bằng những dấu hiệu sưng, đau, thâm tím và biến dạng. Nếu cần chụp X quang. Nếu không xác định được gãy xương, lưu ý tới khả năng viêm.

Mất vững ở khớp của trẻ con do gãy chằng bị rách và gãy đầu xương. Chụp X quang trong khi đè vào khớp để nhìn thấy vị trí của sự mất vững này.

- Điều trị

Nắn nhẹ, thử 1 - 2 lần thôi vì làm nhiều lần sẽ gây thương tổn đến khả năng sinh trưởng.

Biến dạng còn lại trong gãy loại I và II sẽ tự sửa. Loại III và IV lan vào sụn khớp cũng như bản sụn đầu xương. Nếu còn di lệch nhiều mm sau khi nắn thì nên mổ.

Nhìn chung những gãy xương không lan đến bản sinh trưởng sẽ tự lành trong tư thế chấp nhận được chứng nào độ thẳng chung của xương vẫn được duy trì. Khả năng tự sửa giảm đi theo tuổi, ở trẻ nhỏ khả năng tự sửa biến dạng rất lớn.

Ở trẻ con đối với xương dài, có thể sửa được:

Chiều dài 1,5 - 2cm

Gấp góc 30°

Xoay không sửa được

Di lệch 100%

*** Những loại gãy đặc biệt**

- Gãy trên lồi cầu xương cánh tay

Tuổi: rất thường gặp từ 18 tháng đến 5 tuổi.

Cơ chế: ngã khi tay duỗi

Đánh giá: đau, sưng, biến dạng ngay trên khớp khuỷu khám mạch máu và thần kinh cẳng tay và tay.

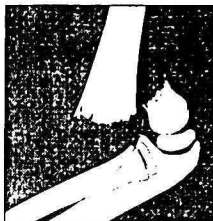
X quang: tốt nhưng không phải là chính. Không nên điều trị chậm trễ nếu không có X quang (H.18.71)

Điều trị

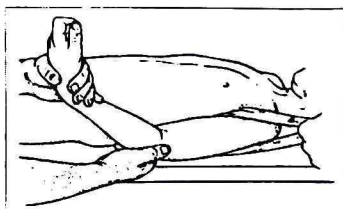
1. Nằm ngửa, kéo vào cẳng tay với khuỷu gần như duỗi.

2. Trong khi kéo, nắm lấy đầu ngoài xương cánh tay và nắn di lệch lên trên, sang bên và xoay (H.18.72)

3. Sau đó, gấp khuỷu trong khi đẩy đoạn gãy ra trước về vị trí (18.73)



Hình 18.71



Hình 18.72



Hình 18.73

4. Khám mạch quay trước và sau khi nắn. Nếu mạch giảm khi khuỷu gấp, duỗi lại khuỷu cho đến khi thấy mạch. Bất động bằng nẹp phía sau ở tư thế gấp 120° hay ở tư thế mà thấy lại mạch quay.

5. Nếu nghi ngờ về tuần hoàn hoặc nếu không đạt được độ nắn chỉnh theo ý muốn, nên kéo mỏm khuỷu

– Gãy 3 chiều đầu dưới xương chày (H.18.74)

Tuổi: 12 - 15 tuổi, thời gian bản sụn sinh trưởng hết.

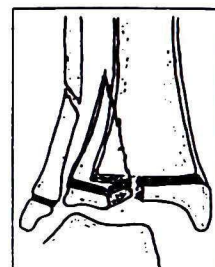
Cơ chế: dạng, xoay ngoài

Đánh giá: đau, sưng cổ chân có hay không có biến dạng.

Cần chụp X quang, nhưng nếu không có thì nắn ngay.

Điều trị

1. Kéo theo trục bằng cách nắm vào giữa bàn chân và gót.
2. Nắm cổ chân từ phía lòng bàn chân, ngửa gót chân lên đến tư thế trung bình 90° và xoay bàn vào trong.
3. Giữ tư thế này bằng ngón cái để bàn chân lên cao, đặt 3 nẹp bột.
4. Vuốt bột cho áp sát chân.
5. Chụp X quang kiểm tra nếu có.



Hình 18.74

7. Cắt cụt

Thực hiện cắt bỏ chi trên hay chi dưới trong bệnh hay chấn thương

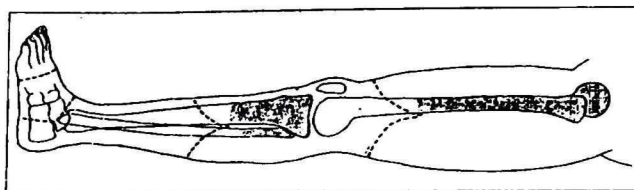
Cắt bỏ u ung thư.

Nhiễm trùng nghiêm trọng.

Bệnh mạch máu giai đoạn cuối.

Cắt bỏ chi sau khi chấn thương mà không sửa chữa được

Xác định mức độ cắt cụt bằng chất lượng các mô và bằng những đòi hỏi của việc chỉnh hình. Mức cắt cụt kinh điển cho chi dưới như hình vẽ, đối với chi trên thì càng thấp càng tốt (H.18.75)



Hình 18.75

* Đánh giá

Đánh giá da, cơ, cung cấp máu, chức năng thần kinh, độ toàn vẹn của xương. Vết thương liền nhờ có cung cấp máu đầy đủ. Có thể thay thế chức năng cơ bị mất, nhưng cảm giác da cần thiết ở nơi cắt cụt.

Đối với những chi bị thương phức tạp, trước khi cắt cụt, cần tham khảo ý kiến của đồng nghiệp.

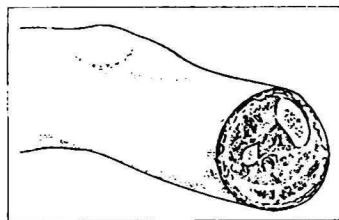
Nếu mất cảm giác và không có cung cấp máu thì chỉ định cắt cụt. Thương tổn nghiêm trọng từ 3 đến 5 mô chính (động mạch, thần kinh, da, cơ và xương) thì cần chỉ định cắt cụt sớm.

* Kỹ thuật

- Cắt khoanh giò (guillotin amputaion)

Thực hiện trong cấp cứu cho những vết thương nhiễm hay nhiễm trùng coi như cách nhanh chóng lấy bỏ mô bệnh hay mô thương tổn.

1. Cắt da, cơ và xương ở nơi hay sát nơi định cắt, không cần sửa móm cụt hay khâu (H.18.76)



Hình 18.76

2. Buộc tất cả những chỗ chảy máu và cắt thần kinh trong khi kéo nhẹ để cho cơ rút lên trên. Khâu tạm da vài mũi để phòng cơ rút lên trên. Băng vô trùng hay băng chun.

3. Cắt lọc và rửa vết thương 2 - 5 ngày 1 lần cho đến khi sạch mô hoại tử và nhiễm trùng. Ở khớp, cắt cụt thực thụ ngay từ đầu và khâu kín.

- Cắt cụt thực thụ

Thực hiện cắt cụt thực thụ coi như phương pháp chọn lọc khi chi sạch, không nhiễm trùng hoặc sau khi cắt khoanh giò.

Ở chi trên, càng giữ lại nhiều càng tốt. Mức cắt lí tưởng đối với chi dưới là 12 cm trên khớp gối và 8 - 14cm dưới khớp gối. Khi có thể, giữ lại khớp gối để lắp chân giả tốt hơn. Ở trẻ con có thể chấp nhận cắt qua gối.

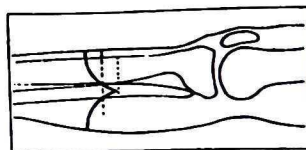
1. Cắt vạt da 5 - 6cm, cơ 2 - 4cm dài hơn cắt xương (H.18.77)

2. Sửa vật da sao cho vật này có độ dài bằng 1,5 lần đường kính của chi. Do điều kiện tại chỗ, vật da có thể không đều đặn.

3. Mài đầu xương chày cho tròn và cắt xương mác cao hơn xương chày 3cm.

4. Buộc 2 lần các mạch lớn (H.18.78)

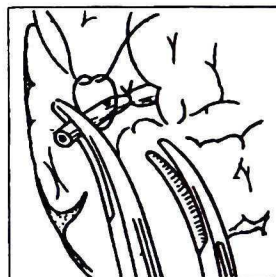
5. Cắt thần kinh cho gọn trong khi kéo nhẹ để đầu dây thần kinh tụt vào trong. Khâu 2 bó cơ đối diện nhau chụm đầu xương và cố định vào màng xương hay đục 1 lỗ qua xương.



Hình 18.77

6. Tháo bỏ ga rô để cầm máu trước khi khâu kín

7. Khâu da và cân lỏng lẻo 2 lớp. khâu mũi rời. Nếu thiếu da, ghép da toàn bộ ở phần không có đề tỷ của móm cụt. không khâu da khi căng.



Hình 18.78

8. Trong phần lớn các trường hợp, dẫn lưu và rút sau 1 - 2 ngày. Băng chặt và đặt chi trong nẹp bột.

9. Làm móm cụt có hình trụ bằng cách phân phối các cơ. Móm cụt hình nón hay hình củ hành sẽ đau và rất khó để lắp chân giả.

- Cắt cụt bàn chân.

Cắt cụt ở ngang gốc các ngón chân hay qua xương bàn chân phụ thuộc vào mức các mô còn sống. Cắt càng cao (qua khớp cổ bàn chân hay ngang cổ chân) có thể chấp nhận được, nhưng không cân xứng về cơ. Cần phải chuyển gân để có 1 móm cụt có thể đi được.

- Cắt cụt chi trên.

Càng giữ lại nhiều càng tốt. Thường tay giả không sẵn cho chi trên và bất cứ chức năng gì còn giữ lại được đều có ích. Ghép da toàn bộ cho phần lớn các móm cụt.

Ở cổ tay, giữ lại khớp cổ tay để có thể còn cử động gấp và duỗi.

Giữ lại khớp quay trụ để có cử động xấp - ngửa cẳng tay.

Bệnh nhân bị cắt cả 2 chi trên có thể thuận lợi với thủ thuật Krukenberg. Đây là 1 thủ thuật chọn lọc, tách rời xương quay và trụ để tạo lực cho mỗi xương. Cẳng tay chỉ còn có cảm giác và cử động gấp.

- Cắt cụt ở trẻ con.

Trẻ con thích nghi dễ dàng hơn người lớn khi cắt cụt và lắp chi giả. Khi có thể, giữ lại bản sụn sinh trưởng để còn có độ lớn bình thường của chi. Có thể cắt cụt qua khớp cũng như ghép da toàn bộ ở phần móm cụt có tỷ lệ.

8. Biến chứng

* Hội chứng khoang

Áp lực trong khoang tăng do:

Băng hay bột chặt quá

Đè ép chi từ ngoài vào.

Mảng hoại tử do bỏng

Gãy xương

Thương tổn phần mềm do dập nát

Thương tổn động mạch

Phần dễ bị nhất là khoang trước và sâu của chân và khoang gấp cẳng tay. Những phần khác là đùi, phần duỗi cẳng tay, mu bàn tay, hiếm khi là mông.

Những dấu hiệu thực thể để chẩn đoán bao gồm:

Đau không tương xứng với thương tổn

Khoang cơ căng cứng khi nắn

Đau khi vận động thụ động ở vùng cơ trong khoang.

Giảm cảm giác

Yếu các nhóm cơ trong khoang

Nhợt và giảm tuần hoàn mao mạch

Áp lực khoang tăng (nếu đo được)

– Điều trị

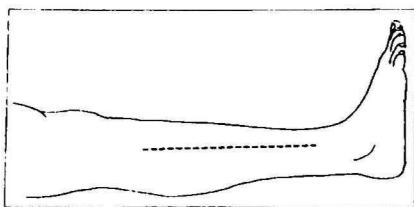
Tháo bỏ bột và băng. Không nâng cao chi mà quan sát kỹ xem có cải thiện không. Nếu những dấu hiệu tồn tại, điều trị hội chứng khoang cấp bằng rạch giảm áp ngay.

Dù chậm trễ ít cũng làm tăng rộng hoại tử cơ không hồi phục do đó, nếu nghi ngờ có hội chứng khoang, thực hiện ngay giảm áp.

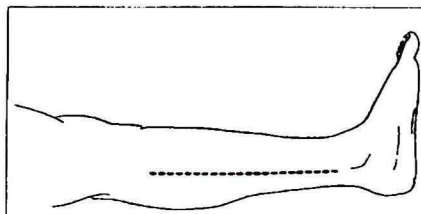
– Kỹ thuật

Chân:

1. Rạch 2 đường rạch dài để giảm áp 4 khoang (H.18.79, H.18.80)



Hình 18.79



Hình 18.80

2. Đường rạch thứ 1 ở trước bên ngoài, ngay trước xương mác. Tách da và cân bao khoang trước và ngoài.

3. Đường rạch thứ 2 1-2cm phía sau bờ trong xương chày để vào khoang nông và sâu (H.18.81)

Căng tay:

1. Một đường rạch phía gập từ dưới khuỷu tới ống cổ tay (H.18.82)

2. Rạch cân nông suốt chiều dài, bảo đảm chắc chắn đã mở ống cổ tay để giảm áp dây thần kinh giữa. Bộc lộ phần cơ sâu, rạch cân cơ xấp, cơ gập các ngón (H.18.83)

3. Quan sát những dấu hiệu hoại tử: cơ hoại tử có màu đỏ xẫm, không chảy máu khi cắt, nhào và không co khi kích thích. Lấy bỏ những lần hoại tử, nếu nghi ngờ, để đấy rồi đánh giá lại sau 1 - 2 ngày - không khâu da.

4. Băng vô trùng, nẹp bột. Nếu có gãy xương kèm theo, dùng khung cố định bên ngoài, kéo hay bột. Đưa lại phòng mổ sau 1 - 2 ngày để cắt lọc. Khi vết mổ sạch và đỡ sưng, khâu lại vết thương và ghép da đây.

* Hội chứng tắc mạch do mỡ.

Tắc mạch do mỡ xảy ra khi gãy xương dài. Nguyên nhân chưa được sáng tỏ nhưng có lẽ do tuỷ xương ào vào trong dòng máu, tụ lại ở phổi, não và các tạng khác. Dấu hiệu lâm sàng rõ ràng vào ngày thứ 2 hay 3 sau chấn thương. Dấu hiệu suy hô hấp, 1 số ít tử vong.

Những dấu hiệu:

Lẫn lộn và lo lắng

Nhịp tim và thở tăng

Nốt xuất huyết ở nách, màng tiếp hợp, vòm họng và cổ.

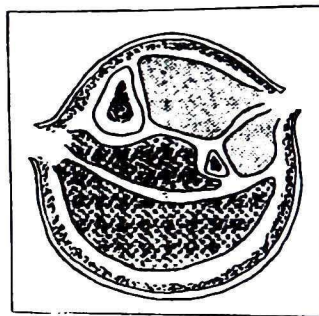
Chụp ngực thấy thâm nhiễm, mờ.

Bão hoà oxy giảm

Điều trị

1. Cố định gãy. Cố định sớm có thể để phòng biến chứng này.

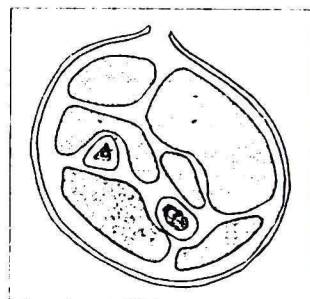
2. Thở oxy, hỗ trợ hô hấp nếu khó thở.



Hình 18.81



Hình 18.82



Hình 18.83

Hội chứng này hạn chế, kéo dài trong vài ngày. Hiếm khi có hậu quả lâu dài, thị lực bị ảnh hưởng, chức năng thận giảm, thay đổi về tinh thần.

9. Chấn thương chiến tranh

• Vết thương do đạn bắn

Thương tổn mô do đạn bắn phụ thuộc vào khối lượng và hình thù viên đạn và phụ thuộc vào bình phương tốc độ của nó. Viên đạn càng nặng càng có nhiều khối lượng và giải phóng càng nhiều năng lượng khi nó đập vào 1 vật. Hình bên ngoài của viên đạn sẽ quyết định xem nó xuyên qua một cách nhẹ nhàng, phá thành nhiều mảnh hay rơi xuống. Mảnh mìn nham nhở nên xé rách các mô trên đường đi.

Tổn thương các mô do thương tổn trực tiếp từ viên đạn, sóng va đập từ phản tán năng lượng vì viên đạn đi chậm lại và từ tác dụng lỗ hổng gây ra khoảng không sau đường đi của viên đạn. Lỗ vào và lỗ ra nhỏ có thể phối hợp với thương tổn cơ lan rộng và gãy xương.

– Đánh giá và chẩn đoán

Thường có nhiều nơi, khám toàn bộ trên người bệnh để xác định tất cả các vết thương. Thương tổn vào đầu, ngực, bụng có thể đe dọa tính mạng và bệnh nhân cần được đánh giá như trong phần điều trị chấn thương cấp cứu.

Khám kỹ cảm giác, trương lực cơ và tuần hoàn ở các chi bị thương. X quang không phải là chủ yếu, nhưng giúp đánh giá loại gãy và xác định đầu đạn còn trong khớp không. Nếu có phải lấy bỏ.

– Điều trị

Điều trị phụ thuộc vào loại vũ khí gây ra thương tổn và vào mức độ thương tổn các mô mềm.

Thương tổn do vũ khí có tốc độ thấp.

Đối với những thương tổn nhỏ gây ra bởi những viên đạn có tốc độ dưới 450m/giây.

1. Cắt lọc nông vết thương: thường là làm tại buồng ngoại trú.
2. Rửa vết thương
3. Không khâu vết thương
4. Dùng kháng sinh TM 1-3 ngày.
5. Phòng uốn ván
6. Chữa gãy xương bằng phương pháp kín: nẹp, kéo, cố định bên ngoài.
7. Nếu viên đạn còn trong khớp, thu xếp để lấy đi trong vòng vài tuần.

Thương tổn do vũ khí có tốc độ cao:

Đối với những vết thương lớn gây ra do viên đạn có tốc độ lớn hơn 450m/giây:

1. Cắt lọc vết thương trong phòng mổ, gây mê.
2. Rửa mỗi vết thương sau khi đã lấy bỏ các mô chết và dị vật như trong phần gãy xương hở.
3. Rửa sạch đường vào và đường ra, luồn gạc theo đường đi đó.
4. Không được khâu kín vết thương, cắt lọc lại sau 2 - 5 ngày rồi mới khâu hoặc vá da.
5. Kháng sinh, phòng uốn ván
6. Chữa gãy xương bằng bó bột, tốt hơn là bằng cố định bên ngoài hay kéo.

*** Thương tổn do mìn.**

Mìn được phân loại bằng sức nổ hay bằng mảnh. Mìn có sức nổ là loại kích nổ bằng áp lực khi dẫm lên hay nắm trong tay. Nổ gây thương tổn bằng tác động rung chuyển của sức ép. Quần áo, cỏ cây và phần cơ thể bị thương trở thành mảnh thứ phát.

Mìn mảnh dẹt trên mặt đất và nổ bằng giấy mìn. Thương tổn gây ra do các mảnh kim loại hay nhựa bung ra khi nổ.

– Kiểu thương tổn

Giẫm lên mìn:

Mất bàn chân và 1 phần cẳng chân.

Xé rách da, cơ, xương.

Mảnh xương trở thành mảnh thứ phát có thể gây thương tích bụng và tăng sinh mìn.

Nhặt mìn trong tay:

Mất bàn tay và cẳng tay.

Thương tổn mắt và mặt

Mìn mảnh:

Các vết thương thủng khắp cơ thể.

Thường vùng đầu, ngực, bụng.

Mảnh gồm cả loại tốc độ thấp và cao

– Đánh giá và chẩn đoán

Thực hiện hồi sức cơ bản. Khám toàn thân để xác định vị trí của tất cả các vết thương, đánh giá thương tổn đối với đầu, ngực, bụng và phúc mạc.

Thương tổn ở các chi thường tùy theo loại mìn và phần tận cùng của chi thường bị mất. Khám phần còn lại của chi để xác định những mô còn lại về tình trạng tuần hoàn, thần kinh, sử dụng cho việc phục hồi chi.

– Điều trị

1. Phủ vết thương với băng vô trùng.
 2. Đặt nẹp tạm thời cho đến khi chuyển vào phòng mổ.
 3. Kháng sinh TM, phòng uốn ván
 4. Cắt lọc vết thương, lấy bỏ tất cả các mô chết và dị vật. Trong lúc cắt lọc kỹ đầu, khó đánh giá được mô nào có đủ nuôi dưỡng, nếu nghi ngờ, tiết kiệm các mô, đánh giá lại vào lần cắt lọc sau. Đối với cơ, dựa vào màu sắc, chảy máu và co cơ.
 5. Lấy bỏ các mảnh xương rời không dính với các mô mềm.
 6. Tiết kiệm tất cả phần da chảy máu để che phủ mỗm cụt. Tiết kiệm da từ phần cắt cụt để dùng cho ghép về sau.
 7. Cắt lọc lại tại phòng mổ sau 2 - 5 ngày cho đến khi có thể khâu da và ghép da.
 8. Điều trị ghép xương bằng nẹp, kéo hay cố định bên ngoài. Không cần thiết phải cắt cụt chi ở nơi cao nhất. Cố gắng giữ càng dài càng tốt. Cố định bên ngoài rất tốt trong thương tổn phần mềm rộng.
- Phục hồi chức năng
- Phục hồi chức năng mỗm cụt càng sớm càng tốt. Vết sẹo rộng do mìn sẽ dẫn đến co rút nghiêm trọng.
- Che phủ phần mỗm cụt chịu sức nặng bằng da toàn bộ sẽ làm cho việc lắp chi giả thuận lợi, nếu cần, phần chi giả chỉ dựa vào phần da này.
- Thu xếp để lắp chân giả khi da đã liền. Đối với cụt 2 tay, chú ý tới thủ thuật Krukenberg. Thủ thuật này giúp có thể gấp được với 1 số cảm giác và rất cần thiết cho cụt 2 tay và cho bệnh nhân mất kém.

CHÍNH HÌNH ĐẠI CƯƠNG

1. Những vấn đề bẩm sinh và phát triển

* Rối loạn khớp háng ở trẻ con.

Mỗi loại rối loạn khớp háng ở trẻ con đều có nguyên nhân khác nhau, nhưng tất cả đều gây thương tổn phần đầu trên xương đùi và dẫn đến làm hỏng khớp háng do sinh trưởng bình thường bị thay đổi.

Loạn sản phát triển hay trật khớp háng bẩm sinh gây ra do mất vững của háng trong ổ khớp. Áp lực thay đổi gây ở khớp sinh trưởng với 1 viên nông (H.19.1). Do đầu xương trượt sang bên ra ngoài ổ khớp, nên chỉ ngắn hơn và sụn khớp sẽ thoái hoá.

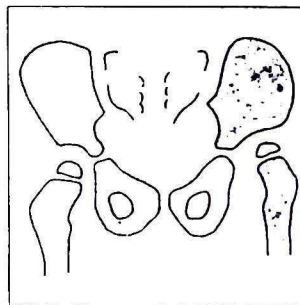
Viêm khớp phá huỷ sụn khớp và sụn sinh trưởng do enzym của vi trùng giải phóng vào khớp.

Rối loạn cung cấp máu đến khớp là nguyên nhân hoại tử xương và bờ tròn của đầu xương đùi, ảnh hưởng đến vận động đến viêm khớp thoái hoá.

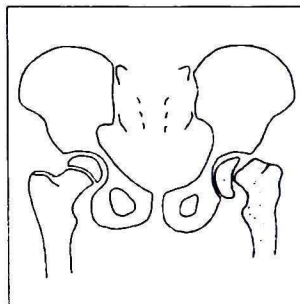
Trượt đầu xương đùi làm thay đổi đường viền của chỏm trong hõm khớp, ảnh hưởng đến vận động và gây viêm khớp thoái hoá (H.19.2)

- Đánh giá và chẩn đoán

Tuổi là 1 chỉ số hữu ích để chẩn đoán. Tất cả những rối loạn này liên quan tới vận động giảm, nhưng mất động tác xoay vào trong là sớm nhất. Ở trẻ lớn hơn, đau gối và đi khập khiễng là biểu hiện chung. Nhiễm trùng phổi hợp với những dấu hiệu toàn thân của sốt và khó chịu. Chụp X quang sẽ giúp chẩn đoán nhưng không phải chủ yếu. Nếu có sẵn, X quang giúp xác định tiên lượng xa trong thời gian theo dõi.



Hình 19.1



Hình 19.2

Tuổi biểu hiện	
Loạn sản phát triển	Ngay khi đẻ
Viêm khớp nhiễm trùng	Trong cả thời thơ ấu
Hoại tử vỡ mạch	4 - 8 năm
Trượt đầu xương	7 - 15 năm

Những dấu hiệu biểu hiện

- Loạn sản phát triển
 - Bẩm sinh
 - Đề khó
 - Khớp háng không vững
 - Nếp da đùi không cân xứng
- Viêm khớp nhiễm trùng
 - Dấu hiệu nhiễm trùng
 - Đau với bất cứ cử động nào của khớp háng
 - Khớp háng trong tư thế gấp và dẹt.
- Hoại tử mạch
 - Chân không có chấn thương
 - Đau gối nhưng khám thấy bình thường.
 - Mất xoay trong
- Trượt đầu xương
 - Khập khiễng
 - Đau gối nhưng khám bình thường
 - Mất xoay trong

– Điều trị

Điều trị loạn sản phát triển khi đẻ bằng nắn nhẹ và dùng khung Pavlick hay bó bột với háng dẹt và gấp. Tư thế của háng ổn định nhưng không gấp quá 90°.

Viêm khớp hoại tử đòi hỏi phải mổ dẫn lưu ngay; chọc hút xác định chẩn đoán: có dịch mủ, đục, dẫn lưu ngay không cần chờ kết quả cấy máu.

Trong bệnh Perthe, đặt bé trên giường, kéo thẳng chân với trọng lượng vài kg. Khi giảm đau, bắt đầu cử động chủ động hay chủ động có hỗ trợ. Khi hết đau hoàn toàn, tập đi có tỷ dè 1 phần với nạng và dần dần tỷ dè hoàn toàn không nạng nếu chịu đựng được. Khám thường xuyên để chắc chắn không có đau.

Nếu không, lập lại cách tập trên. Quá trình tái tạo tuần hoàn của đầu xương đùi phải 1 - 2 năm.

Trượt dầu trên xương đùi dùng kéo qua đỉnh để phòng trượt nhiều hơn. Đây là quá trình điều trị phức tạp đòi hỏi đỉnh kéo đặc biệt và X quang trong khi chuẩn bị các phương tiện trên, để cháu bé nằm trên giường, kéo thẳng chân. Nếu cháu phải mổ, không để cháu phải tỳ đè vào chân hoặc bó bột.

* Chân khoèo (Talipes equinovarus)

Ngay khi đẻ đã có: gót chân cứng vẹo vào, phần trước bàn chân và lòng bàn chân cong lại (H.19.3)

Cần phải điều trị ngay càng sớm càng tốt bằng nắn nhẹ nhàng và bó bột. Thay bột hàng tuần cho đến khi hoàn thiện.

1. Đặt cháu bé bên bàn, tư thế nằm ngửa hay nằm trên đùi.

2. Nắn nhẹ bàn chân từ cong vào ra ngoài. Đặt ngón tay cái vào ngón bàn 5 của cháu bé để đẩy bàn chân (H.19.4)

3. Sau đó đẩy gót chân ra ngoài, nắn gót chân xoay ra.

4. Khi đã chữa biến dạng thành tư thế "bình thường" bắt đầu đẩy bàn chân ngược lên khỏi quắp bàn chân: để tay quanh gót chân xoay bàn chân lên trên.

Không đẩy vào xương bàn chân vì sẽ làm bàn chân bị cong lên ở phần giữa (bàn chân vòng).

5. Giữ tư thế đó và bó bột với đầu gối gấp (H.19.5)

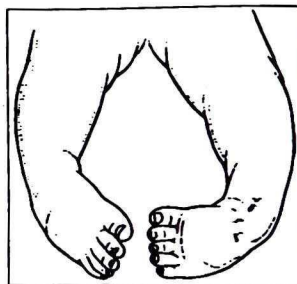
6. Thay bột hàng tuần, đưa dần bàn chân về vị trí bình thường. Khi đã nắn xong, giữ trong bột cho đến khi cháu tập đi. Những biến dạng nghiêm trọng có thể không nắn chỉnh được mà phải mổ.

* U xương

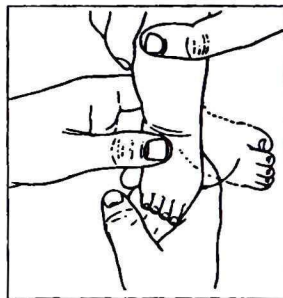
Di căn xương hay gặp nhất là ở xương chậu, cột sống, xương sườn, phần trên xương đùi và xương cánh tay. U nguyên phát là từ vú, tiền liệt tuyến, phổi, thận, tuyến giáp, khám những tạng này nếu nghi có di căn.

- Đánh giá và chẩn đoán

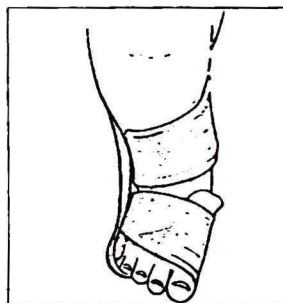
Những dấu hiệu biểu hiện:



Hình 19.3



Hình 19.4



Hình 19.5

Đau trong xương không liên quan đến vận động.

Xương và đau.

Gãy xương bệnh lý

Chụp X quang và sinh thiết cần thiết để xác định chẩn đoán. Chụp ngực nếu nghi có di căn. Chẩn đoán phân biệt chính là nhiễm trùng. Nếu nghi ngờ, chọc hút xem có mủ không.

Đặc điểm X quang

- U lành

Có vùng sáng bao quanh vùng đậm (vùng thương tổn)

Màng xương không bị phá huỷ.

Không có u phần mềm.

- U ác

Vùng sáng khuếch tán, không có vùng bao quanh vùng đậm.

Thường có những chỗ xương bị phá huỷ xen lẫn với những chỗ màng xương bị thủng.

Có thể có xương mới từ màng xương ở bờ khối u.

Có thể có u phần mềm.

- U di căn.

Giống u ác.

Có thể có xương xơ trong di căn từ tiền liệt tuyến hay vú.

- Điều trị

U lành: theo dõi hoặc chám xương phòng gãy. Nếu gãy dùng cách kín, khi lành sẽ điều trị thực thụ

U ác: điều trị hoá chất, tia hay phẫu thuật.

3. Nhiễm trùng

*** Viêm khớp nhiễm trùng**

Nhiễm trùng ở khớp gây ra do vết thương hở hoặc vết chọc trực tiếp vào khớp hoặc từ máu (nhiễm trùng từ nơi khác hay từ viêm xương tuỷ bên cạnh). Viêm mủ phần lớn do tụ cầu, ngoài ra do lao, brucellose, salmonella hay các loại nấm).

Enzym tiết ra từ vi trùng vào trong khớp phá huỷ các sụn khớp, dẫn đến mất vận động, thoái hoá khớp và lan truyền nhiễm trùng ra tổ chức xung quanh. Dẫn lưu ngay ổ mủ và dùng kháng sinh để giữ chức năng khớp.

- Đánh giá và chẩn đoán

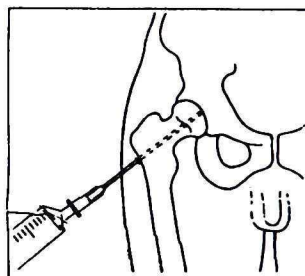
Đau và sưng vùng khớp. Vùng khớp nóng, đỏ, căng và bất cứ cử động nào cũng gây đau. Sốt, bạch cầu và tốc độ lắng máu tăng cao. Tiền sử có vết thương gần khớp hay nhiễm trùng một nơi nào trong cơ thể, cần phải nghĩ đến. Xác định chẩn đoán bằng chọc hút ổ khớp: dịch đục hay mủ. Cấy vi trùng nhưng không nên đợi kết quả rồi mới điều trị.

– Chọc hút ổ khớp.

Sái trùng da, trái vẩy mỡ. Gây tê bằng Lidocain 1% vùng sẽ chọc. Cần thêm thuốc an thần. Dùng kim to chọc vào khớp và hút càng nhiều càng tốt. Gửi dịch đi xét nghiệm.

Khớp háng.

Bệnh nhân nằm ngửa, chọc kim (kim gây tê tuỷ sống) ngay trước mắt chuyển lớn với 1 góc 45^0 (H.19.6). Vừa đẩy kim vừa hút có cảm giác "sụt" khi chọc qua bao khớp và hút có dịch.



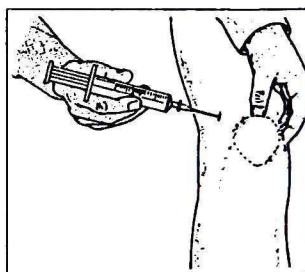
Hình 19.6

Đầu gối

Chọc từ bên ngoài hay bên trong ở bờ trên xương bánh chè (H.19.7)

Cổ chân.

Chọc phía trước ngoài hay trước trong ngang mức đầu dưới xương chày, ngay bên ngoài hay bên trong các gân duỗi.



Hình 19.7

Điều trị

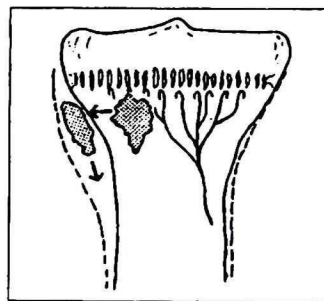
Dẫn lưu khớp ngay và kháng sinh toàn thân. Dẫn lưu mỡ để rửa tại bệnh viện. Nếu không được, chọc hút hàng ngày cho đến khi dịch trong và không có dấu hiệu nhiễm trùng. Đặt nẹp trong thời gian điều trị. Không để bệnh nhân tỳ đè vào khớp hay tập đi. Dùng kháng sinh ít nhất trong 6 tuần. Chuyển sang uống khi khớp hết sưng và cử động khớp không đau (thường sau khoảng 10 - 14 ngày).

*** Viêm xương tuỷ có mủ.**

Viêm xương, viêm xương tuỷ, là do nhiễm trùng trực tiếp hay do đường máu. Là loại viêm cấp, nếu không điều trị sẽ thành mạn tính.

Ở nhiều nơi trên thế giới, viêm xương tuỷ là 1 dịch địa phương, tồn tại như 1 bệnh mạn tính thầm lặng. Vi trùng hay gặp nhất là tụ cầu và nơi hay bị nhất là xương đùi và xương chày.

Nhiễm trùng đường máu bắt đầu từ vi trùng tụ lại ở phần xoang sau mao mạch nằm ở hành xương thuộc bản sinh trưởng đầu xương. Vi trùng sinh sôi ở đây nơi giồng chảy chậm chạp, thành 1 ổ nhiễm trùng trong tuỷ. Đây là giai đoạn cấp tính. Nếu không điều trị, sẽ thành 1 ổ áp xe trong xương. Sức ép của ổ áp xe làm cho mủ lan ra màng xương. Màng xương bong lên và thành 1 ổ áp xe dưới màng xương (H.19.8). Đây là giai đoạn đầu của thể mạn tính. Thường có biểu hiện ở phần mềm quanh khớp: sưng, đỏ, đau. Nếu không điều trị mủ sẽ rò ra ngoài da để giảm áp ổ áp xe hoặc/và lóc màng xương, bao quanh thân xương. Khi đó phần đầu xương sẽ bị chìm trong áp xe, mất máu nuôi dưỡng và trở thành xương chết (H.19.9).

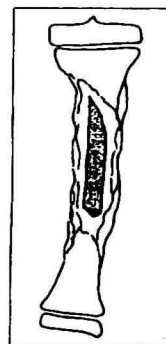


Hình 19.8

Bây giờ là thì quan trọng nhất: màng xương bị lóc ra tạo xương mới thành 1 vỏ. Vỏ này quyết định thể tận cùng và chức năng của chi. Lâm tổn thương màng xương, do nhiễm trùng hay do mổ quá sớm gây ra việc hình thành vỏ không hoàn toàn ảnh hưởng đến hình thể chi. Bản sinh trưởng cũng có thể bị tổn thương nếu nhiễm trùng nghiêm trọng.

– Đánh giá và chẩn đoán

Bệnh đau, sốt, khó chịu, sưng và hạn chế cử động. Có thể có tiền sử chấn thương, đau họng hoặc nhiễm trùng xen vào.



Hình 19.9

Càng đau nhiều nhất ở vùng hành xương. Cử động hạn chế ở khớp gần đấy nhưng không đau. X quang bình thường trong giai đoạn này nhưng có thể thấy phần mềm sưng.

Trong giai đoạn thâm lạng, viêm xương tuỷ mạn tính có thể không có dấu hiệu gì ngoài sưng nhẹ ở chi. Khi nhiễm trùng bùng lên, chi sưng to và đau.

Do nhiễm trùng lan ra ngoài tạo thành một khoang mủ, đỡ đau, đỡ sưng, chụp X quang thấy xương biến dạng, thường có 1 hốc bên trong chứa 1 vật đậm đặc: xương chết.

– Điều trị

Khi khám bệnh trước 48 giờ từ triệu chứng ban đầu, dùng kháng sinh TM. Chuyển sang uống sau 4 - 6 tuần nếu đã kiểm soát được nhiễm trùng (hết sốt, giảm đau, sưng và cử động được tăng lên).

Chụp X quang sau 2 - 3 tuần điều trị có thể thấy giảm đậm độ xương và có tạo xương mới. Đây là những dấu hiệu điển hình không có nghĩa là nhiễm trùng không kiểm soát được. Chụp lại sau 2 - 3 tuần. Nếu nhiễm trùng đã được kiểm

soát, hình ảnh trở lại bình thường. Nếu hình thành ổ áp xe, nhiễm trùng đã qua giai đoạn cấp và cần thiết phải dẫn lưu.

– **Kỹ thuật dẫn lưu áp xe**

1. Gây mê. Chuẩn bị chỗ dẫn lưu (sát trùng da, trải vải mỡ). Rạch ngay trên vùng hành xương bị thương tổn nơi sưng nhất.

2. Rạch qua da, cơ đến màng xương. Nếu không thấy có mũ chọc các lỗ thăm dò vào xương đến ống tuỷ để cho mũ thoát ra

3. Rửa ổ mũ để lấy hết cặn. Đóng da thưa qua 1 dẫn lưu, gửi mũ đi xét nghiệm.

4. Ở giai đoạn cấp tính, điều trị dẫn lưu ở áp xe để quá trình hình thành vỏ xương mới được hình thành.

5. Lấy bỏ chậm xương chết cho đến khi vỏ xương đã hoàn thành mất khoảng 6 - 12 tháng. Sử dụng kháng sinh trong giai đoạn này phải hạn chế để điều trị nhiễm trùng phần mềm, bệnh toàn thân, nhiễm trùng tại chỗ hay trước và sau khi lấy xương chết.

6. Khi vỏ xương đã hình thành đầy đủ, có thể lấy xương chết để điều trị nhiễm trùng còn lại. Lấy xương chết khó khi nó to và phải thận trọng để tránh gãy vỏ xương. Xương chết có thể mắc kẹt trong vỏ xương, phải lấy từng mảnh một. Sau khi mổ, đặt chi trong bột để tránh gãy xương. Đóng da qua dẫn lưu hay để da hở rồi ghép da về sau.

7. Thường thấy bệnh nhân có giai đoạn bùng lên của viêm xương tuỷ mãn tính. Không phải là hiếm đối với một nhiễm trùng có thời kỳ im lặng trong nhiều năm, sau đó bùng lên, kèm theo nhiễm trùng phần mềm. Thường xương chết là nguồn gốc của nhiễm trùng tồn dư. Điều trị với kháng sinh, dẫn lưu và lấy xương chết.

8. Nếu vỏ xương không hình thành đầy đủ hoặc không duy trì được chức năng của chi, cần phải tạo hình lại khi nhiễm trùng đã được kiểm soát. Đây là thủ thuật chuyên có thể không phù hợp ở tuyến huyện.

4. Thương tổn thoái hoá

* **Viêm khớp**

Viêm khớp và một quá trình kích thích hay viêm các khớp. Sụn khớp bị thương tổn đầu tiên, lúc đầu trở nên thô ráp, lồi lõm và bị phá huỷ hoàn toàn. Đau, sưng, mất vận động. Viêm khớp thoái hoá xảy ra do sụn bị mòn và xé. Thương tổn này phối hợp với tuổi già, thương tổn khớp hay sau một nhiễm trùng khớp. Viêm khớp nhiễm trùng hay viêm khớp dạng thấp là thứ phát sau một phản ứng miễn dịch làm phá huỷ sụn khớp. Thường nhiều khớp bị và dẫn đến biến dạng khớp.

– **Đánh giá và chẩn đoán**

+ Viêm khớp thoái hoá

Bệnh sử:

Bắt đầu từ từ

Giảm vận động và cứng khớp.

Xưng vù

Khám

Căng đau vùng khớp

Sờ thấy gai ở bờ khớp

Mất vận động

X quang

Giảm khe sụn

Xơ xương ở diện tỷ đề

Tạo các gai

Nang dưới sụn

+ Viêm khớp dạng thấp.

Bệnh sử

Đau vùng khớp, xưng, cứng khớp buổi sáng.

Nhiều khớp cùng bị.

Có thể có yếu tố gia đình (người trong gia đình cũng bị)

Khám

Xưng, căng đau, hạn chế vận động

Tay và chân hay bị viêm

Thường có biến dạng.

75% bệnh nhân có lỏng lẻo nghiêm trọng thân đốt sống C1 - C2

X quang

Giảm khe sụn và giảm đậm độ xương

Ăn mòn bờ khớp

Ít khi có gai khớp

– Điều trị

1. Nghỉ ngơi

Giảm vận động để bảo vệ khớp khỏi chấn thương tiếp. Trong giai đoạn cấp tính của viêm khớp dạng thấp, đặt nẹp chi. Tập vận động khi đỡ đau.

2. Thuốc

Dùng thuốc chống viêm như Aspirin, Ibuprofen. Viêm dạng thấp có thể dùng cortison uống hay thuốc đặc hiệu khác.

3. Tiêm

Viêm thoái hoá: tiêm cortison vào khớp cẩn thận vì dễ làm tăng nhanh thoái hoá sụn.

Viêm khớp dạng thấp: cortison giúp kiểm soát viêm và định kỳ tiêm vào khớp có tác dụng tốt.

4. Tăng cường các cơ

Đối với cả 2 loại viêm, cố gắng duy trì vận động khớp và trương lực các cơ. Cơ khoẻ sẽ bảo vệ khớp và làm chậm thoái hoá.

5. Phẫu thuật

Phẫu thuật có tác dụng ở giai đoạn cuối của phá huỷ khớp hay do thuốc không có tác dụng ở viêm khớp dạng thấp.

* Viêm bao hoạt dịch và viêm gân.

Bao hoạt dịch là 1 túi lát bằng mô hoạt dịch chứa ít dịch bên trong. Nó nằm xen giữa các cấu trúc di động lên nhau có tác dụng làm giảm sự cọ sát. Khi vận động quá mức hay tăng áp lực, bao bị viêm, chứa đầy dịch và đau.

Gân rất dễ bị thương tổn với viêm ở nơi bám vào xương (lổ cầu ngoài xương cánh tay) hoặc nơi có vỏ bao bọc (gân gấp các ngón hay gân Achilles ở cổ chân).

- Đánh giá và chẩn đoán

Đặt chẩn đoán dựa trên bệnh sử vận động quá mức và khám thực thể: đau, sưng, căng khi cử động

+ Vùng hay bị viêm bao hoạt dịch và viêm gân

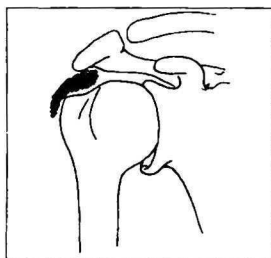
Viêm bao hoạt dịch (H.19.10)

Dưới mỏm cùng vai: đau khi dạng và co vai (H.19.11)

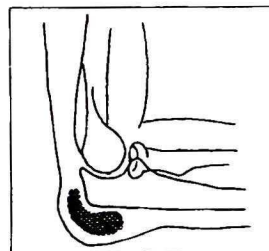
Mỏm khuỷu: đau khi tỳ vào vật rắn. Chọc hút để xét nghiệm: dịch đục và có vi trùng gram dương. Dẫn lưu và kháng sinh.

Mấu chuyển lớn xương đùi (H.19.12)

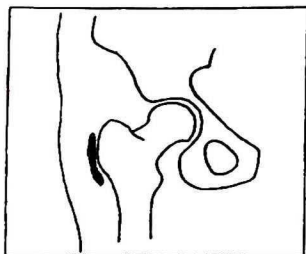
Trước xương bánh chè (H.19.13)



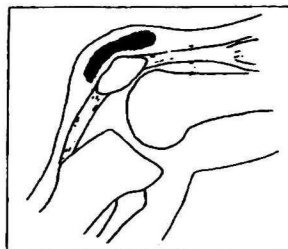
Hình 19.10



Hình 19.11



Hình 19.12



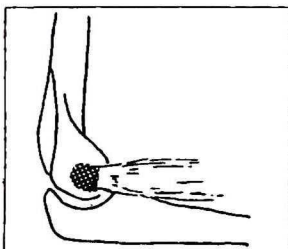
Hình 19.13

Viêm gân

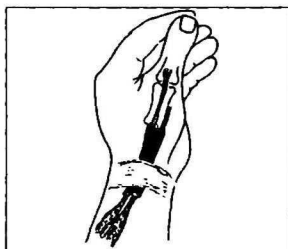
Lồi cầu ngoài xương cánh tay: đau khi dùng tay nắm và xưng ở chỗ bám cơ dưới cẳng tay (H.19.14)

Viêm bao và gân De Quervain: đau khi dùng cơ ngửa dài (H.19.15)

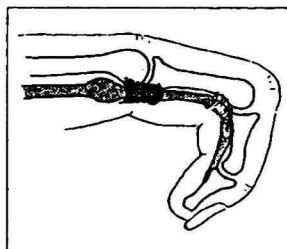
Ngón tay cò súng: viêm tạo nên 1 cục ở gân gấp phía ngón khi cử động gân trượt trong bao bị vướng: không co không duỗi (H.19.16)



Hình 19.13



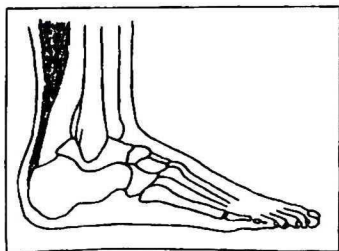
Hình 19.15



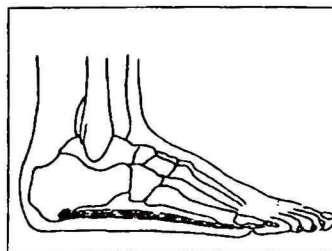
Hình 19.16

Gân Achilles: đau ở cơ tam đầu cẳng chân, ngay tại hay trên chỗ bám vào xương gót. Gân có cục vôi hoá (H.19.17)

Viêm gan bàn chân: đau khi đứng, nơi đau là chỗ bám của cân với xương gót (H.19.18)



Hình 19.17



Hình 19.18

– Điều trị

1. Nghỉ ngơi

Nghỉ 1 thời gian hoặc đặt nẹp rồi tập lại dần khi không còn đau. Ủ nóng hay lạnh sẽ làm giảm viêm.

2. Thuốc

Thuốc chống viêm (Aspirin, Ibuprofen). Nếu không đỡ có thể tiêm Cortison vào bao hoạt dịch hay bao gân. Không được tiêm trực tiếp vào gân, nó sẽ làm giảm sức co và gây đứt.

3. Phẫu thuật

Đôi khi, phẫu thuật giải thoát bao gân để đề phòng kích thích vào gân. Rất có tác dụng trong ngón tay cò súng và viêm De Quervain.

**SỔ TAY XỬ TRÍ BAN ĐẦU
CHẤN THƯƠNG**

(Tại tuyến huyện và các vùng xa)

PHỤ LỤC

1. ABCDE trong chấn thương	345
2. Xử trí đường thở	346
3. Kỹ thuật xử trí đường thở	347
4. Xử trí thông khí (thở)	350
5. Xử trí tuần hoàn	351
6. Những biện pháp hồi sức tuần hoàn	352
7. Xem xét lần 2	354
8. Chấn thương ngực	355
9. Chấn thương bụng	359
10. Chấn thương sọ não	360
11. Chấn thương cột sống	363
12. Định mức thần kinh	364
13. Chấn thương chi	365
14. Những trường hợp chấn thương đặc biệt	366
Trẻ em	366
Phụ nữ có nang	370
Bỏng	371
15. Vận chuyển các nạn nhân rất nặng	374
16. Đáp ứng với chấn thương	375
17. Chương trình hành động của đội chấn thương	375

PHỤ LỤC

1. ABCDE TRONG CHẤN THƯƠNG

Xử trí đa chấn thương nghiêm trọng đòi hỏi nhận biết rõ ràng những ưu tiên trong xử trí và mục đích đánh giá ban đầu là xác định những thương tổn nào đe dọa tính mạng.

Tắc đường hô hấp

Chấn thương ngực gây khó thở.

Chảy máu trong hay ra ngoài nghiêm trọng

Chấn thương bụng

Nếu có nhiều bệnh nhân, điều trị theo thứ tự ưu tiên (qua sàng lọc). Muốn sàng lọc đúng phải đánh giá nhanh và suy nghĩ rõ ràng.

Xem xét quan sát lần đầu

Thực hiện quan sát ABCDE (chữ cái đầu tiếng Anh)

Airway (đường thở)

Breathing (hô hấp)

Circulation (tuần hoàn)

Disability (tàn tật)

Exposure (bộc lộ)

Xem xét ABCDE chỉ là quan sát ban đầu, chức năng là chẩn đoán và xử trí những thương tổn đe dọa tính mạng, nếu không được chẩn đoán và xử trí thì người bệnh sẽ chết.

Khi có nhiều hoàn cảnh đe dọa tính mạng, xử trí đồng thời các chấn thương đó là chính và cần phải làm việc tập thể hữu hiệu.

* Đường thở

Đánh giá đường thở, bệnh nhân có thể nói và thở bình thường không? Nếu tắc thì thực hiện những bước sau:

Nâng cằm/đẩy hàm dưới ra trước

Hút (nếu có sẵn)

Đặt ống guedel (tránh tụt lưỡi)

Đặt nội khí quản, giữ cố định cổ ở tư thế trung gian

* Hô hấp

Khám lâm sàng để đánh giá độ thông thoáng của đường thở và hô hấp. Nếu có suy.

Hô hấp nhân tạo

Làm giảm hay dẫn lưu tràn khí **màng phổi** dưới áp lực/tràn máu màng phổi.

Đóng kín vết thương ngực hở

*** Tuần hoàn.**

Đánh giá tuần hoàn bằng kiểm tra lại: **cung cấp oxy, thông thoáng đường thở, hô hấp đầy đủ.** Nếu không tương xứng:

Cầm chỗ chảy máu.

Truyền 2 đường TM (Kim cỡ 14 và 16G)

Dịch truyền (nếu có)

Thở oxy (nếu có)

*** Tàn tật**

Đánh giá nhanh chóng về thần kinh (nếu bệnh nhân tỉnh: hỏi xem có đau không hay hôn mê).

Không có thời gian để lập bảng Glasgow, dùng hệ thống nhanh, rõ ràng sau:

A: tỉnh (Awake)

V: trả lời (Verbal)

P: đáp ứng với đau (Painful)

U: không đáp ứng (Unresponsive)

*** Bộc lộ**

Cởi bỏ quần áo và tìm chấn thương. Nếu nghi có thương tổn ở cổ và cột sống, cố định ngay tại chỗ là rất quan trọng.

Cẩn thận trọng khi di chuyển nạn nhân nhất là có mê.

2. XỬ TRÍ ĐƯỜNG THỞ

Ưu tiên hàng đầu là duy trì thông thoáng đường thở.

1. Nói với nạn nhân

Nạn nhân còn nói rõ ràng tức là đường thở thông. Ở bệnh nhân hôn mê thường có tắc đường thở do tụt lưỡi vì thế phải hỗ trợ với thông khí. Nếu nghi có thương tổn đầu, cổ, ngực, phải bảo vệ cột sống cổ khi đặt nội khí quản.

2. Thở oxy

Nếu có, cho thở oxy qua chụp mặt hay bóng tự phồng.

3. Đánh giá đường thở

Những dấu hiệu của tắc đường thở:

Thở ngáy hay thở rít

Co kéo hay tiếng thở bất thường

Dầy dụa (thiếu oxy)

Sử dụng các cơ phụ để thở, cử động lồng ngực ngược chiều

Tím.

Cần cảnh giác với dị vật

Tuyệt đối chống chỉ định tiêm TM thuốc an thần.

4. Quan tâm đến sự cần thiết xử trí đường thở

Tắc đường thở dai dẳng

Vết thương xuyên cổ kèm máu tụ lan toả.

Ngừng thở

Thiếu oxy

Chấn thương sọ não nghiêm trọng

Chấn thương ngực

Chấn thương hàm mặt

Tắc đường thở đòi hỏi xử trí cấp cứu.

3. KỸ THUẬT XỬ TRÍ ĐƯỜNG THỞ

1. Kỹ thuật cơ bản

* Nâng cằm và hất hàm ra trước

Đối với nâng cằm: đặt 2 ngón tay dưới hàm và nâng nhẹ lên để cằm ra trước.

Trong khi thực hiện, cẩn thận đừng uốn cổ quá mức. Cẩn thận để cố định cổ.

Đối với hất hàm: thực hiện bằng tay nâng góc xương hàm lên.

Cần nhớ thủ thuật này không phải là triệt để, tắc đường hô hấp có thể xảy ra bất cứ lúc nào.

* Đường thở hầu-họng

Đưa ca nún qua mồm ra sau lưỡi: đưa úp rồi quay ngược 180°.

Chú ý ở trẻ em có thể gây tổn thương phần mềm.

*** Đường thở mũi-họng**

Đưa ống qua mũi ra sau hầu họng. Để chịu đựng hơn

2. Kỹ thuật cao

Đặt nội khí quản đường mũi.

Soi thanh quản không kiểm soát có thể gây ươn cổ quá mức. Người phụ cần phải giữ cố định cổ. Nếu dạ dày đầy thức ăn, phải đè sụn nhẫn. Bơm bóng và kiểm tra vị trí đúng của ống bằng cách nghe tiếng thở 2 bên ngực.

Đặt nội khí quản khi:

Tạo đường thở thông thoáng vì phòng trào ngược.

Cho thở oxy khi không dùng được chụp mặt

Thông khí cho bệnh nhân và phòng ưa thán.

Đặt nội khí quản phải dưới 30 giây. Nếu không đặt được thì tiếp tục thông khí qua chụp mặt

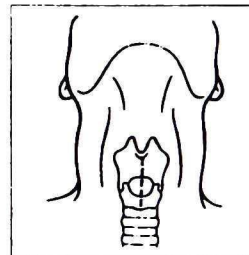
Cần nhớ bệnh nhân chết do thiếu oxy chứ không do thiếu ống nội khí quản.

*** Mở sụn giáp nhẫn**

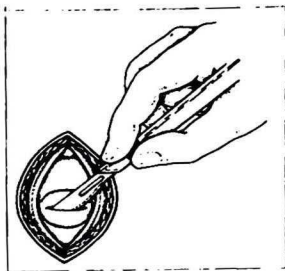
Phải mở sụn giáp nhẫn ở bệnh nhân nào mà đặt nội khí quản tới 2 lần vẫn không được và/hoặc bệnh nhân không thở được.

Kỹ thuật

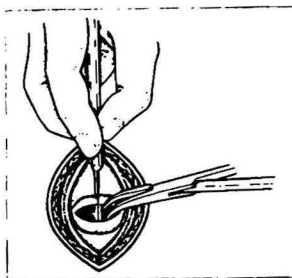
1. Ưỡn cổ bệnh nhân, để bệnh nhân thoải mái.
2. Xác định rãnh giữa sụn nhẫn và sụn giáp (ngay dưới "quả đào").
3. Sát trùng, gây tê
4. Rạch da dọc đường giữa khoảng 1.5cm, tách sang 2 bên để nhìn rõ màng giáp nhẫn. (H.1)
5. Dùng lưỡi dao 22 hay 23 chọc qua màng giáp nhẫn vào đến lòng khí quản.
6. Xoay lưỡi dao 90° (H.2) đưa 1 kẹp Kocher cong theo lưỡi dao, rút lưỡi dao ra, banh 2 má kẹp (H.3)



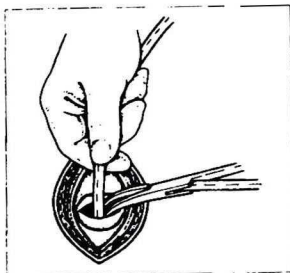
Hình 1



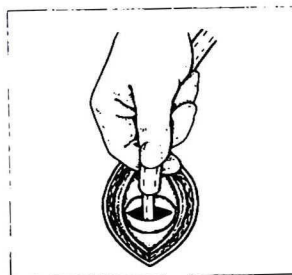
Hình 2



Hình 3



Hình 4



Hình 5

7. Đưa ống thông dạ dày vào khí quản (H.4)

8. Dùng ống nội khí quản số 4 - 6 luồn qua để vào khí quản (H.5).

9. Rút ống thông ra.

Có thể để ống trong 3 ngày. Không nên thực hiện thủ thuật này ở trẻ dưới 10 tuổi, dùng vài kim tiêm chọc qua màng giáp nhân cũng đủ cho khí đi qua.

Thủ thuật này chỉ nên thực hiện bởi người có kinh nghiệm, có kiến thức về giải phẫu và nắm bệnh tình người bệnh.

Thủ thuật không được thực hiện cầu thả vì đặt ống nhầm, chảy máu và chậm trễ có thể làm chết bệnh nhân.

4. XỬ TRÍ THÔNG KHÍ (THỞ)

Ưu tiên thứ 2 là thiết lập thông khí đầy đủ

1. Quan sát

Quan sát nhịp thở là chính. Có hiện tượng sau đây không:

Tim

· Chấn thương ngực

Mảng sườn di động

Vết thương ngực hở phỉ phò

Co kéo các cơ phụ

2. Khám

Tim:

lệch khí quản

gãy xương sườn

Tràn khí dưới da

Gõ ngực có ích để chẩn đoán tràn máu hay tràn khí màng phổi

3. Nghe

Tim:

Tràn khí màng phổi (giảm tiếng thở bên tổn thương)

Phát hiện tiếng bất thường ở ngực.

4. Hổi sức

Đặt dẫn lưu màng phổi để dẫn lưu máu và khí trước khi chụp ngực nếu suy hô hấp.

Nếu có chỉ định đặt nội khí quản nhưng không đặt được, có thể dùng chụp thanh quản hoặc mở sụn giáp nhân.

Ghi chú đặc biệt:

Nếu có sẵn, thở oxy cho đến khi ổn định hoàn toàn

Nếu nghi có tràn khí màng phổi dưới áp lực, cắm 1 kim to qua khoang liên sườn 2 đường giữa xương đòn để giảm áp lực và đủ thời gian dẫn lưu màng phổi.

Nếu 1 đến 2 lần đặt nội khí quản không được, thì ưu tiên mở sụn giáp nhân, nhưng phụ thuộc vào người có kinh nghiệm nên không phải nơi nào cũng thực hiện được.

Đừng có đặt nội khí quản mà không thông khí bệnh nhân.

5. XỬ TRÍ TUẦN HOÀN

Ưu tiên thứ 3 là tạo lập tuần hoàn đầy đủ.

Choáng được định nghĩa là tưới máu cho các tạng và oxy cho các mô không đầy đủ. Trong chấn thương thường thấy nhất là chảy máu và thiếu khối lượng tuần hoàn.

Chẩn đoán choáng dựa vào những dấu hiệu lâm sàng: huyết áp thấp, mạch nhanh và thở nhanh, nhiệt độ thấp, nhợt, chân tay lạnh, chậm đầy các mao mạch (móng tay chậm hồng lại sau khi ấn cho trắng), lưu lượng nước tiểu giảm.

1. Choáng chảy máu (thiếu khối lượng tuần hoàn)

Choáng chảy máu là do mất cấp tính máu hay dịch. Khối lượng máu mất sau chấn thương thường khó đánh giá và trong chấn thương kín thường đánh giá thấp. Cần nhớ:

Một lượng lớn máu có thể tụ lại trong màng bụng và màng phổi

Gãy xương đùi có thể mất tới 2l máu

Vỡ xương chậu mất tới hơn 2l máu

2. Choáng tim

Choáng tim do chức năng tim bị suy, hậu quả của:

Dập nát cơ tim.

Chèn ép tim cấp

Tràn khí màng phổi dưới áp lực (cản trở máu về tim)

Vết thương tim

Nhồi máu cơ tim.

Do áp lực tĩnh mạch cảnh là chủ yếu trong những hoàn cảnh trên và nếu có thì ghi điện tim.

3. Choáng thần kinh

Choáng thần kinh là do mất trương lực giao cảm, thường là do chấn thương tủy sống. Biểu hiện kinh điển là huyết áp thấp mà không có nhịp tim nhanh hay co thắt mạch ngoài da.

4. Choáng nhiễm trùng.

Choáng nhiễm trùng hiếm gặp trong giai đoạn đầu của chấn thương. Nhưng là nguyên nhân thường thấy của tử vong muộn (do suy đa tạng) trong những tuần tiếp theo. Thường hay gặp nhất trong vết thương bụng và bọng.

Thiếu khối lượng tuần hoàn là 1 cấp cứu đe dọa tính mạng người bệnh, cần phải nhận biết và xử trí tích cực.

6. NHỮNG BIỆN PHÁP HỒI SỨC TUẦN HOÀN

Mục đích là cầm máu và hồi phục giải phóng oxy tại các mô. Vì nguyên nhân thường thấy là mất máu, cần phải ưu tiên truyền dịch.

1. Đặt đường truyền đầy đủ

Ít nhất phải có 2 đường với kim to (14 - 16G). Nếu cần, bọc lộ tĩnh mạch ngoại vi.

2. Truyền dịch

Dịch truyền (dung dịch tinh thể, như huyết thanh mặn) phải làm ấm như nhiệt độ bệnh nhân (ngâm vào nước ấm)

Cần nhớ:

Nhiệt độ cơ thể tụt sẽ làm rối loạn đông máu

Tránh dùng dung dịch glucose

3. Lấy bệnh phẩm

Lấy các bệnh phẩm cần thiết để xét nghiệm và phản ứng chéo.

1. Ưu tiên số 1: cầm máu

* Thương tổn ở chi

Ga rô không có tác dụng, mặt khác lại gây hội chứng sau thả ga rô và làm nặng cho thương tổn ban đầu.

Thủ thuật được khuyến cáo là "băng ép" nhưng là 1 danh từ không định nghĩa rõ ràng. Chảy máu nghiêm trọng từ vết thương xuyên có năng lượng lớn và móm cụt có thể cầm bằng:

Bọc gạc to, cùng với

Tay đè ép mạch phía trung tâm, cùng với

Băng ép toàn bộ chi.

* Thương tổn ở ngực

Nguyên nhân thường thấy nhất là chảy máu từ thành ngực.

Đặt ngay 1 dẫn lưu ngực và thuốc giảm đau (Ketamin TM là thuốc được lựa chọn) làm phồng phổi và cầm máu.

* Thương tổn ở bụng

Mở bụng thăm dò càng sớm càng tốt khi không duy trì được huyết áp ở 80 - 90 mmHg dù đã truyền dịch. Mục đích duy nhất của mở bụng là bọc gạc chỗ chảy máu rồi đóng bụng tạm thời lại, thực hiện trong 30 phút.

Đây không phải là phẫu thuật mà là 1 thủ thuật hồi sức bất cứ 1 bác sĩ hay điều dưỡng nào được huấn luyện ở tuyến huyện cũng có khả năng thực hiện dưới giảm đau bằng Ketamin. Cần phải quan sát trước khi thực hiện nhưng làm đúng dần, thủ thuật có thể cứu được nhiều người.

Mất máu là nguyên nhân chính của choáng chấn thương.

*** Chảy máu từ vết thương.**

Dùng khăn to buộc chặt quanh khung chậu

2. Ưu tiên thứ 2: bù dịch, ủ ấm, giảm đau bằng Kétamin

*** Bù dịch**

Dịch truyền cần làm ấm. Đông máu sinh lý tốt nhất ở nhiệt độ 38^o5 và khó đông máu khi nhiệt độ dưới 35^o. Thường thấy nhiệt độ hạ ở bệnh nhân chấn thương khi chuyển chở ngoài trời thiếu phương tiện, ngay cả ở xứ nhiệt đới. Dễ dàng làm lạnh bệnh nhân nhưng khó làm ấm. Do đó chủ yếu là để phòng tụt nhiệt độ.

*** Hồi sức bằng dịch khi HA hạ.**

Dịch uống và truyền TM cần có nhiệt độ 40 - 42^o, dùng dịch trong phòng có nghĩa là lạnh.

Khi chuyển bệnh nhân nặng hoặc chảy máu mà tình trạng cầm máu không chắc chắn hoặc không triệt để thì truyền dịch để duy trì áp lực tối đa là 80 - 90 mmHg.

*** Dịch uống.**

Hồi sức đường miệng thì an toàn và hiệu quả ở những bệnh nhân không có thương tổn trong bụng vì có phản xạ nôn.

Dịch uống phải có đậm độ muối và đường thấp, dịch đậm đặc có tác dụng ngược lại do tác dụng thẩm thấu.

Cháo ngũ cốc loãng (tuỳ theo từng địa phương) là loại thực phẩm được khuyến cáo.

*** Giảm đau**

Ketamin là thuốc giảm đau được lựa chọn khi tiêm nhắc lại liều 0,2 mg/kg trong lúc vận chuyển tất cả những bệnh nhân chấn thương nặng vì tác dụng tốt đối với cơ tim và không ảnh hưởng đến phản xạ nôn.

*** Nước tiểu**

Đo lưu lượng nước tiểu là 1 chỉ số về dự trữ tuần hoàn.

Lưu lượng phải trên 0,5ml/kg/giờ. Cần đặt ống thông bàng quang với bệnh nhân mê.

Truyền máu

Khó có máu truyền. Cần nhớ khả năng không phù hợp nhóm máu và rủi ro nhiễm bệnh truyền đường máu (HIV, sốt rét, giang mai) ngay cả đối với người trong gia đình.

Cần nghĩ đến truyền máu khi tình trạng bất ổn về tuần hoàn dù đã truyền dịch (dịch keo hay tinh thể). Nếu không thủ được máu chéo và nhóm máu thì dùng hồng cầu khối nhóm O. Đặc biệt quan tâm đến truyền máu nếu Hemoglobin dưới 7g/l và vẫn đang chảy máu.

Các chỉ số tim mạch

Mất máu	Nhịp tim	Huyết áp	Làm đầy mao mạch	Nhịp thở	Lưu lượng nước tiểu	Tri giác
Dưới 750ml	< 100	BT	BT	BT	>30ml/giờ	BT
750-1500ml	> 100	BT cao	Dương tính	20-30	20-30ml	Hơi giảm
1500-2000ml	> 120	Giảm	Dương tính	30-40	5-15ml	Lo, lẩn lộn
>2000ml	> 140	Giảm	Dương tính	>40	<10ml	Lẫn - hôn mê

7. XEM XÉT LẦN 2

Chỉ khám lần 2 khi tình trạng hô hấp và tuần hoàn của nạn nhân ổn định, nếu không thì phải khám lần 1 lại.

Khám từ đầu đến chân, đặc biệt quan tâm những vùng sau:

*Khám đầu

Hộp sọ và mắt

Tai ngoài và màng nhĩ.

Chấn thương hố mắt

* Khám cổ

Vết thương xuyên cổ

Tràn khí dưới da

Khí quản lệch sang bên

Tĩnh mạch cổ nổi.

* Khám thần kinh

Đánh giá tình trạng não: bảng Glasgow

Hoạt động vận động của tứ

Cảm giác và phản xạ

* Khám ngực

Xương đòn và các xương sườn

Tiếng thở và tiếng tim

Theo dõi điện tim (nếu có)

* Khám bụng

Vết thương bụng đòi hỏi phải mổ

Chấn thương bụng kín: đặt ống thông dạ dày (khi không có chấn thương mặt)

Khám trực tràng.

Đặt ống thông bàng quang (xem có rỉ máu ở miệng táo không trước khi thông)

Nghi ngờ thương tổn tuỷ sống cổ ở những bệnh nhân chấn thương sọ não trừ khi không có bằng chứng.

* Khung chậu và các chi

Gãy xương

Mạch ngoại vi

Vết cắt, đám bầm dập và các thương tổn khác.

* Chụp X quang (nếu có thể được và có chỉ định)

Ngực, cổ nghiêng, khung chậu

Cột sống cổ (phải nhìn được cả 7 đốt cổ)

Các xương dài, khung chậu.

Sọ để tìm vết nứt xương

8. CHẤN THƯƠNG NGỰC

Khoảng 1/4 các tử vong là liên quan tới thương tổn ở ngực. Chết ngay tại chỗ là do rách hay vỡ tim và các mạch máu lớn. Chết sớm do chấn thương ngực bao gồm tắc đường thở, chèn ép tim cấp và trào ngược vào khí quản. Phần lớn bệnh nhân chấn thương ngực có thể điều trị bằng các thủ thuật đơn giản, không cần mổ.

* Khó thở

Do các nguyên nhân sau:

Gãy xương sườn, mảnh sườn di động

Tràn khí màng phổi

Tràn khí màng phổi dưới áp lực

Tràn máu màng phổi

Dập phổi

Vết thương ngực hở

Trào ngược

* Choáng mất máu

Có thể do:

Tràn máu màng phổi

Tràn máu trung thất.

* Gãy xương sườn

Gãy xương xảy ra ngay nơi đụng chạm và làm thương tổn phổi phía dưới (rách hay bầm dập). Ở người già chỉ chấn thương nhẹ cũng có thể gãy xương sườn. Thông thường chỗ gãy xương tạm ổn định sau 10 - 14 ngày và có can xương sau 4 tuần.

* Mảng sườn di động.

Mảng sườn di động ngược chiều với thành ngực còn lại khi thở .

Dễ gây suy hô hấp nặng. Điều trị bằng cho thở áp lực dương và giảm đau.

* Tràn khí dưới áp lực

Xảy ra khi khí có thể tràn vào khoang màng phổi mà không thoát đi đâu được qua mỗi lần thở, hậu quả là áp lực trong khoang màng phổi tăng dần, đẩy trung thất, sang bên đối diện. nạn nhân thở nông và thiếu oxy.

Phải chọc ngay 1 kim to vào khoang màng phổi qua thành ngực trước khi định dẫn lưu màng phổi.

Khí quản có thể bị đẩy lệch khỏi đường giữa (giai đoạn muộn). Chọc kim chỉ là giảm áp tạm thời, dẫn lưu màng phổi mới điều trị triệt để phải làm càng sớm càng tốt

Thương tổn bên trong không thể phán đoán qua thương tổn ngoài da

* Tràn máu màng phổi

Tràn máu màng phổi gặp trong vết thương ngực nhiều hơn trong chấn thương kín. Nếu tràn máu nhiều sẽ xảy ra choáng mất máu cũng như khó thở do phổi bị chèn ép.

Điều trị tốt nhất là dẫn lưu màng phổi bằng 1 ống to.

Tràn máu 500 - 1500ml sau khi dẫn lưu không thấy máu chảy nữa có thể chỉ điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu kín.

Tràn máu 1500 - 2000ml sau khi dẫn lưu còn chảy tiếp khoảng 200 - 300ml mỗi giờ có thể phải mở ngực.

* Dập phổi

Dập phổi thường thấy sau chấn thương ngực. Nó có thể đe dọa tính mạng nạn nhân. Những dấu hiệu ban đầu thể hiện chậm nhưng tiến triển 24 giờ sau chấn thương (tai nạn giao thông có tốc độ nhanh hoặc ngã cao)

Những dấu hiệu gồm:

Khó thở (hơi thở ngắn)

Thiếu oxy

Nhịp tim nhanh

Tiếng rên hoặc mất tiếng thở

Gãy xương sườn

Tím

* Vết thương ngực hở

Trong vết thương ngực đang hở, khoang màng phổi thông với không khí bên ngoài, phổi co rúm lại và trung thất lệch sang bên đối diện. Cần phải xử trí ngay.

Băng kín lại vết thương cho đến khi chuyển tới bệnh viện. Đối với những trường hợp nặng, dẫn lưu màng phổi, đặt nội khí quản và thở dưới áp lực dương.

Những thương tổn khác:

Những thương tổn dưới đây cũng có thể do chấn thương nhưng có tỷ lệ tử vong cao ngay cả ở những trung tâm lớn hơn.

Nêu ra đây nhằm mục đích học tập.

* Dập cơ tim

Dập cơ tim trong chấn thương kín thường kèm theo gãy xương ức hay xương sườn. Chẩn đoán khi thấy bất thường trên diện tim và một số men tim tăng cao (nếu thử được). Dập cơ tim giống như nhồi máu cơ tim, nạn nhân cần được theo dõi bằng monitor. Đây là loại thương tổn gặp nhiều hơn người ta tưởng và là nguyên nhân gây đột tử sau tai nạn.

* Chèn ép tim cấp

Vết thương tim (như do dao đâm) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các thành thị. Trong chấn thương kín ít gặp chèn ép tim.

Cần phải chọc hút màng tim sớm

- Dấu hiệu thể hiện bằng

Choáng

Tĩnh mạch cổ nổi

Đầu chi lạnh và không có tràn khí màng phổi

Tiếng tim mờ.

Xử trí bằng chọc hút màng tuy nhiên chỉ nên thực hiện bởi những người có kinh nghiệm vì dễ xảy ra rủi ro.

* Thương tổn các mạch máu lớn trong ngực.

Thương tổn tĩnh mạch hay động mạch phổi thường là gây tử vong, là 1 trong những nguyên nhân chính dẫn đến chết ngay tại chỗ.

* Vỡ khí quản hay phế quản lớn.

Là 1 thương tổn nặng với khoảng 50% tử vong. Phần lớn (80%) vỡ phế quản ở chỗ cách chạc khoảng ở 2,5cm (carina). Những dấu hiệu thông thường là:

Ho ra máu

Khó thở

Tràn khí dưới da và trung thất

Đôi khi có tím

*** Chấn thương thực quản**

Hiếm gặp trong chấn thương kín ngực. Thủng thực quản là do vết thương. Nếu như không chẩn đoán được thường dẫn đến tử vong vì viêm trung thất. Bệnh nhân thường kêu đau chói ở ngực và thương vị lan ra sau lưng. Khó thở, tím, choáng, nhưng đôi khi những dấu hiệu này xuất hiện muộn.

*** Chấn thương cơ hoành**

Chấn thương cơ hoành gặp trong chấn thương ngực kín do tai nạn xe cộ. Thường không chẩn đoán được. Cần phải nghi ngờ có thương tổn cơ hoành trong bất cứ 1 vết thương xuyên ngực nào ở các vị trí sau:

Dưới khoang liên sườn 4 phía trước

Khoang liên sườn 6 phía bên

Khoang liên sườn 8 phía sau

Thường là ngực trái.

*** Võ động mạch chủ ngực**

Võ động mạch chủ ngực xảy ra do giảm tốc độ đột ngột như trong tai nạn xe cộ hoặc ngã cao.

Tỷ lệ tử vong cao vì lưu lượng tim là 5 lít/phút và tổng thể tích máu cơ thể người lớn là 5 lít.

Cảnh giác với chèn ép tim cấp trong vết thương ngực

9. CHẤN THƯƠNG BỤNG

Trong đa chấn thương, bụng thường bị thương tổn. Gan là tạng hay bị nhất khi có vết thương bụng còn chấn thương bụng kín thì lách dễ bị dập vỡ.

Bất kể nạn nhân nào có thương tổn nghiêm trọng đều phải nghi đến có chấn thương bụng trừ khi đã có bằng chứng xác đáng là âm tính. Một chấn thương bụng bỏ quên là nguyên nhân thường thấy của tử vong do chấn thương.

Có 2 loại chấn thương bụng:

1. Vết thương bụng do đạn bắn hay do đâm

2. Chấn thương bụng kín do ép, chèn qua, gây đai an toàn, giảm tốc đột ngột.

Khoảng 20% những nạn nhân chấn thương có chảy máu trong bụng trong lần khám đầu không thấy có dấu hiệu gì về phúc mạc bị kích thích, do đó phải khám nhiều lần.

Chấn thương bụng kín rất khó đánh giá đặc biệt ở những người hôn mê, đôi khi cần phải rửa ổ bụng để xác định. Mở bụng thăm dò là biện pháp tốt nhất để xác định nếu như cần phải loại bỏ nghi ngờ này.

Thăm khám toàn diện bao gồm cả thăm trực tràng để đánh giá:

Trương lực cơ tròn

Thành trực tràng có thương tổn không

Có máu trong trực tràng không

Vị trí của tuyến tiền liệt

Cần nhớ xem có máu ở miệng sáo khi khám không

Phụ nữ tuổi sinh đẻ cần phải nghĩ đến mang thai trừ khi đã loại trừ. Một sản phụ mang thai đến kỳ sinh đẻ bị choáng cần phải hồi sức tốt, đứa trẻ có thể cứu được chính là nhờ hồi sức người mẹ.

* Chọc rửa ổ bụng

Chọc rửa ổ bụng giúp xác định có máu hay dịch tiêu hoá trong ổ bụng. Nếu dương tính thì rất tốt nhưng nếu âm tính thì không thể loại trừ. Trong trường hợp nghi ngờ, vẫn cần phải mổ bụng thăm dò.

Chỉ định chọc rửa ổ bụng như sau:

Đau bụng không giải thích được

Chấn thương phần dưới ngực.

Huyết áp hạ (tối đa dưới 90 mmHg), Hematorit giảm mà không có nguyên nhân rõ ràng.

Bất cứ nạn nhân nào có chấn thương bụng nhưng kèm rối loạn tri giác (rượu, thuốc, chấn thương sọ não)

Nạn nhân chấn thương bụng và chấn thương tuỷ sống.

Vỡ xương chậu

– Chống chỉ định tương đối của chọc rửa ổ bụng

Có mang

Có sẹo mổ bụng

Người làm không có kinh nghiệm

Nếu kết quả chọc rửa không làm thay đổi thái độ xử trí

* Những chảy máu khác trong chấn thương bụng

Vỡ xương chậu thường gây chảy máu nhiều và làm thương tổn về tiết niệu

Khám trực tràng để xác định vị trí của tuyến tiền liệt và để xem có máu trong trực tràng và có rách tầng sinh môn.

Chụp X quang khung chậu nếu khám lâm sàng khó khăn. Xử trí vỡ xương chậu

Hồi sức (ABC: đường thở, hô hấp, tuần hoàn)

Truyền máu

Cố định và xác định có mổ không

Giảm đau

Vỡ xương chậu thường gây mất máu nhiều. Dị vật nằm sâu trong bụng dễ yên cho đến khi mổ bụng.

10. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Chậm trễ trong đánh giá những nạn nhân chấn thương sọ não dẫn hậu quả nghiêm trọng về tỷ lệ tử vong và kết quả điều trị. Thiếu oxy và tụt huyết áp sẽ nhân đôi tử vong những nạn nhân này.

Ở tuyến huyện thì khó xử trí những tình huống sau, nhưng cần làm những việc có thể làm được tùy theo khả năng và phương tiện, cần chọn lọc nạn nhân kỹ càng.

- * Máu tụ ngoài màng cứng.

Những dấu hiệu kinh điển là:

Mất tri giác sau 1 khoảng tỉnh, suy giảm nhanh.

Động mạch não giữa chảy lâm cho áp lực trong sọ tăng nhanh.

Liệt nửa người bên đối diện với chấn thương sọ não kèm dân đồng tử cùng bên, tiến triển nhanh.

- * Máu tụ dưới màng cứng.

Máu tụ dưới màng cứng (kèm với tổn thương mô não ngay phía dưới) do đứt tĩnh mạch nối giữa vỏ não và màng cứng.

Xử trí là cần mổ và làm sao khoan sọ để giảm áp. Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và khám.

Những tình huống sau cần điều trị bảo tồn nội khoa vì phẫu thuật thường không cải thiện kết quả.

- * Vỡ nền sọ

Mắt đeo kính dâm (tụ máu hố mắt) có thể lan đến xương chẩm, chảy nước não tuỷ qua tai và/hoặc mũi.

- * Chấn động não

Chấn động não có rối loạn tri giác tạm thời.

- * Lún xương sọ

Xương sọ lún có thể thấu xuống màng não và não

- * Máu tụ trong não.

Máu tụ trong não có thể do chấn thương cấp tính hay thứ phát sau dập não

Thay đổi tri giác là dấu hiệu xác nhận của thương tổn não

- * Những sai lầm thường thấy

Những sai lầm thường gặp trong chẩn đoán và hồi sức:

Không thực hiện đầy đủ hồi sức ABC

Không khám thêm ngoài chấn thương sọ não

Không đánh giá đầy đủ về thần kinh

Không đánh giá lại những nạn nhân tiếp tục suy giảm

* Xử trí

Ổn định ABC trong hồi sức và cố định cột sống cổ. Ghi chép và theo dõi thường xuyên những dấu hiệu sinh tồn và tình trạng thần kinh - Dựa vào bảng Glasgow để đánh giá

Bảng điểm Glasgow

Chức năng	Đáp ứng	Điểm
Mắt (4)	Mở tự nhiên	4
	Mở khi gọi	3
	Mở khi cấu	2
	Không mở	1
Trả lời (5)	Bình thường	5
	Lẫn lộn	4
	Không phù hợp	3
	Kêu rên	2
Vận động (6)	Không trả lời	1
	Theo lệnh	6
	Gật đúng chỗ	5
	Gập cứng khi đau	4
	Gập cứng không đúng khi đau	3
	Duỗi cứng khi đau	2
	Không đáp ứng	1

Cần nhớ:

Chấn thương sọ não nặng: Glasgow 8 điểm hay ít hơn.

Chấn thương sọ não trung bình Glasgow 9 - 12 điểm

Chấn thương sọ não nhẹ Glasgow 13 - 15 điểm

Suy giảm tri giác có thể do chảy máu:

Đồng tử không đều hay giãn có thể là do tăng áp lực trong sọ.

- Chấn thương sọ não không bao giờ gây hạ huyết áp ở nạn nhân người lớn.
- Thuốc an thần cần phải tránh dùng vì không chỉ ảnh hưởng đến tình trạng tri giác mà còn dễ gây ứ trệ CO₂ (thở chậm)
- Đáp ứng Cushing là 1 đáp ứng đặc hiệu cho tăng áp nội sọ nghiêm trọng, đây là dấu hiệu muộn và tiên lượng tồi. Những dấu hiệu như sau:

Nhịp tim chậm

Huyết áp cao

Nhịp thở giảm

* Điều trị nội khoa cơ bản

Điều trị nội khoa cơ bản đối với chấn thương sọ não nghiêm trọng bao gồm:

Đặt nội khí quản và tăng thông khí trung bình gây giảm bão hoà CO_2 (PCO_2 4,5 - 5 Kpa). Điều này sẽ:

làm giảm tạm thời thể tích máu trong sọ và áp lực trong sọ

thiếu oxy và giảm thông khí sẽ giết chết nạn nhân

An thần

Truyền TM trung bình với thuốc lợi tiểu, dừng truyền thừa

Để đầu cao

Để phòng sốt.

Không bao giờ vận chuyển nạn nhân nghi có chấn thương tuỷ cổ trong tư thế ngồi hay nằm ngửa, bao giờ cũng phải chắc chắn là đã cố định tốt trước khi chuyển.

Đừng bao giờ cho rằng rượu là nguyên nhân gây lơ mơ ở bệnh nhân lẩn lộn

11. CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG

Trong đa chấn thương tỷ lệ thương tổn thần kinh thường cao. Thương tổn cột sống cổ và ngực - thắt lưng D12 - L1 hay gặp. Những thương tổn khác là đám rối thần kinh cánh tay và chân, ngón tay.

Ưu tiên đầu tiên và khám sơ bộ để đánh giá theo ABCDE

A: (Airway) duy trì đường thở và kiểm tra khả năng tổn thương cột sống cổ

B: (Breathing): kiểm tra và hỗ trợ hô hấp

C: (Circulation): kiểm tra tuần hoàn và theo dõi huyết áp.

D: (Disability): khám xét thương tổn thần kinh và tình trạng tri giác

E: (Exposure): bộc lộ bệnh nhân để đánh giá thương tổn ngoài da và các chi

Khi khám những nạn nhân thương tổn cột sống phải để nạn nhân ở tư thế trung bình (không uốn, không co, không xoay) và không vận động cột sống. Nạn nhân cần:

Khi vận động cần có nhiều người cùng làm để giữ cho cổ và tuỷ sống được cố định.

Bất động đúng: người thẳng, dai cổ cứng hay túi cắt

Vận chuyển trong tư thế trung bình, nằm sấp.

Với chấn thương cột sống (có thể thương tổn tuỷ) cần tìm:

Đau tại chỗ

Biến dạng ở cột sống (điểm gồ lên ở cột sống)

Xung nề

Những dấu hiệu lâm sàng của chấn thương cột sống

Khó thở (thở bằng cơ hoành, tìm dấu hiệu hô hấp đảo ngược)

Liệt mềm, không còn phản xạ (khám cơ tròn hậu môn)

Huyết áp hạ kèm tim đập chậm (không có giảm khối lượng tuần hoàn)

*** Cột sống cổ**

Ngoài phim chụp ban đầu, tất cả nạn nhân khi nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ phải chụp phim cổ thẳng và nghiêng có nhìn thấy khớp đốt đội và đốt trục. Tất cả 7 đốt sống cổ phải nhìn thấy trên phim thẳng, nghiêng.

12. ĐỊNH MỨC THẦN KINH

Định mức thương tổn thần kinh là việc cần làm, nếu nạn nhân tỉnh, đặt câu hỏi để biết cảm giác, và cử động chân tay để biết chức năng vận động

*** Đáp ứng vận động**

Mức toàn vẹn cơ hoành	C3 C4 C5
Nhún vai	Thần kinh phụ, XI
Dang vai	C5
Gấp cẳng tay (cơ nhị đầu)	C6
Duỗi cẳng tay	C7
Gấp cổ tay	C7
Dạng các ngón tay	C8 - D1
Phồng lồng ngực chủ động	D1 - D12
Gấp háng	L2
Duỗi gối	L3- L4
Gấp cổ chân	L5 - S1
Duỗi cổ chân	S1 - S2

*** Đáp ứng cảm giác**

Mặt trước giữa đùi	L2
--------------------	----

Trước đầu gối	L3
Trước bàn cổ chân	L4
Lưng ngón chân 1 và 2	L5
Bên ngoài bàn chân	S1
Mặt sau cẳng chân	S2
Tầng sinh mông	S2 - S5

Thương tổn tuy có mất cả vận động lẫn cảm giác thì khả năng hồi phục rất ít.

Mất chức năng tự động (cơ tròn) trong thương tổn tuy thì xảy ra nhanh mà hồi phục chậm.

13. CHẤN THƯƠNG CHI

Cần khám:

Màu sắc và nhiệt độ da

Mạch ngoại biên

Những chỗ xây xát và chảy máu

Biến dạng chi

Cử động chủ động và thụ động

Cử động bất thường và lạo xạo xương

Mức độ đau gây ra do chấn thương

* Xử trí thương tổn ở chi

Nhằm mục đích

Làm cho máu lưu thông đến đầu chi

Để phòng nhiễm trùng và hoại tử da.

Để phòng thương tổn thần kinh ngoại vi

* Những vấn đề đặc biệt liên quan đến chấn thương chi

1. Cầm máu bằng ép trực tiếp hơn là dùng ga rô. Ga rô có thể bỏ quên và dẫn đến hoại tử.

2. Hội chứng khoang là do tăng áp lực bên trong của các vùng có cân bao bọc, làm cho mạch máu và thần kinh trong vùng bị chèn ép, tuần hoàn các mô bị hạn chế, kết quả là thiếu máu và hoại tử.

3. Phần cơ thể bị đứt rời cần phải bọc trong vải ẩm vô trùng rồi để trong túi nhựa (vô trùng). Phần đứt rời này nếu không được làm lạnh thì có thể còn dùng được sau 6 giờ, nhưng nếu được làm lạnh thì có thể dùng từ 18 đến 20 giờ.

Thông đại rất quan trọng nhưng phải cẩn thận khi có chấn thương vùng chậu.

* Chống đỡ cho chi: mở cân sớm

Thường hội chứng chèn ép khoang không được chú ý đúng mức hội chứng khoang với tăng áp lực trong cơ và tuần hoàn tại chỗ suy giảm là rất hay gặp trong chấn thương chi với tụ máu cơ, chi bị dập, gãy xương. Nếu áp lực tưới máu (áp lực tâm thu) thấp, thậm chí chỉ tăng nhẹ áp lực trong cơ cũng gây giảm tưới máu tại chỗ. Với thân nhiệt bình thường tuần hoàn ngoại vi ở chi bắt đầu suy khi áp lực tâm thu khoảng 80mmHg

* Tái tưới máu

Thương tổn gây ra do tái tưới máu thường nghiêm trọng. Nếu thiếu máu tại chỗ (do tăng áp lực trong cơ, huyết áp thấp) kéo dài hơn 2 giờ, tái tưới máu có thể gây thương tổn mạch máu lan rộng vì thế phải làm giảm áp lực trong khoang sớm.

Đặc biệt đối với cẳng tay và cẳng chân.

14. NHỮNG TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG ĐẶC BIỆT

1. Trẻ em

Chấn thương là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ con nhất là trẻ con trai. Tỷ lệ sống sót sau chấn thương nặng phụ thuộc vào sản sóc trước khi đến bệnh viện và hồi sức sớm.

Đánh giá ban đầu ở trẻ con cũng giống như ở người lớn (ABCDE).

Thể tích máu bình thường tỷ lệ theo tuổi: 8ml/kg ở trẻ con và 85 - 90ml/kg ở trẻ sơ sinh. Dùng bảng chiều cao/cân nặng là phương pháp dễ nhất để tìm cân nặng gần đúng của trẻ bệnh nặng

Tuổi	Nhịp tim/phút	Huyết áp tối đa	Nhịp thở/phút	Thể tích máu ml/kg
< 1t	120 - 160	70 - 90	30 - 40	85 - 90
1 - 5t	100 - 120	80 - 90	25 - 30	80
6 - 12t	80 - 100	90 - 110	20 - 25	80
< 12t	60 - 100	100 - 120	15 - 20	70

Tìm đường tĩnh mạch truyền thường khó ở những trẻ thiếu khối lượng tuần hoàn. Thông thường dùng tĩnh mạch hiển lớn ở cổ chân, tĩnh mạch cổ ngoài và tĩnh mạch đùi.

Tiêm vào tuỷ xương là đường truyền dễ thực hiện nhất ở những trẻ bị choáng mà không tìm được tĩnh mạch. Nơi chọc kim trong xương là ở phía trước mắt chày, dưới lồi củ khoảng 2 - 3cm như vậy tránh được biến phát triển đầu xương.

Sau khi đã chọc vào tuỷ, cần truyền dưới áp lực hoặc dùng bơm tiêm để đạt tốc độ nhanh. Nếu không có kim tiêm trong xương, có thể dùng kim chọc tuỷ sống hay ngoài màng cứng.

Đường truyền vào tuỷ xương có thể thực hiện ở bất cứ tuổi nào, nhưng hiệu quả nhất là ở trẻ dưới 6 tuổi.

* Thiếu khối lượng tuần hoàn

Nhận biết được thiếu khối lượng tuần hoàn ở trẻ con khó hơn ở người lớn. Những dự trữ sinh lý tăng lên làm cho những dấu hiệu sinh tồn chỉ thay đổi ít, ngay cả khi thiếu tới 25% khối lượng máu (xếp loại 1 và 2).

Nhịp tim nhanh thường là đáp ứng sớm nhất của thiếu khối lượng tuần hoàn, nhưng nó cũng do sợ hãi và đau đớn.

Phân loại thiếu khối lượng tuần hoàn ở trẻ con

	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Lượng máu mất	< 15%	15-25%	25-40%	>40%
Nhịp tim	Tăng	> 150	> 150	Tăng hay chậm
Độ nảy của mạch	Bình thường	Giảm	Rất giảm	Mất
Huyết áp tối đa	Bình thường	Giảm	Rất giảm	Không đo được
Làm đầy mao mạch	Bình thường	Dài	Rất dài	Không có
Nhịp thở	Bình thường	Tăng	Tăng	Chậm
Tri giác	Bình thường	Đầy gù	Lịm đi	Hôn mê
Lưu lượng nước tiểu	< 1ml/kg/giờ	< 1ml/kg/giờ	< 1ml/kg/giờ	< 1ml/kg/giờ

Vì những dấu hiệu của thiếu khối lượng tuần hoàn chỉ thể hiện khi mất tới 25% nên nhu cầu dịch ban đầu ở trẻ phải đạt tới lượng này. Do đó 20ml/kg dịch truyền được tiêm cho trẻ khi thấy những dấu hiệu độ 2 của thiếu khối lượng tuần hoàn, tuỳ theo đáp ứng mà có thể tiêm thêm tới 3 lần (60ml/kg)

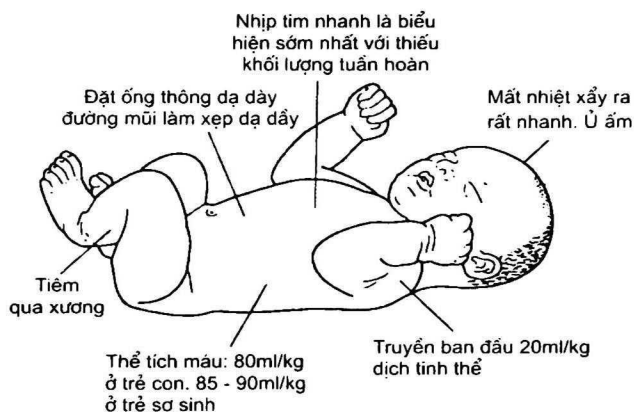
Những trẻ không có đáp ứng hay chỉ đáp ứng tạm thời với lượng truyền ban đầu cần phải truyền dịch thêm hoặc truyền máu 20ml/kg máu toàn bộ hoặc 10ml/kg hồng cầu khối được truyền ngay trong hoàn cảnh trên.

Vì diện tích da lớn so với cân nặng nên trẻ con mất nhiệt nhanh khi đưa trẻ bị tụt thân nhiệt sẽ kháng lại với việc điều trị. Vì thế duy trì thân nhiệt là vấn đề sống còn.

Dẫn dạ dày cấp thường gặp ở trẻ nhỏ chấn thương nghiêm trọng. Hút xẹp dạ dày qua ống thông là việc chính trong xử trí.

Sau hồi sức bằng truyền dịch ban đầu (khi không có chấn thương sọ não) dừng bỏ thuốc giảm đau. Liều truyền là: 50 microgram/kg tĩnh mạch morphin sau đó cứ cách 10 phút lại tiêm 10 - 20 microgram/kg cho đến khi đạt kết quả.

Nguyên tắc xử trí trẻ con bị chấn thương cùng giống như ở người lớn



Hình 6

* Hồi sức đặc biệt và đặt nội khí quản ở người trẻ

Đầu to hơn, đường mũi và lưỡi lớn hơn.

Trẻ nhỏ thở bằng mũi.

Góc hàm lớn hơn, thanh quản cao hơn và tiểu thiệt lớn hơn

Sụn nhẫn là chỗ hẹp nhất của thanh quản, làm hạn chế kích thước của ống nội khí quản, ở người lớn sụn nhẫn đã phát triển nên chỗ hẹp nhất là khe giữa 2 dây thanh âm

Khí quản ở trẻ sơ sinh đủ tháng dài khoảng 4cm, ống có đường kính 2,5 - 3 mm (người lớn khí quản dài 12cm).

Chướng bụng thường xảy ra sau khi hồi sức nên cần phải đặt ống thông dạ dày để làm xẹp

Nếu phải đặt nội khí quản, cần tránh dùng loại ống có bóng chèn ở trẻ con dưới 10 tuổi để tránh loét và phù nề thành quản. Đặt nội khí quản đường mồm ở trẻ con dễ hơn đường mũi.

* Choáng ở trẻ con

Động mạch đùi ở bẹn và động mạch cánh tay ở khuỷu là 2 nơi bắt mạch tốt nhất ở trẻ con. Nếu không thấy mạch cần phải hồi sức tuần hoàn ngay.

Những dấu hiệu choáng ở trẻ con:

Mạch nhanh

Mạch ngoại biên yếu hoặc không bắt được

Đầy mao mạch lâu hơn 2 giây

Thở nhanh

Dây dụa

Lơ mơ

Đái ít

Huyết áp hạ là dấu hiệu muộn ngay cả khi choáng nặng

Cần phải có đường truyền tốt. Đặt 2 đường truyền to, trước tiên dùng đường tĩnh mạch ngoại biên, tránh đường tĩnh mạch trung tâm. Tĩnh mạch hiển lớn ở mắt cá và tĩnh mạch đùi ở bẹn là đường truyền tốt nhất.

Hạ nhiệt độ là vấn đề lớn ở trẻ con. Vì tỷ lệ diện tích da với cân nặng lớn, nên trẻ mất nhiều nhiệt qua da đầu. Tất cả các dịch truyền phải làm ấm.

Khi khám cần cởi quần áo nhưng phải mặc lại ngay.

Trẻ con cần phải giữ ấm và gần với bố mẹ càng nhiều càng tốt.

Chỉ số hô hấp và cỡ ống nội khí quản

Tuổi	Cân (kg)	Nhịp thở/phút	Cỡ ống MKQ	MKQ ở môi (cm)	NKQ ở mũi (cm)
Sơ sinh	1-3	40-50	3	5,5-8,5	7-10,5
Sơ sinh	3,5	40-50	3,5	9	11
3 tháng	6,0	30-50	3,5	10	12
1 năm	10	20-30	4	11	14
2 năm	12	20-30	4,5	12	15
3 năm	14	20 - 30	4,5	13	16
4 năm	16	15-25	5	14	17
6 năm	20	15- 25	5,5	15	19
8 năm	24	10 - 20	6	16	20
10 năm	30	10-20	6,5	17	21
12 năm	38	10-20	7	18	22

2. Phụ nữ có mang

Xử trí phụ nữ có mang cũng giống như phụ nữ không có mang (ABCDE)

Do những thay đổi về giải phẫu và sinh lý ở người mang thai nên rất quan trọng khi đánh giá

* Thay đổi về giải phẫu

Tử cung ngày một to lên nên rất dễ bị thương tổn cả trong chấn thương lẫn vết thương. Khi thai 12 tuần, đáy tử cung ở ngang xương mu. Thai 20 tuần, ngang với rốn, thai 36 tuần ngang với mũi ức.

Thai lúc đầu được bảo vệ bởi thành tử cung dày và có khối lượng ối nhiều.

* Thay đổi về sinh lý

Thể tích không khí lưu thông tăng và có kiểm hô hấp

Nhịp tim nhanh

Lưu lượng tim tăng 30%

Huyết áp thường giảm đi 15mmHg

Khối tử cung chèn ép vào động mạch chủ và tĩnh mạch chủ trong 3 tháng cuối gây hạ huyết áp

* Những vấn đề đặc biệt đối với phụ nữ có mang bị chấn thương

Chấn thương kín có thể dẫn đến

Kích thích tử cung và đẻ non

Vỡ 1 phần hay hoàn toàn tử cung

Bong 1 phần hay hoàn toàn rau thai (cho tới 48 giờ sau khi chấn thương)

Phải chú ý tới mất máu nặng khi vỡ xương chậu

* Những ưu tiên

Đánh giá sản phụ theo ABCDE

Đặt tư thế sản phụ nằm nghiêng sang trái để hồi sức nhằm tránh chèn ép vào động mạch tĩnh mạch chủ.

Dùng mỏ vịt thăm khám âm đạo để phát hiện chảy máu và mở cổ tử cung.

Đánh dấu đáy tử cung, độ cứng và nhịp tim thai để theo dõi.

Hồi sức bà mẹ có thể cứu thai nhi. Đôi khi tính mạng của sản phụ bị đe dọa a thì có thể hi sinh thai nhi để cứu sản phụ.

Chèn ép động mạch và tĩnh mạch chủ trong khi hồi sức do khối tử cung. Cần luôn luôn nhớ và tránh bằng nằm nghiêng sang trái

3. Bỏng

Những bệnh nhân bỏng có cùng 1 ưu tiên như những nạn nhân chấn thương khác (đánh giá ABCDE)

Tác nhân gây bỏng rất quan trọng: lửa, nước nóng, paraffin dầu lửa. Bỏng diện thường nghiêm trọng hơn là thể hiện bên ngoài. Cần nhớ thương tổn da và cơ có thể gây suy thận cấp.

Những điểm chăm sóc chính:

Chặn nguồn gây bỏng

ABCDE

Xác định tỷ lệ diện tích bỏng (luật số 9)

Đường truyền tĩnh mạch tốt và bù dịch sớm

Độ nặng của bỏng chi phối bởi

Diện tích bỏng

Độ sâu bỏng

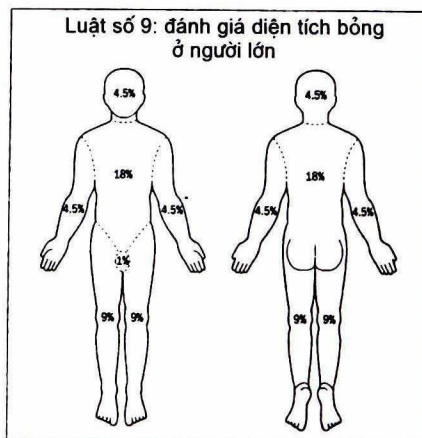
Những nguyên nhân khác

* Diện tích bỏng

Tỷ lệ biến chứng và tử vong tăng theo diện tích bỏng, nó cũng tăng theo tuổi, do đó diện tích bỏng hẹp nhưng vẫn có thể gây tử vong ở người già.

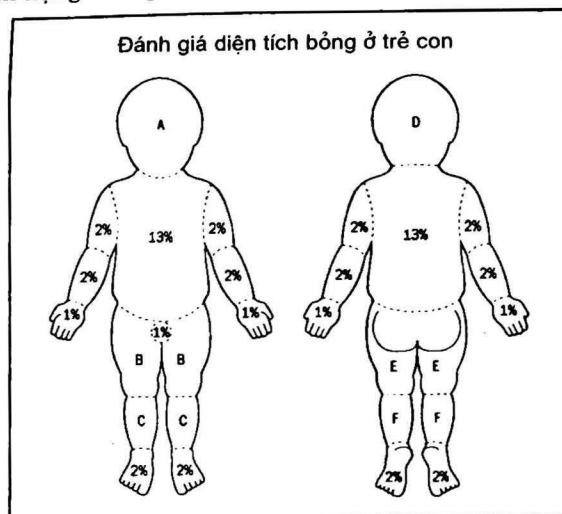
Bỏng lớn hơn 15% ở người lớn. 10% ở trẻ con và bất cứ diện tích bỏng nào ở trẻ nhỏ hay người già đều phải coi là nặng.

Ở người lớn: thường áp dụng luật số 9 để đánh giá diện tích bỏng (H.7) Hình vẽ của lòng bàn tay và các ngón tay chiếm khoảng 1% diện tích cơ thể; nếu diện tích bỏng nhỏ, dùng bàn tay để đo.



Hình 7

Ở trẻ con: luật số 9 không áp dụng ở trẻ con được vì đầu đứa trẻ to và tỷ lệ diện tích trên cân nặng không như người lớn (H.8)



Hình 8

Vùng	Tuổi (năm)			
	0	1	5	10
Đầu (A/D)	10%	9%	7%	6%
Đùi (B/E)	3%	3%	4%	5%
Chân (C/F)	2%	3%	3%	3%

Biểu hiện lâm sàng của bỏng đường hô hấp không thể hiện trong 24 giờ đầu

* Độ sâu của bỏng

Đánh giá độ sâu của bỏng rất quan trọng để xác định mức độ nghiêm trọng và để định chương trình chăm sóc vết bỏng. Bỏng có thể chia làm 3 mức độ.

Độ sâu của bỏng	Đặc điểm	Nguyên nhân
Độ I	Không có nốt phỏng Đau Đỏ da	Nắng
Độ II (1 phần chiều dày của da)	Đỏ hay những đốm đỏ Bong thoát qua	Tiếp xúc với nước nóng
Độ III (toàn bộ chiều dày da)	Bong ánh sáng - xăm màu và như da thuộc khô	Ánh sáng - Lửa - Điện - Tiếp xúc lâu với nước nóng hay vật nóng

Thường thấy cả 3 độ bỏng trên 1 bệnh nhân bỏng và độ xấu thay đổi theo thời gian đặc biệt khi có nhiễm trùng. Tất cả loại bỏng xấu đều là nghiêm trọng.

* Những vấn đề khác

Ngoài diện tích và độ xấu của bỏng, vị trí bỏng cũng quyết định độ nghiêm trọng. Bỏng mặt, cổ, bàn tay, chân, tầng sinh môn và bỏng vòng tròn (quanh chi hay cổ) đều xếp loại nặng.

Những loại bỏng nặng cần nằm viện:

Lớn hơn 15% diện tích ở người lớn

Lớn hơn 10% diện tích ở trẻ con

Bất cứ bỏng như thế nào ở trẻ rất nhỏ, người già và tàn tật

Tất cả các loại bỏng xấu

Bỏng vùng đặc biệt: mặt, tay, chân, tầng sinh môn

Bỏng vùng tròn

Bỏng đường thở

Bỏng phối hợp với chấn thương hoặc bệnh khác (đái đường)

Cần nhớ: những nạn nhân có chấn thương vùng mặt và cổ có nguy cơ tắc đường thở.

* Những vấn đề đặc biệt đối với bệnh nhân bỏng.

Những nguyên tắc sau đây có thể sử dụng làm hướng dẫn để phát hiện và xử trí thương tổn hô hấp ở những người bị bỏng:

Bỏng quanh mồm

Bỏng mặt hoặc cháy xém lông mặt hay mũi

Khàn giọng hoặc ho khè khè

Biểu hiện của phù thanh quản

Bỏng ngực và cổ vòng quanh, bỏng xấu

Cần đặt nội khí quản qua mồm hay qua mũi nếu tình trạng khàn giọng, khó nuốt, tăng nhịp thở ngày càng nặng (bệnh sử có thương tổn đường thở)

Bệnh nhân bỏng cần ít nhất 2-4 ml dịch truyền cho mỗi kg cân nặng với 1% diện tích bỏng trong 24 giờ, bắt đầu từ lúc bị bỏng, duy trì thể tích tuần hoàn đầy đủ và lưu lượng nước tiểu đủ. Lượng dịch định truyền sẽ chia ra như sau:

Một nửa của toàn bộ lượng dịch truyền trong 8 giờ đầu sau khi bị bỏng.

Phần còn lại tiêm trong 24 giờ sau nhằm duy trì lượng nước tiểu 0,5 - 1ml/kg/giờ.

Đánh giá mức độ bồng rất khó khăn. Công thức trên chỉ là điều hướng dẫn sơ bộ, cần phải đánh giá lại tình trạng tuần hoàn của bệnh nhân đều đặn.

Nếu có thể, cần thực hiện:

Giảm đau

Thông đài nếu bồng trên 20% diện tích

Ống thông dạ dày

Phòng uốn ván

15. VẬN CHUYỂN CÁC NẠN NHÂN RẤT NẶNG

Vận chuyển nạn nhân là 1 rủi ro. Nó đòi hỏi thông tin tốt, có kế hoạch và đội ngũ đi kèm đủ khả năng. Tất cả những người cần vận chuyển đều phải được bất động trước - Một nguyên tắc chung là nạn nhân chỉ được chuyển đi khi đến nơi mới có đủ điều kiện tốt hơn để điều trị.

Chuẩn bị trước khi vận chuyển:

Phương tiện vận chuyển: xe, thuyền....

Người đi kèm

Phương tiện và trang bị mang theo trên đường để có thể cấp cứu

Những biến chứng có thể xảy ra

Theo dõi và hồ sơ của nạn nhân

Mối liên hệ hiệu quả gồm:

Nơi nhận

Dịch vụ vận chuyển

Người đi kèm

Bệnh nhân và người thân

Bất động tốt, đòi hỏi

Hồi sức ban đầu nhanh chóng

Kiểm tra được chảy máu và duy trì được tuần hoàn

Bất động các ổ gãy xương

Giảm đau

Cần nhớ: nếu nạn nhân nặng lên cần:

Đánh giá lại nạn nhân (sử dụng ABCDE)

Kiểm tra và điều trị những tình huống nguy ngập

Đánh giá cẩn thận, tập trung vào vùng nào bị thương

Phải chuẩn bị bất kể điều xấu gì sẽ xảy ra lại vào thời điểm tối tệ nhất.

16. ĐÁP ỨNG VỚI CHẤN THƯƠNG

Từ lâu mỗi khi có bệnh nhân chấn thương đến, cần phải xác định nhiệm vụ và giao cho mỗi thành viên của đội chấn thương.

* Nhiệm vụ đội chấn thương

Đội trưởng (bác sĩ)	Điều dưỡng
Phối hợp ABC	Giúp hồi sức sớm
Lấy bệnh sử từ bệnh nhân và gia đình	Liên hệ với gia đình
Chụp X quang (nếu có thể)	Kiểm tra hồ sơ bao gồm:
Thực hiện xem xét lần 2	Dị ứng
Tiêm phòng uốn ván và kháng sinh	Thuốc
Đánh giá lại bệnh nhân	Tiền sử
Chuẩn bị chuyển bệnh nhân	Lần ăn gần nhất
Hoàn thiện hồ sơ	Nguyên nhân gây tai nạn
	Thông báo cho điều dưỡng nơi đến

Khi bệnh nhân vừa đến, cần quan sát ngay. Chọn lọc bệnh nhân: có nghĩa xử trí ưu tiên bệnh nhân theo:

Như cầu y tế

Nhân viên có sẵn

Phương tiện có sẵn

17. CHƯƠNG TRÌNH HÀNH ĐỘNG CỦA ĐỘI CHẤN THƯƠNG

* Tiêu chuẩn

Những bệnh nhân sau phải đánh giá đầy đủ:

* **Bệnh sử:**

Ngã cao trên 3m

Tai nạn xe cộ: tốc độ trên 20km/giờ

Văng ra từ xe/kẹt trong xe

Có người chết trong tai nạn

Người đi bộ với xe ô tô, xe đạp với xe ô tô

* **Khám**

Đường thở và khó thở

Huyết áp trên 100 mmHg

Glasgow dưới 13

Hơn 1 nơi bị thương

Vết thương xuyên

* **Xử trí thảm họa**

Thảm họa xảy ra và kế hoạch cho thảm họa là phần chủ yếu của bất cứ dịch vụ chấn thương nào. Thảm họa là sự cố vượt ra ngoài khả năng của nguồn lực tại chỗ để đương đầu với hoàn cảnh đó.

Chương trình của 1 thảm họa đơn giản bao gồm:

Thực tập mô hình thảm họa

Biên bản xử trí thảm họa bao gồm:

Xử trí tại hiện trường

Người chủ chốt

Chọn lọc chấn thương

Chỉ định đội y tế của bệnh viện

Thoả thuận trước về ai sẽ tham gia vào thảm họa

Phương tiện vận chuyển: xe ô tô, tàu biển, máy bay...

Cảnh sát/quân đội

Chính quyền quốc gia/quốc tế

Cơ quan hỗ trợ và cứu viện

Ưu tiên vận chuyển

Phương thức vận chuyển đường bộ/đường không/đường biển

Chiến lược giao thông

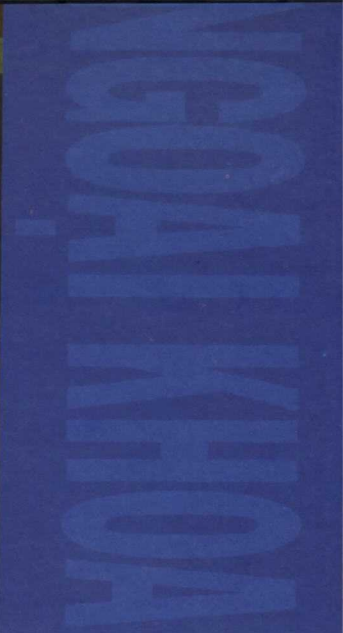
NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**CHĂM SÓC NGOẠI KHOA
TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN**

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Sửa bản in:</i>	NGUYỄN THỊ TỐT
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	BÙI HUỆ CHI

In 1000 cuốn, khổ 19x27 tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Giấy phép xuất bản số: 25 - 2009/CXB/313 - 168/YH
In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2009.



CHĂM SÓC NGỒI KHỎA

TẠI BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN

GS. ĐẶNG HANH ĐỆ



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC