

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU  
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



**GIÁO TRÌNH**  
**MÔN HỌC: BỆNH NGOẠI KHOA**

**Ngành/nghề: Y SĨ**

**Trình độ: TRUNG CẤP**

**Bạc Liêu, năm 2020**

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU  
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



# GIÁO TRÌNH

## MÔN HỌC: BỆNH NGOẠI KHOA

Ngành/nghề: Y SĨ

Trình độ: TRUNG CẤP

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 63C/QĐ-Bạc Liêu, ngày 26 tháng 03 năm 2020  
của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu.*

Bạc Liêu, năm 2020

## **TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN**

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

## LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn *Bệnh ngoại khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Trung cấp Y sĩ của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Y sĩ tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Bệnh ngoại khoa cho học sinh Trung cấp Y sĩ; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Y sĩ tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho học sinh và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực ngành Y nói chung và ngành Y sĩ nói riêng.

Giáo trình *Bệnh ngoại khoa* đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực nội khoa, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho học sinh trình độ Trung cấp.

Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn học sinh để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

*Bạc Liêu, ngày 19 tháng 02 năm 2020*

**Nhóm biên soạn**

**Tham gia biên soạn**

**Chủ biên:**

Trần Văn Tới

**Tổ biên soạn:**

1. Trần Văn Tới
2. Nguyễn Tuấn Văn

## MỤC LỤC

	Trang
<b>I. CHẤN THƯƠNG</b>	
BÀI 1. BÔNG .....	1
BÀI 2. CHOÁNG.....	5
BÀI 3. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM.....	9
BÀI 4. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU .....	12
BÀI 5. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO .....	14
BÀI 6. CHẤN THƯƠNG LÒNG NGỰC .....	18
BÀI 7. CHẤN THƯƠNG BỤNG.....	21
BÀI 8. ĐẠI CƯƠNG VỀ GỠY XƯƠNG .....	27
BÀI 9. GỠY XƯƠNG CÁC LOẠI .....	30
BÀI 10. CHẤN THƯƠNG KHỚP/BONG GÂN .....	34
BÀI 11. TRẬT KHỚP CÁC LOẠI .....	36
BÀI 12. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO.....	43
<b>II. CẤP BỤNG NGOẠI KHOA</b>	
BÀI 13. CẤP CỨU BỤNG NGOẠI KHOA .....	46
BÀI 14. VIÊM PHỨC MẠC.....	49
BÀI 15. VIÊM RUỘT THỪA CẤP .....	52
BÀI 16. THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG.....	55
BÀI 17. TẮC RUỘT .....	58
BÀI 18. LÒNG RUỘT.....	61
BÀI 19. THOÁT VỊ.....	63
<b>III. CHƯƠNG TIÊU HÓA</b>	
BÀI 20. UNG THƯ DẠ DÀY .....	66
BÀI 21. HẸP MÔN VỊ.....	69
BÀI 22. DÒ HẬU MÔN.....	72
BÀI 23. TRĨ .....	74
BÀI 24. ABCÈS GAN .....	77
BÀI 25. UNG THƯ GAN.....	81
BÀI 26. SỎI MẬT .....	84
BÀI 27. SỎI ỐNG MẬT CHỦ .....	87

#### **IV. TIẾT NIỆU - SINH DỤC**

BÀI 28. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN.....	90
BÀI 29. HẸP BAO QUY ĐẦU .....	92
BÀI 30. SỎI TIẾT NIỆU .....	94

#### **V. NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA**

BÀI 31. ĐẠI CƯƠNG VỀ NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA.....	98
BÀI 32. NHỌT NÓNG – NHỌT LẠNH.....	100
BÀI 33. VIÊM ĐA CƠ .....	105
BÀI 34. VIÊM XƯƠNG CẤP –MẠN.....	107
BÀI 35. HOẠI THỦ SINH HỒI.....	110

## **Tên môn học: BỆNH NGOẠI KHOA**

**Mã môn học: Y.16**

**Thời gian thực hiện môn học: 60 giờ (Lý thuyết: 56 giờ; Kiểm tra: 4 giờ)**

### **I. Vị trí, tính chất của môn học:**

- Vị trí: môn học Bệnh Ngoại khoa được bố trí sau khi học sinh học xong các môn học Giải phẫu – Sinh lý.
- Tính chất: Môn học Bệnh học ngoại khoa là môn học giúp giới thiệu những kiến thức cơ bản về một số bệnh ngoại khoa thông thường.

### **II. Mục tiêu môn học:**

#### **1. Về kiến thức:**

- Trình bày được các triệu chứng và hội chứng chính để phát hiện bệnh sớm và xử trí được những bệnh ngoại khoa thông thường ở tuyến y tế cơ sở, kịp thời những trường hợp vượt quá khả năng lên tuyến trên.
- Tuyên truyền, giáo dục cho nhân dân biết cách phòng bệnh và chữa bệnh.

#### **2. Về kỹ năng:**

- Tiến hành đúng cách hỏi bệnh, các thao tác khám bệnh có trình tự và đúng phương pháp để phát hiện bệnh.
- Làm được bệnh án ngoại khoa.
- Theo dõi và ghi chép được các diễn biến của bệnh để tiên lượng và lựa chọn các chỉ định điều trị thích hợp.
- Xử trí bước đầu ở tuyến y tế cơ sở một số bệnh ngoại khoa thường gặp.

#### **3. Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:**

Thận trọng, tỉ mỉ, tận tình và thông cảm với người bệnh trong khi tiến hành thăm khám và điều trị.



### III. Nội dung môn học:

TT	Tên chương/mục	Thời gian (giờ)		
		TS	LT	Kiểm tra
<b>I. CHẤN THƯƠNG</b>				
1	Bỏng.	1	1	0
2	Choáng.	2	2	0
3	Chấn thương phần mềm.	2	2	0
4	Vết thương mạch máu.	1	1	0
5	Chấn thương sọ não.	2	2	0
6	Chấn thương lồng ngực.	2	2	0
7	Chấn thương bụng.	2	2	0
8	Đại cương về gãy xương.	2	2	0
9	Gãy xương các loại.	2	2	0
10	Chấn thương khớp/ Bong gân.	2	2	0
11	Trật khớp các loại.	2	2	0
12	Chấn thương niệu đạo trước.	2	1	1
<b>II. CẤP CỨU BỤNG NGOẠI KHOA</b>				
13	Cấp cứu bụng ngoại khoa.	2	2	0
14	Viêm phúc mạc.	2	2	0
15	Viêm ruột thừa.	2	2	0
16	Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.	2	2	0
17	Tắc ruột.	2	2	0
18	Lồng ruột.	1	1	0
19	Thoát vị.	2	1	1
<b>III. CHƯƠNG TIÊU HÓA</b>				
20	Ung thư dạ dày.	2	2	0
21	Hẹp môn vị.	2	2	0
22	Dò hậu môn.	1	1	0
23	Trĩ.	1	1	0

TT	Tên chương/mục	Thời gian (giờ)		
		TS	LT	Kiểm tra
24	Abcess gan.	2	2	0
25	Ung thư gan.	2	2	0
26	Sỏi mật.	2	1	1
27	Sỏi ống mật chủ.	2	2	0
<b>IV. TIẾT NIỆU- SINH DỤC</b>				
28	Tràn dịch màng tinh hoàn.	1	1	0
29	Hẹp bao quy đầu.	1	1	0
30	Sỏi tiết niệu.	1	1	0
<b>V. NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA</b>				
31	Đại cương về nhiễm khuẩn ngoại khoa.	1	1	0
32	Nhọt nóng- Nhọt lạnh.	2	2	0
33	Viêm đa cơ.	2	2	0
34	Viêm xương cấp- mãn.	1	1	0
35	Hoại thư sinh hơi.	2	1	1
	<b>Cộng</b>	<b>60</b>	<b>56</b>	<b>4</b>

## BÀI 1. BỎNG

### Mục tiêu:

#### 1. Kiến thức:

- 1.1. Nêu được các nguyên nhân gây bỏng.
- 1.2. Nêu được cách tính diện tích bỏng.
- 1.3. Nêu cách tính độ bỏng.
- 1.4. Trình bày được các diễn biến của bỏng.
- 1.5. Nêu được các đặc điểm bình thường và bệnh lý.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Nắm được thái độ điều trị bỏng.

### Nội dung:

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Bỏng là những thương tổn của da, mô dưới da, niêm mạc gây nên bởi sức nóng, điện, hoá chất ăn mòn hoặc phóng xạ .

#### II. LÂM SÀNG

Độ nặng của bỏng được tính căn cứ trên tổng diện tích các vùng bỏng độ 2 và 3 .

#### 1. Các độ bỏng: được tính theo độ sâu của tổn thương

- **Bỏng độ 1:** bỏng đến lớp sừng của thượng bì. Vết bỏng sưng, đỏ, và đau rát. Trong vòng 24 - 48 h, lớp sừng sẽ tróc ra và không để lại tổn thương hoặc sẹo . Diễn hình của bỏng độ 1 là da bị cháy nắng .
- **Bỏng độ 2:** lớp thượng bì bị tổn thương, có dịch tích tụ giữa lớp thượng bì và lớp tế bào gai tạo nên nốt bỏng nước. Vùng bỏng phù nề, đau rất nhất là khi chạm đến. Trong vòng mười ngày, vết bỏng lành bằng cách tái tạo lại lớp thượng bì khá tốt và không để lại sẹo .
- **Bỏng độ 3:** toàn bộ bì và thượng bì bị huỷ. Nơi bỏng có màu trắng bệch hoặc màu vàng nâu, các huyết quản bị tắc nghẽn, phù nề thường nhiều và mất cảm giác. Khả năng lành bằng cách mọc da rất kém, thường là tổn thương lành bằng mô sợi gây dính và co rút về sau.
- **Bỏng độ 4 ( đến cân ), độ 5 ( đến cơ ), độ 6 ( đến xương ):** được gọi chung là *hoá than*. Nơi bỏng không có khả năng lành và phải cắt bỏ .

#### 2. Diện tích bỏng: được tính theo tỷ lệ % diện tích cơ thể.

Có thể tính diện tích phỏng bằng diện tích bàn tay hoặc luật số 9

\* **Bảng bàn tay:** diện tích bàn tay bằng 1,25 % diện tích cơ thể .

\* **Luật số 9 ( Wallace - Berkow ):** ở người lớn, diện tích các phần của cơ thể có tỷ lệ như sau:

- Đầu , cổ , mặt	9 %	- Mỗi chi trên	9 %
- Thân trước	18 %	- Mỗi chi dưới	18 %
- Thân sau	18 %	- Cơ quan sinh dục ngoài	1 %

Ở trẻ em, càng nhỏ tuổi thì diện tích đầu càng lớn diện tích chân càng nhỏ

- Đầu: 19 - 11 % ( nhỏ dần khi trẻ lớn lên )

- Chi dưới: 21 - 29 % ( lớn dần khi trẻ lớn lên )

#### 3.Độ nặng: Không kể bỏng độ 1, diện tích chung của bỏng độ 2 và 3 được chia như sau:

- Bỏng nhẹ: diện tích bỏng dưới 10 % ở trẻ em, hoặc dưới 15 % ở người lớn .
- Bỏng trung bình ( điều trị quyết định kết quả ): diện tích bỏng từ 15 - 50 % .

- Bỏng nặng (ngoài khả năng điều trị thông thường): diện tích bỏng trên 50 % .

### **III. DIỄN TIẾN**

Bỏng không những gây các thương tổn tại chỗ, mà trong những trường hợp bỏng trung bình trở lên, thường kèm theo các rối loạn toàn thân qua các giai đoạn sau .

#### **1. Giai đoạn choáng:**

\* Trong 24 h - 48 h đầu, bệnh nhân bị choáng do giảm khối lượng máu tuần hoàn vì huyết tương thoát ra ngoài từ các vết bỏng ( chảy máu trắng ). Choáng cũng còn do đau đớn vì các vết bỏng.

\* Triệu chứng: khát nước, ói mửa, vật vã, mất định hướng, mạch nhanh và yếu, huyết áp thấp, tĩnh mạch ngoại biên xẹp, tay chân lạnh, nước tiểu ít .

#### **2. Giai đoạn nhiễm độc:**

\* Từ ngày 3 - 4 cơ thể bắt đầu hấp thu các chất thoái biến và dịch từ vết bỏng, có thể gây nhiễm độc và làm tổn thương đến gan, thận .

\* Triệu chứng: sốt , vàng da, tiểu ít hoặc vô niệu .

#### **3. Giai đoạn nhiễm khuẩn và suy dinh dưỡng:**

Từ ngày thứ 7 trở đi, trong thời gian vết bỏng chưa có da che phủ, tình trạng nhiễm khuẩn và suy dinh dưỡng thường kết hợp gây tử vong cho bệnh nhân.

\* **Nhiễm khuẩn:** Vết bỏng thường nhiễm các loại vi khuẩn sinh mủ, đôi khi cả vi khuẩn uốn ván. Vi khuẩn từ vết bỏng có thể vào máu gây nhiễm khuẩn huyết . Triệu chứng: sốt 38 - 39<sup>o</sup>C, thỉnh thoảng có cơn rét run, vết phỏng đau, có dịch mủ hôi .

\* **Suy dinh dưỡng:** Do mất huyết tương từ vết bỏng, do gia tăng biến dưỡng để làm lành vết bỏng và chống nhiễm khuẩn, do các rối loạn làm giảm sự hấp thu chất dinh dưỡng của cơ thể ( ói mửa, tiêu chảy ....). Triệu chứng: gầy ốm nhanh, mệt mỏi suy nhược, phù, thiếu máu, vết bỏng lâu lành .

#### **4. Dư chứng:**

Sau khi vết bỏng lành, bệnh nhân vẫn có thể còn các dư chứng do sẹo bỏng co rút và dính làm cơ thể bị biến dạng và mất chức năng hoạt động; tâm lý bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng nặng nề và nhiều năm sau sẹo bỏng có thể hóa ung thư da.

### **IV. CẬN LÂM SÀNG**

Giúp theo dõi diễn biến của bệnh .

#### **\* Máu:**

- Hct tăng cao dần trong giai đoạn đầu, giảm dần đến thiếu máu khi điều trị .

- Bạch cầu tăng cao, nhất là khi nhiễm khuẩn .

- Đường huyết trong giai đoạn đầu tăng do phản ứng ( 2 - 4 g / l ),

- Protide máu giảm trong giai đoạn suy dinh dưỡng.

\* **Nước tiểu:** ít và đậm đặc ( > 1.020 )

### **V. CẤP CỨU:**

**1. Chấm dứt nguyên nhân gây bỏng:** ( dập tắt lửa, cắt điện, rửa hoá chất gây phỏng, gỡ chất cháy napalm , phosphore trong nước ....)

**2. Phòng choáng:** bỏng từ mức trung bình trở lên cần truyền dịch ngay

- Dung dịch cao phân tử 15 ml / kg trong giờ đầu .

- Dung dịch điện giải: 30 ml / kg trong 5 giờ tiếp theo .

Truyền dịch như trên có thể tranh thủ 6 giờ để chuyển nạn nhân đến nơi điều trị.

**3. Chống đau:** Tốt nhất là cho Barbiturate ( Pentobarbital ), có thể phối hợp thuốc an

thần với Antihistamine , nếu cần có thể cho Morphine 10 mg IM.

**4. Trợ tim mạch** với Camphre, Cafeine, có thể cho uống trà đường nóng .

**5. Xử trí vết bỏng:** nhúng ngay vùng bị bỏng vào nước lạnh khoảng 20 phút, dùng khăn sạch che kín lại trước khi chuyển bệnh nhân đến nơi điều trị. Không nên để phỉ thì giờ cởi bỏ quần áo hoặc bôi lên vết phỏng bất cứ thứ gì.

## **VI. ĐIỀU TRỊ:**

Khi bệnh nhân đến nơi điều trị, cần thực hiện các điểm sau:

**1. Thống kê chi tiết tình trạng bệnh:** diện tích bỏng, độ bỏng , mức độ choáng , các tổn thương phối hợp .

**2. Điều trị toàn thân:** phòng và chống choáng

\* Đặt bệnh nhân nằm ở nơi ẩm áp nhưng không quá nóng .

\* Bồi hoàn thể tích máu tuần hoàn, chủ yếu bằng truyền dịch tĩnh mạch.

Cách tính thể tích dịch truyền bồi hoàn theo công thức sau:

- Dung dịch cao phân tử:  $0,7 - 1 \text{ ml} \times \text{kg} \times \text{S}$  (S là % diện tích bỏng, tối đa là 50%)

- Dung dịch điện giải:  $1 - 1,3 \text{ ml} \times \text{kg} \times \text{S}$  (S là % diện tích bỏng, tối đa là 50%)

- Lượng nước mất do hơi thở: 1000 - 2000 ml ( bù bằng Glucose 5 % )

Ngày đầu tiên truyền 1/2 lượng trong 8 giờ đầu, mỗi 8 giờ tiếp theo truyền 1/4 lượng dịch. Ngày thứ 2 giảm lượng dịch truyền còn 1/2. Ngày thứ 3 cho uống dung dịch ORS, có thể cho ăn lỏng và bớt dịch truyền.

\* Chống đau: tốt nhất là dùng Barbiturate. Mỗi lần thay băng có thể cho thuốc chống đau như Morphine nếu cần .

**3. Điều trị vết bỏng:**

\* **Làm sạch vết bỏng:** cần dụng cụ và kỹ thuật vô khuẩn .

- Bộc lộ nơi bỏng nhẹ nhàng, không làm tuột da, chảy máu, quần áo nên cắt hơn là cởi, nhẫn vòng cần tháo hết .

- Rửa sạch vết bỏng với xà bông và nước ấm vô khuẩn, nếu có dính dầu mỡ thì rửa với Ether hay Benzene .

- Cắt lọc mô hoại tử, lấy dị vật. Các nốt bỏng nước có thể để nguyên hoặc nếu chọc vỡ phải vô khuẩn và không được gỡ lớp da đi .

\* **Sau đó tùy vị trí vết bỏng, có thể băng kín hoặc để hở .**

- Phương pháp băng kín: vết phỏng được đắp 1 lớp gạc có tẩm vaseline, dầu nghệ, dầu mù u, kem hoặc mỡ có kháng sinh...sau đó băng ép nhẹ. Trong những ngày tiếp theo, nếu vết bỏng sạch thì chỉ cần thay băng sau 3-5 ngày. Nếu vết bỏng nhiễm khuẩn cần rửa với nước muối hay dung dịch Dakin và băng ướt với nước muối sinh lý mỗi ngày cho đến khi vết bỏng sạch thì tiếp tục băng như lúc đầu.

- Phương pháp để hở: chỉ cần để vết bỏng tự đóng vẩy và lành dần, đôi khi dùng các dung dịch sát khuẩn cho nhỏ giọt lên vết bỏng ( $\text{AgNO}_3$  5%). Nếu vết bỏng nhiễm khuẩn và có mủ dưới lớp vẩy thì gỡ vẩy cho mủ thoát ra. Dùng phương pháp này cần có phòng nằm điều trị bỏng vô khuẩn để cách ly bệnh nhân với các nguồn lây nhiễm.

\* **Ghép da:** Các trường hợp bỏng độ 3 rộng, cần nghĩ tới việc ghép da sớm cho bệnh nhân để giảm bớt các biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị.

**4. Chống nhiễm khuẩn:** chăm sóc vết bỏng theo các nguyên tắc vô khuẩn là điểm quan trọng nhất. Các vết bỏng bị nhiễm khuẩn rất khó lành dù có dùng thêm kháng sinh. Cần tiêm ngừa uốn ván.

- 5. Chống suy dinh dưỡng:** bệnh nhân cần được ăn uống đầy đủ, thức ăn nhiều đạm, sinh tố, chất khoáng ( Ca, Fe...). Các bệnh nhân suy dinh dưỡng cần phải nuôi bằng cách truyền tĩnh mạch các dung dịch giàu năng lượng và chất dinh dưỡng. Thông thường phải truyền máu từng đợt cho các bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng
- 6. Giải quyết các dư chứng:** sau khi vết bỏng lành, vẫn có thể còn các dư chứng như sẹo co rút, biến dạng cơ thể, dính và hạn chế cử động...cần phải phục hồi chức năng hoặc thẩm mỹ.

## BÀI 2. CHOÁNG

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được 5 loại choáng theo nguyên nhân.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của choáng.
- 1.3. Biết cách xử trí chấn thương bụng kín ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Choáng là một hội chứng lâm sàng, trong đó lượng máu đến các cơ quan chủ yếu trong cơ thể (tim, não, gan, thận) bị giảm đột ngột, gây thiếu Oxy tại các mô và dẫn đến các rối loạn biến dưỡng.

#### II. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI

Dựa trên nguyên nhân và cơ chế gây bệnh, có thể chia choáng thành 5 loại:

1. **Choáng giảm thể tích máu:** thể tích máu tuần hoàn bị giảm vì mất máu, mất huyết tương (bỏng), mất nước và điện giải (nôn mửa, tắc ruột, viêm phúc mạc, tiêu chảy..)
2. **Choáng tim:** Tim hoạt động không đủ cung cấp máu cho cơ thể vì bị nhồi máu, loạn nhịp, bị chèn ép do tràn máu màng tim ...
3. **Choáng thần kinh:** do các kích thích thần kinh hoặc tinh thần gây phản xạ làm giảm kháng lực mạch ngoại biên và làm tăng sức chứa của các huyết quản: đau đớn, sợ hãi, xúc động quá độ.
4. **Choáng nhiễm khuẩn:** do độc tố của vi khuẩn làm giảm kháng lực mạch ngoại biên, tăng sức chứa hệ huyết quản và gây mạch nổi tắt ở các động mạch và tĩnh mạch nhỏ Thường gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn Gram (-) điều trị không đầy đủ.
5. **Choáng phản vệ** ( dị ứng ): do phản ứng của cơ thể đối với chất lạ làm giảm đột ngột kháng lực mạch ngoại biên và giảm chức năng của tim. Điển hình là choáng Penicilline.

Một nguyên nhân có thể lần lượt gây nhiều loại choáng khác nhau (bỏng) hoặc một loại choáng này có thể gây nên một loại choáng khác ( choáng mất máu đưa đến choáng tim )

#### III. LÂM SÀNG:

Trên lâm sàng, choáng do mất máu thường thể hiện qua 3 giai đoạn.

1. **Choáng có bù, khi lượng máu mất dưới 20 %:** Biểu hiện chính là có sự gia tăng hoạt động của hệ giao cảm để đưa máu đến cơ quan trọng yếu.
  - Bệnh nhân cảm thấy yếu mệt, khát nước, ra mồ hôi.
  - Co mạch ngoại biên: da xanh, lạnh, nổi bông.
  - Triệu chứng mất bù khi thay đổi tư thế: khi bệnh nhân nằm nghỉ thì tim đập hơi nhanh để giữ huyết áp gần như bình thường và ổn định. Nhưng nếu bệnh nhân ngồi dậy hoặc đứng, huyết áp sẽ hạ thấp khiến bệnh nhân bị choáng váng có thể ngất.
2. **Choáng xác lập: khi lượng máu mất từ 20 - 50 %.**
  - Triệu chứng toàn thân: bệnh nhân mệt lả, khát nước nhiều, nằm im và thờ ơ với ngoại cảnh, sắc mặt nhợt nhạt, da tái lạnh và ẩm, mồ hôi ra nhiều.
  - Triệu chứng tim mạch:

- \* Huyết áp tối đa < 100 mmHg, hiệu số huyết áp nhỏ.
- \* Mạch nhanh trên 100 lần / phút và yếu.
- \* Tỷ số mạch / huyết áp cho biết độ nặng của choáng ( 1 là choáng nhẹ, 1,5 là choáng vừa , 2 là choáng nặng ) .
- \* Các trường hợp choáng nặng: huyết áp không đo được, hiệu số huyết áp < 20 mmHg, mạch không bắt được , tim đập yếu ....thì tiên lượng xấu .
- Triệu chứng hô hấp: thở nhanh và nông, cánh mũi phập phồng .
- Triệu chứng tiết niệu: nước tiểu ít, choáng nặng hoặc kéo dài có thể vô niệu .
- Triệu chứng thần kinh: giảm cảm giác, tri giác lơ mơ, lẫn lộn, có thể mê man hoặc vật vã, con ngươi nở lớn .

**3. Choáng không hồi phục:** khi mất trên 50 % máu hoặc / và choáng nặng mà không điều trị đầy đủ, kịp thời .

- Triệu chứng: Choáng tiếp tục kéo dài dù đã điều trị bằng các biện pháp tích cực nhất trong 1 - 2 giờ liền. Các rối loạn và tổn thương thực thể đã có thể xảy ra do rối loạn nước và điện giải, toan hoá máu, tổn thương não, suy tim, suy thận cấp, suy hô hấp
- Choáng không hồi phục đôi khi có thể ổn định tạm thời nếu điều trị thật tích cực và kiên trì, nhưng phần lớn sẽ tử vong sau đó vì các biến chứng khác .

#### **IV. CẬN LÂM SÀNG**

Không có xét nghiệm chỉ thị cho trường hợp choáng, tuy nhiên một số xét nghiệm giúp xem xét nguyên nhân hoặc hậu quả của choáng

##### **1. Các xét nghiệm máu:**

- Hct ( Hematocrit) giảm: mất máu
- Hct tăng: mất huyết tương hoặc mất nước và điện giải .
- Nhiễm toan: acid lactic tăng, dự trữ kiềm giảm .

##### **2. Xét nghiệm nước tiểu:** số lượng ít , tỷ trọng tăng ( > 1,025 )

#### **V. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ:**

##### **1. Đề phòng**

\* **Cần lưu ý các trường hợp sau đây , dễ đưa đến choáng .**

- Bị thương tích nặng: đau đớn, mất máu nhiều .
- Nhiễm khuẩn nặng, điều trị không hiệu quả.
- Thê chất hoặc tình trạng bệnh nhân xấu: người già hoặc trẻ em bị đói lạnh, mệt mỏi, căng thẳng hoặc sợ hãi quá.

\* **Cần xử lý đầy đủ các trường hợp sau đây:**

- Gãy xương: phải cố định tốt .
- Thương tích: phải cầm máu tốt, băng bó sạch sẽ .
- Mất máu: Truyền máu hoặc thể phẩm của máu , càng sớm càng tốt .
- Mỏ: Cần hồi sức tốt trước khi mổ, tối thiểu cũng phải là vừa hồi sức vừa mổ .

##### **2. Điều trị tổng quát:**

- \* **Tư thế:** đặt bệnh nhân nằm ngửa, chân hơi cao. Không di chuyển bệnh khi choáng.
- \* **Bảo đảm hô hấp tốt:**
  - Chống nghẽn hô hấp: khai thông đường thở, hút đàm dãi, chất nôn hoặc dị vật .
  - Cho thở Oxy , lưu lượng 5 - 10 lít / phút để chống thiếu Oxy do choáng nặng .
- \* **Ổn định thần kinh với thuốc an thần hoặc chống đau** (cần nhắc chống chỉ định).
  - Pentobarbital 100 mg hoặc Diazepam 5 - 10 mg IM
  - Meperidine 50 mg + Promethazine 25 mg IM.



- Morphine 10 mg + Atropine 1/4 mg IM .
- \* **Trợ tim** nếu bệnh nhân già yếu, có bệnh tim hoặc có dấu hiệu suy tim ( có ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi, CVP tăng cao ... )
  - Ouabaine hoặc Strophanthin 1/4 mg IV.
  - Digoxin ( Lanoxin ) 0,5 mg hoặc Deslanoside ( Cedilanid - D ) 0,4 mg IV .
- \* **Thực hiện các biện pháp theo dõi tình trạng bệnh nhân**
  - Huyết áp: giữ huyết áp tối đa > 100 mmHg .
  - Mạch: giữ mạch < 100 lần / phút .
  - Áp suất tĩnh mạch trung ương ( CVP ): giữ ở mức 10 - 15 cm H<sub>2</sub>O.
  - Thân nhiệt: ủ ấm bệnh nhân nhưng không được quá nóng. Nhiệt độ trong phòng tốt nhất là từ 18°C - 20°C.
  - Lưu lượng nước tiểu: giữ ở mức > 1 ml /kg/giờ .
  - Hct: giữ ở mức > 30 % .
  - Giữ 1 hay 2 đường truyền tĩnh mạch đủ lớn để truyền dịch khi cần .
- \* **Thuốc vận mạch:**
  - Dopamin ( Intropin ) 1 ống 200 mg + 500 ml Glucose 5 %: truyền TM 3 - 10 mcg/kg/p ( 8 - 25 giọt/phút cho bệnh nhân 50 kg )
- \* **Glucocorticoides:** dùng trong các trường hợp choáng nhiễm khuẩn, choáng phản vệ hoặc choáng mất máu đã được truyền dịch tích cực nhưng tình trạng bệnh nhân chậm cải thiện. Sau đây là liều tối đa và chỉ dùng 1 lần.
  - Hydrocortisone Sodium succinate ( Solu - Cortef) dd 5 % 100 - 300 mg IV .
  - Methylprednisolone ( Solu - Medrol ) 30 mg / kg IV
  - Dexamethasone 1 - 3 mg / kg IV .
  - Depersolone 3mg / kg IM , IV .

### **3. Điều trị theo nguyên nhân**

- \* **Choáng giảm thể tích máu:**
  - Bồi hoàn đủ khối lượng tuần hoàn với máu, Plasma, dung dịch cao phân tử, nước và điện giải...tùy trường hợp .
  - Không dùng thuốc co mạch . Có thể dùng Corticoides .
- \* **Choáng tim:**
  - Loạn nhịp: thuốc chống loạn nhịp ( Lidocaine, Procainamide, Propranolol...) hoặc máy tạo nhịp .
  - Chèn ép tim do tràn dịch màng tim: chọc hút .
  - Nhồi máu cơ tim: điều trị khó , tử vong cao ( 80 - 90 % )
- \* **Choáng thần kinh:**
  - Đôi khi chỉ cần đặt bệnh nhân nằm nghỉ cũng đủ .
  - Thuốc co mạch: Ephedrine sulfate 15 - 30 mg SC , Aramine ( Metaraminol bitartrate) 1 mg hoặc Neo Synephrine 1 mg IV .
  - Nếu cần truyền dd điện giải và dùng Corticoides .
- \* **Choáng nhiễm khuẩn:**
  - Cần cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Trong khi chờ kết quả có thể dùng kháng sinh theo kinh nghiệm, ví dụ nhiễm tạp khuẩn đường ruột có thể dùng công thức Amoxycilline 6 g + Gentamycin 160 mg + Metronidazol 2 g / ngày .
  - Thuốc dẫn mạch: Isoproterenol ( Isuprel ) 0,5 mg - 1 mg pha trong 500 ml Glucoza 5% hay NaCl 9 % truyền TM < 2 ml / phút. ( nhịp tim < 120 l / phút).

Cũng có thể dùng Chlorpromazine 10 mg tiêm TM

- Thường phải truyền dịch điện giải với lượng nhiều và dùng Glucocorticoides .

**\* Choáng phản vệ:**

- Epinephrine 1 % 1 mg IM , tráng ống với 1 ml NaCl 9 % tiêm IV .

- Kháng Histamine: Diphenhydramine ( Benadryl ) 20 mg hoặc Promethazine ( Phenergan ) 25 mg IM .

- Glucocorticoides: như trên .

- Aminophylline 250 mg + 10 ml NaCl 9 % tiêm IV.

## BÀI 3. CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được 3 loại chính của chấn thương phần mềm.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của chấn thương phần mềm.
- 1.3. Biết cách sơ cứu người bệnh bị chấn thương phần mềm.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương phần mềm gồm những thương tích của da, mô dưới da, gân và cơ. Trong phẫu thuật ngoại khoa các loại mô này được xử lý theo các nguyên tắc gần như nhau.

#### II. PHÂN LOẠI

Tùy theo tổn thương của da, ta chia thương tích phần mềm thành 3 loại chính:

##### 1. Thương tích liền da: gồm những thương tích không làm rách da

- Đụng dập: phần mềm bị va chạm với vật tù, thương tích thường không đều, da bị dập nát, tụ máu, mô gân và cơ bị tổn thương nhiều.
- Xây sát ( trầy sát ): do da cọ xát với vật nhám gây nên, thương tích thường không sâu nhưng dị vật có thể cắm chặt vào chiều dày của da.
- Khảm: vết thương nông nhưng có nhiều dị vật nhỏ ( đất cát, thuốc nổ...) nằm trong chiều dày của da.

##### 2. Thương tích làm rách da: gọi chung là các vết thương

- Vết thương chọc: do vật gây thương có mũi nhọn gây nên. Vết thương thường có bờ gọn, rõ, không có máu tụ và ít mô dập nát. Nguy hiểm của loại vết thương chọc là gây tổn thương cho các cơ quan nằm sâu bên dưới vết thương.
- Vết thương cắt: do vật sắc bén gây nên. Vết thương có bờ bằng phẳng, hai mép tách rộng để lộ gân cơ ở dưới. Vết thương cắt thường làm đứt mạch máu thần kinh, gân cơ...bên dưới.
- Vết thương xé rách: do sức kéo trên phần mềm gây nên. Tổn thương gồm phần mềm bị xé rách dày mỏng không đều, có thể kèm theo tổn thương mạch máu, thần kinh. Phần bị xé rời có thể bị hoại tử trong những ngày sau.
- Vết thương cắn: bao giờ cũng nguy hiểm do có thể bị ô nhiễm vì các vi khuẩn ái khí hoặc yếm khí có độc lực cao ở miệng.

##### 3. Vết thương phần mềm do hoá khí: Trong thời chiến, vết thương phần mềm thường do hoá khí gây nên, và đặc biệt nặng vì các yếu tố sau đây:

- Sức công phá lớn: vật gây thương có động năng lớn ( $W = 1/2 mv^2$ , đường đạn xoáy...), số lượng vật gây thương nhiều.
- Kết hợp nhiều hình thức gây thương tích: nhiệt, cơ học ( cắt xé, giằng giật, đụng dập..), hoá học ( chất độc, chất cháy...), sinh học ( vi khuẩn...).
- Điều kiện nhiễm khuẩn cao: nhiều dị vật, nhiều mô dập nát, thiếu máu nuôi dưỡng.
- Thương tích phức tạp: nhiều loại cơ quan cùng bị thương tích một lượt, vật gây thương tích tạo mảnh và đường đạn thứ cấp....

- Chẩn đoán và điều trị thường gặp khó khăn vì thương tổn thực sự thường lớn và nặng hơn bề ngoài của vết thương, các vi khuẩn gây nhiễm thường có độc lực cao, nạn nhân lại thường bị căng thẳng về tinh thần trong thời gian bị thương, sơ cứu và cấp cứu tại hiện trường khó khăn và muộn.

### **III. LÂM SÀNG**

#### **1. Thương tích loại đụng dập**

- \* Không kể tổn thương của cơ quan bên dưới, tổn thương tại chỗ có 3 mức độ:
  - Tối thiểu: nơi bị thương co mạch, sau đó có histamine thoát ra gây viêm.
  - Trung bình: mạch máu bị tổn thương gây bầm tím hoặc tụ máu và có phản ứng viêm rõ hơn. Trong những ngày tiếp theo, vết bầm đổi màu sắc theo sự thoái biến của hémoglobine tại chỗ.
  - Nặng: nơi tổn thương bị hoại tử, nhiễm khuẩn, và tụ máu nhiều gây chèn ép.
- \* Tình trạng toàn thân: trong trường hợp đụng dập nặng có thể bị choáng, có các triệu chứng của hội chứng vùi lấp ( choáng, tiểu myoglobine và suy thận cấp, còn phần cơ thể bị vùi lấp sưng to...)

#### **2. Vết thương phần mềm**

- \* Tổn thương tại chỗ: có đặc điểm là dễ nhiễm khuẩn. Độ nặng của vết thương rất thay đổi, từ mức viêm nhẹ, chảy ít dịch hoặc máu cho đến chảy máu nặng, mất nhiều mô hoặc hoại tử.
- \* Toàn thân: trong những trường hợp nặng, biểu hiện thường gặp là choáng do mất máu.

### **IV. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- \* Choáng: lúc đầu là do mất máu và đau đớn. Về sau thường do nhiễm khuẩn, nhiễm độc.
- \* Nhiễm khuẩn:
  - Nhiễm khuẩn sinh mủ: có thể biểu hiện tại chỗ như vết thương sưng tấy, da căng bóng, phù nề chảy dịch đục hoặc có mủ. Biểu hiện toàn thân sốt cao, rét run, nhiễm độc, choáng.
  - Nhiễm khuẩn hoại tử vết thương có tiết dịch có mùi thối, tràn khí dưới da và tiến triển nặng rất nhanh chóng.
  - Nhiễm khuẩn uốn ván: cứng hàm, co giật, sốt cao.
- \* Suy thận cấp: chủ yếu gặp trong hội chứng vùi lấp hoặc trong trường hợp đụng dập nặng

### **V. PHÒNG CHỐNG VÀ SƠ CỨU**

#### **1. Phòng chống:**

Bao gồm các biện pháp phòng ngừa các tai nạn do lao động, giao thông, sinh hoạt.

#### **2. Sơ cứu**

- \* Toàn thân:
  - Bảo đảm hô hấp và tuần hoàn tốt.
  - Chống choáng bằng biện pháp bồi hoàn đủ khối lượng tuần hoàn và thuốc giảm đau .
  - Phòng chống nhiễm khuẩn: kháng sinh uống hoặc tiêm. Tiêm huyết thanh chống uốn ván.
- \* Sơ cứu thương tích phần mềm
  - Tổn thương đụng dập chỉ cần băng sạch và treo cao chi.
  - Vết thương phần mềm
    - + Cầm máu: nếu không tổn thương mạch máu lớn thì chỉ cần băng ép là đủ cầm máu.

- + Sát khuẩn chung quanh vết thương từ trong ra ngoài 2 lần. Không bôi hoặc rắc thuốc lên mặt vết thương.
- + Lấy bỏ dị vật trên mặt vết thương. Không thăm dò hoặc cố lấy dị vật ở sâu.
- + Băng kín, vô khuẩn. Không khâu kín vết thương.
- + Vết thương lớn cần bất động

### 3. Điều trị

#### \* Tôn thương thuộc loại đụng dập

- Nếu có khối máu tụ nhỏ thì để tự tiêu, khối máu tụ lớn cần chọc hút hoặc chích rạch vô khuẩn.
- Nếu tổn thương đụng dập bị hoại tử thì xử trí cắt lọc như vết thương.

#### \* Vết thương phần mềm:

- Vết thương mới, chưa viêm nhiễm: rửa sạch, cắt lọc, lấy dị vật, cầm máu tốt, dẫn lưu, băng kín và bất động. Chỉ khâu da nếu hội đủ điều kiện cần thiết.
- Vết thương nhiễm khuẩn: rửa sạch, cắt lọc rộng, tháo mũ, để hở da. Nếu cần phải ngâm hoặc tưới rửa hàng ngày với thuốc tím loãng hay dung dịch Dakin. Chỉ sau khi vết thương sạch mới khâu da thì 2 hoặc ghép da.

## BÀI 4. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các hình thái của vết thương mạch máu.

1.2. Biết cách sơ cứu vết thương mạch máu.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

#### I. ĐẠI CƯƠNG:

Thương tích mạch máu là những tổn thương liên quan đến các lớp của thành mạch, có thể gây chảy và mất máu; hoặc làm rối loạn sự cung cấp máu nuôi dưỡng những cơ quan tương ứng.

Thông thường thương tích của động mạch có biểu hiện lâm sàng phong phú và nặng hơn thương tích của tĩnh mạch.

#### II. PHÂN LOẠI:

Thương tích của mạch máu do chấn thương gồm:

\* Vết thương mạch máu: chủ yếu là làm mất máu ra ngoài cơ thể hoặc gây tụ máu chèn ép. Vết thương động mạch lớn có thể gây thiếu máu nuôi phần cơ thể được động mạch này cung cấp. Vết thương của động mạch và tĩnh mạch nằm cạnh nhau sẽ gây thông nối động tĩnh mạch và gây các rối loạn dinh dưỡng của phần cơ thể tương ứng.

\* Chấn thương đụng dập hoặc chèn ép mạch máu: Thường làm tắc nghẽn sự lưu thông máu. Tắc nghẽn động mạch lớn có thể gây thiếu máu nuôi phần cơ thể được động mạch này cung cấp. Tắc nghẽn tĩnh mạch lớn có thể gây ứ đọng máu nuôi và giảm dinh dưỡng phần cơ thể được tĩnh mạch này dẫn lưu.

#### III. TRIỆU CHỨNG

##### 1. Triệu chứng tại chỗ

a) **Vết thương đứt mạch máu** có 2 trường hợp

\* Chảy máu ra ngoài:

- Đứt động mạch: máu chảy từ động mạch có màu đỏ tươi, phun thành từng đợt theo nhịp tim, khi đè vào động mạch phía gần tim máu sẽ ngưng chảy.

- Đứt tĩnh mạch: máu chảy thành vòi đều đặn, máu có màu đỏ sẫm, đè vào phần xa của tĩnh mạch thì máu ngưng chảy.

\* Chảy máu ở khoảng giữa các mô: thường tạo nên khối máu tụ nằm trên đường đi của mạch máu. Khối máu tụ lớn có thể chèn ép gây đau và làm thiếu máu nuôi phần cơ thể được mạch máu đó cung cấp. Nếu bọng máu tụ xuất hiện đã lâu, khi ấn có thể thấy lạo xạo do máu cục và có dấu hiệu viêm do nhiễm khuẩn.

- Khối máu tụ do đứt tĩnh mạch thường yên lặng, mềm, dễ ấn xẹp.

- Khối máu tụ do đứt động mạch thường có nhịp đập và co giãn theo nhịp tim, nghe có tiếng thổi tâm thu và có khuynh hướng biến thành túi phình động mạch.

b) **Chấn thương kín mạch máu** thường xảy ra khi gãy xương kín hoặc bị đụng dập.

Lâm sàng có 2 trường hợp:

\* Mạch máu bị đứt, vỡ: sẽ có triệu chứng của khối máu tụ ở giữa các mô như đã nói trên.

\* Mạch máu bị đụng dập hoặc chèn ép: sẽ gây tắc mạch.

- + Tắc nghẽn động mạch: phần cơ thể được mạch máu này nuôi sẽ có các triệu chứng:
  - Đau: lúc đầu đau nhiều, sau cảm giác đau giảm dần rồi mất hoàn toàn.
  - Lạnh và tím tái.
  - Mạch phía dưới nơi tổn thương rất yếu hay không bắt được.
  - Liệt cơ chức năng.

Kết quả cuối cùng là hoại tử hoặc loạn dưỡng teo chi.

+ Tắc nghẽn tĩnh mạch: phần cơ thể được tĩnh mạch này dẫn lưu thường ít có triệu chứng vì có nhiều tĩnh mạch bàng hệ khác để dẫn lưu máu. Chỉ trong trường hợp nặng mới gây ứ đọng máu hoặc phù nề.

**2. Triệu chứng toàn thân:** Trong trường hợp mất máu nhiều, vết thương mạch máu có thể gây choáng giảm thể tích máu tuần hoàn:

- Khó thở, vật vã, choáng váng khi thay đổi tư thế.
- Xanh xao, ra mồ hôi nhiều, lạnh các đầu chi.
- Huyết áp hạ dần < 100 mmHg, hiệu số huyết áp thấp. Mạch tăng dần > 100l/p.
- Sau 6 giờ xét nghiệm máu thấy số lượng hồng cầu và Hct thấp

#### **IV. XỬ TRÍ:**

##### **1. Sơ cứu:**

\* Cầm máu tạm thời: đối với các vết thương đang chảy máu có thể cầm máu bằng nhiều phương pháp:

- Đè ép vào miệng vết thương, hoặc băng nhồi chặt vết thương.
- Đè ép phía gần tim (vết thương động mạch) hoặc đè ép phía xa tim (vết thương tĩnh mạch) của mạch máu đang chảy. Có thể dùng băng ép có trọng điểm.
- Gấp chi ở những nơi mạch máu bị tổn thương đi gần khớp, có thể kèm theo bất động khớp.
- Đặt garrot: chỉ dành cho vết thương động mạch không cầm được bằng những phương pháp khác và phải thực hiện đúng các nguyên tắc về đặt garrot.

\* Chống choáng bằng cách bù cho đủ thể tích máu tuần hoàn với NaCl 9‰ hoặc LR.

##### **2. Điều trị:**

\* Toàn thân:

- Tiếp tục chống choáng với dung dịch điện giải, có thể phải truyền máu nếu Hct < 30%
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn, tiêm ngừa uốn ván.

\* Mạch máu bị tổn thương:

- Hài hết tĩnh mạch và động mạch nhỏ có thể khâu kín hoặc thắt mạch.
- Với mạch máu lớn có thể khâu phục hồi, nối ghép, nối bắc cầu.... để bảo đảm cung cấp đủ máu để nuôi dưỡng phần cơ thể tương ứng.

\* Khối máu tụ: nếu nhỏ thì để tự nhiên cho tan dần. Nếu lớn thì kết hợp mổ dẫn lưu khi xử lý mạch máu

\* Các trường hợp đặt garrot khiến máu không đủ nuôi chi, bị hoại tử thì phải cắt bỏ.

## BÀI 5. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng của chấn thương sọ não.
- 1.2. Biết cách sơ cứu người bệnh khi chuyển.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

**I. ĐẠI CƯƠNG** Chấn thương sọ não thường gặp trong thời bình do tai nạn lưu thông hoặc trong thời chiến vì vết thương do hoả khí. Trong chấn thương sọ não, yếu tố quan trọng nhất là mức độ tổn thương của não và không nhất thiết phải tỷ lệ với mức độ tổn thương của sọ hoặc của các cơ quan bảo vệ não .

### II. CƠ THỂ BỆNH HỌC

1. Phân loại: chấn thương sọ não có thể chia thành 2 loại .

- Chấn thương sọ não kín: thường do đụng đập, tổn thương không rách màng cứng.
- Vết thương sọ não: Tổn thương làm rách đến màng cứng, kèm nguy cơ nhiễm trùng.

2. Các loại tổn thương có thể gặp trong chấn thương sọ não .

- Tổn thương da đầu: đụng đập , đứt rách , mất da đầu .
- Tổn thương xương sọ: nứt, thủng, vỡ nhiều mảnh .
- Tổn thương màng não: làm đứt rách các mạch máu gây tụ máu trong sọ .
- Tổn thương não: chấn động , dập não, chảy máu não, phù não .

Các tổn thương trên có thể xuất hiện riêng lẻ hoặc phối hợp với nhau ở nhiều mức độ .

### III. KHÁM VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN BI CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

#### 1. Hỏi bệnh sử:

- Cần biết chi tiết về nguyên nhân và độ nặng của chấn thương.
- Cần hỏi xem bệnh nhân có khoảng tỉnh hay không .

#### 2. Khám:

\* **Tri giác**: là yếu tố quan trọng nhất , có thể chia thành 4 mức độ .

- Tỉnh táo: Nhận định đúng không gian, thời gian , bản thân và ngoại cảnh .
- Lơ mơ: thường ngủ nhiều, nếu kích thích hoặc hỏi thì bệnh nhân dậy và trả lời chính xác, sau đó lại tiếp tục ngủ nữa .
- Mê nhẹ: không đáp ứng với các kích thích nhẹ, nhưng vẫn phản ứng đúng với những kích thích đau hoặc mạnh.
- Mê sâu: Không đáp ứng với mọi kích thích hoặc nếu có thì phản ứng sai. Mê sâu thường có nhiều rối loạn thần kinh tự dưỡng đi kèm.

\* **Rối loạn thần kinh tự dưỡng**: đặc biệt là rối loạn các dấu hiệu sinh tồn.

- Thở nhanh dần và khò khè đờm dãi .
- Mạch chậm dần, có thể < 60 l / phút, nhưng mạnh.
- Huyết áp cao dần, trên 150 mmHg
- Thân nhiệt cao dần ( trên 38 °C)

\* **Dấu hiệu thần kinh định vị**: để chẩn đoán nơi tổn thương. Hai dấu hiệu thường được theo dõi là

- Đồng tử một bên giãn dần và không phản ứng với ánh sáng .



- Liệt dần nửa thân, triệu chứng này xác định bên não bị tổn thương đối diện với bên bị liệt.

### 3. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang sọ để phát hiện tổn thương xương sọ và dự đoán tổn thương của não.
- Chụp X quang động mạch cảnh với chất cản quang: giúp xác định khối máu tụ trong sọ.
- Chụp X quang sọ cắt lớp điện toán (CAT): chẩn đoán được tổn thương sọ và não.
- Siêu âm não, điện não đồ ( Electroencephalogramme ) hiện nay đều ít dùng.
- Xét nghiệm dịch não tủy: chẩn đoán chảy máu trong sọ (dịch não tủy có máu), hoặc tăng áp lực nội sọ (áp lực dịch não tủy tăng).

**IV. LÂM SÀNG** Các tổn thương sọ não cơ bản sau đây có thể phối hợp với nhau tùy trường hợp.

#### 1. Tổn thương da đầu

- \* Đụng dập: thường làm xuất hiện bầm máu tụ.
- \* Rách da: thường chảy máu nhiều.
- \* Lột da: da đầu bị bóc khỏi xương sọ, dễ bị hoại tử.

Các tổn thương da đầu đơn thuần thực chất là các thương tích phần mềm.

#### 2. Tổn thương xương sọ

- \* Nứt vòm sọ: thường không có triệu chứng, chẩn đoán xác định bằng X quang.
- \* Lõm, lún hoặc thủng xương sọ: chấn vùng chấn thương thấy lõm, đôi khi kèm theo bầm máu tụ. Chụp X quang sọ thường xác định được tổn thương.
- \* Nứt vỡ sán sọ: làm chảy máu, chảy dịch não tủy (vì rách màng cứng) và làm tổn thương các thần kinh sọ

- Nứt vỡ sán sọ trước: chảy máu hoặc chảy dịch não tủy ra mũi, bầm máu quanh mắt hình gọng kính và có thể lòi mắt, liệt các thần kinh sọ từ 1 đến 6.
- Nứt vỡ sán sọ giữa: chảy máu hoặc dịch não tủy từ tai, bầm máu vùng sau tai (dấu hiệu Battle) hoặc thành sau họng, liệt các thần kinh sọ 7, 8.
- Nứt vỡ sán sọ sau: bầm tím vùng gáy, phù gai thị hoặc xuất huyết võng mạc, động kinh kiểu thân não, trợn mắt.

#### 3. Tổn thương màng não.

Các mạch máu của màng não bị đứt có thể gây khối máu tụ chèn ép hoặc chảy máu vào dịch não tủy

- \* Triệu chứng của khối máu tụ chèn ép não:

- Theo sau các chấn thương làm nứt vỡ xương sọ.
- Có khoảng tĩnh, dài từ vài giờ đến vài tuần tùy theo vị trí và độ lớn của khối máu tụ.
- Có rối loạn thần kinh tự dưỡng tăng dần
- Dấu hiệu thần kinh định vị xuất hiện dần dần: nở đồng tử cùng bên và liệt nửa người bên đối diện với tổn thương
- Chụp X quang: thấy các vết nứt vỡ của xương sọ cắt ngang đường đi của các mạch máu màng não, hình ảnh não bị chèn ép. Chụp mạch não đồ với chất cản quang thấy chất cản quang tràn ra khỏi mạch máu, có khối máu tụ hay 1 khoảng vô mạch.

- \* Triệu chứng của chảy máu dưới màng nhện:

- Trên lâm sàng có hội chứng màng não: nhưc đầu, nôn vọt, cổ cứng, có dấu hiệu Kernig và Brudzinski
- Cận lâm sàng: Dịch não tủy có máu.

#### 4. Chấn thương não kín

- \* Chấn động não: não bị chấn động nhưng không có tổn thương thực thể. Triệu chứng là mất tạm thời các chức năng của não nhưng sẽ hồi phục nhanh chóng và hoàn toàn.
- \* Dập não: tùy mức độ nặng nhẹ, có các triệu chứng:
  - Tri giác: thường hôn mê ngay sau chấn thương.
  - Rối loạn thần kinh tự dưỡng ngay từ đầu.
  - Có dấu hiệu thần kinh định vị sớm (dẫn đồng tử, liệt nửa người).
  - Có tư thế mất não (ưỡn cứng duỗi người hoặc người mềm nhũn cổ lưng lỏng).
  - Trong trường hợp nặng: mất mọi phản xạ, đồng tử 2 bên nở lớn và không phản ứng với ánh sáng
- \* Máu tụ trong não: triệu chứng lâm sàng không rõ, cần xác định bằng phim X quang.
- \* Phù não: thường đi kèm theo mọi tổn thương của não hoặc màng não, làm gia tăng thêm triệu chứng và độ nặng của tổn thương

### 5. Vết thương sọ não (thương tích sọ não hở)

Thường do hoá khí hoặc vũ khí sắc bén gây nên, có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Triệu chứng thần kinh thay đổi tùy theo mức độ tổn thương não.

- Tổng trạng: thường dậy dụa, mê sảng, động kinh; nhưng có bệnh nhân vẫn tỉnh táo.
- Khám vết thương thấy dịch não tuỷ chảy ra hoặc thấy não lò ra.
- Khám thần kinh: trừ trường hợp nặng, ít khi bệnh nhân hôn mê sâu. Các rối loạn về vận động, cảm giác, phản xạ và các chức năng khác của não phụ thuộc theo vùng não bị tổn thương

## **V. TIỀN LƯỢNG - BIẾN CHỨNG VÀ DƯ CHỨNG.**

### 1. Tiên lượng: có thể dựa trên thang điểm Glasgow

Mở mắt	Trả lời	Vận động	Điểm
Không mở	Không trả lời	Không cử động	1
Khi bị đau	Chỉ có âm vô nghĩa	Co cứng mắt não (*)	2
Theo lệnh	Trả lời không phù hợp	Co cứng mắt vỏ não (#)	3
Tự nhiên	Lẫn lộn, lú lẫn	Khi đau đón, chỉ gấp chi	4
	Có định hướng, chính xác	Khi đau đón, chính xác	5
		Theo lệnh	6

Ghi chú: (\*) Tứ chi co cứng ở tư thế duỗi.

(#) Tứ chi co cứng: chi trên co, chi dưới duỗi.

Theo thang điểm này:

- Tối thiểu được 3 điểm ( rất nặng )
- Tối đa được 15 điểm ( bình thường )
- Mức giới hạn là 7 điểm ( tiên lượng trung bình ). Trên 7 điểm tiên lượng khá, dưới 7 điểm tiên lượng nặng.
- Điểm thay đổi theo thời gian: điểm tăng lên sau 2 lần khám thì tiên lượng tốt, ngược lại là xấu.

### 2. Biến chứng và dư chứng

\* Nhiễm khuẩn: thường theo sau vết thương sọ não, hoặc thương tích sọ não hở.

- Viêm màng não, viêm não
- Abscess não: có thể sớm hoặc muộn (10 năm)

\* Hội chứng não sau chấn thương .

- Nhức đầu: khu trú hay lan rộng, tăng khi hoạt động, làm việc, mệt mỏi, ồn ào .
- Yếu mệt , chóng mặt đi không vững .

- Khó ngủ .
- Đãng trí, mất trí nhớ.
- \* Mất chức năng não: Tùy thuộc vùng não bị tổn thương, có thể mất vận động, mất cảm giác, mất các chức năng TK cao cấp ( suy nghĩ, nói, viết, cách xử thế...)
- \* Động kinh: Rất thường xảy ra do tổn thương bên trong hộp sọ. Phần lớn các trường hợp động kinh sẽ giảm dần hoặc biến mất sau vài năm.

## **VI. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ:**

### **1. Sơ cứu:**

- \* Biện pháp chung .
  - Bảo đảm hô hấp và tuần hoàn tốt .
  - Khám nhanh để nhận định mọi thương tích của nạn nhân .
  - Bất động xương gãy nếu có .
- \* Sơ cứu về thần kinh:
  - Khám thần kinh để nhận định loại và độ nặng của tổn thương .
  - Băng sạch vết thương: không sát khuẩn, không thăm dò, không cố lấy dị vật, không rắc kháng sinh. Chỉ cần cắt tóc và lấy dị vật xung quanh vết thương rồi băng sạch .
  - Nếu bệnh nhân dẫy dựa nhiều, cho thuốc chống động kinh (Diphenylhydantoin) hay (Dilantin) 100 mg x 3 /ngày, liều đầu tiên 500 mg. Tránh các thuốc an thần .

### **2. Điều trị:**

- \* Các chỉ định và phương pháp phẫu thuật .
  - Rách da đầu đơn thuần: cắt lọc sớm , may da .
  - Vỡ xương sọ: không điều trị gì đặc biệt, ngoại trừ trường hợp lún hoặc lõm xương sọ gây tổn thương não - màng não thì cần mổ nâng nơi lún hoặc lõm lên.
  - Khối máu tụ gây chèn ép trong sọ: mổ khẩn để để làm thoát máu tụ và cầm máu .
  - Vết thương sọ hở: lấy hết xương vụn và dị vật, hút não dập xong khâu kín. Không nên lấy dị vật khó có thể làm tổn thương não thêm .
- \* Các biện pháp khác:
  - Nghỉ ngơi: hạn chế các hoạt động trong thời gian theo dõi chấn thương sọ não. Bệnh nhân bị chấn động não phải nghỉ ngơi và theo dõi 21 ngày.
  - Dùng kháng sinh nếu chấn thương sọ não thuộc loại hở: vết thương sọ não, vỡ sán sọ, chấn thương sọ não đã được phẫu thuật .
  - Chống phù não: Có nhiều biện pháp
    - + Cho thở Oxy: thiếu Oxy, não dễ bị phù.
    - + Glycerine 50 % 50 ml uống 2 lần / ngày ( 3 - 10 ngày )
    - + Glucoza 30 % 200 ml - 500 ml truyền TM 30 giọt / P ( 3 - 10 ngày )
    - + Mannitol 20 % 200 ml truyền TM 60 giọt / P ( 3 - 5 ngày )
    - + Depersolone 60 mg + SGI 5 % truyền TM 30 giọt / P ( 3 - 10 ngày )
 Có thể kết hợp 2 - 3 loại thuốc chống phù não .  
 Sau mổ cũng dùng các thuốc trên chống phù não, có thể kết hợp thêm Furosemide 20 - 40 mg IM, hoặc uống.
  - Chống rối loạn thần kinh tự dưỡng: Novocain 0,25 % 100 - 200 ml truyền TM. Giảm sốt bằng lau mát, chườm đá .
  - Áp dụng các biện pháp chống biến chứng do hôn mê: loét da, viêm phổi và nhiễm khuẩn tiết niệu, suy dinh dưỡng .
  - An thần , chống động kinh: Diazepam 5 - 10 mg IM.

## BÀI 6. CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Nhận biết được một số tổn thương thông thường của chấn thương lồng ngực.
- 1.2. Sơ cứu được những chấn thương đó.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương lồng ngực có 2 loại:

- Vết thương ngực: do vật sắc nhọn như vũ khí hoặc hoá khí gây nên.
- Đụng dập ngực: ngực bị đập mạnh vào các vật cứng, vật tù.

Các thương tích trên đều đưa đến sự nguy hiểm chung là làm thiếu Oxy máu do các rối loạn hô hấp và tuần hoàn.

#### II. CƠ THỂ BỆNH

1. Vết thương ngực là các tổn thương có rách da thành ngực, gồm

- \* Vết thương thành ngực: có thể chỉ là vết thương phần mềm đơn thuần hay có gãy xương sườn kèm theo.
- \* Vết thương thấu ngực: tổn thương làm thủng màng phổi. Tùy theo sự thông thương của xoang màng phổi với bên ngoài, vết thương thấu ngực lại được chia thành
  - Vết thương ngực kín: miệng vết thương nhỏ, tự bít kín.
  - Vết thương ngực mở: miệng vết thương lớn, có khi mất một mảng thành ngực.
  - Vết thương ngực có van: miệng vết thương tạo thành một cái van, chỉ cho khí đi vào xoang màng phổi khi hít vào và ngăn chặn không cho khí từ màng phổi thoát ra khi thở ra. Loại vết thương này gây tràn khí màng phổi với áp suất dương và gây chèn ép phổi và trung thất rất nhanh và nặng.
  - Vết thương phổi hợp ngực bụng hoặc bụng ngực .

Các vết thương thấu ngực thường làm thủng, rách các cơ quan trong lồng ngực (phổi, phế quản, tim, các mạch máu lớn ) và gây tràn khí hoặc tràn máu ở xoang màng phổi, màng tim hoặc trung thất.

2. Đụng dập ngực thường có 2 thể:

- Nhẹ: Đụng dập phần mềm kèm theo gãy một vài xương sườn.
- Nặng: Gây nhiều xương sườn tạo thành mảng sườn di động, đập vỡ nội tạng ngực gây tràn máu hoặc tràn khí ở các xoang màng tim, màng phổi hoặc trung thất.

#### III. SINH LÝ BỆNH

Chấn thương ngực có thể gây ra hai rối loạn chính là suy hô hấp và suy tuần hoàn

1. Hô hấp bị suy vì

- \* Thông khí kém:
  - Nghẽn tắc đường thở: đàm dãi ứ đọng, tràn khí dưới da
  - Giảm hô hấp cơ học vì đau, vì hô hấp đảo ngược trong vết thương ngực hở hoặc mảng sườn di động.
- \* Giảm thể tích trao đổi khí của phổi: Phổi bị xẹp do tràn khí hoặc tràn máu màng phổi.

2. Tuần hoàn bị suy vì

- \* Mất máu nặng do thủng, rách các mạch máu lớn trong lồng ngực.
- \* Tim hoạt động không hiệu quả:

- Tim bị tổn thương: thủng, vỡ.
- Tim bị chèn ép vì tràn máu màng tim.
- Các mạch máu lớn của tim bị chèn ép, xô đẩy và biến dạng.

#### **IV. TRIỆU CHỨNG**

**1. Toàn thân:** thường có dấu hiệu suy tuần hoàn hoặc /và suy hô hấp, nhất là khi có tổn thương bên trong lồng ngực.

- \* Suy hô hấp: tím tái, khó thở, thở nông nhanh, khô khè, co kéo các cơ hô hấp.
- \* Suy tuần hoàn: nhợt nhạt, toát mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp giảm, choáng.

**2. Các tổn thương thực thể ngoài thành ngực**

\* Vết thương ngực

- Tràn khí dưới da: da vùng cổ, ngực phồng lên, ấn nghe lẹp xẹp.
- Vết thương ngực kín: thường là vết thương nhỏ, tự bịt kín.
- Vết thương ngực hở: qua miệng vết thương có thể trông thấy phổi, hoặc thấy khí ra vào phì phò khi bệnh nhân thở.
- Vết thương ngực có van: lồng ngực một bên căng, thành ngực có vết thương tạo thành một van. Khi hít thì không khí theo vết thương lọt vào xoang màng phổi, khi thở ra thì van kín miệng vết thương lại. Bệnh nhân bị suy hô hấp nhanh vì tràn khí màng phổi với áp suất dương.

\* Đụng dập ngực

- Da vùng bị đụng dập thường bầm tím.
- Gãy xương sườn đơn thuần: thở đau và ấn đau nơi xương gãy, chẩn đoán xác định bằng chụp phim X quang lồng ngực.
- Mảng sườn di động: một phần thành ngực bệnh nhân di động không đồng bộ với phần còn lại. Thường có triệu chứng suy hô hấp.

**3. Các hội chứng bên trong lồng ngực:** thường gặp trong vết thương thấu ngực hoặc đụng dập ngực nặng, rất thường có suy hô hấp và suy tuần hoàn kèm theo.

- \* Tràn khí màng phổi: lồng ngực kém di động, rung thanh giảm, gõ trong, rì rào phế nang giảm. Chụp X quang thấy phổi bị xẹp, và có hơi trong xoang màng phổi.
- \* Tràn máu màng phổi: lồng ngực kém di động, có hội chứng 3 giảm. Chụp X quang thấy phía bị tràn máu mờ đục.
- \* Tràn máu màng tim: mạch tăng, huyết áp giảm, tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim nghe xa xăm. Siêu âm hoặc X quang thấy bóng tim lớn và kém di động.

#### **V. BIẾN CHỨNG**

1. Viêm mũ màng phổi: bệnh nhân sốt, rét run, khó thở. Khám thấy có hội chứng 3 giảm và chọc dò xoang màng phổi có mủ.

2. Dị vật lồng ngực: gây ho ra máu, nhiễm trùng tái phát nhiều lần.

3. Dây dính màng phổi: làm xẹp phổi, co rút lồng ngực và hạn chế hô hấp.

#### **VI. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ**

**1. Xử trí cấp cứu**

\* Bảo đảm hô hấp tốt:

- Giữ thông đường thở: lấy hết dị vật, lau hết đàm dãi trong miệng mũi.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.

\* Xử trí các tổn thương ở thành ngực

- Vết thương thành ngực: băng vô khuẩn các vết thương thành ngực để cầm máu. Các vết thương ngực mở cần phải bịt kín lỗ thủng với băng gạc.

- Gãy xương sườn: băng cố định để chống đau . Đối với mảng sườn di động phải tìm cách băng ép chặt để giữ cố định mảng sườn ngay tại chỗ.
- \* Phòng chống choáng
  - Phong bế thần kinh liên sườn với Novocaine 1% .
  - Trợ tim, trợ sức: cho uống trà đường nóng.
- \* Cho kháng sinh đường toàn thân.
- \* Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

## 2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị một số tổn thương trong chấn thương ngực

- \* Vết thương ngực hở: may kín, dẫn lưu tối thiểu.
- \* Gãy xương sườn đơn thuần: cố định sườn gãy bằng băng dính to bản.
- \* Tràn khí màng phổi: nếu ít thì để tự nhiên, nếu nhiều thì chọc hút ở khoảng liên sườn 2 trên đường giữa xương đòn.
- \* Tràn máu màng phổi: dẫn lưu kín ở khoảng liên sườn 6 hay 7 trên đường giữa nách với ống dẫn lưu to 1 cm. Nếu có hút nhẹ 15 phút mỗi giờ thì càng tốt. Nếu máu dẫn lưu đạt các tiêu chuẩn để truyền hoàn hồi thì có thể truyền trả lại cho bệnh nhân.
- \* Tràn máu màng tim có chèn ép nặng: chọc dò màng tim, chỉ cần hút ra 10-20 cc.
- \* Các trường hợp có chỉ định mổ:
  - Mảng sườn di động: mổ để cố định sườn với chỉ thép hoặc kéo tạ.
  - Đứt rách khí - phế quản.
  - Tràn máu màng phổi, điều trị bảo tồn bằng dẫn lưu kín không kết quả.
  - Vết thương tim hoặc mạch máu lớn làm chảy máu nhiều, hồi sức không hiệu quả.
  - Tổn thương phổi hợp ngực bụng.

## BÀI 7. CHẤN THƯƠNG BỤNG

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Mô tả được triệu chứng lâm sàng của chấn thương bụng.

1.2. Biết cách xử trí chấn thương bụng kín ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

Nội dung:

Chấn thương bụng được chia thành hai loại

- Vết thương bụng: là các chấn thương có gây rách da thành bụng.

- Chấn thương bụng kín: gồm các chấn thương không gây rách da thành bụng.

Trong phần lớn trường hợp, chính tổn thương của nội tạng bên trong ổ bụng quyết định độ nặng nhẹ do chấn thương gây nên.

### A. VẾT THƯƠNG BỤNG

#### I. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây vết thương bụng thường gặp là

- Thời bình: vũ khí hoặc vật dụng sắc nhọn như dao, cây hoặc cọc nhọn, sừng trâu...

- Thời chiến: hoá khí như đầu đạn, mảnh trái nỏ....

#### II. CƠ THỂ BỆNH

Các vết thương bụng được chia thành 2 loại:

1. Vết thương không thấu ổ bụng: chủ yếu là vết thương phần mềm của thành bụng, phúc mạc không bị rách.

2. Vết thương thấu ổ bụng: vật gây thương tích vào đến ổ bụng. Tùy theo vết thương nông hay sâu và tổn thương của các nội tạng, lại có thể chia thành 2 loại khác nữa là:

\* Vết thương thấu ổ bụng đơn thuần: vật gây thương vào đến ổ bụng nhưng không gây tổn thương cho nội tạng.

\* Vết thương thấu bụng kèm tổn thương nội tạng: do nội tạng bụng bị tổn thương nên có thể gây ra hai loại bệnh lý sau đây

- Chảy máu trong: do thủng vỡ các tạng chứa máu như gan, lách, mạch máu...

- Viêm phúc mạc: do thủng vỡ các tạng rỗng như ống tiêu hoá, đường tiết niệu...

\* Vết thương bụng phối hợp: ngoài các tổn thương nội tạng bụng, vật gây thương còn làm tổn thương các tạng khác tùy theo đường vào

- Vết thương với đường vào từ bụng: vt bụng-ngực, bụng-chậu, bụng-sinh dục...

- Vết thương từ nơi khác tới bụng: vt ngực-bụng, sinh môn-bụng, thắt lưng-bụng...

Nhìn chung, các vết thương không thấu ổ bụng được phân loại và xử trí như vết thương phần mềm ở bụng. Trái lại các vết thương thấu ổ bụng đòi hỏi phải xử trí riêng biệt cho phù hợp với tổn thương của nội tạng bên trong.

#### III. LÂM SÀNG

Trọng tâm là phát hiện các vết thương thấu ổ bụng hoặc có kèm tổn thương nội tạng. Khám bệnh nhân ngay sau khi bị thương tích ở bụng có thể thấy

1. Tổng trạng: thay đổi tùy theo mức độ tổn thương

- Đau đớn, có thể choáng nhẹ: thường gặp trong vết thương không thấu ổ bụng.

- Choáng nặng: gặp trong các trường hợp có thủng vỡ hoặc lòi nội tạng.

## 2. Khám bụng: có 2 khả năng

\* Các trường hợp hiển nhiên: vết thương thấu ổ bụng có thể thấy rõ trên lâm sàng ngay từ đầu như

- Thấy nội tạng bụng như ruột, mạc nối...lòi ra ngoài vết thương bụng.
- Thấy dấu hiệu thủng vỡ nội tạng: có thức ăn, dịch tiêu hoá, phân, nước tiểu... thoát ra từ vết thương bụng.

\* Trong các trường hợp kém rõ ràng khác: việc chẩn đoán vết thương thấu ổ bụng phải dựa vào các điểm sau:

- Xem xét hướng đi của vật gây thương tích, xem có khả năng xuyên thấu đến ổ bụng hay không. Cần chú ý đến các vết thương có đường vào không ở thành bụng nhưng vẫn có khả năng vào đến ổ bụng như vết thương ở đùi, mông, lưng, vùng sinh môn, và các vết thương ngực từ khoảng liên sườn thứ 5 trở xuống.
- Sự xuất hiện các triệu chứng xuất huyết nội và viêm phúc mạc ( Xem các hội chứng thường gặp trong chấn thương bụng kín ).

## **IV. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ**

### 1. Xử trí

\* Chống choáng

\* Sơ cứu vết thương

- Các vết thương bụng phải được sơ cứu và băng sạch trước khi chuyển đến bệnh viện.

Không nên tìm cách rút vật gây thương tích ra vì có thể gây biến chứng sớm.

- Vết thương bụng có lòi nội tạng không được nhét trở vào ổ bụng. Cần lấy tô hoặc thau sạch úp lên nội tạng và băng cố định lại, sau đó chuyển đến bệnh viện.

### 2. Điều trị

\* Vết thương không thấu ổ bụng được xử trí như vết thương phần mềm.

\* Các vết thương thấu ổ bụng đều có chỉ định mổ cấp cứu để xác định sớm tổn thương của nội tạng để xử trí thích hợp. Rất ít có trường hợp chờ đến khi có triệu chứng xuất huyết nội hoặc viêm phúc mạc mới mổ.

## **B. CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Chấn thương bụng kín bao gồm các chấn thương ở bụng do các vật tù gây ra, còn gọi là đụng dập bụng, hoặc do sức ép tác động từ xa đến. Tổn thương ở thành bụng có thể không phản ánh đúng tổn thương thực sự của các nội tạng bên trong ổ bụng.

### **II. LÂM SÀNG**

#### **1. Khám bệnh ngay sau khi bị chấn thương có thể thấy**

\* Tổng trạng: chủ yếu là phát hiện tình trạng choáng

- Trạng thái choáng vì đau đớn do chấn thương: vật vã, xanh xao, dấu hiệu sinh tồn hơi bất thường và không ổn định .
- Choáng thật sự do thủng vỡ nội tạng: mạch nhanh, huyết áp tụt, tay chân lạnh, thở nhanh nông, tri giác lẫn lộn.

\* Khám bụng: Trong lần khám đầu tiên, trừ trường hợp chấn thương rất nặng và có các triệu chứng thủng vỡ nội tạng sớm, phần lớn các dấu hiệu khám được sau đây không giúp ta có chẩn đoán xác định ngay

- Nhìn: thành bụng bị tổn thương trầy xước, bầm dập, tụ máu.....nhưng nhiều khi tổn thương thành bụng không đáng kể
- Sờ: bụng gồng cứng ít hay nhiều tùy theo mức độ đau.



- Gõ: bụng trướng nhẹ.
- Nghe: tiếng ruột tăng hoặc giảm không đáng kể.
- Khám túi cùng Douglas: có thể đau hoặc không.

## **2. Tiến triển**

Cần theo dõi sát bệnh nhân, khám lại sau mỗi 1/2 giờ để xác định:

- \* Hoặc là tình trạng bệnh nhân khá dần, và diễn tiến thuận lợi cho đến khi khỏi hẳn. Đây là các trường hợp đưng dập bụng nhưng không có tổn thương nội tạng quan trọng.
- \* Hoặc là tình trạng bệnh nhân nặng dần, với các triệu chứng viêm phúc mạc hoặc/và xuất huyết nội. Đây là các trường hợp đưng dập bụng có thủng vỡ nội tạng.

## **III. CHẤN THƯƠNG BỤNG CÓ THÙNG VỠ NỘI TẠNG: CÁC HỘI CHỨNG THƯỜNG GẶP**

### 1. Hội chứng xuất huyết nội ( chảy máu trong )

- \* Thường biểu hiện rõ trong vòng 6 giờ
- \* Chấn thương thường ở thành bên bụng, nơi có các tạng đặc như gan, lách, thận.
- \* Choáng mất máu: huyết áp < 100 mmHg, Mạch > 100 l / phút , khó thở, xanh xao, tay chân lạnh, dễ choáng váng khi thay đổi tư thế.
- \* Dấu hiệu phúc mạc bị kích thích: bụng co cứng nhẹ, ấn đau, có phản ứng dội. Khám túi cùng Douglas đầy và đau.
- \* Dấu hiệu vỡ nội tạng chảy máu:
  - Gõ đau khu trú ở nơi nội tạng vỡ (Lange)
  - Có vết bầm máu lớn dần ở vùng thắt lưng (Gray-Turner), ở rốn (Cullen).
  - Tiểu ra máu
  - Chọc dò ổ bụng hoặc túi cùng Douglas có máu không đông.
- \* Xét nghiệm
  - Siêu âm bụng: có hình ảnh vỡ tạng đặc và tụ máu trong ổ bụng.
  - X quang bụng không sửa soạn: vùng tạng đặc vỡ bị mờ.
  - Xét nghiệm máu: Số lượng hồng cầu và Hematocrit giảm rõ sau 6 giờ.

### 2. Hội chứng viêm phúc mạc

- \* Thường biểu hiện rõ trong vòng 24 giờ
- \* Chấn thương thường ở giữa bụng, nơi có các tạng rỗng như ống tiêu hoá, bàng quang...
- \* Có phản ứng phúc mạc: đau bụng liên tục, thành bụng co cứng và đau, phản ứng dội rõ. Khám túi cùng Douglas đau.
- \* Liệt ruột: là triệu chứng muộn với bụng trướng, gõ vang, giảm hoặc mất tiếng ruột.
- \* Chọc dò ổ bụng: có dịch đục, mủ, dịch tiêu hoá hoặc nước tiểu.
- \* Xét nghiệm
  - Siêu âm bụng: có hình ảnh hơi trong ổ bụng; tụ dịch, mủ ở vùng thấp trong ổ bụng.
  - X quang bụng không sửa soạn: có hơi trong ổ bụng nếu vỡ ống tiêu hoá.
  - Xét nghiệm máu: Số lượng bạch cầu, nhất là Neutrophil tăng cao.

## **IV. XỬ TRÍ VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Xử trí bệnh nhân bị chấn thương bụng kín**

- \* Cho nằm nghỉ ngơi ở nơi tiện theo dõi
- \* Bảo đảm hô hấp và tuần hoàn tốt.
- \* Theo dõi thường xuyên để phát hiện sớm hội chứng xuất huyết nội và/hoặc viêm phúc mạc. Cần lưu ý là các hội chứng này có thể xuất hiện muộn sau một vài tuần.
- \* Thực hiện các biện pháp giúp theo dõi và chẩn đoán:
  - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
  - Đặt đường truyền dịch tĩnh mạch.

- Không cho ăn uống.
- Đặt ống thông dạ dày.
- Đặt ống thông tiểu.
- \* Chuẩn bị tiên phẫu
- Làm các xét nghiệm cần thiết
- Không được dùng thuốc giảm đau.

## 2. Điều trị

- \* Có chỉ định mổ trong các trường hợp chấn thương bụng kín có kèm theo:
  - Chẩn đoán chắc chắn viêm phúc mạc hoặc xuất huyết nội.
  - Xuất huyết tiêu hoá hoặc tiết niệu kéo dài.
  - Chọc dò ổ bụng có máu hoặc dịch đục, mủ.
  - Choáng kéo dài dù có truyền máu và hồi sức.
- \* Các biện pháp khác:
  - Kháng sinh
  - Bồi hoàn đủ khối lượng tuần hoàn .

## CHẤN THƯƠNG THẬN

### I. ĐẠI CƯƠNG

Thận là một tạng đặc nằm sau ổ bụng, tương đối di động và chủ mô lại kém vững chắc nên khi bị chấn thương rất dễ dập vỡ. Các hình thức chấn thương thận thường gặp là:

- Chấn thương trực tiếp vào vùng thắt lưng hoặc hạ sườn, thường là do đụng dập.
- Chấn thương gián tiếp, do ngã từ cao xuống, do sức ép từ nơi xa đến.
- Vết thương thận do hoá khí hay do vũ khí sắc bén.

### II. CƠ THỂ BỆNH

#### 1. Tổn thương của thận, được phân chia theo mức độ nặng dần:

- Chảy máu dưới bao thận
- Rách chủ mô thận, có thể lan đến bao thận hoặc vào hệ thống đài bể thận.
- Vỡ thận thành nhiều mảnh, đôi khi tách rời hẳn hoặc dập nát.
- Đứt rời cuống thận gồm mạch máu và niệu quản.

2. **Tổn thương phối hợp:** do chấn thương vào thành bụng, có thể có các tổn thương như gãy xương sườn, vỡ gan hoặc vỡ lách kèm theo.

#### 3. Tiến triển

- Máu chảy từ các tổn thương của chủ mô thận có thể tự cầm, nhưng cũng có thể không cầm được, hoặc chảy máu thứ phát sau khi đã ngưng chảy.

- Tổn thương hệ thống bài tiết có thể làm chảy nước tiểu vào khoảng mô quanh thận.

- Các tổn thương thận, đài bể thận và mô quanh thận đều lành bằng cách hoá sẹo gây chèn ép hoặc chít hẹp các cơ quan tiết niệu và chung quanh, và dẫn đến kết quả là suy thận.

### III. TRIỆU CHỨNG

Sau khi bị chấn thương, bệnh nhân có các triệu chứng sau:

#### 1. Triệu chứng chức năng

- Choáng: nếu xảy ra ngay sau chấn thương và chỉ thoáng qua thì thường là do đau. Nếu sau một thời gian mới xảy ra hoặc mỗi ngày một nặng dần thì phải nghi là có chảy máu trong.

- Đau vùng thắt lưng, hạ sườn có thể lan xuống hố chậu hoặc lên vai cùng bên.

- Đái ra máu: là triệu chứng thường xuyên và quan trọng nhất. Có thể tiểu ra máu toàn bãi màu đỏ tươi hoặc đỏ sậm ngay sau khi bị chấn thương hoặc sau vài ngày. Tùy mức độ tổn thương của thận mà tiểu ra máu nhiều hay ít, kéo dài lâu hay mau.

## **2. Triệu chứng thực thể**

### **\* Chủ yếu là tìm thấy khối máu tụ quanh thận:**

- Các cơ vùng thắt lưng, hạ sườn cơ cứng.  
- Sờ góc sống sườn có cảm giác đầy hoặc cảm giác có khối u giới hạn không rõ rệt, gõ đục, ấn đau.

- Đôi khi thấy bầm máu vùng thắt lưng lan xuống hố chậu và vùng bẹn.

### **\* Tìm các tổn thương phối hợp như vỡ gan, vỡ lách, gãy xương sườn.**

## **3. Cận lâm sàng**

### **\* Các phương pháp hiện hình thận**

- Chụp X quang bụng không sửa soạn: bóng thận to và mờ vì có máu tụ quanh thận.  
- Siêu âm bụng: có thể xác định được tổn thương của thận cũng như tình trạng tụ máu hoặc chảy nước tiểu ra khoảng quanh thận.

- Chụp hệ tiết niệu với chất cản quang tiêm tĩnh mạch (Urographie Intra Veineuse hay UIV) biết được tổn thương và chức năng của cả hai thận.

### **\* Xét nghiệm khác**

- Máu: Số lượng hồng cầu và dung tích hồng cầu giảm dần.

- Xét nghiệm nước tiểu: có nhiều hồng cầu.

## **IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG**

### **1. Thể nhẹ**

- Sau chấn thương, có đái ra máu nhưng ít và thoáng qua.  
- Không có máu tụ quanh thận  
- X quang và siêu âm không phát hiện tổn thương.  
- Tiến triển thường gặp là tự khỏi nhưng cần theo dõi trong vòng 3 tuần lễ.

### **2. Thể điển hình**

- Có chấn thương vào vùng thắt lưng hoặc hạ sườn .  
- Sau chấn thương có đái ra máu nhiều.  
- Khám thấy máu tụ quanh thận.  
- Siêu âm và X quang xác định được tổn thương của thận.

### **3. Thể nặng**

- Sau chấn thương, có triệu chứng choáng mất máu nặng.  
- Đái ra máu: có thể rất nặng và nhiều, ra máu cục. Ngược lại có thể không đái ra máu do cục máu đông làm nghẹt niệu quản hoặc do đứt cuống thận.  
- Máu tụ quanh thận thường lớn, bầm tím vùng thắt lưng.  
- Siêu âm xác định được tổn thương và khối máu tụ.  
- UIV thấy thận bị tổn thương không bài tiết chất cản quang ( thận câm ).

### **4. Thể phối hợp**

Ngoài các triệu chứng do chấn thương thận, có thêm triệu chứng do tổn thương các cơ quan khác như gãy xương sườn, vỡ gan, vỡ lách, vỡ các tạng rỗng trong ổ bụng...

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

**1. Trường hợp nhẹ,** thận tự liền sẹo và khỏi.

**2. Trường hợp nặng,** thường có các biến chứng:

- Chảy máu kéo dài hoặc chảy máu thứ phát gây thiếu máu.  
- Nhiễm khuẩn gây viêm thận mủ, abscess quanh thận.  
- U nang niệu giả do nước tiểu chảy vào vùng quanh thận .  
- Sỏi thận hoặc sỏi niệu quản gây cơn đau quặn thận, tiểu máu, nhiễm khuẩn niệu.  
- Sẹo chèn ép thận và niệu quản gây cao huyết áp, thận trưởng nước, suy thận.

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Sơ cứu**

- Chống choáng: cho nằm nghỉ ngơi, cho thuốc trợ tim, trợ sức.
- Nếu cho thuốc giảm đau phải cân nhắc chống chỉ định nếu có tổn thương nội tạng bụng.
- Cho vitamine K để phòng chảy máu thứ phát.
- Cho kháng sinh uống hoặc tiêm để phòng nhiễm trùng.

### **2. Nội khoa:**

- Trường hợp nhẹ và không có biến chứng: để bệnh nhân nằm nghỉ, cho kháng sinh, vitamine K và theo dõi 3 tuần.
- Trường hợp nặng, có choáng mất máu: chống choáng, nếu ổn định dần thì tiếp tục điều trị nội khoa.

### **3. Ngoại khoa: có chỉ định mổ nếu**

- Đái ra máu ngày một nhiều, hoặc chảy máu thứ phát gây thiếu máu.
- Khối máu tụ quanh thận lớn dần
- Chấn thương thận có kèm tổn thương nội tạng bụng.
- Có biến chứng nhiễm khuẩn như viêm thận mủ, abscess quanh thận.

### **4. Điều trị biến chứng muộn và dư chứng**

- Sỏi thận và sỏi niệu quản: điều trị như sỏi tiết niệu thông thường.
- U nang niệu giả: mổ dẫn lưu, chống nhiễm khuẩn với kháng sinh.
- Sẹo chèn ép thận và niệu quản: mổ cắt sẹo xơ.

## BÀI 8. ĐẠI CƯƠNG VỀ GÃY XƯƠNG

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các nguyên nhân gãy xương
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của gãy xương
- 1.3. Kể được các biến chứng của gãy xương
- 1.4. Biết cách xử trí gãy xương ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung:

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột các cấu trúc bên trong của xương do nguyên nhân cơ học, do đó gây ra sự gián đoạn về truyền lực qua xương.

### I. NGUYÊN NHÂN.

1. Do chấn thương: Hầu hết các xương bị gãy là do lực bên ngoài tác động lên xương lành mạnh bình thường ngay chỗ gãy (chấn thương trực tiếp) hay xa chỗ gãy (chấn thương gián tiếp).
2. Do bệnh lý: gọi là gãy xương bệnh lý các trường hợp xương đã có bệnh từ trước (viêm xương, u xương, v.v...), chỉ cần một chấn thương bên ngoài không đáng kể cũng đủ gây ra gãy xương.
3. Do xương bị mỏi: gãy xương do giằng kéo, chịu lực nặng lâu dài.....

### II. CƠ THỂ BỆNH VÀ SINH LÝ BỆNH:

#### 1. Phân loại gãy xương dựa trên tổn thương phần mềm:

- **Gãy xương kín:** Ổ gãy không thông với môi trường bên ngoài, được phân làm 4 độ từ 0 đến 3

Độ	Chấn thương phần mềm (đụng dập)	Tổn thương xương	Triệu chứng chèn ép khoang
0	Tổn thương phần mềm ( TTPM) không đáng kể .	+	0
1	TTPM do đầu xương gãy gây nên, da bị xây sát.	++	0
2	TTPM do chấn thương từ bên ngoài, dập nát cơ đáng kể .	+++	Đe dọa
3	TTPM dập nát nặng, có tổn thương mạch máu hay thần kinh	⇒+++	Có

- **Gãy xương hở:** Ổ gãy thông với môi trường bên ngoài, được phân thành 4 độ từ 1 đến 4

Độ	Vết thương phần mềm (có rách da)	Tổn thương xương	Dự đoán nhiễm khuẩn
1	VTPM do đầu xương gãy chọc thủng da	+	+
2	VTPM do chấn thương từ bên ngoài, dập nát đáng kể	++	++
3	VTPM dập nát nặng, có tổn thương mạch máu hay thần kinh	+++	+++
4	Gãy hở gần đứt lìa chi hoặc cụt chi	⇒+++	⇒+++

## 2. Phân loại gãy xương dựa trên tổn thương xương

- **Gãy hoàn toàn:** Hai đầu xương gãy rời nhau. Nếu các đoạn xương gãy nằm đúng vị trí, ta gọi là gãy xương không di lệch. Trong trường hợp các đoạn gãy bị di chuyển, ta gọi là gãy xương có di lệch. Nếu lấy trục dọc của đoạn gãy gần làm mốc để mô tả di lệch của đoạn gãy xa, thì một xương gãy có nhiều nhất là 4 di lệch.

- Di lệch xa trục: Trục của 2 đoạn gãy gần và xa không đồng trục mà song song với nhau. Loại di lệch này gồm di lệch sang bên, trên dưới và trước sau

- Di lệch dọc trục: Đoạn gãy di lệch theo trục dọc của xương. Di lệch chồng ngắn thường gặp hơn di lệch xa nhau

- Di lệch gấp góc: Trục hai đoạn gãy tạo nên một góc (thường là một góc nhọn).

- Di lệch xoay: Đoạn gãy xa di lệch xoay 1 góc quanh trục dọc của xương.

- **Gãy không hoàn toàn:** thân xương bị gãy 1 phần, 2 đầu gãy còn dính vào nhau (gãy cành tươi).

- **Gãy phức tạp:** Xương gãy nhiều đoạn hoặc dập nát

## 3. Quá trình lành xương:

Xương gãy tạo nên 1 ổ gãy và lành theo 4 giai đoạn:

- Xuất hiện quá trình viêm, thực bào khối máu tụ và các mảnh xương rời trong ổ gãy.

- Mọc mô hạt và mạch máu mới để nối các đầu xương gãy bằng mô sợi.

- Tạo xương mới bằng cách vôi hóa chất xương do tạo cốt bào tiết ra, thường kéo dài khoảng 3 tuần.

- Sửa lại xương mới: loại bỏ bớt xương thừa, tạo lại ống tủy. Quá trình này kéo dài nhiều tháng.

## III. CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA GÃY XƯƠNG

1. Sau một chấn thương, tại nơi chấn thương thường có các **triệu chứng gợi ý** gãy xương như:

- Đau tại nơi chấn thương.
- Giảm hoặc mất cử động cơ năng.
- Sung nề, bầm tím hoặc có vết thương phần mềm.

2. Nhưng để xác định có gãy xương, cần tìm một trong các **dấu hiệu chắc chắn** sau đây.

### **Gãy xương hở:**

- Thấy đầu xương gãy ở vết thương.
- Vết thương chảy máu có lẫn những giọt mỡ óng ánh.

### **Gãy xương kín**

\* Nhìn và so sánh 2 bên cơ thể, thấy có biến dạng:

- Ngắn chi, gấp góc, tư thế bất thường.
- Có cử động bất thường ngoài nơi có khớp.

\* Sờ nắn dọc theo xương:

- Phát hiện nơi đau chói
- Nghe được hoặc cảm giác được tiếng lạo xạo xương.

3. **X quang:** Chụp ít nhất theo hai mặt phẳng khác nhau, phim X quang có thể cho biết chi tiết của gãy xương (nguyên nhân, tổn thương xương và di lệch, tổn thương phần mềm...)

## IV. BIẾN CHỨNG

### 1. Biến chứng sớm:

- Choáng chấn thương: do đau và mất máu.
- Đau xương gãy gãy đứt hoặc chèn ép mạch máu và thần kinh đi bên cạnh.
- Tổn thương các cơ quan khác: vỡ xương chậu làm tổn thương niệu đạo hoặc

bàng quang,

gãy cột sống làm liệt tủy...

### 2. Biến chứng muộn:

- Nhiễm khuẩn hay gặp trong gãy xương hở (gây viêm xương - tủy xương).
- Chèn ép khoang.
- Tắc mạch máu do mỡ .
- Rối loạn dinh dưỡng của chi: phù nề, đau buốt chi, teo cơ, cứng khớp, chậm liền xương.

### 3. Di chứng: Can lệch, khớp giả, bàn tay khoèo, bàn chân ngựa.

## V. SƠ CỨU:

### 1. Phòng chống choáng:

- Giảm đau bằng cách cố định tốt các xương gãy, không nên cố tìm các cử động bất thường và tiếng lạo xạo xương, có thể phong bế novocaine tại ổ gãy hoặc tiêm morphine.

- Truyền dịch, tiêm thuốc trợ sức, trợ tim.

### 2. Xử trí xương gãy:

- Gãy kín chỉ cần bất động tốt ổ gãy.

- Gãy hở phải cầm máu, lau sạch và sát khuẩn quanh vết thương và băng kín. Bất động chi ở tư thế sẵn có, không cố gắng đưa đầu xương gãy trở vào trong vết thương. Có thể cho 1 liều kháng sinh uống hoặc tiêm.

### 3. Chuyển về tuyến điều trị khi tình trạng choáng của bệnh nhân ổn định.

## VI. ĐIỀU TRỊ XƯƠNG GÃY.

Có ba nguyên tắc trong điều trị xương gãy:

**1. Nắn hết các di lệch:** có thể nắn ngoài hay mổ để nắn.

**2. Bất động vững chắc vùng xương bị gãy,** có nhiều phương pháp như: Cố định phần bị gãy với cơ thể, dùng nẹp tre hay nẹp chỉnh hình, bó bột, kéo tạ treo, bất động với khung kim loại cố định ngoài hoặc bất động bằng phẫu thuật kết hợp xương.

**3. Tập vận động chủ động sớm:** Tập gồng cơ ở những nơi bị bất động, cử động nhẹ nhàng, hết biên độ, tăng dần ở những nơi ngoài ổ gãy, hạn chế xoa bóp thụ động và quá mức với dầu nóng ở ổ gãy

## BÀI 9. GÃY XƯƠNG CÁC LOẠI

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng các loại gãy xương
- 1.2. Trình bày được biến chứng của từng loại gãy xương.
- 1.3. Xử trí được các loại gãy xương ở tuyến cơ sở.
- 1.4. Biết cách xử trí gãy xương ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### A. GÃY XƯƠNG ĐÒN

- Gãy xương đòn khá thường gặp, đặc biệt là ở trẻ em, tỷ lệ 5-10% các loại gãy xương.
- Nguyên nhân gãy thường do chấn thương trực tiếp vào xương hoặc gián tiếp vào vai khi té với vai chạm đất,

#### I. CƠ THỂ BỆNH:

- Xương thường gãy ở khoảng 1/3 giữa, đầu trong của xương di lệch lên trên do cơ ức đòn chũm kéo, đầu ngoài di lệch xuống dưới, vào trong và ra trước do cơ tam giác, cơ ngực lớn và do sức nặng của chi trên kéo xuống. Trẻ em thường gãy cành tươi.
- Đầu xương gãy có thể làm tổn thương huyết quản dưới đòn hay mạng thần kinh tay.

#### II. LÂM SÀNG:

**Triệu chứng chức năng:** Sau chấn thương, bệnh nhân đau vùng xương đòn, nhất là khi cử động chi trên. Thường đến khám với tay lạnh đỡ tay đau

**Khám:** Tùy theo thể loại, có thể thấy

\* Gãy không di lệch: nhìn thấy vùng xương đòn sưng. Sờ nắn thấy rõ điểm đau chói.

\* Gãy rời và có di lệch

- Vùng xương đòn sưng. Đôi khi nhìn thấy xương gãy gồ dưới da hoặc chọc thủng da.
- Sờ nắn thấy đau chói và đầu xương gãy.
- Vai như hạ thấp xuống dưới và ra trước.
- Đo chiều dài xương đòn thấy ngắn hơn so với bên lành.

**Chụp phim X quang:** luôn luôn xác định được xương gãy và mức độ di lệch

#### III. ĐIỀU TRỊ:

Hầu hết xương đòn bị gãy dễ liền; chức năng và thẩm mỹ đều tốt.

**a. Gãy không di lệch:** Chỉ cần băng treo tay và thuốc giảm đau là đủ. Rieunau thấy rằng nếu bệnh nhân nằm nghỉ trong hai tuần lễ là có thể đạt kết quả tốt vì khi bệnh nhân nằm vai không kéo xuống, cơ ức đòn chũm chùng, vai đưa ra sau. Chỉ cần dùng hai đoạn băng keo bắt chéo trên xương đòn gãy.

- Ở trẻ em gãy cành tươi rất dễ liền xương và do đó không cần bất động. Nếu xương gãy hoàn toàn thì bất động 10 - 20 ngày với băng treo tay.

- Ở người lớn bất động 4 - 6 tuần với băng treo tay.

**b. Gãy có di lệch.**



- Ở trẻ em nắn di lệch thường dễ và không cần chính xác tuyệt đối. Ở người lớn cần nắn chính xác hơn

- Bất động bằng băng số 8: trẻ em từ 2 - 4 tuần, người lớn từ 6 - 12 tuần.

**c. Phẫu thuật:** hiếm khi cần đến, được chỉ định khi

- Có biến chứng chèn ép, tổn thương huyết quản dưới đòn hoặc mạng thần kinh tay.

- Gãy nhiều mảnh, gãy xương hở, không lành xương sau 3 - 6 tháng.

## **B. GÃY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY KIỂU POUTEAU - COLLES**

Gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau - Colles thường gặp ở người già, nguyên nhân chủ yếu là chấn thương gián tiếp hoặc ngã chống tay với cổ tay duỗi hết mức. Đây là loại gãy xương có di lệch điển hình.

### **I. CƠ THỂ BỆNH**

- Đường gãy: là một đường ngang cách khớp cổ tay từ 1cm (loại gãy thấp) đến 2,5 cm (loại gãy cao) .

- Di lệch: đầu dưới bao giờ cũng di lệch ra sau, ra ngoài và lên trên. Hai mặt gãy thường cài vào nhau.

### **II. TRIỆU CHỨNG**

Các triệu chứng rất điển hình, nếu khám lâm sàng kỹ có thể chẩn đoán được

**1. Triệu chứng chức năng:** Cổ tay thường đau ít, vận động cổ tay ít bị ảnh hưởng, do đó bệnh nhân nhiều khi tới muộn vì nhầm với bong gân.

#### **2. Triệu chứng thực thể**

- Cổ tay sưng, đôi khi thấy vết bầm máu .

- Biến dạng hình lưng nĩa: nhìn phía bên thấy bàn tay đưa ra sau còn cổ tay gò ra trước tạo nên hình lưng nĩa phía trên khớp cổ tay.

- Biến dạng hình lưỡi lê: nhìn thẳng thấy bàn tay lệch ra ngoài. Trục cẳng tay không qua ngón giữa mà qua ngón 4 - 5.

- Mỏm trâm quay lên cao: bình thường mỏm trâm quay thấp hơn mỏm trâm trụ 1-1,5 cm. Ở đây mỏm trâm quay lên cao bằng hoặc cao hơn mỏm trâm trụ khi ta kẻ đường liên mỏm trâm.

- Đau chói khi ta ấn vào trên mỏm trâm quay 1-2 cm (chỗ gãy xương).

- Không có tiếng lạo xạo xương và di động bất thường khi nắn vào ổ gãy vì các đoạn gãy cài vào nhau.

- Đôi khi có toác khớp quay trụ dưới nên ấn vào khớp giữa hai xương rất đau.

**3. Cận lâm sàng:** Chụp X quang luôn luôn xác định được đường gãy và các di lệch.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Xử trí.**

- Giảm đau tại chỗ bằng phong bế Novocaine 0,5 - 1%

- Cố định tạm thời bằng nẹp và dùng băng tam giác treo cẳng tay vuông góc với cánh tay.

- Chuyển lên tuyến trên để điều trị.

## 2. Điều trị

\* Nắn: Nguyên tắc là giữ cố định cẳng tay, kéo bàn tay theo trục cẳng tay để chữa di lệch chông ngắn, nghiêng trong bàn tay hết mức để chữa di lệch lưỡilê và gập cổ tay để chữa di lệch lưng nĩa.

\* Bất động:

- Bất động bằng bó bột từ 1/3 trên cẳng tay đến khớp bàn tay đót, cẳng tay để ở tư thế trung bình. Nhược điểm của bất động bằng bột là hay bị di lệch thứ phát khi cổ tay hết sưng.

- Mô xuyên kim Steinman từ mỏm trâm quay đâm chéo hướng lên trên và vào trong vào thân xương quay. Ưu điểm là có thể tập cử động cổ tay sớm vì ít bị di lệch tái phát.

\* Tập vận động: Thời gian bất động trung bình là 4 tuần lễ. Cần tập vận động các khớp sớm khi hết sưng đau.

## C. GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Do bị loãng xương tuổi già, nhất là ở phụ nữ; cổ xương đùi có thể bị gãy do chấn thương nhẹ trực tiếp hoặc gián tiếp như trượt chân ngã.

### I. CƠ THỂ BỆNH HỌC:

Các đường gãy ở cổ xương đùi có thể chia làm hai loại.

- Gãy cổ xương đùi trong bao khớp: đầu xương dễ bị hoại tử vì hai đầu xương không cài vào nhau và do huyết quản nuôi đầu xương thường bị tổn thương.

- Gãy chân cổ (hay gãy ngoài bao khớp): Hai mặt gãy thường cài vào nhau, trục cổ và thân xương thường gập góc

### II. LÂM SÀNG:

1. **Triệu chứng cơ năng:** Người già sau khi té, đau ở háng ( háng có thể bị sưng hoặc không sưng), không đứng dậy được hoặc là đi được vài bước rồi quy xuống không đứng lên được.

2. **Triệu chứng thực thể:**

- Biến dạng chi: Chi gãy có thể ngắn lại, đùi khép và xoay ngoài.

- Nắn thấy máu chuyên to bị kéo lên trên đường nối gai chậu trước trên và ụ ngồi (đường Roser-Nélaton).

- Háng thường nhô cao, ấn đau.

Trong trường hợp gãy chân cổ do di lệch ít nên triệu chứng cũng giống như trên nhưng ở mức độ ít rõ hơn.

3. **X quang** giúp chẩn đoán phân biệt giữa gãy cổ xương và gãy chân cổ, đánh giá mức độ di lệch.

### III. TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG.

Do thời gian điều trị gãy cổ xương đùi thường lâu, các phương pháp điều trị bất bệnh nhân phải nằm lâu nhất là ở người già có thể gây ra các biến chứng viêm phổi, loét da, nhiễm trùng tiết niệu và tử vong. Phương pháp điều trị thường được chọn lựa là phẫu thuật để bệnh nhân có thể ngồi dậy và vận động sớm

\* Gãy cổ xương trong bao khớp dù đã nắn tốt vẫn có thể có các biến chứng như lún xẹp cổ xương, khớp giả, hoại tử đầu xương. Do đó thường có chỉ định mổ xuyên kim cố định đầu xương hoặc thay đầu xương đùi sớm

\* Gãy chân cổ ít khi bị các biến chứng trên, mặc dù khi xương lành có thể bị ngắn chi, gập góc giữa thân và cổ xương.

## BÀI 10. CHẤN THƯƠNG KHỚP/BONG GÂN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Kể được các triệu chứng lâm sàng của bong gân và sai khớp.
- 1.2. Xử trí được bong gân, sai khớp ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### A. ĐẠI CƯƠNG

#### I. CẤU TẠO CỦA MỘT KHỚP HOẠT ĐỘNG, CHỦ YẾU LÀ KHỚP HOẠT

**DỊCH.** Khớp hoạt dịch được cấu tạo bởi:

\* **Các mặt khớp:** ở các đầu xương, có sụn khớp che phủ. Hình dáng của các mặt khớp phải thật ăn khớp với nhau để khớp vừa có thể chịu lực, vừa có thể di động được.

\* **Bao khớp:** bao bọc khớp và xương quanh mặt khớp, đồng thời giới hạn nên ổ khớp.

- Mặt ngoài bao khớp thường dày lên tạo thành các dây chằng.

- Mặt trong bao khớp là hoạt mạc, tiết ra hoạt dịch.

- Trong ổ khớp, có hoạt dịch làm trơn các cử động của khớp. Ngoài ra trong ổ khớp còn các cấu tạo làm ổn định khớp như dây chằng trong khớp, các sụn chêm.

\* **Các cơ cấu làm ổn định khớp:**

- Cơ cấu ổn định tĩnh: gồm các yếu tố làm vững khớp khi chịu lực như hình dáng của ổ khớp, các dây chằng ở trong và ngoài khớp, sụn chêm.

- Các cơ cấu ổn định động: gồm các yếu tố làm vững khớp khi đang vận động như gân, cơ, cân quanh khớp.

**II. PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG KHỚP** Chấn thương khớp có thể chia thành hai

loại **1. Chấn thương khớp kín**, các dạng thường gặp là:

- Sai khớp hay trật khớp: mất sự tiếp xúc giữa 2 mặt khớp.
- Bán trật khớp: thay đổi sự tiếp xúc bình thường giữa 2 mặt khớp.
- Bong gân: tổn thương các dây chằng khớp.
- Tổn thương sụn chêm khớp.
- Gãy xương thấu khớp.

**2. Vết thương khớp:** cũng gồm các tổn thương như chấn thương khớp kín, nhưng còn kèm theo biến chứng nhiễm khuẩn do bọc lộ ổ khớp ra ngoài.

#### B. BONG GÂN

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Bong gân là tổn thương dẫn hoặc đứt dây chằng khớp do chấn thương. Bong gân thường gặp ở những người trẻ, nhất là các nhà thể thao. Các khớp thường bị bong gân là cổ chân, khớp gối, cổ tay, ngón tay.

#### II. PHÂN LOẠI BONG GÂN

##### 1. Tổn thương dây chằng:

- Độ 1: Dẫn hoặc đứt rất ít thớ dây chằng.
  - Độ 2: Đứt các thớ dây chằng nhưng khớp vẫn vững
  - Độ 3: Đứt dây chằng hoàn toàn hoặc dây chằng bị đứt ra khỏi nơi bám ở xương.
- Trường hợp này khớp thường không vững.

- 2. Độ vững của khớp:** Bong gân độ 3 khớp thường không vững và được chia thành 3 độ:
- Không vững nhẹ: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường < 5 mm : ( + )
  - Không vững trung bình: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường 5 - 10 mm : ( ++ )
  - Không vững nặng: Các mặt khớp bị tách rộng hơn bình thường > 10 mm : ( +++ )

**3. Ổ khớp:** Bao khớp bị giãn mạnh hay đứt, trong ổ khớp có tràn máu hoặc tràn dịch.

### **III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.**

Bong gân xảy ra sau khi chấn thương làm khớp di chuyển vượt quá các giới hạn cử động bình thường.

**1. Triệu chứng chức năng** quan trọng nhất là **đau hai thì** : ngay sau chấn thương nơi bị bong gân đau chói dữ dội làm khớp hạn chế cử động, sau vài phút cảm giác đau giảm dần và khớp tạm thời cử động được, nhưng sau vài giờ cảm giác đau xuất hiện lại và gần như giới hạn hoàn toàn cử động tại khớp bị tổn thương.

**2. Khám thực thể** có thể thấy:

- Nơi bong gân bị phù nề, nếu nặng khớp sưng to hoặc có vết bầm tím.
- Nắn quanh khớp gây đau nhiều, nhất là nơi dây chằng khớp bị tổn thương.
- Thực hiện cử động thụ động thấy biên độ khớp bình thường hoặc tăng.

**3. Chụp X quang:** có thể cho thấy khe khớp bị giãn rộng và sưng nề quanh khớp; đồng thời giúp chẩn đoán phân biệt với gãy xương hoặc trật khớp.

### **IV. TIẾN TRIỂN.**

1. Nhẹ: được điều trị đúng bệnh nhân sẽ khỏi sau 1 - 2 tuần.

2. Nặng: Xử trí không đúng cách dễ gây biến chứng lỏng khớp, teo cơ, đau khớp mỗi khi vận động (đặc biệt là các khớp chịu sức nặng), xương mất chất vôi, bong gân mãn tính.

### **V. XỬ TRÍ.**

**1. Bong gân nhẹ, mới:**

- Giảm đau: bằng chườm lạnh, quấn băng thun bất động tạm khớp, hoặc phong bế quanh khớp với Novocaine 0,25% - 1% .

- Bất động khớp tương đối để giảm đau, giảm phù nề, làm dây chằng khớp lành. Bất động có thể chỉ cần hạn chế vận động khớp, bất động với băng thun hoặc với nẹp nâng đỡ. Thời gian bất động khoảng 5-10 ngày.

- Tuyệt đối không được xoa bóp, dùng dầu nóng xoa bóp, vận động khớp cưỡng bức hoặc tập vận động thụ động khớp quá mức.

**2. Bong gân nặng.**

- Dùng Novocaine phong bế quanh khớp để giảm đau và ức chế phản xạ vận mạch làm giảm sưng khớp.

- Bất động khớp: quấn băng thun hoặc bó bột từ 2 - 6 tuần tùy theo khớp bị tổn thương, ngay sau khi hết đau phải tập vận động nhẹ nhàng để tránh teo cơ, xẹp xương và cứng khớp.

- Phẫu thuật: các trường hợp bong gân và khớp không vững, nhất là những khớp chịu nặng cần mổ để khâu lại bao khớp và dây chằng bị tổn thương .

## BÀI 11. TRẬT KHỚP CÁC LOẠI

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân của trật khớp các loại.
- 1.2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của các loại trật khớp.
- 1.3. Xử trí được các loại trật khớp ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Trật khớp là tình trạng mất sự tiếp xúc bình thường giữa các mặt khớp.

#### II. NGUYÊN NHÂN & PHÂN LOẠI

##### 1. Nguyên nhân

- Bẩm sinh: có dị tật xương khớp làm cấu trúc khớp thay đổi gây trật khớp.
- Chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất, thường gây trật khớp hoàn toàn
- Bệnh lý: các bệnh lý như viêm khớp, lao khớp, hoại tử đầu xương... làm biến dạng và gây trật khớp, thể thường gặp nhất là bán trật khớp.

##### 2. Phân loại

- Trật khớp hoàn toàn: hai mặt khớp hoàn toàn không tiếp xúc với nhau
- Trật khớp không hoàn toàn (bán trật): các mặt khớp tiếp xúc với nhau không hoàn toàn hay sai lệch do cơ cấu chúng bị thay đổi, bán trật thường gặp trong bệnh lý về xương khớp.
- Trật khớp tái phát: là loại trật khớp đã được điều trị nhưng chưa đúng cách khiến các phương tiện nối khớp lỏng lẻo dễ gây trật khớp trở lại.

#### III. TRIỆU CHỨNG

##### 1. Triệu chứng chức năng:

- Đau dữ dội ngay khi trật khớp, có thể choáng. Sau đó giảm đau dần.
- Chi bị cố định ở một tư thế, không cử động tự ý được.
- Giảm hoặc mất cảm giác da nếu thần kinh quanh khớp bị chèn ép

##### 2. Triệu chứng thực thể.

\* Tư thế của chi sai lệch: Trục của chi sai lệch, tư thế của chi bất thường đối với ổ khớp.

\* Biến dạng khớp:

- Khớp thường sưng lớn, vết bầm máu thường xuất hiện muộn hơn.
- Vị trí các điểm mốc xương quanh khớp bị thay đổi, không giống như bên lành.
- Sờ thấy các mặt khớp rời nhau, hõm khớp tạo nên chỗ lõm còn đầu xương tạo nên chỗ lồi.

\* Dấu hiệu lò xo: khớp bị cố định một tư thế nhất định, nếu cố gắng thực hiện các cử động thụ động thì khớp luôn luôn trở về vị trí trước đó.

**3. X quang:** xác định được trật khớp và vị trí di lệch giữa các mặt khớp; chẩn đoán phân biệt các tổn thương của xương kèm theo nếu có.

#### **IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG**

- Hoại tử đầu xương, thoái hóa khớp: do tổn thương mạch máu nuôi đầu xương và khớp.
- Trật khớp tái hồi, cứng khớp: do điều trị hay bất động khớp không đúng cách.
- Dị tật khớp: do trật khớp bị bỏ sót, điều trị muộn hoặc không đúng gây xơ hóa ổ khớp.

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

**1. Trật khớp mới (3 tuần lễ đầu):** Cần điều trị sớm để tránh các biến chứng làm cứng khớp.

\* Nắn khớp:

- Nắn ngoài: Cần cho bệnh nhân ngủ hoặc gây tê để giảm đau và chống co cơ. Nguyên tắc là đưa khớp vào vị trí bình thường bằng cách thực hiện các cử động ngược với hướng đã gây trật khớp

- Mở nắn khớp: thực hiện khi không áp dụng phương pháp nắn ngoài được, kết quả thường không tốt bằng cách nắn ngoài.

\* Bất động khớp: sau khi nắn phải bất động đủ lâu ( 2-4 tuần) cho các nối khớp lành hẳn. Có thể bất động bằng băng thun, nẹp hoặc bó bột.

\* Tập vận động để phục hồi chức năng của cơ khớp.

**2. Trật khớp cũ hay trật khớp tái phát:** Cần mổ để phục hồi cơ cấu của khớp hoặc tạo tư thế chức năng hữu ích cho khớp bị cứng.

#### **D. VẾT THƯƠNG KHỚP**

##### **I. ĐẠI CƯƠNG**

\* Vết thương khớp là các tổn thương làm thủng rách bao khớp và bộc lộ ổ khớp ra môi trường bên ngoài.

\* Nguyên nhân gây vết thương khớp thường là hỏa khí, vũ khí hoặc vật nhọn đâm thấu khớp hoặc đôi khi do điều trị như chọc dò hoặc tiêm thuốc vào ổ khớp.

\* Có thể phân chia vết thương khớp thành 2 loại:

- Vết thương khớp đơn thuần, với biến chứng thường gặp là viêm khớp mủ.
- Vết thương khớp kèm theo gãy xương: ngoài biến chứng nhiễm khuẩn, còn có thêm các di lệch quan trọng tại khớp.

##### **II. TRIỆU CHỨNG**

Sau khi bị thương tích, các vết thương khớp thường tiến triển qua 3 giai đoạn

**1. Vết thương khớp mới,** với các triệu chứng gợi ý cho chẩn đoán:

- Vết thương thông với ổ khớp, thấy sụn khớp.
- Từ vết thương vùng khớp, thấy hoạt dịch lầy nhầy, óng ánh chảy ra.
- Tràn máu ổ khớp.
- Hướng đi của vật gây thương tích ngang qua vùng khớp.
- Chụp X quang: thấy dị vật nằm trong ổ khớp, tràn dịch ổ khớp, biến dạng khớp.

**2. Viêm khớp mủ do nhiễm khuẩn vết thương khớp:** thường xuất hiện sau 2-3 ngày

- Đau nhức nhiều ở khớp, không ngủ được.
- Sốt 39-40°C, tổng trạng sa sút. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao.
- Khám thấy khớp bị tổn thương đặt ở tư thế chống đau ( nửa gấp, nửa duỗi ), có triệu chứng viêm, đặc biệt là đau nhiều và khi cử động khớp lại càng tăng thêm.
- Các túi cùng của ổ khớp căng, chọc dò có dịch đục, mủ. Xét nghiệm dịch chọc dò thấy có nhiều bạch cầu và vi khuẩn.

- Tiến triển: nếu để tự nhiên, sẽ gây biến chứng nhiễm khuẩn mủ huyết, còn khớp bị phá huỷ gây cứng khớp, dính khớp hoặc lỏng khớp. Các trường hợp nhẹ hoặc điều trị chưa đầy đủ sẽ tiến triển thành viêm khớp bán cấp.

**3. Viêm khớp bán cấp:** thường gặp ở các trường hợp vết thương khớp điều trị chưa triệt để hoặc nhiễm khuẩn nhẹ. Triệu chứng:

- Sốt nhẹ 38°C.

- Đau khớp, thường không nhiều. Khám thấy khớp sưng nóng, có tràn dịch, vận động đau.

- Chọc dò ổ khớp thường có dịch đục với nhiều bạch cầu.

- Xét nghiệm: VS ( tốc độ máu lắng ) tăng rất cao.

- Chụp X quang: khe khớp bị mỏng, mất vôi đầu xương.

### **III. DƯ CHỨNG VẾT THƯƠNG KHỚP**

- Cứng khớp: biên độ cử động của khớp bị hạn chế.

- Dính khớp: khớp mất cử động do hóa sợi hay hóa xương làm dính 2 mặt khớp với nhau.

- Lỏng khớp: khớp không vững vì cấu tạo của mặt khớp hoặc dây chằng khớp bị huỷ.

### **IV. ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Sơ cứu**

- Băng sạch và kín các vết thương khớp.

- Bất động tạm khớp bị tổn thương.

- Cho kháng sinh uống hoặc tiêm.

- Chuyển về tuyến điều trị có phẫu thuật.

#### **2. Điều trị vết thương khớp mới**

- Cắt lọc vết thương, lấy dị vật, rửa sạch và khâu kín ổ khớp có dẫn lưu, phục hồi các cơ cấu nối khớp.

- Sau mổ bất động khớp ở tư thế chức năng.

- Dùng kháng sinh theo đường toàn thân, không dùng tại chỗ.

- Khi khớp hết viêm, đau cần tập vận động phục hồi khớp.

#### **3. Điều trị viêm khớp mủ do vết thương khớp**

- Mở ổ khớp dẫn lưu mủ, lấy hết tổ chức viêm và dị vật. Sau khi rửa kỹ ổ khớp thì khâu kín có dẫn lưu và bất động đầy đủ. Dùng kháng sinh theo đường toàn thân với liều cao, và nếu cần thì cho tại chỗ.

- Nếu khớp đã bị huỷ hoại nhiều không phục hồi được, có thể cắt đoạn khớp đối với chi trên, hoặc làm dính khớp đối với chi dưới. ở người già, tổng trạng xấu, nhiễm khuẩn khớp nặng có thể phải cắt cụt chi.

#### **4. Điều trị viêm khớp bán cấp do vết thương khớp**

- Chủ yếu là điều trị bằng kháng sinh theo kháng sinh đồ

## **TRẬT KHỚP VAI**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

- Trật khớp vai là trường hợp đầu xương cánh tay trật ra khỏi hõm khớp xương bả vai.

- Trật khớp vai chiếm khoảng 50% các trường hợp trật khớp. Khớp vai dễ bị trật do cấu tạo của khớp: đầu xương cánh tay thì lớn, trong khi hõm khớp xương bả vai lại nhỏ.

- Chấn thương thường là nguyên nhân gây trật khớp, đặc biệt ở người trẻ, do vận động mạnh mẽ.

### **II. CƠ THỂ BỆNH:**



Có 3 hướng di lệch của đầu xương cánh tay khi bị trật khớp:

- Di lệch ra trước: chiếm 95%, do lực chấn thương từ phía sau đến xương cánh tay hoặc do ngã chống tay với khớp vai ở tư thế dang, đưa ra sau và xoay ngoài. Đầu xương cánh tay thường kẹt dưới mỏm quạ, dưới xương đòn hay dưới hõm khớp.
- Di lệch ra sau ít gặp hơn, thường do cơ giật trong cơn động kinh hay do điện giật
- Di lệch xuống dưới: hiếm, do chấn thương khi cánh tay ở tư thế dang hết mức, ở trên đầu. Loại di lệch này gây tổn thương khớp nặng, có biến chứng chèn ép thần kinh, mạch máu.

### **III. TRIỆU CHỨNG:**

Triệu chứng của trật khớp vai ra trước:

#### **a. Triệu chứng cơ năng:**

- Đau sau khi bị chấn thương.
- Tay lành đờ tay đau.
- Giảm hoặc mất cử động khớp vai.

#### **b. Triệu chứng thực thể.**

Nhìn vai có biến dạng:

- Đầu vai mất tròn, mỏm đầu gai thẳng góc với cánh tay tạo dấu hiệu cầu vai (quân hàm)
- Dấu hiệu nhát rìu ở mặt ngoài vai, chỗ bám tận của cơ tam giác.
- Cánh tay dang và xoay trong.
- Mất rãnh tam giác - ngực do đầu xương cánh tay lòi ra trước.

Sờ nắn

- Hõm khớp rộng, đầu xương cánh tay ở dưới mỏm quạ.
- Lay cánh tay sẽ thấy đầu xương cánh tay ở dưới mỏm quạ cũng lay động theo.
- Tìm dấu hiệu lò xo: đè khuỷu tay vào thân lúc bỏ tay ra cánh tay bật ra theo.
- Vùng da đầu vai có thể mất cảm giác do thần kinh nách bị chèn ép

**c. Chụp x quang:** thấy đầu xương cánh tay trật ra khỏi hõm khớp xương bả vai và chẩn đoán phân biệt với gãy cổ xương cánh tay.

### **IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG**

- Cứng khớp, đau khớp vai, do các tổn thương xương, cơ và dây chằng quanh khớp.
- Trật khớp vai tái phát: tuổi càng nhỏ, tỷ lệ tái phát càng lớn. Trật khớp nắn ngoài có tỷ lệ tái phát cao hơn nắn mổ. Vận động viên thể thao có tỷ lệ tái phát cao hơn người ít vận động
- Liệt thần kinh tạm thời hay lâu dài: Thần kinh nách có thể bị liệt làm mất cảm giác vùng vai và liệt cơ dang vai. Liệt thần kinh quay làm mất cảm giác và liệt cơ mặt sau chi trên.

### **V. ĐIỀU TRỊ**

\* Cần phải nắn lại sớm, để càng lâu cơ càng co thắt, khó nắn lại.

\* Nên gây mê hoặc cho ngủ, nắn sẽ dễ hơn. Nắn thật sớm có thể không cần biện pháp này.

\* Nắn khớp: Có rất nhiều thủ thuật giúp nắn trật khớp vai ( Hippocrates, Kocher, Milch, Spaso, Treo tạ, Xoay ngoài xương cánh tay, Xoay trong xương bả vai ... ) nhưng đều có chung các nguyên tắc sau:

- Nắn kéo chậm rãi để thắng lực co thắt các cơ quanh khớp. Có thể thay bằng kéo tạ.
- Kéo theo trục cánh tay để gỡ đầu xương cánh tay ra khỏi mỏm quạ xương bả vai.
- Đẩy đầu xương cánh tay ra ngoài để lọt vào hõm khớp xương bả vai.

\* Bất động sau nắn: dùng băng treo tay với cánh tay khép sát thân, cẳng tay gấp 90 ° và hơi xoay trong. Thời gian bất động trung bình 4 tuần.

\* Tập vận động: từ tuần lễ thứ 3 trở đi có thể tập vận động tăng dần, từ thụ động đến chủ động. Khớp chỉ lấy lại khả năng vận động hoàn toàn sau 4 tháng.

## TRẬT KHỚP HÁNG

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp háng là trường hợp đầu xương đùi trật ra khỏi hõm chén xương háng.
- Thể loại thường gặp là trật khớp háng ra sau do tai nạn xe cộ, hoặc chấn thương nặng.

### II. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương: thường từ phía trước vào đầu gối khi đang ngồi với khớp háng gấp.
- Trật khớp háng bẩm sinh: do cấu tạo bất thường của đầu xương đùi hay ổ chén
- Bệnh lý: lao khớp háng, hoại tử đầu xương đùi là các nguyên nhân thường gặp

### III. CƠ THỂ BỆNH

Nếu lấy ổ chén làm điểm tham chiếu, đầu xương đùi có 4 hướng di lệch

- Ra sau, khớp háng ở tư thế khép và xoay trong, có tỷ lệ đến 70%.
- Ra trước, khớp háng ở tư thế dạng và xoay ngoài,
- Lên trên, khớp háng ở tư thế duỗi.
- Xuống dưới, khớp háng ở tư thế gấp.

Kết hợp 2 trong 4 hướng di lệch này, có 4 kiểu trật khớp háng thường gặp:

- Kiểu hông: Đầu xương đùi trật ra sau, lên trên đến mặt mông của xương hông.
- Kiểu ngồi: Đầu xương đùi trật ra sau, xuống dưới vùng khuyết ngồi.
- Kiểu mu: Đầu xương đùi trật ra trước, lên trên đến vùng mu.
- Kiểu bịt: Đầu xương đùi trật ra trước, xuống dưới đến lỗ bịt.

Ngoài di lệch khớp và tổn thương dây chằng, có thể có các mảnh xương vỡ từ ổ chén.

### IV. TRIỆU CHỨNG:

**1. Triệu chứng toàn thân:** hầu hết bệnh nhân đều có sốc: da tái nhợt, thờ ơ, vã mồ hôi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

**2. Triệu chứng cơ năng.**

- Đau sau khi bị chấn thương.
- Vận động đau tăng.
- Chi mất cử động hoàn toàn .

**3. Triệu chứng thực thể.**

**Nhìn:** chân bị trật khớp có các đặc điểm sau đây

- \* ngắn hơn chân lành do không thể duỗi thẳng bình thường.
- \* có tư thế cố định đặc biệt

- Trật khớp kiểu chậu: háng duỗi, đùi khép, gối gập, bàn chân xoay vào trong.
- Trật khớp kiểu ngồi: háng gập, đùi khép gối gập, và bàn chân xoay trong.
- Trật khớp kiểu bịt: háng gập, đùi dạng gối gập, và bàn chân xoay ngoài.
- Trật khớp kiểu mu: háng dạng rộng có thể đến 90°, gối gập, bàn chân xoay ngoài.

#### **Sờ nắn** các điểm mốc xương

\* Ba điểm gai hông trước trên, mấu chuyển lớn, ụ ngồi không thẳng hàng (đường thẳng Nelaton) như bình thường nữa vì mấu chuyển lớn nhô lên trên.

\* Sờ thấy đầu xương đùi ở hông hay ở vùng mu, nếu lay đầu gối thấy đầu xương đùi lay động theo.

**4. Chụp x quang:** thấy đầu xương đùi trật ra khỏi ổ chén xương háng và chẩn đoán phân biệt với gãy cổ xương đùi.

#### **IV. BIẾN CHỨNG VÀ DI CHỨNG**

- Hoại tử đầu xương đùi, đặc biệt nếu nắn sửa khớp muộn, sau 24 giờ.
- Cứng khớp, đau khớp, khớp không vững, thoái hóa khớp: do tổn thương sụn khớp, cơ và dây chằng quanh khớp háng, vỡ xương quanh ổ chén.
- Liệt thần kinh tạm thời hay lâu dài: Thần kinh tọa có thể bị liệt làm mất cảm giác và liệt cơ mặt sau chi dưới. Thần kinh bịt có thể bị liệt làm mất cảm giác và liệt cơ mặt trong đùi.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **Xử trí cấp cứu**

1. Chống choáng.
2. Giảm đau: bằng morphine hoặc dolosal.
3. Bất động tạm thời bằng nẹp ở tư thế sai khớp. Không được kéo nắn hoặc xoa bóp.
4. Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt để kéo nắn và bất động.

##### **Điều trị**

1. Nắn sửa khớp sớm (trước 6 giờ), tránh được co cứng cơ và hoại tử đầu xương đùi.
2. Nên gây mê, gây tê tủy sống hoặc cho ngủ, nắn sẽ dễ hơn.
3. Nắn sửa khớp cho trường hợp trật khớp háng ra sau:
  - \* Nguyên tắc nắn sửa khớp ngoài (thủ thuật Allis, Stimson, Bigelow..)
  - Bệnh nhân có thể nằm ngửa hay nằm sấp, giữ cố định xương chậu.
  - Gập háng và gối, tác động lực ở sau gối để kéo căng chân ra trước.
  - Lần lượt xoay trong và xoay ngoài khớp háng cho đến khi đầu xương đùi vào ổ chén.
- \* Phẫu thuật nắn sửa khớp: Được chỉ định nếu nắn ngoài thất bại, có mảnh xương vỡ trong khớp hoặc khớp không vững.
4. Chăm sóc sau nắn sửa khớp:
  - Thường phải chống đau bằng chườm lạnh, thuốc kháng viêm, giảm đau, morphine

- Bất động khớp háng theo tư thế hơi dạng và xoay ngoài bằng biện pháp thích hợp. Thời gian bất động trung bình là 4 tuần, sau đó có thể tập vận động nhẹ. Trường hợp trật khớp đơn giản có thể tập chịu lực trên chân trật khớp sau 3-4 tháng và tăng dần mức độ vận động.

- Chụp X quang theo dõi để phát hiện biến chứng muộn như hoại tử đầu xương đùi, thoái khớp.

### **TRẬT KHỚP KHUYỬ**

1. Nguyên nhân: Do chấn thương gián tiếp như ngã chống tay ở tư thế khuỷu đang duỗi và căng tay ngửa, ít gặp do lực chấn thương trực tiếp.

2. Triệu chứng:

a. Triệu chứng cơ năng:

- Khuỷu tay sưng to nhanh.

- Đau nhất là khi sờ vào khuỷu tay đau.

- Khuỷu chỉ gấp được  $90^\circ$ . Duỗi bình thường, có thể di chuyển sang hai bên được.

b. Triệu chứng thực thể.

\* Nhìn:

- Khuỷu ở tư thế duỗi  $120^\circ$  đến  $130^\circ$ .

- Khuỷu như ngấn lại.

- Đầu dưới xương cánh tay nhô trước trên nếp khuỷu. Mỏm khuỷu nhô ra sau.

\* Sờ nắn:

- Thấy mỏm khuỷu ra phía sau.

- Duỗi khuỷu thì mỏm khuỷu, mỏm trên rỗng rọc và mỏm trên chùy tạo thành hình tam giác ở mặt sau khuỷu. ( Bình thường 3 điểm này cùng nằm trên đường thẳng- đường Hueter). Ngược lại nếu gấp khuỷu  $90^\circ$  thì 3 điểm trên lại tạo thành đường thẳng (Bình thường 3 điểm này tạo thành hình tam giác cân tại mỏm khuỷu- tam giác Hueter) .

\* Chụp x quang

## BÀI 12. CHẤN THƯƠNG NIỆU ĐẠO

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân chấn thương niệu đạo trước.
- 1.2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của chấn thương niệu đạo trước.
- 1.3. Xử trí được bước đầu của chấn thương niệu đạo trước ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. NHẮC LẠI VỀ CƠ THỂ HỌC

1. **Niệu đạo nam giới:** dài khoảng 16 cm, đi từ đỉnh bàng quang hướng xuống dưới và ra trước, đi dưới khớp mu rồi vào dương vật. Từ bàng quang cho đến lỗ sáo dương vật, niệu đạo lần lượt đi qua tuyến tiền liệt, hoành niệu dục, và thể xốp dương vật. Có thể chia niệu đạo thành 2 đoạn:
  - Niệu đạo trước: là niệu đạo thể xốp, tương đối cố định ở đoạn sinh môn ( niệu đạo hành thể xốp ) và di động ở đoạn niệu đạo dương vật.
  - Niệu đạo sau: gồm niệu đạo màng và niệu đạo tuyến tiền liệt, cả hai đoạn đều cố định.
2. **Niệu đạo nữ:** dài khoảng 3 cm, gồm 2 đoạn dưới cổ bàng quang và niệu đạo màng. Do niệu đạo nữ ngắn nên ít khi bị chấn thương và nếu có cũng nhẹ.

#### II. NGUYÊN NHÂN VÀ TỔN THƯƠNG

##### 1. Chấn thương ở niệu đạo trước được chia thành 2 loại:

- **Chấn thương niệu đạo dương vật:** ít gặp, thường bị chấn thương khi dương vật đang cương cứng hoặc do nong niệu đạo quá mạnh tay. Tổn thương thường gặp là đứt niệu đạo không hoàn toàn.
- **Chấn thương niệu đạo hành thể xốp:** thường do chấn thương trực tiếp vào vùng sinh môn (té xoạc căng trên cầu khí, be xuống ). Niệu đạo thường bị đứt hoàn toàn.

##### 2. Chấn thương niệu đạo sau cũng có 2 loại:

- **Chấn thương niệu đạo màng:** đoạn này thường bị chấn thương gián tiếp do vỡ xương chậu. Niệu đạo thường đứt hoàn toàn và bị di lệch nhiều do tổn thương của xương.
- **Chấn thương niệu đạo tuyến tiền liệt:** ít gặp, đoạn niệu đạo này thường bị chấn thương do phẫu thuật hoặc thủ thuật thông tiểu trong bệnh lý của tuyến tiền liệt.

#### III. LÂM SÀNG

##### 1. Chấn thương niệu đạo dương vật

- Đau dương vật, gia tăng mỗi khi đi tiểu.
- Chảy máu niệu đạo hoặc có máu tụ ở dương vật.
- Niệu đạo ít khi bị đứt hoàn toàn nên ít khi bị bí tiểu, mà thường gặp là đái khó và có lẫn máu.

##### 2. Chấn thương niệu đạo hành thể xốp

- Đau vùng sinh môn.
- Chảy máu niệu đạo.
- Thường bị bí đái, khám thấy cầu bàng quang căng đau.
- Vùng sinh môn thường có máu tụ lan rộng đến bìu, dương vật, mặt trong đùi. Nước tiểu có thể thoát ra các vùng này gây phù nề và hoại tử.

- Khi thông tiểu, nếu niệu đạo bị đứt hoàn toàn thì ống thông tiểu bị tắc nghẽn ở nơi đứt.

### **3. Chấn thương niệu đạo màng**

- Nổi bật là tình trạng choáng do vỡ xương chậu và tổn thương các tạng trong vùng chậu làm mất máu nhiều.

- Chảy máu niệu đạo.

- Bí đái, cầu bàng quang căng đau.

- Có máu tụ ở tầng sinh môn hoặc quanh hậu môn do đứt niệu đạo và những nơi tụ máu khác do vỡ xương chậu ( hạ vị, mào hông ). Nước tiểu cũng có thể thoát ra những nơi này gây phù nề, viêm tấy và hoại tử.

- Khi thông tiểu, thấy niệu đạo bị tắc nghẽn.

## **IV. CẬN LÂM SÀNG**

\* **Chụp X quang vùng chậu:** để chẩn đoán vỡ xương chậu và dự đoán tổn thương của niệu đạo màng.

\* **Chụp X quang niệu đạo với chất cản quang bơm ngược dòng:** tìm nơi đứt niệu đạo.

## **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

### **1. Nhiễm khuẩn:**

- Nước tiểu thoát ra vùng chậu và sinh môn gây viêm, nhiễm khuẩn, hoại tử, có khi gây tử vong.

- Nhiễm trùng đường tiểu: thường do thông tiểu không đạt yêu cầu vô khuẩn.

**2. Teo hẹp niệu đạo:** là di chứng thường gặp nhất, gây tiểu khó, bí tiểu, ứ đọng nước tiểu và suy thận.

**3. Các biến chứng ít gặp:** tiểu không kiểm soát, liệt dương.

## **VI. SƠ CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ**

### **1. Sơ cứu**

\* Chống choáng

- Cho thuốc giảm đau, trợ tim, trợ sức.

- Nếu có vỡ xương chậu phải để bệnh nhân nằm yên, tránh xoay trở. Khi chuyển bệnh phải đặt bệnh nhân trên cáng hoặc võng.

\* Không thăm dò niệu đạo bằng que thăm, ống thông vì dễ nhiễm khuẩn.

\* Cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

\* Chuyển về tuyến điều trị.

### **2. Điều trị**

\* **Chấn thương niệu đạo dương vật**

- Nếu bệnh nhân vẫn đái được thì không cần can thiệp.

- Nếu chảy máu niệu đạo nhiều thì đặt thông tiểu vô khuẩn lưu tại chỗ 2 tuần để cầm máu và tránh hẹp niệu đạo.

- Cho kháng sinh đường toàn thân để ngừa nhiễm khuẩn.

\* **Chấn thương niệu đạo hành thể xốp và niệu đạo màng**

- Nếu bệnh nhân đái được thì không can thiệp.

- Nếu bí đái: đặt thông tiểu vô khuẩn trong phòng mổ, nếu được thì để thông tiểu lưu tại chỗ 2 - 3 tuần. Nếu không đặt thông tiểu được thì mở bàng quang dẫn lưu nước tiểu và tìm cách đặt thông tiểu từ bàng quang ra niệu đạo.

- Tụ máu và nước tiểu vùng sinh môn và quanh bàng quang: nếu nhẹ thì để tự nhiên và cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn, nếu nặng và lan rộng phải rạch dẫn lưu.

- Cho kháng sinh đường toàn thân chống nhiễm khuẩn.

**\* Điều trị di chứng**

- Nong niệu đạo: các trường hợp hẹp niệu đạo nhẹ, với các ống nong lớn dần, đến cỡ 24F trong 1 năm.
- Phẫu thuật tạo hình niệu đạo: dành cho các trường hợp hẹp niệu đạo nhiều, tắc nghẽn hoặc đứt niệu đạo.

## BÀI 13. CẤP CỨU BỤNG NGOẠI KHOA

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Mô tả và vẽ được định khu vùng bụng.
- 1.2. Trình bày được một số bệnh thường gặp trong cấp cứu bệnh ngoại khoa vùng bụng.
- 1.3. Mô tả được triệu chứng cơ năng và thực thể trong quá trình thăm khám.
- 1.4. Biết xử trí bước đầu cấp cứu ngoại khoa vùng bụng ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Vùng bụng là nơi thường gặp những cấp cứu ngoại khoa, và do tính chất trầm trọng của nó, thường được xếp ưu tiên trong cấp cứu, sau các cấp cứu về hô hấp và tuần hoàn.

#### II. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân gây nên các cấp cứu ngoại khoa vùng bụng thường gặp là:

- Chấn thương làm thủng vỡ nội tạng: do vũ khí sắc bén, do hoá khí, do thủ thuật điều trị như nạo thai....
- Thủng vỡ nội tạng do 1 bệnh lý đã có trước đó: thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, thương hàn có biến chứng thủng ruột, abscess gan vỡ, thai ngoài tử cung vỡ....
- Nhiễm khuẩn khu trú hay lan rộng trong ổ bụng: abscess dưới cơ hoành, abscess vòi trứng, viêm ruột thừa, viêm đường mật ...
- Viêm trong ổ bụng, có thể không do vi khuẩn: viêm tụy, viêm phúc mạc mật....
- Tắc nghẽn một tạng rỗng: tắc ruột, tắc mật, tắc niệu quản ...
- Tổn thương mạch máu làm chảy máu trong ổ bụng hoặc làm tắc mạch gây hoại tử.

#### III. TRIỆU CHỨNG

Các triệu chứng thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa vùng bụng là:

##### 1. Triệu chứng chức năng:

\* **Đau bụng:** Là triệu chứng thường xuyên và quan trọng nhất. Hỏi kỹ về tính chất của triệu chứng đau bụng ( vị trí, hướng lan, cường độ, thời gian, cách khởi phát, tư thế hoặc biện pháp làm giảm đau, các triệu chứng kèm theo....) thường giúp chẩn đoán sớm. Ví dụ:

- Đau liên tục, dữ dội, khu trú rõ: viêm phúc mạc.
- Đau quặn từng cơn, lan rộng: tắc nghẽn tạng rỗng ( dạ dày, ruột, đường mật...)
- Đau thượng vị, sau vài giờ thì khu trú ở hố chậu phải: viêm ruột thừa.
- Đau thượng vị dữ dội và đột ngột như dao đâm: thủng ổ loét dạ dày tá tràng.
- Đau thượng vị, lan ra sau lưng: viêm tụy.
- Đau hạ sườn phải, lan lên vai phải: bệnh lý gan, mật.
- Đau vùng thắt lưng, lan xuống bẹn, đùi và cơ quan sinh dục ngoài: tắc nghẽn niệu quản.
- Đau hạ vị và hố chậu ở phụ nữ: viêm cơ quan sinh dục.

\* **Rối loạn tiêu hoá:**

- Buồn nôn, nôn mửa: có thể nhiều, dai dẳng như trong tắc ruột, viêm tụy... hoặc thoáng qua trong các bệnh lý khác.
- Bí trung và đại tiện: có thể rõ ràng và hoàn toàn như trong tắc ruột thấp, hoặc thoáng



qua trong liệt ruột chức năng .

- Tiêu chảy: phần lớn do phản xạ .
- Mặc đi tiêu nhiều lần: abcès túi cùng Douglas.
- Tiêu có phân lẫn đàm, máu: lồng ruột, viêm ruột hoại tử .

\* **Rối loạn tiết niệu:** tiểu ít, vô niệu, tiểu ra máu, tiểu ra mủ, tiểu nhiều lần, bí tiểu ....

\* **Rối loạn sinh dục:** huyết trắng, xuất huyết âm đạo, mất kinh....

## **2. Khám thực thể:**

\* **Tư thế của người bệnh,** đôi khi rất điển hình cho 1 bệnh .

- Nằm ngửa, hai chân co nhẹ, hạn chế mọi cử động: viêm phúc mạc.
- Nằm ngửa , chân phải co nhẹ: viêm ruột thừa, viêm cơ thắt hông .
- Nằm nghiêng , co quắp như con tôm: viêm tụy cấp .
- Đau lẫn lộn, dẩy dụa: tắc nghẽn niệu quản ...

\* **Khám bụng:**

- Nhìn: thường là bụng trướng, ít di động theo nhịp thở, đôi khi có thể thấy rõ các nhu động ( tắc ruột, hẹp môn vị ).
- Sờ: là động tác quan trọng nhất nhằm xác định
  - + Phản ứng phúc mạc: tăng cảm da, ấn thấy cơ thành bụng co cứng và đau, có phản ứng dội ( Blumberg - Shotkin ) . Thường gặp trong viêm phúc mạc do thủng vỡ nội tạng.
  - + Khô u với triệu chứng viêm, đau dữ dội: nghẽn xoắn nội tạng, abcès .
  - + Các điểm đau khu trú, thường giúp chẩn đoán bệnh lý của cơ quan bên dưới. Ví dụ:
    - . Điểm Mac Burney đau ( + ) trong viêm ruột thừa.
    - . Điểm Murphy đau ( + ) trong viêm túi mật.
    - . Có điểm đau niệu quản: tắc nghẽn niệu quản.
    - . Ấn cổ túi thoát vị đau trong thoát vị nghẽn.
- Gõ: gõ vang trong các trường hợp liệt ruột, gõ mất vùng đục trước gan trong thủng ổ loét dạ dày tá tràng, gõ đau trong viêm phúc mạc .
- Nghe: tiếng ruột có thể giảm hay mất trong liệt ruột, viêm phúc mạc. Tiếng ruột tăng nhiều trong tắc ruột cơ học .
- Khám túi cùng Douglas: rất quan trọng, nhất là ở nữ. Túi cùng đau hoặc đầy chứng tỏ có viêm hay ú dịch trong ổ bụng.
- Chọc dò ổ bụng: chỉ nên thực hiện ở nơi có cơ sở phẫu thuật và thường giúp ích cho chẩn đoán .

\* **Khám toàn thân:** thường gặp một trong hai dạng sau đây, có thể phối hợp với nhau:

- Tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc: sốt cao, rét run, vẻ mặt nhiễm khuẩn .
- Tình trạng mất nước, rối loạn nước và điện giải, choáng: môi khô, mắt lờm, xanh xao, thở nhanh nông, co giật ....

## **3. Các xét nghiệm**

\* Phim X quang bụng không sửa soạn: giúp chẩn đoán thủng vỡ tạng rỗng, tắc ruột hoặc liệt ruột, sỏi mật , sỏi tiết niệu.

\* Siêu âm bụng (Echo): xem hình thể các nội tạng, sỏi, có dịch hoặc máu trong ổ bụng.

\* Nội soi, CT Scanner ( Chụp X quang cắt lớp bằng điện toán ): nếu có điều kiện.

\* Xét nghiệm máu:

- Trong các bệnh lý nhiễm khuẩn: Bạch cầu hạt trung tính tăng.
- Mất máu: số lượng hồng cầu và Hematocrit giảm .
- Sinh hoá: Amylase trong máu (và trong nước tiểu) tăng trong viêm tụy cấp.

\* Xét nghiệm nước tiểu:

- Có máu: chấn thương , sỏi , u...thuộc đường tiết niệu.
- Có nhiều Bạch cầu hoặc Vi khuẩn: nhiễm khuẩn tiết niệu .

#### **IV. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ MỘT CẤP CỨU NGOÀI KHOA VÙNG BỤNG**

- \* Khám kỹ và theo dõi sát các triệu chứng để có chẩn đoán sớm. Thông thường khi đã xác định chẩn đoán thì phải tiến hành mổ cấp cứu.
- \* Áp dụng các biện pháp giúp chẩn đoán và điều trị .
  - Không cho ăn uống: nên đặt ống thông dạ dày hoặc trực tràng khi cần .
  - Đặt ống thông tiểu tại chỗ , vô khuẩn .
  - Bồi phụ cơ thể bằng các dịch truyền thích hợp: máu, huyết tương, dung dịch cao phân tử, dung dịch điện giải, các dung dịch nuôi dưỡng cơ thể ( đường ưu trương, axit amin, sinh tố ... )
- \* Không được dùng thuốc giảm đau khi chưa chẩn đoán được bệnh, nhưng có thể dùng thuốc làm dịu thần kinh , an thần để giúp chẩn đoán dễ hơn .
- \* Chuẩn bị tiền phẫu tốt để có thể phẫu thuật kịp thời khi có chỉ định .
- \* Trong các bệnh lý có nhiễm khuẩn hoặc ô nhiễm vùng bụng, có chỉ định dùng trước và sau mổ các kháng sinh với phổ kháng khuẩn rộng , phối hợp và liều cao.

## BÀI 14. VIÊM PHỨC MẠC

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây viêm phúc mạc.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm phúc mạc.
- 1.3. Biết cách xử trí viêm phúc mạc ở tuyến cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Có 2 thể viêm phúc mạc chính .

- \* **Viêm phúc mạc tiên phát:** vi khuẩn theo đường máu tới phúc mạc và gây viêm. Loại này thường chỉ do 1 loại vi khuẩn ( phế cầu, liên cầu, trực khuẩn lao...) gây nên, triệu chứng ít rầm rộ và có thể chỉ điều trị nội khoa là chính .
- \* **Viêm phúc mạc thứ phát:** thường là một biến chứng nặng của nhiều bệnh lý cấp tính ở vùng bụng, triệu chứng thường nặng và cần phải điều trị bằng phẫu thuật. Trong phần tiếp theo, chỉ đề cập đến loại viêm phúc mạc thứ phát .

#### II. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI

- \* **Nguyên nhân:** phúc mạc có thể bị viêm do nguyên nhân hoá học hoặc vi khuẩn, nhưng diễn tiến về sau bao giờ cũng có yếu tố nhiễm khuẩn .
  - Nguyên nhân hoá học: thủng ổ loét dạ dày - tá tràng trong những giờ đầu, viêm tụy, viêm phúc mạc mật ...
  - Nguyên nhân vi khuẩn: thường do thủng một tạng rỗng ở trong ổ bụng, đặc biệt là thủng ống tiêu hoá. Trong trường hợp này vi khuẩn gây bệnh gồm nhiều loại, gọi chung là tạp khuẩn ( E.coli, Proteus, Pseudomonas, Bacteroides, ...)
- \* **Phân loại:**
  - Viêm phúc mạc tổng quát (toàn diện): Xoang phúc mạc chính bị viêm và có thể lan rộng khắp ổ bụng .
  - Viêm phúc mạc khu trú (cục bộ): là những ổ mủ trong xoang phúc mạc, được khu trú lại bởi các quai ruột, mạc nối, mạc treo, thành bụng. Tùy theo nơi ổ mủ khu trú, ta có tên gọi tương ứng ( ví dụ abcès dưới cơ hoành, abcès dưới gan, abcès ruột thừa, abcès túi cùng Douglas...)

#### III. CƠ THỂ BỆNH LÝ

- \* Phúc mạc có khả năng chống nhiễm khuẩn rất tốt. Khi bị viêm, phúc mạc mất vẻ bóng nhẵn, tiết ra nhiều dịch và fibrine, đồng thời được các mạc treo, mạc nối, quai ruột dính lại với nhau để giới hạn và cô lập vùng bị viêm lại .
- \* Vì diện tích của phúc mạc khá rộng ( $\approx 2 \text{ m}^2$ , tương đương diện tích da) nên khi bị viêm, phúc mạc sẽ gây các rối loạn sau .
  - Làm giảm khối lượng máu tuần hoàn vì mất nước và điện giải vào xoang phúc mạc, giảm hấp thu nước ở lòng ruột .....
  - Dễ bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì phúc mạc tăng hấp thu vi khuẩn và độc tố.
- \* Nguyên nhân trực tiếp đưa đến tử vong trong viêm phúc mạc là trụy tim mạch do giảm khối lượng máu tuần hoàn và nhiễm độc.

#### **IV. TRIỆU CHỨNG**

Viêm phúc mạc toàn diện trong 12 giờ đầu có các triệu chứng sau

##### **1. Triệu chứng cơ năng:**

- Đau bụng: là triệu chứng quan trọng nhất. Đau dữ dội, liên tục, khắp bụng.
- Rối loạn tiêu hoá: Chán ăn, buồn nôn, bí trung đại tiện, đôi khi có thể ói mửa hoặc tiêu chảy.

##### **2. Triệu chứng thực thể:**

\* Tổng quát:

- Tư thế chống đau điển hình: Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân co nhẹ, hạn chế mọi cử động.
- Vẻ mặt viêm phúc mạc: lo lắng, mắt lõm, môi khô, da xám, mũi hóp, hốc hác.
- Thân nhiệt 38 - 39 độ C hay hơn nữa, nếu choáng thì giảm.
- Mạch: luôn luôn nhanh, có giá trị để theo dõi tiên lượng.
- Huyết áp ở giới hạn bình thường, khi choáng thì giảm dần.
- Thở nhanh, nông.
- Nước tiểu ít, sẫm màu.

\* Khám bụng thấy:

- Mắt nhịp thở bụng.
- Bụng trướng: viêm phúc mạc càng muộn bụng càng trướng nhiều.
- Có phản ứng phúc mạc: Cơ thành bụng co cứng và đau, tăng cảm da, có phản ứng dội (Blumberg - Shotkin).
- Triệu chứng liệt ruột: giảm hoặc mất nhu động, bụng trướng và gõ vang.
- Khám túi cùng Douglas bệnh nhân rất đau.

##### **3. Cận lâm sàng:**

\* Xét nghiệm máu:

- Bạch cầu tăng lên 20.000/mm<sup>3</sup>, đa số là bạch cầu hạt trung tính.
- Dấu hiệu mất nước: Hct, protein máu, nồng độ các điện giải tăng.

\* Chụp X quang bụng không sửa soạn:

- Dấu hiệu viêm phúc mạc: Mờ các lớp cơ, mỡ dưới da thành bụng.
- Dấu hiệu liệt ruột: Các quai ruột nở lớn, chứa đầy hơi.
- Có hơi trong ổ bụng: Thủng ống tiêu hoá.

\* Siêu âm bụng: thường giúp phát hiện các ổ dịch tích tụ bất thường.

\* Chọc dò ổ bụng: chỉ thực hiện ở nơi có điều kiện mổ, kết quả chọc dò phải được suy luận thận trọng.

#### **V. TIẾN TRIỂN**

Sau 24 giờ, viêm phúc mạc đến giai đoạn nặng với các triệu chứng:

- \* Đau bụng liên miên, nôn nhiều, bí trung đại tiện
- \* Toàn trạng: Vẻ mặt nhiễm độc, mạch nhanh yếu, huyết áp thấp, sốt cao, khó thở và thở nấc do bụng căng trướng.
- \* Khám bụng: thấy bụng trướng nhiều, cơ thành bụng vẫn co cứng nhưng ít rõ hơn, ấn đau khắp bụng và vẫn có phản ứng dội.

#### **VI. CHẨN ĐOÁN:**

**1. Chẩn đoán xác định:** chủ yếu dựa vào lâm sàng, đặc biệt là

- Vẻ mặt đặc biệt của người bị viêm phúc mạc.
- Tư thế nằm bất động để chống đau.

- Có phản ứng phúc mạc: Thành bụng co cứng và đau, tăng cảm da, có phản ứng dội.
- Giảm và mất nhu động ruột.
- Khám túi cùng Douglas đau .

**2. Chẩn đoán nguyên nhân:** cần dựa vào bệnh sử, tiền sử, lâm sàng cũng như cận lâm sàng hướng vào các nguyên nhân gây viêm phúc mạc thường gặp

- Viêm phúc mạc do ruột thừa bị viêm và thủng: thường gặp ở người trẻ, lúc đầu đau ở thượng vị, sau khu trú ở hố chậu phải và tăng dần. Khám thấy triệu chứng viêm phúc mạc rõ nhất ở hố chậu phải.
- Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng: Bệnh sử hoặc tiền sử có loét dạ dày tá tràng, triệu chứng phát khởi đột ngột ở vùng thượng vị và lan rộng khắp bụng. Khám thấy các triệu chứng điển hình của viêm phúc mạc ở thượng vị. Chụp X quang thấy liềm hơi dưới cơ hoành
- Viêm phúc mạc do thương hàn có biến chứng thủng ruột: Bệnh sử có triệu chứng khiến nghi ngờ hay đã xác định bệnh nhân bị thương hàn. Biến chứng thủng ruột thường xuất hiện từ tuần lễ thứ hai của bệnh và triệu chứng thường khu trú ở vùng hố chậu phải.
- Viêm phúc mạc do nhiễm khuẩn sinh dục hoặc biến chứng sản phụ khoa: luôn luôn được nghĩ đến nếu bệnh nhân là phụ nữ, có tiền sử hoặc bệnh sử đáng lưu ý về sản phụ khoa. Triệu chứng viêm phúc mạc thường khu trú ở vùng bụng dưới.
- Viêm phúc mạc do chấn thương làm thủng vỡ nội tạng: Dựa theo bệnh sử, thương tích ở thành bụng và triệu chứng viêm phúc mạc khu trú tại vùng nội tạng bị vỡ.

**3. Chẩn đoán các thể lâm sàng**

- Viêm phúc mạc mủ: là loại thường gặp, triệu chứng thường rõ, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp , bệnh nhân tử vong sau 4 - 5 ngày.
- Viêm phúc mạc nhiễm độc: Tiến triển nhanh, choáng nội độc tố sớm, tử vong cao trong 24 giờ. Thường gặp trong trường hợp viêm phúc mạc do hoại tử nội tạng bụng.
- Viêm phúc mạc dạng không rõ rệt: thường gặp ở người già, trẻ em, bệnh nhân suy nhược, bệnh nhân dùng thuốc giảm đau , corticoides hay nghiện ma túy.

**VII. ĐIỀU TRI:**

**1. Phẫu thuật:** Luôn luôn cần thiết để điều trị nguyên nhân gây viêm phúc mạc ( và lỗ thủng của nội tạng bị vỡ, cắt bỏ nội tạng bị hoại tử hoặc nhiễm khuẩn...) và làm sạch ổ bụng ( tháo mủ, dẫn lưu, rửa sạch...)

**2. Các biện pháp điều trị phối hợp:**

- Bồi hoàn nước và điện giải bằng truyền dịch và theo dõi bằng mạch, huyết áp và lượng nước tiểu mỗi giờ.
- Kháng sinh phải dùng phối hợp và liều cao, ví dụ mỗi ngày cho Ampicilline 3-6g; Gentamycine 60 -120 mg; Metronidazol 1 -1,5 g.
- Giảm hậu quả của liệt ruột: Đặt ống thông dạ dày tá tràng, ống thông trực tràng, trợ hô hấp với Oxy
- Đặt bệnh nhân nằm theo tư thế Fowler (đầu cao) để tránh abcès vùng trên đại tràng ngang
- Trước khi mổ không cho ăn, không cho thuốc giảm đau, không thụt tháo.

## BÀI 15. VIÊM RUỘT THỪA CẤP

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm ruột thừa cấp.
- 1.2. Trình bày được biến chứng nguy hiểm của viêm ruột thừa cấp.
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu viêm ruột thừa cấp ở tuyến cơ sở.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa cấp là bệnh cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất, nếu chẩn đoán và điều trị kịp thời bằng phẫu thuật thì kết quả rất tốt, ngược lại nếu để muộn thường có các biến chứng phức tạp và điều trị bắt đầu có tỷ lệ tử vong.

#### II. NGUYÊN NHÂN

Viêm ruột thừa hay xảy ra trong lứa tuổi từ 10 - 30, nam nhiều hơn nữ, mà nguyên nhân thường gặp là

- Lòng ruột thừa bị bít nghẽn bởi các dị vật như phân, hạt trái cây, giun sán...
- Một số trường hợp khác là do nhiễm khuẩn từ trong lòng ruột hoặc do vi khuẩn theo đường máu đến. Ở nhóm này biểu hiện lâm sàng thường nhẹ hơn.

#### III. CƠ THỂ BỆNH HỌC

**1. Tổn thương của ruột thừa:** ruột thừa bị viêm diễn tiến qua các giai đoạn sau

- Viêm ruột thừa tiết dịch: ruột thừa sung huyết, phù nề.
- Viêm ruột thừa có mủ: ruột thừa đỏ sẫm, to và căng cứng, bên trong có mủ, ngoài thanh mạc có màng giả.
- Viêm ruột thừa xuất huyết và hoại tử: ruột thừa tím bầm hay xanh đen, bị thủng hay mủn nát hoàn toàn, mủ thối và có hơi.

**2. Tổn thương quanh ruột thừa:** tùy theo mức độ viêm nặng hay nhẹ của ruột thừa mà phúc mạc quanh ruột thừa có phản ứng, nhẹ thì viêm đỏ, sung huyết...nếu nặng thì có màng giả, có mủ, làm dính với ruột và các cơ quan chung quanh tạo thành đám quánh hoặc abcès.

#### IV. TRIỆU CHỨNG

Viêm ruột thừa ở giai đoạn rõ rệt (sau 12 giờ) thường có các triệu chứng sau

##### 1. Triệu chứng cơ năng:

- \* **Đau bụng:** là triệu chứng quan trọng nhất, lúc đầu đau quanh rốn hay thượng vị, sau một vài giờ thì khu trú tại hố chậu phải.
- \* **Các rối loạn tiêu hoá:**
  - Chán ăn: dấu hiệu có sớm và thường xuyên.
  - Buồn nôn và ói mửa: xuất hiện muộn, thay đổi từ buồn nôn đến nôn nhiều lần.
  - Bí trung và đại tiện: có rất sớm nhưng đôi khi lại tiêu chảy.

##### 2. Triệu chứng thực thể:

- \* **Toàn trạng:** Sốt nhẹ (38°C), mạch nhanh, hơi thở hôi, lưỡi bẩn.
- \* **Khám bụng:**
  - Nhìn: bệnh nhân thường nằm yên, cử động ít, thở nông. Chân phải thường co nhẹ.
  - Sờ: Tìm thấy tại điểm **Mac Burney** có **tam chứng Dieulafoy**

- + Điểm Mac Burney nằm giữa rốn và gai hông trước trên bên phải .
- + *Tam chứng Dieulafoy* gồm tăng cảm da, ấn đau, thành bụng co cứng.
- Sờ nắn cũng có thể thấy các dấu hiệu có giá trị khác:
- + Rovsing: ấn chẩn dọc theo đại tràng từ hố chậu trái gây đau ở hố chậu phải.
- + Phản ứng đau dội (Blumberg): tỷ lệ với mức độ viêm phúc mạc.
- Gõ: gõ nhẹ ở hố chậu phải gây đau.
- Nghe: tiếng ruột thường giảm.
- Khám túi cùng Douglas đau

### 3. Cận lâm sàng:

- \* **Máu:** Bạch cầu tăng nhẹ ( $10.000/mm^3$ ), bạch cầu hạt trung tính > 80%.
- \* **Nước tiểu:** có thể thấy một ít hồng cầu và bạch cầu nếu ruột thừa bị viêm nằm cạnh các cơ quan tiết niệu.
- \* **Siêu âm bụng:** trong trường hợp thuận lợi, siêu âm có thể xác định tình trạng của ruột thừa (viêm, sưng to) cũng như tình trạng của ổ bụng (có dịch, mũ).
- \* **X quang:** Nếu ruột thừa bị thủng , đôi khi thấy có hơi trong ổ bụng.

## V. TIẾN TRIỂN

Ruột thừa bị viêm tiến triển phức tạp khó đoán, có thể theo các hướng sau đây:

- 1. Khởi tự nhiên:** ít gặp . Các triệu chứng giảm dần rồi hết.
- 2. Đám quánh ruột thừa:** ruột thừa bị viêm được các quai ruột và mạc nối bao bọc thành một khối. Thường gặp ở các bệnh nhân có sức đề kháng tốt hoặc đã dùng kháng sinh trấn áp sự phát triển của bệnh.
  - Triệu chứng: vẫn còn đau ở hố chậu phải nhưng nhẹ hơn, sốt nhẹ, bí trung và đại tiện, ăn uống không ngon.
  - Khám ở hố chậu phải thấy một khối có giới hạn ít rõ vì có vẻ dính với các cơ quan chung quanh và thành bụng, ấn không đau lắm. Siêu âm bụng thường xác định được chẩn đoán này. Đám quánh ruột thừa có thể tiến triển theo 2 cách: khởi dần một cách chậm chạp và hay tái phát, hoặc biến thành abscess ruột thừa
- 3. Abscess ruột thừa:** ruột thừa nung mủ vỡ ra nhưng được các quai ruột và mạc nối giới hạn lại thành một ổ mủ.
  - Triệu chứng: Đau bụng ngày một tăng, sốt cao, không ăn uống được.
  - Khám ở hố chậu phải có một khối u mềm , giới hạn rõ, ấn rất đau, da trên mặt khối u có thể viêm đỏ.
  - Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao >  $15.000/mm^3$ . Siêu âm bụng có thể xác định ổ mủ này và khi chọc dò có thể rút được mủ thối.
- 4. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa:** là loại diễn biến xấu, có tỷ lệ tử vong (15%)
  - Triệu chứng: thường xuất hiện từ ngày 3-4, với đau bụng nhiều và lan rộng, sốt cao, mạch nhanh, bí trung và đại tiện, bụng trướng hơi.
  - Khám ở hố chậu phải thấy thành bụng co cứng , ấn rất đau và có phản ứng dội. Nếu để muộn triệu chứng này lan rộng khắp bụng.

## VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Các thể lâm sàng thay đổi tùy theo vị trí của ruột thừa ở trong ổ bụng:

- Viêm ruột thừa sau manh tràng: triệu chứng ít rõ khi khám ở hố chậu phải , nhưng lại có triệu chứng khu trú rõ ở vùng thắt lưng hay mào hông.
- Viêm ruột thừa dưới gan: dễ lầm với các hội chứng viêm đường mật.
- Viêm ruột thừa vùng chậu: thường có triệu chứng tiết niệu ( đái buốt, đái nhiều lần,

nước tiểu đục hoặc có máu...), hoặc có triệu chứng của trực tràng ( mắc đi cầu, giả kiết lý..) kèm theo.

- Viêm ruột thừa màng treo ruột: triệu chứng thường khu trú ở vùng gần rốn.

## **VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- 1. Cơ đau quặn thận:** Đau từng cơn, dọc theo niệu quản đến cơ quan sinh dục ngoài. kèm theo các triệu chứng về tiết niệu như rối loạn đi tiểu, nước tiểu có nhiều hồng cầu, bạch cầu, cặn lắng. Khám bụng có thể thấy vị trí của điểm đau niệu quản gần điểm Mac Burney, nhưng thành bụng mềm. Siêu âm hoặc X quang bụng có thể thấy có sỏi thận hay niệu quản.
- 2. Viêm phần phụ ở phụ nữ:** thường đau cả 2 bên hố chậu và có huyết trắng bệnh lý. Khám âm đạo và lắc nhẹ cổ tử cung gây đau dữ dội.
- 3. Viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng hoặc do thương hàn có biến chứng thủng ruột:** Có thể chẩn đoán nhầm với viêm phúc mạc do thủng ruột thừa vì triệu chứng viêm phúc mạc có thể khu trú ở hố chậu phải .
- 4. Viêm cơ thăn hông P:** triệu chứng giống đám quánh hoặc abcès ruột thừa, nhưng đặc biệt là khớp háng không thể duỗi thẳng được vì đau (dấu hiệu Thomas).

## **VIII. ĐIỀU TRỊ**

- 1. Viêm ruột thừa cấp:** Mô cấp cứu để cắt bỏ ruột thừa. Nếu mổ sớm trong giai đoạn sung huyết thì không cần thiết cho kháng sinh. **Không làm** các điều sau đây
  - Cho thuốc giảm đau
  - Cho thuốc nhuận tràng, tẩy hoặc thụt tháo.
  - Cho kháng sinh tràn áp thay cho phẫu thuật.
- 2. Viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ:** mổ cắt ruột thừa và làm sạch ổ bụng. Hậu phẫu phải cho kháng sinh phối hợp, liều cao.
- 3. Abcès ruột thừa:** mổ dẫn lưu mủ. Trong khi mổ , nếu được thì cắt ruột thừa, nếu không phải mổ cắt ruột thừa sau 6 tháng. Hậu phẫu cũng cần điều trị với kháng sinh cho đến khi nơi dẫn lưu cạn mủ và lành sẹo.
- 4. Đám quánh ruột thừa:** Không mổ. Điều trị với kháng sinh để giảm các triệu chứng và sẽ mổ cắt ruột thừa sau 2 - 6 tháng.



## BÀI 16. THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thùng dạ dày tá tràng
- 1.2. Trình bày được biến chứng của thùng dạ dày tá tràng
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu thùng dạ dày tá tràng ở tuyến cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Thùng ổ loét dạ dày tá tràng là một biến chứng nặng của loét dạ dày tá tràng và là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Chẩn đoán bệnh thường dễ vì có triệu chứng khá điển hình, nhưng cần phải phát hiện và xử trí sớm thì điều trị mới đơn giản và cho kết quả tốt.

#### II. NGUYÊN NHÂN

Ổ bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng, thùng ổ loét dễ xảy ra do các yếu tố sau:

- Giới: nam bị nhiều gấp 9 lần nữ
- Tuổi: thường từ 20 - 40 , nhưng cũng gặp ở trẻ em và người lớn tuổi.
- Thuốc: các thuốc như Steroides, Aspirine, Phenylbutazone...dễ gây loét và làm thùng dạ dày tá tràng.
- Thời gian: thùng dễ xảy ra sau bữa ăn, khi làm việc nặng và thường thấy ở mùa lạnh nhiều hơn mùa nóng.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Tính chất của lỗ thùng

- Thường chỉ thấy 1 lỗ thùng, ít khi có 2 hay nhiều lỗ thùng.
- Lỗ thùng thường gặp trong loét tá tràng hơn là trong loét dạ dày.
- Lỗ thùng có thể nằm trên một ổ loét mới hay trên một ổ loét cũ đã chai cứng.

##### 2. Tình trạng của ổ bụng:

Ngay sau khi thùng , tình trạng ổ bụng sạch hay bẩn tùy thuộc lỗ thùng to hay nhỏ , thùng gần hay xa bữa ăn, bệnh nhân đến sớm hay muộn, có các bệnh lý khác của dạ dày như hẹp môn vị, chảy máu dạ dày kèm theo hay không. Thông thường, tình trạng ổ bụng sẽ diễn tiến như sau:

- Trong giai đoạn đầu: ổ bụng có dịch vị vô khuẩn và có tính axit, các thức ăn chưa tiêu và một ít hơi. Đây là giai đoạn viêm phúc mạc hoá học.
- Sau 24 giờ: đã có nhiễm khuẩn ổ bụng, dịch ổ bụng thành mủ, có màng giả, các mảnh thức ăn đã thối rữa, hơi trong ổ bụng nhiều và thối. Các quai ruột thường có nhiều màng giả và dính với nhau.

#### IV. TRIỆU CHỨNG

Thùng ổ loét dạ dày tá tràng thể điển hình ở bệnh nhân đến sớm có các triệu chứng:

##### 1. Triệu chứng chức năng

- Đau dữ dội và đột ngột ở vùng thượng vị như dao đâm, có thể đưa đến choáng.
- Nôn: là phản ứng thường đi kèm với cơn đau .
- Bí trung và đại tiện: thường gặp muộn khi đã có liệt ruột.

##### 2. Triệu chứng thực thể:

\* **Toàn thân**

- Ngay sau khi thủng, tình trạng bệnh nhân như choáng: mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp, thân nhiệt giảm.
- Tư thế chống đau thường gặp là nằm ngửa, hai chân co nhẹ, không dám cử động.

**\* Khám bụng:**

- Nhìn: thấy cơ thành bụng nổi rõ, mất nhịp thở bụng.
- Sờ: thành bụng thấy co cứng như gỗ, ấn rất đau, có phản ứng dội rõ rệt. Nhóm triệu chứng này là quan trọng nhất.
- Gõ: gõ đau khắp bụng. Gõ vùng trước gan thường mất tiếng đục. Nếu ổ bụng có nhiều dịch, gõ thấy đục ở vùng thấp.
- Nghe: đa số trường hợp tiếng ruột giảm.
- Khám túi cùng Douglas thường rất đau.

**3. Cận lâm sàng**

- \* **Chụp X quang bụng không sửa soạn:** 80% bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày tá tràng thấy có hơi trong ổ bụng (liềm hơi dưới cơ hoành, bóng hơi dưới cơ thành bụng).
- \* **Siêu âm bụng:** xác định được tình trạng có hơi, dịch hoặc mũ trong ổ bụng.
- \* **Xét nghiệm máu:** Bạch cầu > 15000/mm<sup>3</sup>, đa số là bạch cầu hạt trung tính.

**4. Tiền sử**

- \* Loét dạ dày tá tràng: có triệu chứng, chẩn đoán, và điều trị ở nhiều mức độ.
- \* Không có tiền sử loét dạ dày tá tràng: loét thủng DDTT cấp tính hoặc ung thư.

**V. TIẾN TRIỂN**

Sau giai đoạn phát khởi, tình trạng của bệnh nhân bị thủng ổ loét dạ dày tá tràng có thể diễn tiến theo các hướng sau

- 1. Viêm phúc mạc toàn bộ:** sau 12 - 24 giờ, thủng ổ loét dạ dày tá tràng tiến triển thành viêm phúc mạc toàn bộ do nhiễm khuẩn, có biến chứng nhiễm độc và choáng. Tiên lượng thường rất xấu, tử vong sau 4 - 5 ngày dù rất cố gắng điều trị.
- 2. Viêm phúc mạc khu trú:** đây là dạng tiến triển ít gặp hơn. Bệnh nhân thường đến muộn vì các triệu chứng xuất hiện trong thời kỳ khởi phát đã giảm bớt. Khi khám vẫn thấy tình trạng toàn thân kém, có dấu hiệu nhiễm khuẩn và khám bụng vẫn có dấu hiệu của bụng ngoại khoa.
- 3. Absces:** thường gặp 1 - 2 tuần sau khi thủng dạ dày. Ổ abscess có thể khu trú dưới cơ hoành, dưới gan, quanh dạ dày hay ở hố chậu... Bệnh nhân vẫn có triệu chứng nhiễm khuẩn rõ: sốt dao động, ăn uống kém, gầy mòn suy nhược, đau bụng âm ỉ. Khám bụng phát hiện một khối nằm sâu, đau, có giới hạn rộng. Ổ abscess có thể vỡ vào các vùng lân cận hoặc theo đường máu đi gây các ổ abscess ở xa hơn.

**VI. THỂ LÂM SÀNG**

- 1. Thủng bịt:** ngay sau khi thủng, lỗ thủng được bịt lại bởi mạc nối, túi mật, gan, thành bụng...nên ổ bụng hầu như sạch. Triệu chứng lâm sàng ban đầu tương tự như thể điển hình nhưng sau đó tình trạng bệnh nhân khá dần đến mức hầu như bình thường.
- 2. Thủng dạ dày tá tràng do loét cấp tính:** bệnh nhân thường không có tiền sử của loét, và thủng dạ dày tá tràng có thể coi là biểu hiện đầu tiên của bệnh.
- 3. Thủng ổ loét mặt sau dạ dày:** các chất trong dạ dày theo lỗ thủng chảy vào túi mạc nối và gây dính các cơ quan chung quanh. Khám lâm sàng thấy triệu chứng cũng khu trú ở vùng thượng vị nhưng kín đáo hơn, mặt khác lại có sự xuất hiện thêm các triệu chứng ở vùng lưng.
- 4. Thủng dạ dày kèm theo các biến chứng khác của loét dạ dày tá tràng** như chảy máu, hẹp môn vị: bệnh cảnh thường có các triệu chứng phối hợp và phức tạp hơn.

## VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán thể điển hình của thủng ổ loét dạ dày tá tràng thường dễ vì triệu chứng rõ ràng, nhất là nếu X quang cho thấy có hơi trong ổ bụng. Nhưng nếu triệu chứng không rõ hoặc thiếu, phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh gây viêm phúc mạc khác.

- 1. Thủng dạ dày do ung thư:** có triệu chứng tương tự như thủng do loét, siêu âm hoặc nội soi có thể chẩn đoán phân biệt trước mổ, tuy nhiên khả năng xử lý tổn thương và tiên lượng thường xấu.
- 2. Viêm phúc mạc do thủng ruột thừa:** Triệu chứng thường khởi đầu ở vùng thượng vị rồi khu trú và tăng dần ở hố chậu phải, kèm theo triệu chứng nhiễm khuẩn tương đối sớm.
- 3. Viêm phúc mạc mật:** Bệnh nhân thường có tiền sử bệnh gan mật. Khám bệnh thường gặp các triệu chứng viêm phúc mạc kết hợp với hội chứng tắc mật ( vàng da vàng mắt, phân bạc màu, nước tiểu sậm, túi mật căng to, Bilirubin trong máu cao ).
- 4. Viêm phúc mạc do thủng một tạng rỗng khác** như thương hàn có biến chứng thủng ruột, thủng đại tràng do amibe, loét và thủng túi thừa Meckel.
- 5. Viêm tụy cấp:** bệnh nhân thường đau bụng dữ dội, lẫn lộn, tình trạng toàn thân kém, có choáng rõ rệt. Khám bệnh có thể thấy bụng co cứng nhưng ít rõ, ấn điểm sống - sườn đau [Mayo - Robson (+)]. Xét nghiệm giúp xác định chẩn đoán là Amylase trong máu và trong nước tiểu cao ( bình thường Amylase trong máu có dưới 50 đơn vị Somogyi, và không có trong nước tiểu ).

## VIII. ĐIỀU TRỊ:

Thủng ổ loét dạ dày tá tràng cần được điều trị cấp cứu sớm trong vòng 6 giờ đầu vì tỷ lệ tử vong thấp. Nếu quá 24 giờ thì tiên lượng rất xấu, bệnh nhân tử vong vì nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng, choáng nội độc tố, suy thận cấp.

### 1. Phẫu thuật: là phương pháp điều trị chủ yếu

\* Chuẩn bị trước mổ

- Đặt ống hút dạ dày
- Truyền dịch nâng cao thể trạng và chuẩn bị mổ
- Cho kháng sinh

\* Các phương pháp phẫu thuật:

- **Khâu lỗ thủng và làm sạch ổ bụng:** là phẫu thuật đơn giản nhất trong cấp cứu, đáp ứng hầu hết yêu cầu điều trị trước mắt. Nhược điểm là không giải quyết được nguyên nhân là ổ loét.
- **Cắt dạ dày:** Tương đối triệt để nhưng đòi hỏi các điều kiện khắt khe như tình trạng bệnh nhân phải tốt ( đến sớm, sức khỏe tốt, ổ bụng sạch...), phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ cắt dạ dày và dụng cụ trang bị đầy đủ.
- **Khâu lỗ thủng tá tràng** kết hợp với **cắt dây thần kinh X đến dạ dày** và **dẫn lưu dạ dày** phối hợp ( nối vị tràng, mở rộng môn vị ...): dành riêng cho thủng ổ loét tá tràng có điều kiện mổ tốt
- **Phẫu thuật dẫn lưu dạ dày ra ngoài da đơn giản ( Newmann ):** chỉ được dùng trong trường hợp tình trạng bệnh nhân và ổ loét rất xấu, không thực hiện được một trong các phẫu thuật đã kể trên.

2. Bảo tồn ( phương pháp Taylor ): Chủ yếu là hút dạ dày liên tục, bồi hoàn nước và điện giải. Phương pháp này có chỉ định rất hạn chế (thủng bít hoặc thủng nhỏ mà không có điều kiện mổ), và cũng không được coi là phương pháp điều trị chắc chắn hoặc triệt để.

## BÀI 17. TẮC RUỘT

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của tắc ruột
- 1.2. Trình bày được biến chứng của tắc ruột
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu tắc ruột ở tuyến cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Tắc ruột là sự nghẽn lưu thông hoàn toàn và kéo dài của các chất trong lòng ruột.

#### II. PHÂN LOẠI:

Có 3 loại tắc ruột .

1. **Tắc ruột cơ học:** do lòng ruột bị bít nghẽn bởi dị vật như nùi giun, sỏi mật, tóc khối u... hoặc do ruột bị thắt nghẽn vì xoắn ruột, vì bị bóp nghẹt, bị lồng vào nhau. Trong các trường hợp ruột bị thắt nghẽn, tắc ruột thường kèm theo nguy cơ thiếu máu nuôi dưỡng và làm hoại tử đoạn ruột bị tắc nghẽn .
2. **Tắc ruột do thiếu máu:** ruột bị thiếu do tắc huyết quản nuôi ruột hoặc do máu đến không đủ ( co mạch , hạ huyết áp kéo dài ...) đưa đến hoại tử ruột .
3. **Tắc ruột cơ năng,** còn gọi là **liệt ruột:** do ruột mất hoặc giảm nhu động , có thể gặp trong các trường hợp viêm phúc mạc, sau các phẫu thuật ổ bụng, rối loạn nước và điện giải , chấn thương bụng - ngực , tổn thương tuỷ sống.

#### III. CƠ THỂ VÀ SINH LÝ BỆNH

##### 1. Cơ thể bệnh

Trong trường hợp tắc ruột, khi mở bụng có thể nhận thấy các đặc điểm:

- Trong ổ bụng có nước trong hoặc có màu hồng, đôi khi nhầy, đen và có mùi hôi do ruột bị hoại tử.
- Các quai ruột giãn nở: đoạn ruột phía trên nơi bị tắc phình lớn , chứa nước và hơi , thành ruột mỏng , đỏ sẫm và phù nề. Trái lại đoạn ruột phía dưới nơi tắc xẹp hẳn và giảm kích thước .
- Tìm thấy nguyên nhân gây tắc ruột: hoặc là có dị vật trong lòng ruột, hoặc là ruột bị thắt nghẽn, thiếu máu nuôi, đỏ bầm và nếu hoại tử thì có màu xanh đen và hôi, dễ vỡ

##### 2. Sinh lý bệnh

Tắc ruột đưa đến các rối loạn chính sau đây:

- Giảm khối lượng máu tuần hoàn gây trụy tim mạch: nước bị mất do ói mửa, do thoát vào ổ bụng hoặc vào lòng ruột và do ruột không hấp thu được nước (lượng nước có trong ruột khoảng 5 - 7 lít / ngày )
- Rối loạn cân bằng chất điện giải và chuyển hoá: nôn mửa càng nhiều , càng mất chất điện giải , gây toan hoá máu hoặc kiềm hoá máu
- Nhiễm khuẩn nhiễm độc: do vi khuẩn sinh độc tố, do viêm phúc mạc, do thức ăn bị thối rữa và nhất là do ruột bị hoại tử .

#### IV. LÂM SÀNG:

Tắc ruột do nguyên nhân cơ học có các triệu chứng như sau .

### 1. Triệu chứng cơ năng .

- **Đau bụng:** đau quặn từng cơn, bệnh nhân cảm thấy sôi ruột. Xen lẫn với các cơn đau là những lúc giảm đau hẳn.
- **Nôn mửa:** Tắc ruột càng cao, nôn mửa càng sớm . Có thể nôn ra đến chất phân .
- **Bí trung và đại tiện:** luôn luôn có. Đôi khi trong tắc ruột cao, lúc đầu có thể đi tiêu ra phân ở phía dưới nơi tắc .
- **Trướng bụng:** tắc ruột càng thấp, bụng càng trướng lớn.

### 2. Triệu chứng thực thể, gồm có 3 nhóm:

- Dấu hiệu ruột chống lại sự nghẽn tắc: **nhu động ruột gia tăng**, có thể thấy rõ khi quan sát thành bụng (**dấu hiệu rắn bò**) hoặc nghe thấy **tiếng sôi ruột** kèm theo cơn đau quặn.
- Dấu hiệu dẫn nở đoạn ruột phía trên nơi tắc: bụng căng trướng, gõ vang, khi lắc bụng nghe óc ách .
- Nhóm dấu hiệu giúp chẩn đoán nguyên nhân: dấu hiệu viêm đau tại nơi thoát vị , sờ thấy khối u do lồng ruột , mùi giun , thấy sẹo mổ ở bụng ....

### 3. Cận lâm sàng:

- Chụp X quang bụng không sửa soạn: dấu hiệu tắc ruột điển hình là thấy các quai ruột dẫn nở , **có mực nước - hơi**.
- Chụp X quang với baryte bơm vào đại tràng: giúp chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột ở đại tràng.

## V. CHẨN ĐOÁN:

### 1. Các chẩn đoán phân biệt .

- **Tắc ruột cao ( ruột non )** phân biệt với **tắc ruột thấp ( ruột già )**: Tắc ruột cao có triệu chứng lâm sàng rầm rộ hơn ( đau bụng nhiều, nôn mửa dữ dội, tổng trạng bị ảnh hưởng rõ). Trong tắc ruột thấp triệu chứng lâm sàng kém rõ rệt hơn ( bệnh nhân ít nôn mửa, bí trung và đại tiện rõ và bụng trướng hơi nhiều hơn).
- **Tắc ruột đơn thuần** phân biệt với **tắc ruột thắt nghẽn**: Nếu ruột bị thắt nghẽn và hoại tử, triệu chứng tắc ruột thường nặng hơn: đau bụng liên tục ,nôn mửa nhiều, bí trung và đại tiện hoàn toàn , sốt , tim đập nhanh . Khám bụng thường thấy một khối u đau kèm dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú, khám trực tràng thấy có máu. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao và chụp X quang thường thấy 1 quai ruột nở lớn đặc biệt.
- **Tắc ruột cơ học** phân biệt với **liệt ruột**: liệt ruột thường gặp ở bệnh nhân còn trong thời gian hậu phẫu sau phẫu thuật bụng, viêm phúc mạc, hoặc có rối loạn nước và điện giải. Khám không thấy rõ cơn đau, không thấy nhu động ruột và không nghe tiếng ruột. Chụp X quang chỉ thấy toàn bộ các quai ruột đều dẫn nở và chứa đầy hơi. Cần lưu ý là tắc ruột cơ học có thể dẫn tới liệt ruột do rối loạn nước và điện giải, hoặc do lạm dụng thuốc ức chế nhu động ruột.

### 2. Chẩn đoán nguyên nhân: có thể dựa trên lứa tuổi của người bệnh .

- Trẻ sơ sinh: hẹp ruột bẩm sinh , không có hậu môn .
- Trẻ đang bú: lồng ruột
- Trẻ em: tắc ruột do giun
- Người lớn: thoát vị nghẽn, xoắn ruột.
- Người già: khối u của ruột, đặc biệt là ở đại tràng và trực tràng.
- Có tiền sử phẫu thuật ở bụng: ruột bị tắc do dính vào nhau hoặc dính vào thành bụng. Đây là nguyên nhân thường gặp nhất, có thể xảy ra rất sớm sau mổ 1 tuần hoặc

rất muộn về sau. Còn nguyên nhân gây dính ruột là ruột bị trầy xước trong khi mổ, trong ổ bụng có dị vật, và nhất là khi phúc mạc bị viêm.

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Các biện pháp tổng quát**

- Bồi hoàn nước và điện giải: khối lượng bù căn cứ trên lượng nước mất và tình trạng của người bệnh.
- Đặt ống thông dạ dày hoặc ruột và hút liên tục: phải bảo đảm ống không bị nghẹt và hút đến khi bụng hết trướng. Phải đo lượng dịch hút để bồi hoàn lại cho đủ.

**2. Điều trị bảo tồn:** chỉ thực hiện việc bồi hoàn nước, điện giải và hút dạ dày ruột non liên tục. Nếu tình trạng khá dần như bớt đau, bớt trướng bụng, trung và đại tiện được, dịch hút ít dần thì chuyển sang hút cách quãng mỗi hai giờ. Khoảng 24 giờ sau có thể cho bệnh nhân uống nước, nếu không có gì lạ thì rút ống thông. Điều trị bảo tồn chỉ áp dụng cho các trường hợp tắc ruột đơn thuần, thường nhất là tắc ruột không hoàn toàn do dính ruột sau mổ.

### **3. Điều trị phẫu thuật:** có chỉ định mổ nếu

- Có dấu hiệu ruột bị thắt nghẽn và đe dọa hoại tử ruột.
- Nghẽn ruột hoàn toàn
- Tắc ruột đã điều trị bảo tồn không kết quả.

Những trường hợp cần mổ, thường phải điều trị chống nhiễm khuẩn với kháng sinh.

**4. Điều trị liệt ruột:** chủ yếu là giải quyết các nguyên nhân và dùng các biện pháp điều trị nội khoa

- Hạn chế ăn uống.
- Đặt ống hút dạ dày tá tràng cho xẹp bụng.
- Bồi hoàn nước và điện giải, chú ý đến kali.
- Kích thích nhu động ruột:
  - + Kích thích hậu môn trực tràng bằng cách ấn chẵn trực tràng, thụt tháo nhẹ.
  - + Thuốc kích thích nhu động ruột: Urecholine 2,5 - 5mg x 3 / ngày tiêm dưới da, hoặc Neostigmin 1mg tiêm dưới da hay tiêm bắp. Thuốc có chống chỉ định tuyệt đối trong tắc ruột cơ học và tắc ruột thắt nghẽn.

## BÀI 18. LỒNG RUỘT

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của lồng ruột.

1.2. Mô tả được tiến triển của lồng ruột

1.3. Biết cách xử trí bước đầu tắt ruột ở tuyến cơ sở

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Lồng ruột là tình trạng hai đoạn ruột chui vào nhau, thường là đoạn trên chui vào đoạn dưới. Biểu hiện chủ yếu của lồng ruột là hội chứng tắc ruột cơ học và gây nghẽn thắt đoạn ruột lồng. Lồng ruột hay gặp ở trẻ con và có diễn tiến nhanh chóng hơn ở người lớn.

#### II. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Có thể phân loại lồng ruột theo tính chất đơn giản hay phức tạp .

- Lồng ruột đơn giản có 3 ống ruột, ống ngoài là bao, ống giữa và ống trong là đoạn ruột lồng , mạc treo ruột bị kẹt giữa ống giữa và ống trong .
- Lồng ruột phức tạp do lồng nhiều lần, có thể có lồng 2 lần và có 5 ống ruột, lồng 3 lần có 7 ống ruột

##### 2. Theo vị trí nơi lồng ruột có thể chia thành

- Lồng hồi-manh tràng: Đầu đoạn ruột lồng là van hồi manh tràng .
- Lồng hồi-đại tràng: Hồi tràng chui qua van hồi manh vào đại tràng .
- Lồng hồi-hồi tràng .
- Lồng đại-đại tràng .

##### 3. Tổn thương khi lồng ruột

Đoạn ruột bị lồng cùng với mạc treo bị thắt nghẽn, gây phù nề thiếu máu nuôi và hoại tử. Tĩnh mạch ruột bị kẹt căng, vỡ và chảy máu vào lòng ruột gây đi tiêu máu.

##### 4. Cơ chế gây lồng ruột

- Do nhu động trong 2 đoạn ruột đi ngược chiều nhau, ví dụ như lồng hồi-manh .
- Do dị vật làm nghẽn tắc tại 1 đoạn ruột như u bướu , nùi giun....

#### III. TRIỆU CHỨNG

Lồng ruột hồi manh thể điển hình ở trẻ con còn bú (5 - 6 tháng tuổi)

##### 1. Triệu chứng cơ năng:

- **Đau bụng:** phát khởi đột ngột ở trẻ đang khỏe mạnh hoàn toàn, đau dữ dội khiến trẻ khóc thét, quần quai, bỏ bú và nôn hết sữa. Đau bụng diễn tiến thành từng cơn dài khoảng vài phút và mỗi cơn cách nhau 5 - 15 phút .
- **Nôn:** rất sớm , lúc đầu nôn ra sữa rồi đến mật, sau ra chất như phân .
- **Đi cầu ra máu:** sau cơn đau đầu tiên khoảng 6 giờ, trẻ đi cầu ra máu có lẫn chất nhầy như máu cá .

##### 2. Triệu chứng thực thể: nên khám lúc cơn đau đã giảm

- Nắn bụng: mềm, hố chậu phải có cảm giác trống, sờ dọc theo đại tràng có thể thấy **khối ruột lồng** hình quả chuối, cứng, ngày càng to và di chuyển dần về phía trực tràng.

- Khám trực tràng thường có **máu và chất nhầy**, lầy nhầy như khi mổ cá.

### 3. Triệu chứng X quang:

- Chụp X quang bụng không sờ soạn thấy các quai ruột giãn nở và mức nước - hơi điển hình của tắc ruột cơ học
- Chụp X quang bụng trong khi bơm Baryte qua hậu môn, vừa chẩn đoán vừa điều trị: Chất cản quang khi bơm vào đại tràng, sẽ dừng lại ở nơi khối ruột lồng và tạo nên **hình cày cua , hình huy hiệu , hình đài hoa hay hình chĩa ba .**

## **IV. CHẨN ĐOÁN**

### **1. Chẩn đoán lồng ruột** được nghĩ đến nếu có 2 trong 4 dấu hiệu sau:

- Đau bụng từng cơn, ở 1 trẻ đang khoẻ mạnh, không sốt, mạch không nhanh.
- Khám thấy khối ruột lồng .
- Nôn nhiều, thăm trực tràng có máu .
- Phim X quang đại tràng với Baryte có các hình ảnh lồng ruột điển hình .

### **2. Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm dạ dày ruột: thường có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước như sốt, mạch nhanh, đau bụng ít hơn, tiêu chảy nhiều lần và phân có lẫn đàm máu.
- Kiết lỵ: có bệnh cảnh nhiễm khuẩn, đi cầu ra phân có đàm máu, nhưng chủ yếu là mắc đi cầu nhiều lần .

## **V. ĐIỀU TRỊ**

### 1. Điều trị tổng quát:

Do biểu hiện chủ yếu của lồng ruột là tắc ruột cơ học có kèm theo nghẽn thắt đoạn ruột lồng, nên cần điều trị tổng quát theo hướng này, gồm:

- Đặt ống thông hút dạ dày tá tràng.
- Bồi hoàn nước và điện giải.
- Kháng sinh tiêm.

### 2. Điều trị khối ruột lồng

\* **Phương pháp bảo tồn:** Gỡ khối ruột lồng bằng cách dùng dịch hay hơi đẩy lùi khối ruột lồng về vị trí ban đầu. Phương pháp này được chỉ định trong trường hợp lồng ruột hồi - manh ở trẻ em và đến sớm

- Có thể gỡ khối ruột lồng trong khi bơm Baryte qua hậu môn vào đại tràng để chụp phim X quang. Sau khi đã xác định chẩn đoán thì tiếp tục bơm với áp lực nhẹ để đẩy khối ruột lồng về phía manh tràng. Khi áp suất bơm Baryte đột ngột giảm đồng thời Baryte tràn qua hồi tràng thì khối lồng đã được gỡ xong.
- Có thể thay Baryte bơm qua hậu môn bằng nước và theo dõi qua màn hình siêu âm để giảm bớt nguy hiểm do bị nhiễm quá nhiều tia X.
- Hiện nay, phương pháp thường được dùng nhiều và có kết quả tốt là gỡ lồng bằng cách bơm hơi với áp lực < 10 cm Hg qua hậu môn vào đại tràng.

\* **Phương pháp phẫu thuật:** được chỉ định trong

- Các trường hợp lồng ruột không áp dụng được phương pháp bảo tồn, hoặc áp dụng không thành công.
- Lồng ruột tái phát nhiều lần, cần mổ để cố định ruột vào thành bụng. Trong khi mổ tháo lồng, nếu đoạn ruột lồng đã có triệu chứng hoại tử hoặc không hồi phục được, phải cắt bỏ đoạn ruột lồng và nối lại ruột .



## BÀI 19. THOÁT VỊ

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của thoát vị.
- 1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng của thoát vị bẹn nghẽn.
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu thoát vị bẹn nghẽn ở tuyến cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị là trường hợp cơ quan, nội tạng thoát ra khỏi vị trí vốn có của nó.

Thoát vị bụng là trường hợp thoát vị của các nội tạng bụng ra khỏi giới hạn của ổ bụng, đặc biệt là qua các khe hở tự nhiên của thành bụng

Nếu thoát vị có thể trông thấy ở bên ngoài thì được gọi là thoát vị ngoài, còn nếu không thấy được thì gọi là thoát vị trong .

Các vị trí có thể gây thoát vị là bẹn, đùi, rốn, cơ hoành, lỗ túi mạc nối, lỗ bịt... trong đó thoát vị bẹn là loại thường gặp nhất .

#### II. CƠ THỂ BỆNH

Thoát vị bẹn là thoát vị phía trên dây bẹn , có 2 loại

- **Thoát vị bẹn gián tiếp:** thường bẩm sinh, đường thoát vị đi theo ống bẹn , có thể xuống tận bìu .
- **Thoát vị trực tiếp:** qua hố bẹn trong, đường thoát vị đi trực tiếp qua chỗ yếu của thành bụng , không xuống bìu.

Cơ quan thường lọt vào túi thoát vị ở vùng này là ruột và mạc nối lớn .

#### III. LÂM SÀNG

Bệnh nhân thường đến khám vì sự xuất hiện của một **khối u ở vùng bẹn**. Hỏi bệnh sử có thể biết thêm tính chất của khối u này: thời gian và nguyên nhân xuất hiện khối u ( làm việc nặng, tăng gia áp lực trong ổ bụng...), tính chất co giãn và thay đổi kích thước của khối u.

Với các khối thoát vị lớn thì bệnh nhân thường cảm thấy khó chịu vì vướng, đau tức bẹn.

**Khám bệnh ở tư thế đứng và nằm** , thấy khối thoát vị có các tính chất sau:

- **Không đau**, dù ấn hay để tự nhiên.
- **Mềm, ấn xẹp:** đè ấn làm khối u xẹp, ấn có cảm giác mềm nhũn và nhu động của ruột .
- **Phình giãn:** khi đứng khối u xuất hiện rõ hơn khi nằm, nếu ho hay rặn, khối u lại càng lớn hơn .
- **Có cuống:** khám thấy khối u có lỗ thông với ổ bụng .

#### IV. CHẨN ĐOÁN

1. **Thoát vị bẹn gián tiếp:** có thể xuất hiện từ lúc sơ sinh hoặc khi đã trưởng thành, thường xuống đến bìu. Khám thấy cuống thoát vị đi theo ống bẹn và ra khỏi thành bụng ở lỗ bẹn nông.
2. **Thoát vị bẹn trực tiếp:** gặp ở người già, do thành bụng yếu. Thoát vị thường xuất hiện sau khi làm 1 công việc cố sức. Loại thoát vị này không bao giờ xuống bìu, có

cuồng thoát vị nằm ngoài ống bẹn và lỗ thoát vị ở không phải là lỗ bẹn nông. Thoát vị trực tiếp thường xảy ra cả 2 bên bẹn .

**3. Chẩn đoán phân biệt:** Các khối u của thành tinh, u tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn đều không có tính chất di động, thay đổi kích thước thường xuyên, ấn xẹp và phình giãn của thoát vị .

## **V. ĐIỀU TRỊ**

- Điều trị tạm thời hay bảo tồn: có thể dùng băng đeo hay quần lót đặc biệt để nâng khối thoát vị lên cho khối vững và tạm thời bịt lỗ thoát vị để khối thoát vị không xuất hiện. Biện pháp này thường được dùng cho thoát vị bẹn trực tiếp .
- Điều trị tận gốc: phẫu thuật phục hồi thành bụng để làm nhỏ hoặc bít kín lỗ thoát vị và đề phòng biến chứng thoát vị nghẽn.

## **THOÁT VỊ BẸN NGHẼN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Thoát vị nghẽn là biến chứng nguy hiểm do cơ quan lọt trong túi thoát vị bị bóp nghẹt, gây thiếu máu nuôi dưỡng và hoại tử. Các thoát vị nghẽn đến muộn có thể gây viêm phúc mạc và tử vong. Thoát vị ở vị trí nào cũng có thể bị nghẽn, nhưng thường gặp nhất là thoát vị bẹn gián tiếp do cuồng thoát vị dài và ống bẹn hẹp.

### **II. CƠ THỂ BỆNH**

Cơ quan thường bị thoát vị và nghẽn là ruột và mạc nối .

- Ruột bị nghẽn trong bao thoát vị lúc đầu bị căng to, phù nề và ứ máu đỏ sẫm, nếu mổ kịp thời thì ruột sẽ phục hồi và có nhu động. Nếu ruột vẫn tiếp tục bị nghẽn lâu thì thành ruột sẽ tím, căng to hơn, mỏng dần, hoại tử và thủng .
- Trong túi thoát vị nghẽn, ngoài cơ quan thoát vị bị bóp nghẹt còn có dịch ứ đọng màu hồng nhạt. Nếu có hoại tử thì dịch sẽ đục, có màu đen và thối .

### **III. LÂM SÀNG**

Ở bệnh nhân đã bị thoát vị bẹn từ trước, khi bị nghẽn sẽ có thêm các triệu chứng sau:

**1. Triệu chứng tắc ruột:** nếu cơ quan bị thoát vị nghẽn là ruột .

- Triệu chứng chức năng: đau bụng, ói mửa, bí trung và đại tiện .
- Triệu chứng thực thể: bụng trướng, có dấu hiệu tăng nhu động ruột ( rấn bò, sôi ruột)
- Chụp X quang bụng không sửa soạn thấy các quai ruột giãn nở, có mực nước - hơi.

Nếu cơ quan bị thoát vị nghẽn không phải là ruột ( mạc nối, buồng trứng...) thì triệu chứng tắc ruột sẽ không rõ.

**2. Triệu chứng nghẽn tại nơi thoát vị**

- Khối thoát vị trở nên đau, không còn di động hoặc co giãn mà căng cứng.
- Nắn khối thoát vị rất đau, nhất là ở vùng cổ thoát vị và không thể đẩy cho khối thoát vị vào trong ổ bụng như trước. Các trường hợp đến muộn có thể thấy khối thoát vị bị sưng nề, viêm đỏ.

**3. Triệu chứng viêm phúc mạc:** Gặp trong các trường hợp thoát vị nghẽn đến muộn hoặc thoát vị làm hoại tử thêm cơ quan bên trong ổ bụng.

### **IV. CHẨN ĐOÁN**

- Chẩn đoán xác định: dựa trên tiền sử có thoát vị bẹn từ trước, hiện nay có thêm triệu chứng nghẽn tại nơi thoát vị kèm theo hội chứng tắc ruột và/hoặc viêm phúc mạc.
- Chẩn đoán phân biệt: các khối u sung, đau ở vùng bẹn hoặc bìu tinh hoàn do viêm tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn, viêm tĩnh mạch tinh hoàn, viêm hạch bẹn . . . .đều không có hội chứng tắc ruột và/hoặc viêm phúc mạc.

## **V. ĐIỀU TRỊ**

Thoát vị nghẽn đòi hỏi phải xử trí cấp cứu

### **1. Xử trí đối với khối thoát vị nghẽn**

- Nắn thoát vị nghẽn: nếu thoát vị nghẽn mới xảy ra ở trẻ em, có thể cho ngâm nước ấm và thử nắn lại. Nếu nắn được thì sau khi đẩy khối thoát vị vào ổ bụng thì cho bệnh nhân đeo băng nâng khối thoát vị lên. Không được nắn nếu thoát vị nghẽn đã lâu hoặc nắn khó khăn.
- Phẫu thuật: mổ thoát vị và phục hồi lại thành bụng. Trước tiên phải mở khối thoát vị để xem xét tình trạng và khả năng hồi phục của cơ quan bị bóp nghẽn (ruột hoặc mạc nối). Khi mở nơi thắt ở cổ túi thoát vị nếu thấy cơ quan đó có dấu hiệu hồi phục được (hồng hào lại, có mạch đập, ruột có nhu động...) thì bảo tồn, nếu đã có dấu hiệu hoại tử thì phải cắt bỏ hoặc cắt nối ruột. Sau đó sẽ mổ phục hồi lại thành bụng.

### **2. Xử trí khác: cần điều trị các rối loạn do tắc ruột gây nên (xem bài tắc ruột).**

## **Đọc thêm**

### **CƠ THỂ HỌC VÙNG BỤNG**

Vùng bụng được cấu tạo bởi nhiều lớp cơ và cân chung quanh ống bụng. Từ nông vào đến sâu có các lớp sau:

#### **\* Da và mô dưới da .**

\* **Cơ và cân cơ chéo ngoài:** che mặt trước ống bụng, có lỗ bụng nông cho thừng tinh đi từ bìu vào ổ bụng . Giới hạn dưới của cơ chéo ngoài là dây bụng và cũng là giới hạn dưới của ống bụng .

\* **Cơ chéo trong và cơ ngang bụng:** về phía ngoài hai cơ tách rời nhau và nằm phía ngoài ống bụng, ở đoạn giữa 2 cơ là giới hạn phía trên ống bụng, ở phía trong hai gân cơ kết hợp với nhau thành liềm bụng .

\* **Cân ngang:** che mặt sau ống bụng, về phía ngoài có lỗ bụng sâu cho thừng tinh đi từ ống bụng vào ổ bụng .

\* **Phúc mạc:** che phủ mặt sau cân ngang và là lớp sâu nhất. Nhìn từ trong ổ bụng đến mặt sau thành bụng trước, vùng bụng có 3 nếp và 3 hố, lần lượt từ đường giữa bụng ra đến phía ngoài như sau.

- Nếp rốn giữa: do dây treo bàng quang ( dây chằng bàng quang-rốn ) tạo thành.
- Hố trên bàng quang: nơi này hiếm khi bị thoát vị.
- Nếp rốn trong: do di tích của động mạch rốn tạo thành .
- Hố bụng trong: là nơi xảy ra thoát vị bụng trực tiếp
- Nếp rốn ngoài: do động mạch thượng vị dưới tạo thành .
- Hố bụng ngoài: liên quan với lỗ bụng sâu là nơi xảy ra thoát vị bụng gián tiếp .

## BÀI 20. UNG THƯ DẠ DÀY

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được nguyên nhân và yếu tố thuận lợi của ung thư dạ dày

1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày

1.3. Trình bày được các thể lâm sàng

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư dạ dày rất thường gặp, chiếm hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hoá.
- Các triệu chứng điển hình của ung thư dạ dày toàn phát có thể giúp chẩn đoán bệnh dễ dàng nhưng thường vô ích về mặt điều trị. Biện pháp duy nhất để cải thiện tiên lượng đối với ung thư dạ dày hiện nay là chẩn đoán thật sớm khi bệnh nhân còn hầu như bình thường và điều trị bằng cách phẫu thuật cắt dạ dày.

#### II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

Nguyên nhân đích thực của ung thư dạ dày chưa rõ, các yếu tố liên quan thường thấy ở bệnh nhân bị ung thư dạ dày là

- \* **Cơ địa:** nam giới, trên 50 tuổi, nhóm máu A, chế độ ăn uống có nhiều thức ăn có nguồn gốc động vật.
- \* **Ung thư dạ dày thường xuất hiện trên một tổn thương đã có từ trước của dạ dày.**
  - Vô toan dịch vị: dịch vị của 2/3 bệnh nhân bị K dạ dày giảm hoặc không có HCl.
  - Thiếu máu Biermer: có tỷ lệ ung thư dạ dày cao gấp 10 lần bình thường.
  - Viêm teo niêm mạc dạ dày.
  - Loét dạ dày ung thư hoá: còn là vấn đề bàn cãi, chiếm khoảng 10%.
- \* **Ung thư dạ dày có thể xuất hiện trong một số bệnh toàn thân như:**
  - Bệnh ngoài da: bệnh gai đen (Acanthosis nigricans): 40 %.
  - Bệnh máu: Ung thư lympho bào mạn tính.
  - Một số bệnh khớp, thần kinh ( đa u thần kinh ), nội tiết.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

- \* Vị trí: ung thư dạ dày có thể nằm bất cứ nơi nào của dạ dày, trong đó thường gặp nhất là ở hang môn vị.
- \* Về đại thể: ung thư dạ dày có các thể u xùi, thể loét, thể thâm nhiễm, thể u có cuống.
- \* Về vi thể: ung thư biểu mô chiếm 95%, phát sinh từ niêm mạc dạ dày.
- \* Tiến triển: ung thư dạ dày có nhiều cách lan tràn
  - Tại dạ dày: ung thư tại chỗ lan dần sang các lớp của thành dạ dày.
  - Ân lan sang các tạng lân cận: gan, tụy, đại tràng.
  - Vào ổ bụng: phúc mạc, mạc nối, buồng trứng ( u Krukenberg).
  - Theo bạch huyết: quanh dạ dày, hạch trong ổ bụng, hạch trên đòn.
  - Di căn xa: phổi, xương, não.

#### IV. LÂM SÀNG

1. **Giai đoạn khởi phát:** chỉ mới có các triệu chứng chức năng

- \* Đau bụng: đau âm ỉ ở vùng trên rốn, không thành cơn rõ rệt, không có giờ giấc hoặc không có chu kỳ rõ rệt. Nghi ngơi, dùng thuốc trung hoà axit không làm giảm đau.

Một số bệnh nhân có triệu chứng đau rất giống loét dạ dày tá tràng, một số bệnh nhân khác lại hoàn toàn không đau.

- \* Rối loạn tiêu hoá: Chán ăn, ăn không ngon, ăn xong thấy nặng bụng, khó tiêu.
- \* Các triệu chứng khác: mệt mỏi, giảm hứng thú, khả năng làm việc sút kém, người gầy ốm... không có lý do rõ rệt.

### **2. Giai đoạn toàn phát**, chủ yếu là phát hiện được khối u của dạ dày

\* Khối u dạ dày: lúc đầu khối u tròn, cứng, có giới hạn rõ, di động, không đau. Vị trí của khối u thường nằm ở vùng thượng vị hay quanh vùng này. Về sau u to, giới hạn không rõ, mất di động, thành bụng trên khối u có thể phản ứng khiến khi sờ vào có cảm giác của một mảng cứng.

\* Triệu chứng toàn thân: tổng trạng gầy sút, thiếu máu, da vàng rơm, ăn uống kém, sốt nhẹ và dai dẳng.

### **3. Giai đoạn muộn**: có triệu chứng ung thư lan tràn và gây biến chứng

\* Tại chỗ: u to, cứng, dính với các cơ quan chung quanh. U có thể làm hẹp môn vị, chảy máu hoặc loét thủng.

\* Lan tràn trong ổ bụng: gan to lờn nhón, bụng có cổ trướng, có u buồng trứng 2 bên, nổi hạch nhiều nơi.

\* Toàn thân: suy kiệt, da bọc xương, hoặc phù suy dinh dưỡng. Có triệu chứng phổi, màng phổi, xương, thần kinh... tùy theo nơi di căn.

## **V. CẬN LÂM SÀNG**

**1. X quang**: chụp dạ dày với Baryte cho thấy các hình ảnh của khối u như hình dạ dày bị khuyết, hình ổ loét ác tính, hình dạ dày bị nhiễm cứng, hoặc dạ dày biến dạng...

**2. Nội soi dạ dày với ống soi mềm**: giúp phát hiện tổn thương mới, còn nhỏ hoặc ở những vị trí khó mà X quang không phát hiện được. Nội soi còn giúp làm sinh thiết để chẩn đoán sớm và chắc chắn.

**3. Rửa dạ dày để tìm tế bào ung thư**: có thể giúp chẩn đoán nhưng hơi phức tạp và khả năng xác định không cao nên hiện nay ít dùng.

**4. Xét nghiệm máu tìm CEA (Carcino Embryonic Antigen)**: bình thường có dưới 3 ng/mL

**5. Đo axit của dịch vị**: dịch vị của 60% bệnh nhân bị ung thư dạ dày có độ axit thấp.

**6. Xét nghiệm phân tìm máu**: do khối u thường chảy máu rỉ rả.

## **VI. THỂ LÂM SÀNG**

**1. Thể mới phát**: bệnh nhân mới chỉ có một số rối loạn chức năng gợi ý đến ung thư dạ dày. Chẩn đoán xác định dựa trên chụp X quang, nội soi dạ dày và sinh thiết. Đây là thể lâm sàng cho kết quả điều trị tốt nhất (90%).

**2. Thể yên lặng**: không thấy triệu chứng gì đặc biệt cho đến lúc bệnh nhân đến khám thì đã có đầy đủ triệu chứng của ung thư dạ dày toàn phát hoặc có biến chứng, nhiều khi quá khả năng điều trị.

**3. Thể giống như loét dạ dày**: trên lâm sàng hoặc X quang không phân biệt được giữa ung thư và loét. Có thể dùng nghiệm pháp điều trị của Gutmann để phân biệt: tích cực điều trị như loét dạ dày trong 4-6 tuần, nếu triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X quang không hết hẳn, phải coi là ung thư.

### **4. Các thể ung thư dạ dày có biến chứng:**

- Thủng dạ dày, gây viêm phúc mạc.

- Chảy máu: ung thư dạ dày thường chảy máu rỉ rả làm bệnh nhân xanh xao, nhưng đôi khi khối u chảy máu dữ dội phải cấp cứu vì xuất huyết tiêu hoá.

- Hẹp môn vị: rất hay gặp, qua chẩn đoán nguyên nhân thường phát hiện ung thư đã khá lớn.

## **VII. ĐIỀU TRỊ**

Ung thư dạ dày không được điều trị sẽ dẫn đến tử vong vì suy kiệt hoặc vì biến chứng sau khoảng 1 năm.

\* **Phẫu thuật:** hầu như là phương pháp duy nhất có hiệu quả rõ

- Cắt bán phần dạ dày: dành cho các ung thư mới phát, chưa xâm nhập hoặc lan rộng.
- Cắt toàn bộ dạ dày: bảo đảm lấy được tối đa khối u với giới hạn an toàn, nhưng thường kèm theo tỷ lệ tử vong cao, chăm sóc hậu phẫu nặng nề, suy dinh dưỡng nặng.
- Các phẫu thuật điều trị tạm: trong trường hợp ung thư đã ăn lan quá rộng, có thể cắt dạ dày mở rộng đến các cơ quan chung quanh ( gan, tụy, đại tràng...) hoặc làm phẫu thuật dẫn lưu ( nối vị tràng, mở thông dạ dày...) để kéo dài thêm thời gian sống của bệnh nhân.

\* **Hoá trị** với 5-FU (5-Fluorouracil) hoặc xạ trị chỉ có tác dụng hỗ trợ cho phẫu thuật.

## BÀI 21. HẸP MÔN VỊ

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân dẫn đến hẹp môn vị.
- 1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng của hẹp môn vị.
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu hẹp môn vị ở tuyến cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị được định nghĩa là hẹp đường thoát lưu bình thường của thức ăn trong dạ dày, do bệnh lý ở môn vị hoặc ở chung quanh môn vị.

#### II. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân gây hẹp môn vị thường gặp

1. **Loét tá tràng** là nguyên nhân thường gặp nhất của hẹp môn vị. Trái lại chỉ có một số ít loét dạ dày gây hẹp môn vị nếu ổ loét nằm gần môn vị.
2. **Ung thư hang vị**, là nguyên nhân thường gặp thứ hai gây hẹp môn vị.
3. **Các nguyên nhân gây hẹp môn vị khác thường ít gặp:**
  - phì đại môn vị,
  - u lành tính của dạ dày,
  - bệnh lý gan mật (viêm đường mật, viêm túi mật, sỏi mật), hoặc bệnh lý của tụy (viêm tụy, ung thư đầu tụy..)
4. **Một số tổn thương phụ ở môn vị:** làm môn vị càng dễ bị hẹp hơn khi phối hợp cùng các nguyên nhân chính: phù nề, co thắt, viêm nhiễm.

#### III. CƠ THỂ BỆNH VÀ SINH LÝ BỆNH

1. **Dạ dày:** trong giai đoạn đầu, dạ dày thường gia tăng nhu động và phì đại. Về sau dạ dày bị liệt nên dần nở và kém nhu động.
2. **Rối loạn biến dưỡng:** do giảm hấp thu và nôn mửa nhiều nên bệnh nhân hẹp môn vị dễ bị:
  - Mất nước và điện giải: tiểu ít, co giật, trụy tim mạch.
  - Nhiễm kiềm máu: co rút cơ, vọp bẻ.
  - Suy dinh dưỡng: phù nề, thiếu máu, giảm protide máu.

#### IV. TRIỆU CHỨNG

Hội chứng hẹp môn vị thường biểu hiện bằng các triệu chứng sau

##### 1. Triệu chứng chức năng

- \* Đau bụng: thường đau vùng thượng vị ngay sau bữa ăn. Trong giai đoạn đầu, đau thành từng cơn liên tiếp do dạ dày gia tăng co bóp, về sau cơn đau giảm nhưng bệnh nhân vẫn thấy khó chịu vì dạ dày đầy óc ách.
- \* Nôn mửa và buồn nôn: rất thường gặp, bệnh nhân nôn thành vòi ra nước ứ đọng của dạ dày có màu đen bản, mùi chua và có lẫn thức ăn của các bữa ăn trước chưa tiêu. Khi bệnh nhân nôn ra được thì cảm thấy nhẹ nhàng, cơn đau giảm hẳn.
- \* Các triệu chứng khác: chán ăn, khát nước, táo bón. Bệnh nhân mắc bệnh lâu thường gây ốm, suy kiệt dần.

##### 2. Triệu chứng thực thể

- \* Tổng trạng: đa số bệnh nhân uể oải, gầy ốm, mắt lõm, da khô và tiểu ít vì mất nước và điện giải. Một số bệnh nhân khác có thể phù vì suy dinh dưỡng, xanh xao do thiếu máu, hoặc lơ mơ và co giật do rối loạn nước và điện giải.
- \* Khám bụng: chủ yếu là phát hiện được tình trạng ứ đọng thức ăn ở dạ dày
  - Dạ dày lắng nghe óc ách lúc đói và sau bữa ăn 3-4 giờ. Đặc biệt quan trọng là vào lúc sáng sớm.
  - Dạ dày tăng nhu động: các sóng nhu động bắt đầu từ hạ sườn trái di chuyển sang hạ sườn phải, có thể nhìn thấy nếu thành bụng mỏng.
  - Sờ thấy dạ dày dẫn to, nhất là khi dạ dày gò căng từng đợt ( dấu hiệu Bouveret ).
  - Nếu bệnh đã lâu, vùng thượng vị thường phình to do dạ dày dẫn và ứ đọng thức ăn trong khi vùng dưới rốn lõm lõng thuyên.

### 3. Cận lâm sàng

- \* Chụp X quang dạ dày với Baryte uống thường cho thấy các hình ảnh sau:
  - Hình ảnh tuyết rơi.
  - Dạ dày dẫn to, bên trong có từng lớp baryte, nước và hơi ứ đọng.
  - Sóng nhu động dạ dày tăng nhưng Baryte không xuống tá tràng hoặc xuống rất ít.
  - Chụp lại X quang sau 6 giờ, vẫn còn thấy ứ đọng Baryte ở dạ dày.
- \* Xét nghiệm máu: tùy từng bệnh nhân, có thể phản ánh một hay nhiều rối loạn như:
  - Mất nước và điện giải
  - Rối loạn thăng bằng axit-kiềm
  - Thiếu máu
  - Suy dinh dưỡng, giảm protide máu.

## V. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

### 1. Loét dạ dày tá tràng:

- Thường có tiền sử bệnh lâu trên 10 năm.
- Hẹp môn vị xảy ra từ từ nên các triệu chứng ứ đọng và dẫn to của dạ dày thường rõ.
- Chụp X quang dạ dày với Baryte sau khi đã rửa và hút sạch dạ dày thường cho thấy ổ loét hoặc biến dạng hành tá tràng.
- Có thể xác nhận chẩn đoán bằng nội soi dạ dày.

### 2. Ung thư hang vị:

- Tiền sử bệnh thường ngắn, có khi hẹp môn vị là triệu chứng sớm của K hang vị.
- Hẹp môn vị do xảy ra nhanh nên triệu chứng ứ đọng và dẫn to của dạ dày ít rõ.
- Khám bụng sau khi hút sạch dạ dày: phát hiện khối u cứng chắc ở vùng thượng vị.
- Chụp X quang dạ dày với Baryte sau khi rửa và hút sạch dạ dày: thấy hang vị và môn vị biến dạng thành 1 ống hẹp có bờ khuyết không đều, thành hang vị cứng và không có nhu động.
- Nội soi dạ dày và sinh thiết sẽ xác định chẩn đoán.

### 3. Chẩn đoán các nguyên nhân gây hẹp môn vị khác

- Hẹp môn vị do phì đại cơ vòng môn vị: thường gặp ở trẻ sơ sinh với các triệu chứng nôn ra sữa sau khi bú, sụt cân, mất nước, tăng nhu động dạ dày và có khối u của môn vị ở vùng dưới gan. Chụp X quang dạ dày với Baryte thấy hình mỏ chim ở môn vị.

## VI. ĐIỀU TRỊ

1. **Nội khoa:** các trường hợp hẹp môn vị do cơ năng (co thắt dạ dày), hoặc do các yếu tố phụ như phù nề, viêm nhiễm...có thể điều trị nội khoa và có kết quả tốt.

2. **Chỉ định phẫu thuật,** chỉ dành cho các trường hợp hẹp môn vị thực thể, thực hiện như 1 cấp cứu trì hoãn.



**\* Chuẩn bị trước mổ:**

- Hút và rửa dạ dày hằng ngày thật sạch với NaCl 9‰. Sau vài ngày khi tình trạng viêm, co thắt và phù nề của dạ dày đã giảm, có thể cho dùng các loại nước và thức ăn lỏng có nhiều chất dinh dưỡng để nâng cao thể trạng.
- Truyền dịch để bồi hoàn nước, điện giải, năng lượng, chất đạm và sinh tố.
- Đôi khi phải truyền máu cho bệnh nhân.

**\* Phẫu thuật:**

- Cắt đoạn dạ dày và nối vị tràng: có chỉ định trong hẹp môn vị do loét dạ dày tá tràng và đặc biệt là trong ung thư hang vị.
- Nối vị tràng đơn thuần: là phẫu thuật chưa triệt để, chỉ định trong các trường hợp ung thư quá giai đoạn phẫu thuật, ổ loét khó mổ hoặc tình trạng bệnh quá yếu không chịu đựng được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày.
- Phẫu thuật tạo hình môn vị Fredet dành cho hẹp môn vị phì đại bẩm sinh

## BÀI 22. DÒ HẬU MÔN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của dò hậu môn.
- 1.2. Trình bày được biện pháp phòng và điều trị dò hậu môn ở tuyến y tế cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Dò là đường thông ra ngoài của mô hạt nhiễm khuẩn mãn tính. Dò hậu môn thường là kết quả của nhiễm khuẩn và nhọt hậu môn điều trị không đúng cách.

#### II. CƠ THỂ BỆNH HỌC

Có thể phân loại dò hậu môn dựa trên:

##### 1. Đường đi

- **Dò dưới niêm mạc:** đường dò nông, nằm trong cơ vòng hậu môn
- **Dò ngoài cơ vòng hậu môn:** thường có 2 lỗ dò, một ở ngoài da hậu môn, một ở niêm mạc trực tràng.
- **Dò ngang qua cơ vòng hậu môn:** đường dò đi xuyên qua cơ vòng hậu môn.

##### 2. Cấu tạo của đường dò:

- **Dò chột:** chỉ có một lỗ dò ở trong hay ở ngoài hậu môn.
- **Dò hoàn toàn:** có 2 lỗ dò ở 2 đầu đường dò.
- **Dò phức tạp:** đường dò khúc khuỷu hoặc phân nhánh, có nhiều lỗ dò ở trong hay ở ngoài hậu môn.

##### 3. Luật Goodsall:

Căn cứ trên lỗ dò ở ngoài hậu môn, có thể đoán biết đường đi và lỗ dò bên trong:

- Lỗ dò ở nửa phía sau hậu môn thường có đường dò cong và lỗ dò bên trong thường ở đường giữa sau.
- Lỗ dò ở nửa trước hậu môn thường có đường dò thẳng và lỗ dò trong ở cùng vị trí với lỗ dò bên ngoài.

#### III. TRIỆU CHỨNG

Lỗ dò thường xuất hiện sau nhọt hậu môn, dù có biểu hiện lâm sàng hay không.

##### 1. Triệu chứng cơ năng

- Chảy dịch mủ hôi hoặc nước vàng ở hậu môn, có thể lẫn máu.
- Ngứa hậu môn dai dẳng.

##### 2. Triệu chứng thực thể: nên khám bệnh nhân ở tư thế nằm chống hông

- Khám ngoài hậu môn thấy 1 hay nhiều lỗ dò, mỗi lỗ nằm trên 1 núm thịt nhỏ, da chung quanh viêm đỏ.
- Nắn trong hậu môn có thể thấy một đám cứng dọc theo đường dò và có mủ ra ở lỗ dò.
- Khám bằng que thăm có thể xác định được vị trí đường dò đối với cơ vòng hậu môn cũng như lỗ dò bên trong hậu môn.

##### 3. Cận lâm sàng

- **Nội soi trực tràng kết hợp với bơm thuốc Xanh Methylene vào lỗ dò bên ngoài:** chủ yếu tìm đường dò và lỗ dò bên trong hậu môn trực tràng.
- **Chụp X quang đường dò với thuốc cản quang:** dành cho các trường hợp dò phức

tạp.

- **Xét nghiệm vi khuẩn học:** nếu nghi ngờ dò hậu môn do lao hoặc nấm.

#### **IV. ĐIỀU TRỊ**

##### **1. Điều trị ngoại khoa**

- **Đường dò nông:** mở rộng đường dò từ trong ra ngoài.
- **Đường dò sâu ngang qua cơ vòng:** cắt rộng quanh lỗ dò, dùng sợi cao su hay chỉ nylon xuyên qua lỗ dò, buộc và mỗi ngày thắt chặt hơn, sợi chỉ sẽ dần dần cắt đứt cơ vòng hậu môn kèm theo việc liền sẹo đường dò từ sâu đến nông.

##### **2. Nội khoa**

- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn, đặc biệt là trong các trường hợp dò hậu môn do lao, nấm, hoa liễu.

## BÀI 23. TRĨ

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của bệnh trĩ
- 1.2. Trình bày được biện pháp phòng và điều trị trĩ ở tuyến y tế cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐỊNH NGHĨA

Trĩ là hiện tượng giãn các tĩnh mạch hậu môn trực tràng. Trĩ có thể là một bệnh nhưng cũng có thể là triệu chứng của một bệnh khác.

#### II. NGUYÊN NHÂN

##### 1. Nguyên nhân chính:

- \* **Nhiễm khuẩn hậu môn trực tràng** làm huỷ các mô liên kết nâng đỡ các tĩnh mạch vùng trực tràng hậu môn.
- \* **Tắc nghẽn hoặc chèn ép các tĩnh mạch dẫn máu từ hậu môn trực tràng về tim:**
  - Hệ thống tĩnh mạch cửa: tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xơ gan cổ trướng.
  - Hệ thống tĩnh mạch chủ dưới: thai sản, u vùng chậu, u trực tràng hậu môn.

##### 2. Các yếu tố thuận lợi:

- \* **Cơ địa:** người béo phì, ăn uống nhiều.
- \* **Gia đình:** bệnh di truyền về mô liên kết lỏng lẻo quá mức Ehler-Danlos.
- \* **Ứ đọng máu ở vùng chậu:** nghề nghiệp phải ngồi lâu, thói quen ít hoạt động
- \* **Tăng áp lực ổ bụng thường xuyên:** kiêng vác nặng, ho, táo bón, kiết lỵ, tiểu khó.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

Các tĩnh mạch ở trực tràng hậu môn kết hợp thành 2 hệ thống thông nối với nhau:

- \* **Mạng lưới tĩnh mạch trực tràng trên:** nằm dưới lớp niêm mạc trực tràng và chảy về tĩnh mạch cửa, khi giãn ra thì gây trĩ nội. Có thể chia trĩ nội thành 4 độ tùy theo mức độ xuất hiện:
  - độ 1: trĩ nội chỉ thấy khi soi trực tràng, không xuất hiện ngoài hậu môn.
  - độ 2: trĩ nội xuất hiện ở hậu môn khi đi tiêu và tự co vào khi đi tiêu xong.
  - độ 3: trĩ nội xuất hiện ở hậu môn khi đi tiêu và phải lấy tay đẩy mới tụt vào.
  - độ 4: trĩ nội sa thường xuyên ở hậu môn.
- \* **Mạng lưới tĩnh mạch trực tràng dưới:** nằm dưới lớp da hậu môn và chảy về hệ thống tĩnh mạch chủ dưới, khi giãn ra thì gây trĩ ngoại.

#### IV. TRIỆU CHỨNG

##### 1. Triệu chứng chức năng:

- Đau hậu môn: bệnh nhân có cảm giác khó chịu, tức hoặc vướng ở hậu môn. Sau khi đi tiêu thường có cảm giác đau rát hậu môn.
- Chảy máu hậu môn: thường chảy vài giọt máu tươi ngay sau khi đi tiêu, nhưng khi bị nặng có thể chảy thường xuyên với số lượng nhiều hơn.
- Sa búi trĩ: búi trĩ thường sa xuống mỗi khi đi tiêu hoặc rặn, bệnh nhân có thể đẩy cho búi trĩ co lên. Nếu bị nặng búi trĩ có thể sa thường xuyên.

##### 2. Triệu chứng thực thể:

- \* **Khám trĩ:** nên khám khi bệnh nhân nằm chống hông và rặn cho trĩ xuất hiện. Nên

thăm trực tràng và khám với ống soi hậu môn để không bỏ sót các trĩ nội. **Búi trĩ nằm quanh hậu môn thành từng khối u nhỏ, lủng nhùng, ấn mềm xẹp, không đau.** Tùy theo trĩ nội hay ngoại mà có thêm các triệu chứng khác:

- **Trĩ ngoại:** ở ngay ngoài hậu môn, bề mặt được da hậu môn che phủ có màu tím sẫm và tương đối khô ráo. Loại này thường đau nhưng ít chảy máu.
- **Trĩ nội:** thường phải rặn mới xuất hiện, bề mặt được niêm mạc che phủ có màu hồng và có tiết dịch nhầy nhớt. Loại này thường ít đau nhưng hay chảy máu.
- **Trĩ hỗn hợp:** trên cùng một bệnh nhân có cả trĩ nội lẫn trĩ ngoại, nhiều khi xếp thành một vòng quanh hậu môn.

#### **Khám toàn thân để tìm nguyên nhân gây trĩ:**

- Bệnh lý nhiễm khuẩn hậu môn trực tràng: nhọt, nứt hoặc dò hậu môn.
- Các khối u vùng chậu: mang thai, ung thư trực tràng...
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

#### **1. Tiến triển: tùy thuộc vào yếu tố gây trĩ.**

- Nếu trĩ là triệu chứng của một bệnh lý khác thì tiến triển của trĩ phụ thuộc vào diễn tiến của bệnh đó.
- Nếu trĩ là một bệnh riêng lẻ, hoặc trĩ không điều trị thì sẽ tiếp tục tiến triển và có biến chứng.

#### **2. Biến chứng:**

- Thiếu máu do đi tiêu ra máu dai dẳng, hoặc chảy máu hậu môn thường xuyên.
- Nhiễm khuẩn gây viêm, nhọt và dò hậu môn.
- Sa búi trĩ không đẩy lên được gây loét và chảy máu.
- Tắc tĩnh mạch trĩ gây đau dữ dội, búi trĩ hoá xơ.

### **VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Các khối u hậu môn trực tràng ( không phải là trĩ ): thường là một cục cứng, một khối u bị loét, một khối u có cuống....nhưng tất cả đều không ấn xẹp được.
- Sa hậu môn trực tràng: thường gặp ở bệnh nhân bị kiết lỵ. Khối u sa ra ngoài và chiếm hết chu vi hậu môn, bề mặt có các nếp nhăn hình tia của da hậu môn ( sa hậu môn ) hoặc có các vòng đồng tâm của niêm mạc trực tràng ( sa trực tràng ).

### **VII. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

#### **1. Phòng bệnh**

- Tập thói quen tốt về tiêu hoá: ăn uống điều độ, thức ăn dễ tiêu, có nhiều rau trái chín để tránh táo bón và kiết lỵ. Vệ sinh hậu môn mỗi khi đi tiêu.
- Tập thói quen vận động: năng vận động, đi lại, tập thể dục thể thao, nhất là đối với những người làm công việc phải ngồi lâu tại chỗ.

#### **2. Điều trị**

Phải chú trọng điều trị các nguyên nhân gây ra trĩ, như thế các trường hợp trĩ triệu chứng có thể không cần điều trị hoặc điều trị sẽ đơn giản. Có nhiều biện pháp điều trị trĩ, phối hợp theo từng giai đoạn

#### **\* Nội khoa: Chủ yếu để điều trị trĩ nội và điều trị trĩ triệu chứng**

- Áp dụng các biện pháp phòng bệnh nêu trên để ngăn chặn trĩ phát triển thêm.
- Sau mỗi lần đi tiêu cần ngâm rửa hậu môn và đặt thuốc.
- Thuốc dùng bôi trĩ rất đa dạng:
  - . giảm đau có cocaine, xylocaine ; làm se da và niêm mạc có acide tannique ;
  - . chống co thắt có belladonne ; làm xơ hoá trĩ có phenol, quinine ;

- . bảo vệ thành mạch có rutine ; diệt khuẩn có acide borique, kháng sinh ;
- . chống viêm có corticoide ; các loại biệt dược có Varemoid, Ultraproct, Preparation H.
- Thuốc nam: đặc biệt là rau dấp cá (ngũ tinh thảo), có thể dùng tươi và ăn như rau sống hoặc dùng lá khô (10g /ngày) sắc uống, bã đắp lên trĩ.

**\* Ngoại khoa: có thể dùng cho cả trĩ nội lẫn trĩ ngoại**

- Làm xơ hoá trĩ: tiêm quanh búi trĩ các dung dịch gây xơ hoá như phénol 5%, urée và quinine 5%, acide carbolique 10%, huyết thanh đun sôi.... Chỉ định chính là trĩ nội không có biến chứng. Nhược điểm là gây đau, gây viêm loét nếu tiêm thuốc quá liều hoặc bị tái phát nếu tiêm không đủ.
- Phẫu thuật cắt bỏ hoặc đốt điện các búi trĩ riêng lẻ. Nếu trĩ vòng phải mổ làm nhiều lần hoặc mổ với laser để cầm máu và tránh biến chứng hẹp hậu môn.

## BÀI 24. ABCÈS GAN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây abscess gan.
- 1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng của abscess gan do amip
- 1.3. Trình bày được biến chứng của abscess gan do amip
- 1.4. Trình bày được xử trí và phòng bệnh abscess gan ở tuyến y tế cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe gan là từ để chỉ các ổ mủ nằm trong gan. Ở Việt Nam, loại áp xe gan thường gặp nhất là do amibe gây nên, chẩn đoán và điều trị sớm và đúng thường đưa lại kết quả tốt.

#### II. NGUYÊN NHÂN

**1. Do amibe (*Entamoeba histolytica*):** là nguyên nhân thường gặp nhất. Bệnh nhân bị nhiễm amibe theo đường tiêu hóa thường bị kiết lỵ, nhưng cũng có thể bị abscess gan hoặc không có triệu chứng. Thông thường, khi gây bệnh kiết lỵ cho bệnh nhân, amibe thường từ các ổ loét ở ruột theo tĩnh mạch cửa lên gan và làm gan bị viêm, hoại tử và hoá mủ.

**2. Do nhiễm khuẩn đường mật:** các bệnh lý đường mật như sỏi, giun sán, teo hẹp, viêm... thường làm mật bị ứ đọng và nhiễm khuẩn. Vi khuẩn sẽ từ đường mật lên gan gây viêm và hoá áp xe.

**3. Các nguyên nhân khác:** nhiễm khuẩn huyết, viêm tắc tĩnh mạch cửa, chấn thương gan có thể gây áp xe gan nhưng đều ít gặp.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Gan

- Giai đoạn viêm: gan to, sẫm màu vì ứ máu hoặc ứ mật, có nơi xuất huyết. Giai đoạn này có thể điều trị khỏi bằng nội khoa.

- Giai đoạn hoá áp xe: một số vùng gan bị hoại tử và kết hợp với nhau thành ổ áp xe. Bề mặt gan có thể trơn nhẵn nếu ổ áp xe nằm sâu hoặc gồ ghề vì các ổ mủ đội hẳn mặt gan lên.

##### 2. Ổ mủ

- Do amibe: thường đơn độc, có vỏ bọc rõ rệt và chứa hàng lít mủ. Mủ có màu nâu, không hôi và không có vi khuẩn. Có thể tìm thấy amibe trong thành ổ mủ hoặc trong mủ còn mới.

- Do vi khuẩn: thường có nhiều ổ nằm rải rác, kích thước từ 1-3 cm hay lớn hơn. Mủ thường loãng, có màu trắng hay vàng, mùi thối, chứa nhiều vi khuẩn.

#### IV. TRIỆU CHỨNG

Thể điển hình của áp xe gan ở thùy phải do amibe có các triệu chứng sau

##### 1. Triệu chứng chức năng

- Đau vùng gan, có thể lan đến phần dưới lồng ngực phải hay lên đến vai phải. Đau liên tục và tăng lên khi cử động hoặc khi thở.

- Sốt cao 39°C - 40°C, có thể liên tục hay dao động kèm theo rét run, ra mồ hôi.

##### 2. Triệu chứng thực thể

\* **Khám gan:** thấy gan to và đau

- Gan có thể to toàn bộ hay to thành từng khối, mật độ chắc.
- Sờ nắn gan rất đau, làm nghiệm pháp rung gan đau dữ dội.

\* **Khám các cơ quan lân cận**

- Phổi, màng phổi: thường có tràn dịch màng phổi phải do phản ứng. Bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, ho, khó thở.

- Thành ngực hoặc thành bụng nơi có ổ áp xe: thường nhô cao, phù nề, khoảng liên sườn giãn rộng, sờ nắn rất đau. Cơ thành ngực và cơ thành bụng có thể co cứng và không di động khi thở.

\* **Toàn thân:** gầy sút, da sạm, lưỡi bẩn, môi khô... nhưng không thường xuyên.

### **3. Cận lâm sàng**

\* **Chụp X quang vùng gan không chuẩn bị,** có thể thấy

- Bóng gan to ( chiều cao vòm đến bờ thấp nhất của gan > 16 cm).
- Cơ hoành phải nhô cao hơn bên trái > 2cm, kém di động.
- Mờ góc sườn hoành phải hoặc có tràn dịch màng phổi phải.

\* **Siêu âm:** thường giúp xác định được tính chất và vị trí của ổ abscess, cũng như để hướng dẫn chọc dò.

\* **Chụp lấp lánh với đồng vị phóng xạ:** ít dùng.

\* **Xét nghiệm máu:**

- Bạch cầu đa nhân trung tính > 12.000/mm<sup>3</sup>.
- VS ( tốc độ lắng máu ) tăng cao, trong giờ đầu có thể trên 80 mm.
- Phản ứng miễn dịch tìm kháng thể chống amibe:
  - nếu (+) ở nồng độ 1/800 thì thường do abscess gan,
  - (+) ở nồng độ 1/400 là do ly amibe,
  - (+) ở nồng độ 1/200 là do amibe đại tràng.

### **V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Abscess gan để tự nhiên hiếm khi khỏi. Thông thường sau 3-6 tuần bệnh nhân sẽ chết vì suy nhược hoặc chết vì ổ abscess bị vỡ, gây các biến chứng sau đây:

\* **Vỡ vào màng phổi và phổi:** gây tràn mủ màng phổi, viêm phổi, abscess phổi, dò mủ phế quản, ngấp mủ phế quản. Bệnh nhân có khó thở và suy hô hấp cấp.

\* **Vỡ vào màng tim:** thường do abscess thùy trái gan, khi vỡ qua cơ hoành vào xoang màng tim có thể làm bệnh nhân chết đột ngột hoặc gây viêm mủ màng ngoài tim.

\* **Vỡ vào ổ bụng:** gây viêm phúc mạc toàn bộ, tiên lượng xấu.

\* **Vỡ vào các tạng chung quanh như dạ dày, ruột, đường mật:** gây viêm dạ dày - ruột,

viêm đường mật.

\* **Vỡ ra ngoài thành bụng:** thành bụng nhô cao, phù nề, loét và hoại tử. Điều trị loét và hoại tử da do amibe thường rất khó.

\* **Các biến chứng ít gặp:** chảy máu trong ổ abscess, bội nhiễm vi khuẩn.

### **VI. CHẨN ĐOÁN**

**1. Abscess gan do amibe, chẩn đoán xác định dựa trên:**

\* Bệnh sử hoặc tiền sử có ly amibe.

\* Lâm sàng có tam chứng Fontan: đau hạ sườn phải, sốt, gan to.

\* Cận lâm sàng:

- Bạch cầu và VS tăng cao.
- Siêu âm hoặc X quang giúp xác định vị trí ổ abscess.



- Phản ứng huyết thanh chống amibe (+).
- Chọc dò: có mũ đặc, nâu. Xét nghiệm mũ tìm được amibe chỉ chiếm 15%.
- Điều trị thử với Emétine có kết quả nhanh.

## 2. Abscess gan do vi khuẩn

- \* Bệnh sử có bệnh lý gan mật: sỏi, giun, tắc mật.
- \* Triệu chứng thường nặng hơn abscess gan do amibe vì:
  - Nhiễm khuẩn nặng: sốt cao, rét run, li bì, suy kiệt.
  - Nhiễm độc nặng: choáng nội độc tố, suy thận.
  - Tắc mật: vàng da, túi mật căng to. Xét nghiệm bilirubine, phosphatase kiềm tăng.

## 3. Chẩn đoán phân biệt với các trường hợp gan to và đau , nhất là ung thư gan ở giai đoạn thoái hoá

- \* Tiền sử thường có viêm gan do virus, xơ gan do rượu, hoại tử gan do ngộ độc hoặc do hoá chất.
- \* Khám thấy gan to cứng, có thể đau dữ dội như abscess. Tổng trạng suy kiệt nhanh.
- \* Xét nghiệm AFP (+).
- \* Chọc dò thấy máu đen, sinh thiết tìm được tế bào ung thư.

## VI. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay abscess gan có chỉ định điều trị phối hợp nội và ngoại khoa tùy giai đoạn. Các trường hợp abscess nhỏ hoặc còn ở giai đoạn viêm có thể chỉ điều trị nội khoa mà vẫn có kết quả tốt. Những trường hợp cần phẫu thuật, điều trị nội khoa giúp nâng cao thể trạng bệnh nhân để phẫu thuật thực hiện dễ dàng hơn.

### 1. Nội khoa

- \* **Emétine:** thuốc điều trị đặc hiệu của amibe.
  - Liều lượng: 1 mg/kg/ngày, tiêm bắp. Mỗi đợt điều trị 10 ngày. Nếu cần điều trị đợt 2 phải chờ sau 45 ngày.
  - Thuốc có độc tính với hệ tuần hoàn và thần kinh nên khi sử dụng cần phối hợp với Strychnine sulfate và B1.
  - Để hạn chế độc tính, có thể thay thế bằng Dehydroemetine với liều 1,5 - 2mg/kg mỗi ngày, tiêm dưới da, thời gian dùng như emétine.
- \* **Metronidazol (Flagyl, Klion):** điều trị abscess gan do amibe và abscess gan do vi khuẩn yếm khí.
  - Liều lượng: 1,5 - 2g/ngày hoặc 40mg/kg/ngày. Đợt điều trị từ 5 - 7 ngày.
- \* **Kháng sinh:**
  - Điều trị abscess gan do vi khuẩn hoặc abscess gan do amibe bị bội nhiễm.
  - Phải dùng phối hợp và liều cao mới đủ tác dụng chống các tạp khuẩn gây nhiễm.
  - Kháng sinh thường dùng là Pénicilline, Ampicillin, Tétracycline, Gentamycine.

### 2. Ngoại khoa

- \* **Chỉ định:**
  - Abscess gan đã điều trị nội khoa, theo dõi lâm sàng và siêu âm không thuyên giảm.
  - Abscess gan có triệu chứng vỡ vỡ hay có biến chứng.
  - Ổ abscess lớn, không thể tự tiêu khi điều trị nội khoa.
- \* **Phương pháp:** dẫn lưu hết mũ và làm đầy khoảng trống của ổ mũ.
  - Chọc hút: dành cho các abscess nhỏ, mũ lỏng và nằm gần thành bụng. Nếu chọc hút không đủ dẫn lưu thì thường lưu kim để chuẩn bị cho mổ dẫn lưu.
  - Rạch dẫn lưu abscess ngoài phúc mạc: rạch dẫn lưu nơi gan đã dính vào thành bụng hoặc chủ động khu trú ổ abscess bằng cách chọc dò lưu kim, chèn gạc hoặc khâu gan vào thành

bụng.

- Cắt gan: chỉ định trong những trường hợp ổ abscess lớn có thành dày không thể lấp đầy được, tạo lỗ dò không lành, hoặc các ổ abscess nhỏ nhưng rất nhiều không thể dẫn lưu từng cái được, hoặc khi có biến chứng chảy máu đường mật.

**\* Chăm sóc sau mổ**

- Dẫn lưu mủ phải tốt, cạn mủ nhanh, không để bội nhiễm.
- Tiếp tục điều trị với kháng sinh và thuốc diệt amibe cho đủ liều.
- Bồi dưỡng cho bệnh nhân bằng cách cho ăn uống đầy đủ năng lượng, chất đạm và sinh tố, nếu cần phải truyền dịch hoặc truyền máu.

## BÀI 25. UNG THƯ GAN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của ung thư gan

1.2. Phát hiện bệnh gửi lên tuyến trên sớm

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư gan có 2 loại chính:

- Ung thư gan nguyên phát: tế bào ung thư bắt nguồn từ mô gan.
- Ung thư gan thứ phát: tế bào ung thư di căn từ những nơi khác đến gan: ung thư đường tiêu hóa, ung thư xương, ung thư vú...

Trong bài này chỉ đề cập đến ung thư gan nguyên phát.

#### II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

1. **Cơ địa:** Nam bị ung thư gan nhiều gấp 3 lần nữ, tuổi trung bình là 45.

2. **Các tổn thương có trước của gan, thuận lợi cho ung thư gan phát triển:**

- Xơ gan: khoảng 60% - 75% ung thư gan nguyên phát bắt nguồn từ gan xơ.
- Viêm gan siêu vi, sán lá gan, gan nhiễm sắt... cũng thường gây ung thư.

3. **Các độc chất gây ung thư gan**

- Chất độc Aflatoxin từ nấm mốc *Aspergillus flavus* có trong thực phẩm bị nhiễm mốc như đậu phộng, mè, gạo.....gây ung thư rất mạnh.
- Chất độc Dioxin có thể gây ung thư gan với liều vài Microgram. Chất độc này thường gặp trong các thuốc khai quang, chất độc màu da cam (2,4,5 T). Một tấn (2,4,5 T) có chừng 30g Dioxin.

4. **Yếu tố địa lý:** ung thư gan là ung thư của vùng Á - Phi. Tại Việt Nam, những trường hợp ung thư gan mỗi ngày một nhiều, có thể vì ảnh hưởng của các chất độc được rải khai quang trong chiến tranh.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

Ung thư gan có thể phát khởi từ bất kỳ chỗ nào của gan, sau lan rộng ra.

1. **Về đại thể**, ung thư gan có 3 hình thức:

- U độc nhất, to, trắng bóng, nổi gờ trên mặt gan, làm gan to nặng đến 4-5 ký.
- U nhiều và nhỏ: xuất hiện nhiều chỗ trên gan.
- U xâm lấn rộng lớn làm gan sần sùi đen sẫm, cứng chắc như 1 tảng cơm cháy.

2. **Về vi thể**, ung thư gan có 4 loại chính:

- Ung thư tế bào gan, có tỷ lệ 80% - 90%.
- Ung thư tế bào ống mật, có tỷ lệ 5% - 10%.
- Ung thư hỗn hợp cả 2 loại tế bào, tỷ lệ 5% - 10%.
- Ung thư tế bào liên kết như u mạch máu, u cơ trơn, u cơ vân...rất hiếm (1%-2%).

3. **Hướng lan**

- Tại gan: lúc đầu là 1 nhân nhỏ, sau lan rộng khắp gan.
- Xâm lấn vào các cơ quan chung quanh: ung thư gan phá vỡ vỏ bọc, di căn vào cơ hoành, vào phúc mạc.
- Di căn theo bạch huyết vào các hạch cuống gan, trung thất.

- Di căn theo tĩnh mạch trên gan đến tim, phổi, xương,... hoặc theo tĩnh mạch cửa đến các cơ quan có máu chảy về tĩnh mạch này và làm tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

## **VI. TRIỆU CHỨNG**

Có thể chia diễn tiến của ung thư gan thành 3 giai đoạn

**1. Giai đoạn khởi phát:** chủ yếu là các triệu chứng chức năng không rõ rệt, nghèo nàn

- Tức hay đau ở vùng gan, khoảng 60%.
- Chán ăn, đầy bụng sau khi ăn, khoảng 60%.
- Một số ít bệnh nhân có hội chứng hạ đường huyết buổi sáng vì ung thư sinh ra 1 chất tương tự Insuline.

**2. Giai đoạn toàn phát:** hầu hết bệnh nhân đến khám vì 1 khối u ở hạ sườn phải hoặc ở thượng vị, hoặc đến khám vì gan to.

- Tùy vị trí của ung thư, có thể sờ thấy u ở hạ sườn phải, thượng vị, hay nằm sâu trong gan làm gan to toàn bộ.
- U thường cứng, lồi nhô, không đau.
- Nghe trên khối u có thể thấy tiếng thổi do có nhiều mạch máu ở khối u. Đôi khi nghe được tiếng cọ phúc mạc do u xâm lấn đến bề mặt gan.
- Tổng trạng bệnh nhân bị ảnh hưởng mau chóng, lúc đầu có thể là một bệnh nhân to khỏe nhưng sau đó sẽ gầy sút, suy kiệt nhanh.

**3. Giai đoạn biến chứng:** từ lúc chẩn đoán cho đến lúc chết thường không quá 6 tháng và có các biến chứng sau:

- Khối u thoái hoá thành abscess: triệu chứng như abscess gan ( đau vùng gan, sốt, gan to và đau )
- Ung thư gan vỡ gây chảy máu: bệnh nhân chết vì chảy máu trong không cầm được.
- Di căn ổ bụng gây cổ trướng, có tuần hoàn bàng hệ.
- Di căn xa đến phổi, màng phổi, xương...

Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn biến chứng đều suy kiệt, da bọc xương, đau vùng gan liên miên, bụng báng to, vàng da.

## **V. CHẨN ĐOÁN**

**1. Để phát hiện và xác định vị trí của khối u:** có thể chụp X quang bụng, chụp X quang gan với chất cản quang bơm vào động mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa, chụp X quang cắt lớp với máy điện toán, chụp lớp lách với đồng vị phóng xạ... Nhưng dễ làm và thông dụng nhất hiện nay là chụp cắt lớp với siêu âm.

**2. Xét nghiệm tế bào:** sinh thiết qua soi ổ bụng. Nếu chọc dò, thường hút ra máu đen.

**3. Các xét nghiệm về máu** có thể thay đổi nhưng không có giá trị trong chẩn đoán. Các xét nghiệm thăm dò chức năng gan có thể có nhiều mức độ rối loạn khác nhau. Quan trọng nhất là tìm thấy Alpha Foeto Proteine (AFP) trong máu ( bình thường có dưới 20 ng/mL)

## **VI. CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định** thường không khó với các triệu chứng điển hình như đau tức vùng gan, chán ăn, khám thấy gan to cứng, tổng trạng sút kém nhanh, siêu âm có hình ảnh của u và xét nghiệm máu có AFP. Nếu cần mới phải soi ổ bụng và làm sinh thiết.

**2. Chẩn đoán phân biệt**

- Abscess gan do amibe: ung thư gan ở giai đoạn thoái hoá có triệu chứng lâm sàng dễ nhầm với abscess gan. Các xét nghiệm giúp phân biệt abscess gan là Siêu âm, VS (tốc độ lắng máu) tăng, phản ứng tìm kháng thể chống amibe dương tính với hiệu giá cao, không tìm thấy AFP. Rất ít khi phải chọc dò hoặc sinh thiết để xác định chẩn đoán.

- Xơ gan thể phì đại: Gan cũng to và cứng nhưng diễn biến của bệnh chậm chạp, tổng trạng bệnh nhân ít bị ảnh hưởng.

## **VII. ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG**

Hiện nay, ung thư gan vẫn là một bệnh hiểm nghèo và có tiên lượng hết sức xấu, dù điều trị có thể kéo dài thời gian sống của bệnh nhân

**1. Phẫu thuật cắt gan / ghép gan** là phương pháp chủ yếu, nhưng không phải bao giờ cũng làm được. Đôi khi có thể mổ thắt động mạch gan để làm chậm diễn biến xấu của bệnh.

### **2. Các biện pháp hỗ trợ**

- Làm teo nhỏ các khối u gan với phóng xạ, siêu âm, đông lạnh, tiêm Ethanol vào khối u.
- Hoá chất: dùng các thuốc diệt tế bào như 5-Fluoro Uracil, Methotrexate, Taxol . . . theo đường toàn thân hoặc tiêm vào động mạch gan (TACE)
- Miễn dịch liệu pháp: còn đang nghiên cứu với các chất BCG, LH1.

## BÀI 26. SỎI MẬT

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân gây sỏi mật.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng sỏi mật.
- 1.3. Trình bày được các biến chứng của sỏi mật.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi mật là kết quả của sự kết tụ các thành phần của mật trong các đường dẫn mật và là nguyên nhân của phần lớn bệnh lý gan mật.

#### II. NGUYÊN NHÂN

1. **Giun sán:** là nguyên nhân gây sỏi mật quan trọng nhất ở nước ta. Giun sán mang vi khuẩn từ ruột lên đường mật gây nhiễm khuẩn, còn trứng và xác giun là nơi để sỏi mật kết tụ lại.
2. **Nhiễm khuẩn đường mật:** vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của sỏi mật, hai yếu tố này liên kết gây sỏi mật và viêm đường mật tái phát nhiều lần.
3. **Ú đọng mật:** do tắc nghẽn đường mật, teo hẹp đường mật, dị dạng đường mật.
4. **Thành phần mật bất thường, dễ kết thành sỏi:**
  - Mật có nhiều Cholesterol: người mập phì, có thai.
  - Mật có nhiều Bilirubine: do các bệnh thiếu máu, vỡ hồng cầu;
  - Mật có ít muối mật: suy gan, xơ gan, hội chứng kém hấp thu.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Sỏi mật

- **Số lượng:** sỏi mật có thể đơn độc, nhiều cục, nhiều hạt nhỏ hoặc vụn như cát, hoặc làm mật đặc quánh ( gọi là bùn mật ).
- **Vị trí:** sỏi mật ở Việt Nam chủ yếu là sỏi ở ống mật chủ, kết hợp với sỏi ở túi mật hoặc ở ống gan và ở gan.
- **Cấu tạo hoá học:** thường gặp là sỏi hỗn hợp, còn các sỏi đơn chất như sỏi cholesterol, sỏi bilirubine đều ít gặp.

##### 2. Biến đổi của đường mật và của gan

- Giai đoạn đầu: mật bị ú đọng và làm đường mật dẫn nở, gan to.
- Giai đoạn sau: mật bị nhiễm khuẩn làm đường mật bị viêm, hoá xơ và teo hẹp, còn gan bị viêm, áp-xe và xơ gan làm suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

#### IV. LÂM SÀNG

Một số trường hợp sỏi mật không có triệu chứng lâm sàng (đặc biệt là sỏi túi mật) và chỉ được phát hiện tình cờ khi chụp X quang, phẫu thuật hoặc mổ tử thi.

Các trường hợp có triệu chứng thường biểu hiện lâm sàng bằng nhiều hình thức bệnh lý và biến chứng như

1. **Rối loạn tiêu hoá kiểu mật:** đau bụng sau bữa ăn, đặc biệt với các thức ăn nhiều dầu mỡ hoặc khó tiêu, ăn xong có cảm giác đầy bụng, ợ hơi, buồn nôn hoặc ói.
2. **Viêm túi mật cấp / mạn tính:** thường do sỏi nằm trong túi mật, có các triệu chứng đau hạ sườn phải, sốt, ấn điểm Murphy đau.

3. **Vàng da tắc mật do sỏi nằm trong ống mật chủ:** đau quặn gan, sốt, vàng da.
4. **Nhiễm trùng đường mật:** sốt, rét run, đau hạ sườn phải, vàng da.
5. **Viêm phúc mạc mật:** vàng da, sốt, đau và co cứng hạ sườn phải.
6. **Chảy máu đường mật:** xuất huyết tiêu hoá ở bệnh nhân vàng da tắc mật.
7. **Tắc ruột do sỏi mật:** biến chứng hiếm, do sỏi từ túi mật lọt vào ruột qua lỗ dò túi mật-tá tràng.
8. **Ung thư đường mật:** kết hợp với sỏi mật, tỷ lệ thay đổi từ 25% - 90%.
9. **Viêm gan, abscess gan, xơ gan:** do sỏi trong gan hoặc theo sau nhiễm khuẩn đường mật.
10. **Viêm tụy cấp / mạn tính:** sỏi nằm trong bầu gan tụy Vater gây tắc nghẽn ống tụy chính

## V. CẬN LÂM SÀNG

### 1. Các phương pháp phát hiện sỏi mật

- **Siêu âm:** là phương pháp có nhiều ưu điểm, có thể xác định vị trí, số lượng, kích thước của sỏi và tình trạng của đường mật.
- **Chụp X quang bụng không sửa soạn:** có thể phát hiện sỏi cản quang, khoảng 25%.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang (Lipiodol, Hypaque)** uống hoặc tiêm tĩnh mạch: có thể phát hiện được các sỏi không cản quang với điều kiện chức năng gan tốt và đường mật không bị tắc nghẽn hoàn toàn.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang xuyên gan qua da (PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography):** được dùng khi đường mật tắc nghẽn, dẫn rộng, chức năng gan kém. Nhược điểm là gây dò mật hoặc chảy máu sau chọc dò.
- **Chụp X quang đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu từ túi mật hoặc từ ống mật chủ:** thực hiện phối hợp trong hoặc sau khi mổ.
- **Chụp đường mật qua nội soi:** có thể phối hợp chẩn đoán với điều trị nhưng khả năng áp dụng còn hạn chế.

### 2. Các xét nghiệm về máu: chỉ phản ánh các biến chứng của sỏi mật

- Nhiễm trùng: bạch cầu tăng cao.
- Tắc mật: bilirubine và phosphatase kiềm tăng.
- Hoại tử tế bào gan: các men SGOT và SGPT tăng.
- Suy gan: thời gian Prothrombine tăng, Albumine máu giảm.

## VI. ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị nguyên nhân gây sỏi mật** như tẩy giun sán, chống viêm nhiễm đường mật, điều trị thiếu máu do vỡ hồng cầu, không để mập phì...có ý nghĩa đề phòng sỏi mật.

### 2. Các phương thức điều trị sỏi mật

- \* **Phẫu thuật** là phương pháp điều trị chủ yếu, tùy trường hợp mà có chỉ định thích hợp
  - Sỏi ống mật chủ: mở ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu với ống Kerh.
  - Sỏi túi mật: mở túi mật lấy sỏi, cắt túi mật nếu thấy cần thiết.
  - Sỏi ống gan: gắp sỏi ở ống gan hoặc cắt gan nếu không gắp được sỏi.
  - Sỏi kẹt ở cơ vòng Oddi: mở cơ vòng lấy sỏi, tạo hình cơ vòng.
 Phẫu thuật còn giúp điều trị một số nguyên nhân gây sỏi mật như tắc nghẽn đường mật, dị dạng đường mật, giun chui ống mật....  
 Các phẫu thuật trên đây cũng có thể thực hiện qua nội soi nhưng đòi hỏi phải có phương tiện trang bị phù hợp.

\* **Tán sỏi bằng siêu âm hoặc sóng chấn động:** có kết quả với sỏi nhỏ và số lượng ít.

\* **Thuốc làm tan sỏi**, chủ yếu là các axit mật:

- Acide chenodeoxycholique (Chenodex, Chenofakl, Chenar, Chenolite..): 15mg/kg/ngày.

- Acide ursodeoxycholique ( Ursolvan, Arsacol, Delursan, Destolit...): 10mg/kg/ngày.

Các thuốc này chỉ làm tan được sỏi Cholesterol có kích thước < 5mm nếu điều trị liên tục 6 tháng trở lên. Tuy nhiên kết quả điều trị còn hạn chế vì chỉ làm tan được khoảng 70% sỏi nhưng lại không ngăn ngừa tái phát được.

\* **Thuốc làm tan sỏi qua tiếp xúc (phương pháp Pribram):** dùng các chất làm tan sỏi qua tiếp xúc như hỗn hợp Alcool-Ether, Diethyl Ether, Methyl tertio-butyl Ether (MTBE), Dimethyl Sulfoxyde bơm vào đường mật qua ống thông để làm tan sỏi. Phương pháp này phải áp dụng phối hợp với nội soi hoặc phẫu thuật, kết quả còn trong vòng nghiên cứu.



## BÀI 27. SỎI ỐNG MẬT CHỦ

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân chủ yếu gây sỏi ống mật chủ.
- 1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng của sỏi ống mật chủ.
- 1.3. Biết cách phòng và xử trí sỏi ống mật chủ ở y tế cơ sở

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi ống mật chủ là bệnh lý sỏi mật chủ yếu ở Việt Nam (80%), thường kết hợp với sỏi túi mật và sỏi ống gan.
- Trên lâm sàng, ngoài hội chứng vàng da tắc mật sau gan, sỏi ống mật chủ thường gây các biến chứng rất nặng với tỷ lệ tử vong cao.
- Hiện nay, phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ là ngoại khoa phối hợp với điều trị nội khoa để nâng đỡ tình trạng chung của bệnh nhân.

#### II. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Sỏi

- Nơi tạo sỏi: Phần lớn sỏi ống mật chủ được thành lập tại chỗ hay từ ống gan, chỉ có một tỷ lệ nhỏ từ túi mật.
- Số lượng sỏi: rất thay đổi, phần lớn trường hợp là có nhiều sỏi nằm rải rác ở bất kỳ đoạn nào của ống mật chủ. Sỏi đơn độc ở ống mật chủ ít gặp.
- Cấu tạo hoá học của sỏi: chủ yếu là sỏi hỗn hợp với sắc tố mật lắng đọng trên trứng hoặc xác giun.

##### 2. Thay đổi bệnh lý của đường mật

- Đường mật phía trên nơi tắc thường giãn to.
- Túi mật cũng thường giãn to, chỉ khi nào túi mật có sỏi hoặc viêm mới teo nhỏ.
- Mật thường đặc quánh, sẫm màu. Nếu bị nhiễm trùng thường hoá mủ.

##### 3. Thay đổi bệnh lý của gan và tụy

- Gan to và sẫm màu vì ứ mật. Lâu ngày, gan hoá xơ làm suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Tụy có thể bị viêm, hoá xơ nếu sỏi kẹt ở bầu gan - tụy ( bóng Vater ).

#### III. TRIỆU CHỨNG

Sỏi ống mật chủ thường biểu hiện bằng hội chứng tắc mật sau gan, tái phát nhiều lần:

##### 1. Triệu chứng chức năng

- **Đau quặn đường mật:** đau hạ sườn phải, có thể đột ngột và dữ dội, lan ra sau lưng lên ngực hoặc lên vai .
- **Sốt** 38 - 40oC sau mỗi cơn đau, có thể kèm rét run, vã mồ hôi.
- **Vàng da:** xuất hiện sau cơn đau khoảng 24 giờ, tăng giảm theo từng đợt. Đi kèm với vàng da là ngứa ngáy, phân bạc màu, nước tiểu sậm.

##### 2. Khám bụng thường thấy

- Ấn đau ở vùng túi mật, hạ sườn phải, vùng ống mật chủ, đầu xương sườn 10 phải.
- Gan to, trơn, mềm, bờ tù, không đau.

- Túi mật thường căng to. Một số ít không sờ thấy túi mật vì túi mật bị viêm, teo xơ do có sỏi.

### 3. Cận lâm sàng

- \* **Siêu âm:** hiện là phương pháp xác định sỏi ống mật chủ tương đối chính xác và an toàn. Siêu âm có thể cho biết số lượng, vị trí, kích thước của sỏi trong ống mật chủ cũng như cho biết tình trạng của đường mật.
- \* **Các phương pháp chụp X quang đường mật với chất cản quang** hiện giờ đều ít dùng trước mổ. Chỉ còn chụp đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu túi mật hay ống dẫn lưu ống mật chủ trong khi mổ hay sau khi mổ là có giá trị để kiểm tra sỏi sót hay tái phát sau mổ.
- \* **Chụp đường mật qua nội soi**, phối hợp với điều trị chưa áp dụng được rộng rãi.
- \* **Các xét nghiệm về máu:** có thể giúp đánh giá về tình trạng nhiễm khuẩn, tắc mật, hoại tử tế bào gan, suy gan, hội chứng gan thận.

## IV. BIẾN CHỨNG

1. **Viêm phúc mạc thâm mật:** đau và co cứng hạ sườn phải, sốt, vàng da.
2. **Viêm đường mật, abscess đường mật:** là biến chứng nặng với sốt cao, rét run, đau hạ sườn phải, gan to và đau, da và nước tiểu vàng sậm, tổng trạng suy sụp nhanh. Bệnh nhân dễ tử vong vì choáng nội độc tố, suy thận.
3. **Viêm gan, áp xe gan do vi khuẩn:** thường đi sau viêm đường mật.
4. **Chảy máu đường mật:** có xuất huyết tiêu hoá ở bệnh nhân vàng da tắc mật.
5. **Xơ gan do tắc mật:** biến chứng muộn với suy gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
6. **Viêm tụy cấp:** đau thượng vị, nôn mửa, amylase trong máu và nước tiểu tăng.

## V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

### 1. Vàng da tắc mật sau gan do các nguyên nhân khác

- \* **U đầu tụy:** Vàng da tắc mật tăng dần không thuyên giảm, không đau, không sốt, tổng trạng sa sút nhanh. Siêu âm thấy khối u đầu tụy làm nghẽn tắc và dẫn nở đường mật. Chụp X quang tá tràng với Baryte uống thấy khung tá tràng giãn rộng, có hình epsilon ( $\epsilon$ ).
- \* **Giun chui ống mật:** có cơn đau quặn gan dữ dội, vàng da nhẹ. Bệnh sử có nhiễm ký sinh trùng đường ruột, đặc biệt là nhiễm giun đũa. Siêu âm thường giúp chẩn đoán chính xác.
- \* **Ung thư đường mật:** vàng da tắc mật nặng dần, không đau, đôi khi làm chảy máu đường mật. Chẩn đoán và điều trị thường khó khăn vì siêu âm và X quang cho các hình ảnh chẩn đoán thất thường.
- \* **Teo hẹp đường mật bẩm sinh** hay mắc phải sau viêm nhiễm đường mật: triệu chứng là vàng da tắc mật với hình ảnh X quang hay siêu âm cho thấy đường mật bị teo hẹp.

### 2. Các bệnh lý gây vàng da trước gan hoặc tại gan

- \* **Vàng da trước gan:** thường do vỡ hồng cầu, trên lâm sàng có thiếu máu, vàng da nhẹ và không đau vùng gan. Xét nghiệm máu thấy số lượng hồng cầu và dung tích hồng cầu (Hct) giảm, Bilirubin gián tiếp cao.
- \* **Vàng da tại gan:** thường do viêm gan hoặc xơ gan. Xét nghiệm máu thấy có hoại tử tế bào gan (SGOT, SGPT tăng) hoặc suy gan (thời gian Prothrombine tăng, Albumine máu giảm).

Trong mọi trường hợp vàng da trước gan hay tại gan, siêu âm đều cho hình ảnh đường mật ngoài gan bình thường.

## **VI. ĐIỀU TRỊ**

Điều trị sỏi ống mật chủ gồm nhiều biện pháp phối hợp

### **1. Phẫu thuật là biện pháp chính**

- Mở ống mật chủ để lấy sỏi và dẫn lưu với ống Kerh. Sau mổ 2 tuần sẽ chụp X quang đường mật với chất cản quang bơm qua ống dẫn lưu. Nếu đường mật thông và hết sỏi thì rút ống.
- Nếu tình trạng bệnh nhân nặng thì có thể mổ làm 2 thì: thì đầu mổ dẫn lưu để làm giảm áp lực đường mật, thì sau mới mổ lấy hết sỏi.
- Các phương pháp mổ qua nội soi hoặc phá sỏi bằng siêu âm đều chưa áp dụng rộng rãi.

### **2. Chống nhiễm khuẩn đường mật với kháng sinh**

- Nhẹ: Ampicilline 4g và Gentamycine 160 mg mỗi ngày.
- Nặng: Amoxycilline 6g + Gentamycine 160 mg + Metronidazol 2g mỗi ngày.

### **3. Nâng đỡ chức năng gan và các biện pháp khác**

- Vitamine K: 20 mg/ngày IM.
- Glucose ưu trương + Insuline tiêm truyền TM ( 1 đơn vị Insuline/ 5g glucose ).
- Methionine 1-2 g mỗi ngày.
- Vitamine nhóm B, vitamine C.
- Chế độ ăn nhiều đường, đạm. Hạn chế dầu mỡ.
- Thuốc dẫn cơ hoặc giảm đau: Atropine, Buscopan, Visceralgine.

## BÀI 28. TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của tràn dịch màng tinh hoàn.

1.2. Biết cách xử trí bước đầu tràn dịch màng tinh hoàn ở tuyến cơ sở.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng tinh hoàn là sự tích tụ của dịch trong xoang màng tinh hoàn

#### II. NGUYÊN NHÂN

\* **Tràn dịch màng tinh hoàn nguyên phát**, phần lớn không rõ nguyên nhân.

\* **Tràn dịch màng tinh hoàn thứ phát**, thường theo sau các bệnh lý của màng tinh hoàn hay của các cơ quan lân cận:

- Viêm màng tinh hoàn, do vi khuẩn thường hay do vi khuẩn lao, giang mai.
- Ung thư hoặc lao tinh hoàn và mào tinh hoàn.
- Tắc nghẽn tĩnh mạch tinh hoàn, nghẽn tĩnh mạch thận trái.

#### III. CƠ THỂ BỆNH

Tràn dịch màng tinh hoàn gồm các thể sau đây:

**1. Tràn dịch màng tinh hoàn đơn thuần:** chỉ có tràn dịch màng tinh hoàn, các cơ quan khác hoàn toàn bình thường. Dịch trong xoang màng tinh hoàn thường trong, màu vàng chanh và có nhiều Albumine

**2. Tràn dịch màng tinh hoàn bẩm sinh:** có kèm theo sự phát triển bất thường của ống phúc-tinh mạc.

- Tràn dịch màng tinh hoàn thông thương: xoang tinh mạc thông thương với xoang phúc mạc qua ống phúc-tinh mạc. Thường có thêm thoát vị bẹn gián tiếp.
- Tràn dịch màng tinh hoàn thừng tinh: Xoang tinh mạc thông với ống phúc - tinh mạc nhưng không thông với xoang phúc mạc.
- Nang nước thừng tinh: chỉ có dịch trong ống phúc-tinh mạc, không thông với xoang tinh mạc hoặc xoang phúc mạc.

**3. Tràn dịch màng tinh hoàn thứ phát:** ngoài tràn dịch màng tinh hoàn, còn có các tổn thương phối hợp như dày màng tinh hoàn, dịch màng tinh vẩn đục hoặc có máu, có tổn thương của tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn.

#### IV. LÂM SÀNG

Triệu chứng của tràn dịch màng tinh hoàn đơn thuần thường rõ ràng:

**1. Triệu chứng chức năng:** bệnh nhân thường đến khám vì bìu to 1 bên hoặc 2 bên, tiến triển chậm, đôi khi chỉ làm bệnh nhân khó chịu vì vướng.

#### **2. Triệu chứng thực thể**

\* **Nhìn:** Bìu to 1 bên hoặc 2 bên, kích thước có thể lớn đến mức che lấp dương vật. Da bìu mỏng nhẵn, hầu như bình thường.

\* **Nắn:** có cảm giác căng đầy như nắn vào túi dịch.

- Không nắm được màng tinh hoàn bằng 2 ngón tay: dấu hiệu Sebileau (-) .
- Không nắn thấy mào tinh hoàn: dấu hiệu Chevassu (-) .

\* **Soi đèn:** rọi ánh sáng xuyên thấu qua bìu được, thấy bóng tinh hoàn nằm ở cực dưới và

về phía sau. Đây là dấu hiệu quan trọng nhất.

\* **Các thăm khám khác** ở tinh hoàn, mào tinh hoàn, cơ quan sinh dục, hậu môn, và làm các xét nghiệm nước tiểu... **đều bình thường.**

\* **Chọc dò xoang màng tinh hoàn:** rút được dịch. Có thể xét nghiệm dịch để chẩn đoán thêm về nguyên nhân

## **V. ĐIỀU TRI**

**1. Chọc hút:** chỉ có tác dụng tạm thời vì dễ tái phát.

**2. Chọc hút và gây viêm dính màng tinh hoàn:** sau khi chọc hút, tiêm vào xoang màng tinh hoàn quinine - urée. Phương pháp này có thể chữa khỏi một số tràn dịch màng tinh hoàn đơn giản nhưng nhược điểm là gây đau, làm viêm màng tinh hoàn thứ phát, đôi khi điều trị thất bại. Không được áp dụng phương pháp này trong tràn dịch màng tinh hoàn thông thương với xoang phúc mạc.

**3. Phẫu thuật:** mở màng tinh hoàn ra may lộn lại hoặc cắt bỏ nếu màng bị viêm dày.

## BÀI 29. HẸP BAO QUY ĐẦU

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của hẹp bao quy đầu

1.2. Nêu được triệu chứng lâm sàng và cách xử trí của hẹp bao quy đầu.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao quy đầu là một dị tật, do lỗ bao quy đầu hẹp nên quy đầu không tuột ra khỏi bao quy đầu được.

#### II. NGUYÊN NHÂN

\* **Bẩm sinh:** hầu hết trẻ dưới 1 tuổi đều bị hẹp bao quy đầu, nhưng khi lớn tật này tự khỏi. Các trường hợp vẫn còn hẹp bao quy đầu sau tuổi dậy thì gọi là hẹp bao quy đầu bẩm sinh.

\* **Mắc phải:** bao quy đầu có thể bị hẹp sau khi bị viêm nhiễm, chấn thương.

- Viêm nhiễm lâu ngày làm bao quy đầu loét, hoá sẹo gây hẹp và dính với quy đầu.

- Tuột bao quy đầu sớm làm rách bao quy đầu, khi lành sẹo làm hẹp bao quy đầu.

- Mổ hẹp bao quy đầu không đúng.

#### III. TRIỆU CHỨNG

##### 1. Hẹp bao quy đầu hoàn toàn:

- Tiểu khó: mỗi khi đi tiểu có túi nước tiểu xuất hiện ở bao quy đầu, sau đó dòng nước tiểu chảy ra yếu và chậm nhưng hiếm khi gây bí đái. Tiểu xong vẫn còn rỉ nước tiểu cho đến khi túi nước tiểu biến mất.

- Khám: lỗ bao quy đầu rất nhỏ, hoàn toàn không tuột quy đầu ra được.

2. **Hẹp bao quy đầu không hoàn toàn:** không có triệu chứng tiểu khó, khi khám thấy lỗ bao quy đầu hơi hẹp làm quy đầu tuột ra không được hoặc chỉ nhìn thấy một phần quy đầu.

#### IV. BIẾN CHỨNG

1. **Hẹp bao quy đầu nghẽn:** là biến chứng thường gặp trong hẹp bao quy đầu không hoàn toàn. Khi bệnh nhân giao hợp hoặc nghịch, quy đầu tình cờ tuột ra khỏi bao quy đầu, nhưng sau đó không lộn trở về như cũ được vì lỗ bao quy đầu hẹp tạo thành một vòng thắt chặt ở rãnh sau quy đầu. Quy đầu sẽ sưng lớn, phù nề, để lâu sẽ tím bầm và hoại tử.

2. **Viêm nhiễm quy đầu và bao quy đầu:** nước tiểu ứ đọng lâu ngày và không làm vệ sinh được khiến quy đầu và bao quy đầu thường bị ngứa ngáy, nhiễm khuẩn, viêm loét và gây nhiễm trùng tiểu ngược dòng.

3. **Ung thư dương vật:** hầu hết là biến chứng của hẹp bao quy đầu. ở bao quy đầu hoặc quy đầu xuất hiện một khối u sần sùi, cứng, loét hoặc chảy máu, có di căn đến hạch 2 bên bẹn.

4. **Sỏi bao quy đầu:** ít gặp, do nước tiểu ứ đọng lâu ngày kết thành sỏi.

5. **Ứ đọng nước tiểu:** lâu ngày do tiểu khó gây thận trướng nước, suy thận

#### V. ĐIỀU TRỊ

1. **Điều trị hẹp bao quy đầu thường, có nhiều cách thức**

- Cắt bao quy đầu hàng loạt cho trẻ sơ sinh nam.
- Trẻ bị hẹp bao quy đầu hoàn toàn: cắt bao quy đầu càng sớm càng tốt.
- Hẹp bao quy đầu không hoàn toàn: có thể chờ khi trẻ bước vào tuổi dậy thì, nếu vẫn còn hẹp mới quyết định mổ cắt bao quy đầu.

## **2. Điều trị hẹp bao quy đầu nghẽn**

### **\* Làm hết nghẽn thắt**

- Nếu bệnh nhân đến sớm, quy đầu chưa sưng nề: có thể thử lộn bao quy đầu trở về vị trí cũ bằng cách dùng gạc thấm huyết thanh ẩm có novocaine đắp vào vòng thắt và quy đầu, sau đó bóp ép quy đầu lại.
- Nếu bệnh nhân đến muộn: mổ cắt vòng thắt do lỗ bao quy đầu hẹp tạo nên bằng một đường rạch ở vị trí đối diện với thặng da quy đầu để tuột bao quy đầu trở về vị trí bình thường. Cho uống kháng sinh để chống nhiễm trùng.

**\* Mổ cắt bao quy đầu** sau khi đã làm hết nghẽn thắt bao quy đầu và không còn phù nề.

## BÀI 30. SỎI TIẾT NIỆU

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Chẩn đoán được vị trí của sỏi đường tiết niệu.

1.2. Biết được những biến chứng do sỏi gây ra.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

- Sỏi tiết niệu là kết quả của sự kết tinh các chất hoà tan trong nước tiểu ở điều kiện thích hợp.
- Sỏi tiết niệu là bệnh thường gặp nhất của hệ tiết niệu ( khoảng 45%), biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, từ không triệu chứng đến suy thận và tử vong.

#### II. NGUYÊN NHÂN

##### 1. Sỏi có thể được tạo ra do các yếu tố sau đây:

- \* **Gia tăng nồng độ các chất có thể kết tinh thành sỏi trong nước tiểu:** urate, calcium, oxalate... hoặc xuất hiện những chất không có trong nước tiểu bình thường như xanthine, cystine.
- \* **Tình trạng nước tiểu thuận lợi cho sự kết tinh sỏi:** nước tiểu đậm đặc, nước tiểu quá axit hay quá kiềm, nước tiểu bị ứ đọng.
- \* **Có yếu tố phát khởi sự kết tinh sỏi:** dị vật đường tiểu, vi khuẩn, giun sán.

##### 2. Nguyên nhân gây sỏi tiết niệu có thể chia thành 2 nhóm:

- \* **Nguyên nhân tại chỗ:** nhiễm khuẩn hoặc nhiễm ký sinh trùng đường tiết niệu, nghẽn tắc đường tiểu, dị vật đường tiểu.
- \* **Nguyên nhân toàn thân:** các rối loạn ảnh hưởng trên sự bài tiết các chất ở thận
  - Rối loạn biến dưỡng calci: u tuyến cận giáp, hội chứng sữa-kiềm.
  - Rối loạn biến dưỡng acide urique: bệnh thống phong ( gouttes, gút).
  - Rối loạn tăng sinh da và niêm mạc: thiếu vitamine A, D, B6

#### III. CƠ THỂ BỆNH

##### 1. Sỏi

- Số lượng rất thay đổi, từ 1 đến hàng trăm.
- Kích thước và hình thể cũng đa dạng: có thể to và tròn như quả trứng hoặc giống một nhánh san hô, nhưng cũng có thể vụn và nhiều như sỏi cát.
- Cấu tạo hoá học: sỏi có calcium thường cản quang, sỏi urate màu vàng và rất cứng, sỏi phosphate trắng mềm, sỏi hỗn hợp gồm nhiều thành phần hoặc sỏi hiếm như sỏi cystine, xanthine.
- Vị trí: hai nơi tạo sỏi nhiều nhất là đài bể thận và bàng quang. Sỏi niệu quản và niệu đạo thường do nơi khác di chuyển đến.

##### 2. Tổn thương của đường tiết niệu khi có sỏi

- Thận: ứ đọng nước tiểu làm thận trương nước. Nếu nhiễm khuẩn, thận và vùng quanh thận bị viêm, có mủ. Lâu dài nhu mô thận teo, hoá xơ cùng với suy giảm chức năng thận .
- Niệu quản: niệu quản phía trên nơi nghẽn tắc thường nở lớn.
- Bàng quang: bị viêm, teo xơ, tạo túi ngách, dẫn to.



## **IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

Triệu chứng thay đổi tùy theo vị trí của sỏi

### **1. Sỏi thận**

#### **\* Triệu chứng chức năng**

- Đau vùng thắt lưng: có nhiều hình thức như cơn đau quặn thận, đau ê ẩm, hoặc chỉ thấy mỏi lưng. Đau thường phát khởi sau khi làm nặng, di chuyển, vận động. Một số bệnh nhân lại không đau, trừ khi có biến chứng.
- Nước tiểu bất thường: có thể tiểu ra máu toàn bãi hoặc tiểu ra sỏi nhỏ. Nếu đã có nhiễm khuẩn thì có thể tiểu đục hoặc tiểu ra mủ.

#### **\* Triệu chứng thực thể**

- Khám khi có cơn đau: có điểm đau ở vùng thắt lưng hoặc điểm đau ở niệu quản.
- Nếu thận bị ứ nước tiểu, khám thấy thận to ( có chạm thận và bập bênh thận ).

### **2. Sỏi niệu quản**

#### **\* Triệu chứng chức năng:**

- Có cơn đau quặn thận điển hình. Cũng có trường hợp đau không rõ hoặc không đau.
- Tiểu ra máu toàn bãi, thường nhẹ.
- Đôi khi có triệu chứng của bàng quang như tiểu nhiều lần, tiểu gắt, tiểu khó.

#### **\* Triệu chứng thực thể**

- Có điểm đau ở vùng thắt lưng hoặc ở một điểm trên đường đi của niệu quản.
- Thận lớn do ứ nước tiểu.

### **3. Sỏi bàng quang**

#### **\* Triệu chứng chức năng**

- Tiểu đau: mỗi lần đi tiêu bệnh nhân có cảm giác đau hạ vị lan xuống vùng sinh môn.
- Tiểu ra máu, điển hình là có máu cuối bãi và không nhiều.
- Tiểu lắt nhắt nhiều lần suốt ngày (tiểu rắt), do bàng quang bị kích thích.
- Khó tiểu, tiểu không thành tia mà chỉ són từng chút làm bệnh nhân đau tức hạ vị. Trẻ em có sỏi bàng quang thường nắm dương vật kêu khóc, nước tiểu rỉ ra tay, ngủ thấy mùi khai ( dấu hiệu bàn tay khai ).
- Bí tiểu đột ngột trong khi đi tiểu, đôi khi thay đổi tư thế thì lại tiểu được.

#### **\* Triệu chứng thực thể: thường nghèo nàn, ít giá trị**

- Khi sỏi to, kết hợp khám bụng và trực tràng có thể sờ thấy.
- Sỏi bàng quang thường do bệnh lý tại chỗ, nên khám có thể tìm được nguyên nhân như u xơ tuyến tiền liệt, xơ cứng cổ bàng quang.
- Thăm dò bàng quang bằng ống thông kim loại, có cảm giác chạm vào vật cứng.

### **4. Sỏi niệu đạo**

#### **\* Triệu chứng chức năng**

- Đau đột ngột, dữ dội vùng sinh môn hoặc dọc theo niệu đạo.
- Tiểu khó, rỉ nước tiểu lắt nhắt, có thể bí tiểu.

#### **\* Triệu chứng thực thể**

- Sờ dọc theo niệu đạo có thể tìm thấy sỏi dưới dạng một cục cứng, ấn rất đau.
- Dùng thông sắt thăm dò có cảm giác chạm vào vật cứng ở niệu đạo. Không đặt thông tiểu vào bàng quang được vì bị tắc nghẽn và đau ở niệu đạo.

## **V. CÁC XÉT NGHIỆM TRONG CHẨN ĐOÁN SỎI TIẾT NIỆU**

### **1. Các xét nghiệm hình ảnh**

- \* Siêu âm hệ tiết niệu: là xét nghiệm quan trọng, xác định được

- Sỏi : số lượng, kích thước, vị trí
- Các thay đổi của hệ tiết niệu: thận và đài bể thận (thận to, trướng nước, xơ teo), niệu quản (dãn nở, ngoằn ngoèo), bàng quang ( dãn nở, có túi ngách, xơ teo).

**\* Chụp X quang /CT**

- Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị (KUB): có thể thấy được sỏi cản quang (khoảng 70%), đôi khi thấy bóng thận to.
- Chụp X quang hệ tiết niệu với chất cản quang tiêm tĩnh mạch (IVU): để phát hiện sỏi không cản quang, hình ảnh của hệ tiết niệu và đánh giá chức năng bài tiết của thận.
- Chụp hệ tiết niệu với chất cản quang bơm ngược dòng từ niệu đạo / niệu quản: ít dùng.

**\* Nội soi hệ tiết niệu:** vừa chẩn đoán, vừa điều trị .( gấp sỏi hoặc tán sỏi ).

**2. Xét nghiệm nước tiểu:** có hồng cầu, bạch cầu, vi khuẩn, albumine, trụ niệu và các tinh thể tạo nên sỏi. Kết quả của XN nước tiểu rất thay đổi và không giúp chẩn đoán sỏi tiết niệu.

**3. Các xét nghiệm máu:** đều không đặc hiệu cho sỏi tiết niệu, nhưng có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân hay hậu quả của sỏi

- Nhiễm khuẩn: Bạch cầu hạt trung tính tăng.
- Suy thận: Urea, BUN, Creatinin máu tăng
- Các rối loạn biến dưỡng: Calci máu, Acide urique máu tăng....

**VI. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Sỏi tiết niệu ít khi tự tan nhưng có thể di chuyển dần từ trên xuống dưới, và có thể được tiểu ra ngoài nếu sỏi có kích thước đủ nhỏ. Sỏi có kích thước lớn thường gây nhiều biến chứng:

**1. Ứ đọng nước tiểu:** thận bị trướng nước, niệu quản và bàng quang bị dãn to. Chủ mô thận bị trướng nước lâu ngày sẽ teo dần lại và gây suy thận.

**2. Vô niệu:** thường do sỏi niệu quản hoặc sỏi thận 2 bên, đôi khi xuất hiện trong cơn đau quặn thận hoặc do sỏi một bên kèm theo suy thận kia từ trước. Vô niệu làm suy thận nhanh chóng.

**3. Nhiễm khuẩn tiết niệu:**

- Thận: viêm đài bể thận, viêm thận mủ, viêm tủy và viêm mủ quanh thận. Bệnh nhân sốt cao, rét run, đau vùng thắt lưng, tiểu đục hoặc có máu. Khám thấy vùng thắt lưng sưng nề, ấn đau, thận to và đau.
- Viêm bàng quang: tiểu đau, tiểu nhiều lần, nước tiểu đục, ấn vùng bàng quang đau.

**4. Suy thận:** là biến chứng nặng với các triệu chứng tiểu ít hay vô niệu, phù toàn thân, rối loạn nước và điện giải, cao huyết áp, urée máu cao, hôn mê và chết.

**VII. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

**1. Đề phòng**

- Uống nước đầy đủ, nhất là khi làm việc ra nhiều mồ hôi, ở nơi nóng bức.
- Chế độ ăn đầy đủ sinh tố, nên thay đổi thức ăn để cân bằng các chất dinh dưỡng.
- Điều trị sớm các bệnh toàn thân và tại chỗ có thể gây sỏi: bệnh sỏi máu, nhiễm trùng tiết niệu, u xơ tuyến tiền liệt, dị vật đường tiểu.

**2. Điều trị nội khoa:**

Chỉ áp dụng cho sỏi nhỏ và không có biến chứng. Mục đích là không để sỏi lớn thêm, hạn chế tạo thêm sỏi và loại trừ sỏi đã có bằng đường tự nhiên.

**\* Tiết thực:** kiêng cử các thức ăn tạo sỏi ( calci, oxalate, urate ).

\* **Loại trừ sỏi tự nhiên** bằng cách tăng lưu lượng nước tiểu ( cho uống nhiều nước, cho thuốc lợi tiểu ) kết hợp với các thuốc tăng co bóp cơ trơn như Prostigmine, hoặc thuốc dẫn cơ trơn như Atropine, Nospar .

\* **Cho thuốc làm tan sỏi:** tác dụng chưa chắc chắn

- Thuốc nam: uống nước ép hạt chuối hột.
- Kiềm hoá nước tiểu để làm tan sỏi urate
- Acide hoá nước tiểu để làm tan sỏi phosphate
- Thuốc làm tan sỏi urate: Piperazine Midy, Halopurinol.

### 3. Điều trị ngoại khoa

Ngoại khoa có thể vừa điều trị nguyên nhân gây sỏi, vừa điều trị sỏi.

\* **Điều trị nguyên nhân gây sỏi:** như mổ u xơ tuyến tiền liệt, lấy dị vật đường tiểu, sửa chữa chỗ hẹp của niệu quản

\* **Điều trị sỏi tiết niệu:** có nhiều phương pháp

- Phẫu thuật lấy sỏi: là phương pháp cổ điển, tùy vị trí của sỏi có thể mổ thận, đài bể thận, niệu quản hoặc bàng quang. Mổ nội soi thường có kết quả tốt hơn mổ thường.
- Gắp sỏi qua nội soi: thường có ống nội soi, qua đó có thể trông thấy sỏi và dùng dụng cụ đặc biệt để kẹp vỡ sỏi và gắp ra hoặc để bệnh nhân tự đi tiểu ra.
- Phá sỏi bằng siêu âm hoặc chấn sóng: áp dụng tốt với sỏi nhỏ.

### 4. Điều trị bệnh toàn thân gây sỏi

Tùy nguyên nhân có thể điều trị cho thích hợp

- Mổ cắt bỏ u tuyến cận giáp.
- Điều trị giảm bớt acide urique trong bệnh thống phong (gút): hạn chế thức ăn động vật.

## BÀI 31. ĐẠI CƯƠNG VỀ NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn.
- 1.2. Trình bày được cách gây bệnh của vi khuẩn và sức đề kháng của cơ thể để phòng bệnh.
- 1.3. Xử trí được ban đầu nhiễm khuẩn ngoại khoa.

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn là tình trạng vi khuẩn xâm nhập và gây bệnh cho cơ thể. Nhiễm khuẩn ngoại khoa có 2 đặc điểm là

- Đường xâm nhập của vi khuẩn là các vết thương làm rách da hoặc niêm mạc.
- Quá trình nhiễm khuẩn sẽ phá hủy mô và tế bào tạo ra nhiều mô hoại tử, dịch viêm, mủ . . . cần phải được làm sạch trước khi tổn thương lành.

#### II. NGUYÊN NHÂN

##### 1. Nguyên nhân chính

- Vi khuẩn sinh mủ: hầu hết vi khuẩn gây nhiễm khuẩn ngoại khoa đều có khả năng này; nhiều nhất là tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, tạp khuẩn ruột. . .

- Vi khuẩn yếm khí gây hoại thư hoặc tiết độc tố thần kinh: thường là Clostridium

Mỗi loại vi khuẩn có khả năng gây bệnh khác nhau và được gọi là độc lực của vi khuẩn; độc lực này bao gồm khả năng tăng sinh, tiết men phá hủy tế bào hoặc sinh ra các độc tố ức chế các hoạt động của cơ thể. Độc lực vi khuẩn càng cao, vi khuẩn càng dễ gây bệnh và bệnh càng nặng.

##### 2. Các yếu tố thuận lợi

Vi khuẩn chỉ xâm nhập vào được cơ thể và gây được bệnh nếu không gặp sức đề kháng của cơ thể:

- Sức đề kháng tại chỗ: gồm các hàng rào bảo vệ cơ thể như da và niêm mạc, đại thực bào, bạch cầu, phản ứng viêm để cô lập và tiêu hủy vi khuẩn, máu đến nuôi dưỡng...

- Sức đề kháng toàn thân: khả năng sinh bạch cầu, tạo kháng thể chống vi khuẩn, các nguồn cung cấp năng lượng và các chất cần cho cơ chế tự bảo vệ của cơ thể.

##### 3. Vai trò của sức đề kháng của cơ thể đối với độc lực vi khuẩn:

Nếu cơ thể có sức đề kháng tốt và được bảo vệ thì vi khuẩn khó xâm nhập và nếu có mắc bệnh thì nhiễm khuẩn cũng nhẹ. Ngược lại khi sức đề kháng kém thì cơ thể dễ nhiễm bệnh, dù vi khuẩn có độc lực thấp (nhiễm khuẩn cơ hội)

#### III. TRIỆU CHỨNG

##### 1. Tại chỗ, nhiễm khuẩn ngoại khoa thường có 3 giai đoạn

\* Giai đoạn viêm với các dấu hiệu sưng, đỏ, nóng, đau.

\* Giai đoạn phá hủy mô và tế bào: có mô hoại tử, dịch mủ. Tùy theo loại vi khuẩn gây bệnh mà tính chất mủ sẽ khác nhau:

- Mủ do tụ cầu: vàng, đặc, không hôi.
- Mủ do liên cầu: nhiều, loãng, trắng đục.
- Mủ do Pseudomonas: có màu xanh và mùi trái cây quá chín.
- Mủ có nhiều hơi và thối: các vi khuẩn yếm khí đường ruột.

\* Giai đoạn phục hồi: sau khi cơ thể loại bỏ được vi khuẩn và mô hoại tử, vùng bị nhiễm khuẩn mọc mô hạt và hóa sẹo lành

2. Tại vùng: biểu hiện là viêm hạch và mạch bạch huyết tại vùng dẫn lưu xa nơi nhiễm khuẩn như các hạch chi, vùng cổ, hàm.

3. Toàn thân: tùy theo mức độ nặng nhẹ của nhiễm khuẩn mà có biểu hiện tương ứng:

- Sốt nhẹ, mệt mỏi, bạch cầu tăng.
- Sốt cao kèm theo rét run, môi khô, lưỡi bẩn, tiêu ít, cơ thể suy nhược.
- Trong trường hợp nặng có thể bị nhiễm khuẩn huyết, nhiễm độc, vô niệu, hôn mê, choáng nhiễm khuẩn và tử vong.

#### **IV. CẬN LÂM SÀNG.**

\* Xét nghiệm máu:

- Số lượng bạch cầu tăng ( $> 10.000/iL$ ) đa số là bạch cầu hạt trung tính.
- Số lượng hồng cầu: giảm trong các trường hợp nhiễm khuẩn kéo dài, suy kiệt.
- Tốc độ lắng máu tăng; phản ánh mức độ đáp ứng của cơ thể đối với bệnh.

\* Xét nghiệm vi khuẩn: Cây hoặc xem trực tiếp bệnh phẩm (dịch mủ, máu) giúp xác định loại vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

#### **V. ĐỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ**

1. Đề phòng:

- Cần có biện pháp bảo vệ cơ thể, không để bị thương tích trong lao động, sinh hoạt, giao thông.

- Với vết mổ, cần áp dụng triệt để các nguyên tắc vô khuẩn và khử khuẩn.

- Với vết thương ô nhiễm cần chống nhiễm khuẩn bằng cách rửa sạch, cắt lọc mô dập nát, loại bỏ dị vật, dùng thuốc sát khuẩn thích hợp (dung dịch Oxy già, thuốc tím, alcohol...) và băng sạch. Nếu nghi ngờ vết thương sẽ nhiễm khuẩn, có thể dùng kháng sinh, huyết thanh phòng ngừa.

2. Điều trị nhiễm khuẩn ngoại khoa .

\* Trong giai đoạn viêm, cần cho kháng sinh đường toàn thân và băng sạch tổn thương. Nếu dùng kháng sinh sau 72 giờ mà chưa có đáp ứng, cần nghĩ tới các khả năng:

- Kháng sinh đã dùng không thích hợp.
- Có ổ nhiễm khuẩn chưa được xử trí tốt.

\* Khi vết thương đã có mủ và được cô lập tốt, việc rạch thoát mủ là điều chủ yếu. Kháng sinh dùng đơn độc hoặc dùng tại chỗ trong giai đoạn này không có tác dụng.

\* Ngoài ra phải chú ý điều trị toàn thân:

- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc bằng kháng sinh, huyết thanh hoặc hóa chất đặc hiệu.
- Tạo tình trạng nghỉ ngơi tốt cho bệnh nhân.
- Nâng cao sức đề kháng cơ thể: dinh dưỡng tốt, nhiều sinh tố.

## BÀI 32. NHỌT NÓNG – NHỌT LẠNH

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được các nguyên nhân gây nhọt nóng – nhọt lạnh - nhọt đình – nhọt tổ ong.

1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của nhọt nóng – nhọt lạnh – nhọt đình – nhọt tổ ong

1.3. Xử trí được nhọt nóng – nhọt lạnh – nhọt đình – nhọt tổ ong ở tuyến y tế cơ sở.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Nhọt là một ổ mủ nằm giữa các mô bình thường, sinh ra trong các trường hợp nhiễm khuẩn hoặc hoại tử mô. Nhọt gồm có 2 loại chính là nhọt nóng và nhọt lạnh.

#### II. NHỌT NÓNG

Nhọt nóng là một ổ mủ có giới hạn rõ rệt, sinh ra trong các trường hợp nhiễm khuẩn cấp tính.

##### 1. Nguyên nhân.

- Nhiễm khuẩn từ các vết thương hoặc do vi khuẩn theo đường máu đến một nơi bất kỳ để gây nhọt. Vi khuẩn gây nhọt nóng là các vi khuẩn sinh mủ thông thường như tụ cầu, liên cầu...

- Tiêm hóa chất gây kích ứng với mô (quinine, tinh dầu thông...) và làm mô hoại tử.

##### 2. Cơ thể bệnh. Sự thành lập nhọt có ba giai đoạn:

\* Giai đoạn viêm: nơi nhiễm khuẩn sung huyết, thoát huyết tương và có bạch cầu xuyên mạch.

\* Giai đoạn tạo mủ: thành của nhọt được cấu tạo bởi sự tăng sinh các mô liên kết, các mạch máu tân tạo và các bạch cầu. Bên trong nhọt là mủ, có tính chất khác nhau tùy theo loại vi khuẩn sinh bệnh.

- Mủ do tụ cầu khuẩn: đặc, dính, màu vàng kem.

- Mủ do liên cầu khuẩn: loãng như dịch đục, có các mảnh trắng.

- Mủ do phế cầu: đặc có nhiều màng giả fibrin.

- Mủ do vi khuẩn yếm khí có mùi thối đặc biệt.

\* Giai đoạn vỡ mủ: Nếu cứ để tự nhiên, nhọt lớn dần đến bề mặt cơ thể thì vỡ và mủ thoát ra ngoài. Sau đó nhọt co lại, hóa sẹo và lành.

##### 3. Triệu chứng.

\* Trong giai đoạn viêm có các triệu chứng sau:

- Tại chỗ có dấu hiệu viêm: sưng, đỏ, nóng, đau và giảm cơ năng.

- Ở xa hơn nơi các góc chi có thể có hạch viêm.

- Toàn thân: sốt cao, đôi khi rét run, mệt mỏi, ăn không ngon.

\* Trong giai đoạn tạo mủ có các dấu hiệu sau:

- Tại chỗ: nơi nung mủ sưng rõ rệt hơn, nắn mềm, ấn lõm. Nếu mủ nằm gần bề mặt thì da có màu nhạt hơn các vùng đỏ tím ở xung quanh. Trường hợp mủ nhiều và gần bề mặt cơ thể, có thể thấy dấu hiệu bập bênh (dấu ba động). Chẩn đoán chắc chắn nhất là chọc dò rút ra có mủ.

- Toàn thân: Tổng trạng hơi kém hơn, nhức đầu, ăn ngủ ít. Thân nhiệt tăng và sốt dao động, kèm theo rét run từng cơn.

\* **Trong giai đoạn vỡ mủ:** ổ mủ vỡ làm mủ thoát ra, các triệu chứng tại chỗ và toàn thân đều giảm dần, đến khi nhọt cạn mủ thì vết thương lành dần và cơ thể cũng trở lại bình thường.

#### **4. Chẩn đoán phân biệt.**

- Khối u ác tính: bề mặt thường sần sùi, có nhiều mạch máu tân sinh, không có dấu hiệu bập bênh và chọc dò không thấy mủ.

- Túi phồng động mạch: nằm trên đường đi của động mạch, đập theo mạch, sờ thấy rung dưới tay, nghe có âm thổi tâm thu.

#### **5. Điều trị**

\* **Đề phòng:** Xử trí đúng đối với các vết thương để tránh nhiễm khuẩn.

\* **Điều trị:** Trong giai đoạn viêm, điều trị chủ yếu là dùng kháng sinh theo đường toàn thân, nơi viêm có thể đắp nước ấm để thúc đẩy sự tiến triển và làm giảm đau.

Khi đến giai đoạn tạo mủ, cần chủ động rạch thoát mủ rộng để dẫn lưu tất cả các ngõ ngách của túi mủ. Trong khi đó vẫn dùng kháng sinh theo đường toàn thân, tốt nhất là theo kháng sinh đồ. Không nên chờ nhọt vỡ tự nhiên vừa kéo dài thời gian bệnh vừa không chắc mủ thoát ra được hết hay không.

### **III. NHỌT LẠNH**

Nhọt lạnh là một túi mủ được cấu tạo dần dần, thường không có dấu hiệu viêm rõ rệt.

**1. Nguyên nhân.** Thường gặp nhất là do trực khuẩn lao (BK) gây nên, đến bằng đường máu. Ngoài ra, nấm và một số vi khuẩn yếm khí khác ( E.coli, liên cầu...) cũng có thể gây nhọt lạnh.

#### **2. Cơ thể bệnh học.**

Nhọt lạnh không có vỏ bọc phân cách rõ rệt với các mô lành chung quanh mà được cấu tạo bởi sợi huyết, bạch cầu đơn nhân, xác các tế bào và nhất là các điểm viêm nhiễm còn đang phát triển khiến nhọt lạnh mỗi ngày một lớn hơn.

Mủ của nhọt lạnh thường đặc, có nhiều cục lờn nhờn như bã đậu, cấu tạo chủ yếu là albumine và vi khuẩn, ít bạch cầu.

Thông thường nhọt lạnh phát triển bắt đầu bằng sự tạo nên một u rắn chắc và lớn dần. Sau đó phần trung tâm hoại tử và mềm ra, tạo thành mủ, còn phần ngoài vẫn tiếp tục phát triển lan rộng. Khi nhọt phát triển đến bề mặt cơ thể thì vỡ ra, mủ thoát ra ngoài nhưng nhọt không có khuynh hướng lành và seọ tạo ra thường dính, méo mó.

#### **3. Lâm sàng.**

Nhọt lạnh phát triển rất chậm, ít triệu chứng tại chỗ và tình trạng toàn thân không rõ. Các giai đoạn phát triển của nhọt lạnh.

\* **Giai đoạn củ lao:** nhọt mới chỉ là một khối u rắn, tròn hay bầu dục, giới hạn không rõ, không đau, không dính với các mô chung quanh.

\* **Giai đoạn tạo mũ:** Khối u lớn dần, mềm, dính với mô chung quanh. Sự hiện diện của mũ tạo dấu hiệu bấp bênh và chọc hút có mũ đặc.

\* **Giai đoạn vỡ mũ:** Khi lan đến bề mặt cơ thể, nốt lạnh vỡ và tạo lỗ dò cho mũ thoát ra hoặc gây một ổ loét mãn tính có bờ không đều, mỏng, tím, tách rời với các mô bên dưới. Nốt lạnh có thể bị bội nhiễm và có dấu hiệu của nhiễm khuẩn cấp tính.

#### **4. Điều trị.**

Nốt lạnh hiếm khi tự khỏi, do đó không nên để nốt tự vỡ và cũng không rạch dẫn lưu như nốt nóng.

\* Nếu nốt nhỏ hoặc còn ở giai đoạn củ: giải phẫu lấy cả khối nốt và mô chung quanh, không nên làm nốt vỡ.

\* Nếu nốt khá lớn, dùng kim chọc hút và bơm kháng sinh vào ổ nốt. Kim chọc hút phải có khẩu kính lớn, đường chọc hút nên bắt đầu từ một chỗ cao hơn nốt, đi khúc khuỷu qua các lớp dưới da trước khi đâm vào nốt, trước khi hút nên bơm thêm nước cất hay huyết thanh cho mũ loãng ra, hút xong mũ bơm trả vào ổ nốt streptomycine, sau khi rút kim ra cần day trên đường chọc dò để lấp đường đi của kim.

\* Nếu nốt tự vỡ hoặc nốt lớn có thể chích, nạo và băng kín với kháng sinh tại chỗ. Ngoài ra phải chú ý điều trị với kháng sinh bằng đường toàn thân như chữa lao hoặc bệnh nấm ở nội tạng.

### **IV. NHOT ĐINH**

Nốt đinh là một ổ mũ tạo thành ở chân lông.

#### **1. Nguyên nhân**

\* Vi khuẩn: thường do tụ cầu vàng.

\* Đường xâm nhập của vi khuẩn: qua lỗ chân lông, qua da bị trầy xước.

\* Điều kiện thuận lợi:

- Bệnh ngoài da.

- Cơ thể suy nhược, người bị đái tháo đường, ngộ độc,....

\* Sự hoạt động của vi khuẩn

Khi vi khuẩn vào lỗ chân lông và tổ chức trong da nó làm tiêu hủy tổ chức liên kết quanh lỗ chân lông tạo thành mũ, còn chân lông hoại tử tạo thành ngòi trắng đục.

#### **2. Triệu chứng lâm sàng**

\* **Giai đoạn đầu:** tại chân lông nổi lên một u bằng hạt đậu, có triệu chứng viêm. Sau này u to dần lên, có quầng đỏ lan rộng hơn. Giữa u có một vùng trắng nhạt sau này phát triển thành mũ, còn chân lông tạo thành ngòi nốt, có thể có màu đen hoặc bạc trắng.

\* **Giai đoạn sau:** U to dần, chằm trắng rộng hơn và mềm ra. Khi nốt vỡ mũ, có thể nặn lấy ra một cái ngòi màu trắng đục, dài, để lại một lỗ sâu gọn, có nước vàng rỉ ra. Sau đó u xẹp dần và chuyển sang màu nâu rồi khỏi hẳn nhưng có thể để lại sẹo sâu.

#### **3. Tiến triển**

Nốt đinh là bệnh điều trị dễ dàng, nếu để tự nhiên có thể vỡ mũ và liền sẹo trong vòng 10 ngày. Đôi khi nốt đinh có một số biến chứng như:

- Viêm lan tỏa

- Viêm bạch mạch và viêm hạch khu vực lân cận.



- Vi khuẩn có thể vào máu và gây Viêm thận, viêm xương tủy xương, nhiễm khuẩn huyết...

- Nhọt đỉnh ở vùng mặt, đặc biệt ở vùng môi trên (đỉnh râu) dễ gây viêm tĩnh mạch mắt, viêm xoang tĩnh mạch hang, viêm não màng não, có thể đưa đến tử vong. Biến chứng này dễ xảy ra nếu nặn nhọt sớm hay cào gãi trên nhọt

#### **4. Xử trí**

##### **\* Giai đoạn sung huyết**

Không được nặn, chỉ được bôi thuốc sát khuẩn, chườm nóng và vệ sinh da. Nếu nhọt mọc ở môi mặt và phát triển nhanh, sưng tấy nhiều thì nên cho uống hoặc tiêm kháng sinh, nếu cần phải chuyển lên tuyến trên.

##### **\* Giai đoạn có mũ**

Chờ mũ tự vỡ và nặn lấy cho được ngòi. Sau đó sát khuẩn nhọt và băng lại. Chỉ cần uống thêm vài ngày kháng sinh là được.

### **V. NHOT TỔ ONG**

Nhọt tổ ong là một cụm gồm nhiều nhọt đỉnh tập trung ở bất kỳ nơi nào trên cơ thể, khi vỡ ra có rất nhiều nhọt lỗ chỗ làm cho cụm nhọt có hình ảnh giống như tổ ong. Nếu nhọt ở lưng thì gọi là hậu bối. Nguyên nhân gây nhọt là tụ cầu vàng, xâm nhập qua lỗ chân lông làm tiêu hủy tổ chức quanh lỗ chân lông và mô dưới da. Nhọt tổ ong hay xuất hiện ở người bị bệnh đái tháo đường.

#### **1. Triệu chứng lâm sàng**

\* **Triệu chứng toàn thân:** Sốt cao, mệt mỏi, kém ăn, kém ngủ, vẻ mặt hốc hác.

\* **Triệu chứng tại chỗ.**

Nhọt tổ ong hay gặp ở mông, lưng và gáy. Hình ảnh ban đầu là một mảng da bị sưng nề, cứng, màu tím đỏ, viêm lan rộng ra xung quanh và mạch bạch huyết cũng bị viêm. Nắn vào vùng này có cảm giác cứng. Sau 2, 3 ngày xuất hiện sưng nề và có nhiều nốt phỏng nước màu nâu. Sau đó bề mặt nhọt loét ra, phần trung tâm hoại tử màu xám, nền vết loét có nhiều ngòi trắng đục.

\* **Xét nghiệm:** nên xét nghiệm đường huyết để phát hiện bệnh tiểu đường kèm theo.

#### **2. Diễn biến.**

\* Nếu nhọt tổ ong nhỏ và được điều trị sớm bệnh qua khỏi.

\* Nếu nhọt tổ ong lớn có đường kính trên 15cm thì tình trạng toàn thân nặng vì dễ bị nhiễm khuẩn các nơi khác như xương khớp, phổi, thận, máu. Bệnh nhân có thể chết vì các biến chứng hoặc suy kiệt.

#### **3. Xử trí:**

\* **Điều trị toàn thân:**

- Nâng cao thể trạng: cho ăn, uống đủ chất.

- Thuốc: tiêm thuốc trợ lực, trợ tim, thuốc an thần, thuốc kháng sinh liều cao và kết hợp.

- Nếu bệnh nhân bị đái tháo đường phải kết hợp điều trị cả bệnh đái tháo đường.

\* **Điều trị tại chỗ:**

- Không được nặn hay chích rạch khi chưa có mũ.

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

## BÀI 33. VIÊM ĐA CƠ

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

1.1. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm đa cơ.

1.2. Xử trí được ban đầu viêm đa cơ.

#### 2. Thái độ

2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

#### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm đa cơ là một bệnh thường thấy ở các nước nhiệt đới và thường do nguyên nhân nhiễm khuẩn nên còn được gọi là viêm cơ nhiệt đới hoặc viêm cơ nhiễm khuẩn.

#### II. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn gây viêm đa cơ thường gặp nhất là tụ cầu vàng (90%), các vi khuẩn khác cũng có thể là nguyên nhân gây bệnh ( liên cầu, phế cầu, trực khuẩn thương hàn ...).

- Vi khuẩn gây bệnh có thể xâm nhập cơ do vết thương ô nhiễm, do sự phát triển của viêm tấy, mụn nhọt ngoài da hoặc theo đường máu đến.

- Các điều kiện thuận lợi cho bệnh xuất hiện là: suy nhược cơ thể , suy dinh dưỡng, thiếu B<sub>1</sub>, bị chấn thương đập nát cơ, tiểu đường ...

#### III. CƠ THỂ BỆNH HỌC

Cơ bị viêm có thể tiến triển theo nhiều phương hướng khác nhau

- Viêm đa cơ nung mủ: cơ bị viêm hóa cứng chắc , nung mủ và rò mủ.

- Viêm đa cơ tự tiêu: Cơ chỉ viêm tấy, hoá cứng chắc rồi thu nhỏ dần và khô hẳn, không qua giai đoạn nung mủ.

- Viêm cơ xơ cứng: Cũng tiến triển qua giai đoạn nung mủ , nhưng không dò thoát mủ ra mà dẫn đến hóa xơ cứng cơ , làm hạn chế vận động và cứng khớp. Loại này thường theo sau các trường hợp điều trị lâu dài bằng kháng sinh.

#### IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bệnh thường biểu hiện lâm sàng bằng các hội chứng sau:

1. Hội chứng nhiễm khuẩn: rất thường gặp với sốt cao dao động hay kéo dài thành từng đợt làm bệnh nhân suy kiệt hốc hác .

2. Triệu chứng viêm cơ tại chỗ:

- Nơi bị viêm thường là các khối cơ lớn ở gốc chi, đặc biệt là ở đùi, trong phần lớn trường hợp có trên hai nơi bị viêm cùng lúc hay liên tiếp nhau.

- Cơ bị viêm lúc đầu sưng theo chiều dài khối cơ, cứng như gỗ và đau dữ dội khiến bệnh nhân hạn chế cử động. Nếu cơ bị viêm ở nông có thể thấy triệu chứng đỏ và nóng ngoài da.

- Khi cơ chuyển sang giai đoạn nung mủ sẽ có dấu hiệu bập bênh , khi chọc dò thấy có mủ.

3. Các dấu hiệu khác:

- Không sưng hạch ngoại biên

- Phù chi dưới , thường xuất hiện cả hai bên

- Viêm mủ dưới da và ban đỏ cục tiến triển xen kẽ với vùng cơ bị viêm.

4. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng cao, đa số là bạch cầu hạt trung tính

- Xét nghiệm mủ: đa số thấy có tụ cầu vàng.

## V. CÁC THỂ LÂM SÀNG:

**1. Viêm đa cơ đơn thuần**, là dạng thường gặp nhất, tổn thương viêm cơ không kèm theo biểu hiện bệnh lý ở các nơi khác, và có thể tiến triển theo các hình thái sau:

- Viêm cơ nung mủ
- Viêm cơ tự tiêu
- Viêm cơ xơ cứng

**2. Viêm cơ với bệnh cảnh nhiễm khuẩn mủ huyết**

- Có triệu chứng nhiễm khuẩn mủ huyết rõ: sốt cao dao động, mê sảng, đẫy dụa, bạch cầu cao, cấy máu có vi khuẩn.

- Dấu hiệu viêm cơ thường xuất hiện sớm hơn các triệu chứng khác

- Triệu chứng nhiễm khuẩn các cơ quan khác: Viêm phổi, abscess phổi, mủ màng phổi, mủ màng tim, viêm khớp mủ.

**3. Viêm cơ trên cơ địa bệnh tiểu đường:** tiến triển như dạng viêm đa cơ thông thường nhưng dễ tái phát.

## VI. ĐIỀU TRỊ:

Thời gian điều trị trung bình của viêm cơ là 1 - 2 tháng

**1. Xử trí ngoại khoa:** quan trọng nhất là xác định sớm dấu hiệu nung mủ để rạch dẫn lưu, hội chứng lâm sàng sẽ tiến triển tốt rõ rệt.

**2. Kháng sinh:** không có tác dụng rõ rệt đối với sự tiến triển của bệnh do vi khuẩn kháng lại với hầu hết kháng sinh thông thường. Hơn nữa dùng kháng sinh lâu dài khiến ổ viêm cơ dễ hóa xơ cứng gây khó khăn cho chẩn đoán, điều trị và diễn tiến phức tạp. Do đó chỉ nên dùng kháng sinh trong các trường hợp sau:

- Viêm cơ trong giai đoạn đầu chưa có mủ
- Có kháng sinh đồ và sử dụng kháng sinh phối hợp.
- Bệnh cảnh lâm sàng có nhiễm khuẩn mủ huyết

**3. Các biện pháp khác:** nâng cao thể trạng bằng truyền dịch, máu, sinh tố, dinh dưỡng tốt. Giảm đau bằng thuốc giảm đau hay chườm nóng.

## BÀI 34. VIÊM XƯƠNG CẤP – MẠN

### Mục tiêu

#### 1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân của viêm xương tủy xương cấp – mãn
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của viêm xương tủy xương cấp – mãn
- 1.3. Xử trí được ban đầu của viêm xương tủy xương cấp – mãn

#### 2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

### Nội dung

Viêm xương tủy xương là sự nhiễm khuẩn xương do vi khuẩn đến bằng đường máu, và gồm hai thể cấp tính và mạn tính.

Các trường hợp nhiễm khuẩn xương do vi khuẩn xâm nhập từ các vết thương gãy xương hở, phẫu thuật thì được gọi là viêm xương chấn thương, thường là mạn tính.

### A. VIÊM XƯƠNG TỦY XƯƠNG CẤP

#### I. NGUYÊN NHÂN.

- Vi khuẩn gây viêm xương tủy xương hầu hết là do *Staphylococcus aureus* (90%), đôi khi cũng gặp các vi khuẩn khác như *Streptococcus*, *Pneumococcus*, *Salmonella* hoặc nhiều loại vi khuẩn kết hợp.
- Ô nhiễm khuẩn, từ đó vi khuẩn vào máu rồi đến xương thường nhất là ở da (mụn mủ da, nốt đinh, chín mé...) nhiễm khuẩn hô hấp hoặc tiết niệu điều trị không hiệu quả.
- Viêm xương tủy xương dễ xuất hiện trong trường hợp cơ thể suy nhược, bệnh mạn tính.

#### II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

Thể điển hình của viêm xương tủy xương cấp hay xảy ra ở trẻ em, nam nhiều hơn nữ, nơi bị viêm thường là đầu dưới xương đùi. Bệnh phát ra đột ngột với các triệu chứng:

##### 1. Triệu chứng toàn thân:

- Sốt cao 38°5 - 40°C, mặt đỏ bừng, ra mồ hôi, lưỡi bẩn.
- Tình trạng toàn thân kém, mệt lả, kiệt sức hoặc kích động, mê sảng.
- Tiểu ít, nước tiểu đậm đặc.

##### 2. Triệu chứng tại chỗ:

- Đau nhức nhiều ở chi bị viêm xương khiến bệnh nhân không dám động đậy, mất ngủ.
- Chân thường ở tư thế gấp nhẹ gối và háng, bàn chân xoay ngoài, da bình thường.
- Triệu chứng thực thể quan trọng nhất là ấn hoặc ấn bằng ngón tay vòng quanh nơi xương viêm gây đau chói như gãy xương.

##### 3. Cận lâm sàng.

- Số lượng bạch cầu tăng ( $>10.000/mm^3$ ), nhất là bạch cầu hạt trung tính.
- Tốc độ lắng máu tăng.
- Cây máu tìm thấy vi khuẩn trong 80% trường hợp.
- Cây nước tiểu, có thể thấy cùng loại vi khuẩn như cây máu.

- X quang chỉ sau hai tuần mới thấy dấu hiệu xốp xương, có phản ứng màng xương.

### **III. ĐIỀU TRỊ**

Quyết định điều trị phải thực hiện sớm, ngay khi chẩn đoán bằng lâm sàng và gồm hai điểm lớn.

\* Kháng sinh dùng liên tục ít nhất 10 ngày.

- Nếu vi khuẩn nhạy cảm với Pénicillin G: 10 triệu UI/ngày IM hoặc truyền tĩnh mạch

- Nếu vi khuẩn kháng Pénicillin: Methicilline 100mg/Kg/ngày IM hoặc IVP.

\* Bất động chi bằng bột để bảo vệ cơ chế cô lập vùng xương nhiễm khuẩn .

\* Ngoài ra cần truyền dịch, cho sinh tố hoặc truyền máu nếu cần.

## **B. VIÊM XƯƠNG TỦY XƯƠNG MẠN ( Viêm xương mạn tính )**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Được gọi là viêm xương mạn tất cả trường hợp viêm xương sau đây:

- Viêm xương tủy xương cấp đã chuyển từ giai đoạn cấp tính sang mạn tính.

- Các trường hợp viêm xương có tính chất mạn tính từ đầu, không do lao.

- Nhiễm khuẩn theo sau trường hợp gãy xương.

Về lâm sàng và nguyên tắc điều trị, các loại viêm xương mạn này tương tự nhau.

### **II. LÂM SÀNG**

**1. Toàn thân:** ít có triệu chứng. Nếu xương viêm tiến triển lâu dài nhiều năm có thể làm bệnh nhân suy yếu, xuống cân, thiếu máu, dễ mỏi mệt.

**2. Tại chỗ:**

- Đau: âm ỉ làm bệnh nhân khó chịu, trong đợt viêm cấp đau nhiều hơn.

- Lỗ rò mủ: Thông từ xương bị viêm ra ngoài da; từ lỗ dò có mủ, nước vàng và các mảnh xương chết chảy ra. Quanh lỗ dò thường viêm và có phản ứng mọc mô hạt sần sùi, chàm hóa. Thăm dò bằng thông sắt, chạm đến xương nghe lạo xạo.

**3. X quang**

- Có phản ứng màng xương

- Có các ổ tiêu xương và các mảnh xương chết xen lẫn với các vùng tạo xương hoặc thừa xương.

- Lỗ dò thông từ xương ra ngoài da.

- Xương biến dạng to ra, gồ ghề, mất xương.

### **III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

**1. Tiến triển:** Bệnh tiến triển phức tạp không đoán trước được, có thể diễn biến liên tục, từng đợt hay tái phát lại sau nhiều năm ổn định.

- Lỗ dò thường xuất hiện mỗi khi mủ ứ đọng đầy trong xương viêm làm bệnh nhân đau và sốt; khi mủ thoát ra hết thì lỗ dò lại liền sẹo. Sau một thời gian lại xuất hiện lỗ dò mới và cứ thế được tái diễn nhiều lần.

- Biến dạng chi do xương bị viêm to ra hoặc mất xương, chi đau bị teo cơ, da có nhiều sẹo do lỗ dò và dấu vết các lần phẫu thuật.

**2. Biến chứng:** Viêm khớp mủ, cứng khớp, rối loạn tăng trưởng xương, gãy xương bệnh lý, ung thư hóa mô viêm mạn tính ở lồng dờ.

#### **IV. ĐIỀU TRI**

**1. Phẫu thuật** cần triệt để lấy toàn bộ mô xương bị nhiễm khuẩn và hoại tử cũng như các mô nhiễm khuẩn khác, lấp các khoảng trống trong xương bằng cách ghép xương hoặc các khối cơ có mạch máu nuôi, may da lấp kín bớt vùng mổ và đặt ống để dẫn lưu và điều trị bằng kháng sinh tại chỗ.

**2. Kháng sinh,** cần dùng ít nhất là hai loại kết hợp, một dùng đường toàn thân, một cho tại chỗ và tốt nhất là theo kháng sinh đồ. Phải dùng thuốc liên tục trước và sau khi mổ nhiều tháng.

## **BÀI 35. HOẠI THƯ SINH HƠI**

### **Gas gangrene – Necrotizing Soft Tissue Infection (NTSI)**

#### **Mục tiêu**

##### **1. Kiến thức**

- 1.1. Trình bày nguyên nhân và điều kiện thuận lợi dẫn đến hoại thư sinh hơi.
- 1.2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của hoại thư sinh hơi.
- 1.3. Biết cách xử trí bước đầu ở tuyến y tế cơ sở.

##### **2. Thái độ**

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này đối với thực hành nghề sau này.

#### **Nội dung**

##### **I. ĐỊNH NGHĨA**

Hoại thư sinh hơi là dạng nhiễm khuẩn ngoại khoa do vi khuẩn yếm khí sinh độc tố làm cho vết thương hoại thư lan rộng, sinh hơi gây nhiễm độc máu. Hiện nay bệnh lý này ít gặp nhưng vẫn là một cấp cứu ngoại khoa có bệnh cảnh lâm sàng từ nặng nề đến tử vong.

##### **II. NGUYÊN NHÂN**

###### **1. Vi khuẩn**

\* Vi khuẩn yếm khí Clostridium:

- Clostridium perfringens ( Cl.welchii) chiếm 75%
- Clostridium oedematiens ( Cl. novyi) chiếm 15%
- Clostridium vibrioseptique , Cl. septicum. . . chiếm 10%

Các vi khuẩn này sống trong đường tiêu hóa, có nha bào tồn tại rất lâu trong phân và ngoài đất, trong điều kiện khắc nghiệt. Vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể qua các vết thương, gặp điều kiện thuận lợi sẽ phát triển rất nhanh, tiết ra các độc tố alpha toxin (lecithinase), theta toxin (hemolysis, necrosis), collagenase, hyaluronidase để phá hủy tế bào (máu, mỡ, cơ và thần kinh) đồng thời sinh hơi.

\* Vi khuẩn khác: Streptococci, Klebsiella, Bacteroides ... có thể gây hoại thư sinh hơi, nhưng ít gặp.

###### **2. Điều kiện thuận lợi**

- Các vết thương có nhiều mô chết và thiếu Oxy: bị dập nát nhiều, bị chèn ép gây thiếu máu, có nhiều ngõ ngách và dị vật, vết thương khâu kín, vết thương có đặt garô, vết thương bị nhiễm đồng thời các tạp khuẩn ái khí và yếm khí.
- Cơ thể bị suy yếu, sức đề kháng kém do tiểu đường, ung thư, suy giảm miễn dịch.

##### **III. CƠ THỂ BỆNH**

1. Viêm hoại thư tế bào: Tổn thương chủ yếu là cân, mô dưới da, mô tế bào giữa các bắp cơ.

2. Viêm hoại thư cơ: các cơ bị sưng nề và hủy hoại do hoại thư và sinh hơi. Các tạng như gan, thận, lách, phổi sưng nề và ứ máu.

##### **IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

###### **1. Tổn thương viêm hoại thư tế bào**

- Triệu chứng toàn thân: sốt cao, mạch nhanh. Không có tình trạng nhiễm độc hoặc sốc.
- Triệu chứng chức năng: cảm giác đau ít, chỉ căng tức tại chỗ



- Triệu chứng thực thể: vết thương thấy có dịch đục, có bọt, mùi thối. Chi sưng nề, da căng bóng, trên mặt da có nhiều chấm màu nâu. Sờ có cảm giác lép nhép như sờ vào bao trấu. Nếu phẫu thuật sớm có thể cứu được.

## **2. Tổn thương viêm hoại thư cơ.**

a. Triệu chứng toàn thân:

- Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc: sốt, lơ mơ, hốt hoảng, nôn, da xanh xám, khó thở.  
- Choáng: mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, nước tiểu ít, tử vong do thiếu Oxy sau 1 - 3 ngày.

b. Triệu chứng cơ năng: vùng bị tổn thương đau dữ dội và lan tỏa xa.

c. Triệu chứng thực thể: tại vết thương và vùng xung quanh sưng to nhanh. Trên mặt da có màu nâu, màu lá úa hay màu đen. Có nhiều nốt phỏng chứa dịch lờ mờ, chúng kết lại với nhau thành mảng mục. Đầu các ngọn chi thối và rụng dần. Từ vết thương nước chảy ra có mùi thối khắm như mùi cóc chết, ấn tay vào vùng sưng nề có cảm giác căng, mềm nhưng không lõm do có hơi bên dưới. Thể bệnh này có thể phải cắt đoạn tổn thương mà tỷ lệ tử vong vẫn cao tới 70%

## **V. XÉT NGHIỆM:**

- Máu: Bạch cầu 10.000 -15.000/  $\mu$ L .

- Chụp phim X quang thấy có hơi tích tụ dưới da và giữa các mô

- Xét nghiệm dịch hoặc mô hoại tử thấy trực khuẩn Gram (+), có nha bào.

- Các xét nghiệm khác: u rê máu tăng, nước tiểu có protein và hồng cầu.

## **VI. ĐIỀU TRỊ:**

### **1. Đề phòng:**

\* Xử trí đúng các vết thương

- Chỉ đặt garô hay băng ép vết thương theo đúng chỉ định và đúng nguyên tắc.

- Vết thương phải được rửa sạch bằng nước muối sinh lý, xà bông phẫu thuật, nước oxy già. Khi cắt lọc vết thương cần phải lấy hết mô dập nát, lấy dị vật, rạch rộng vết thương và dẫn lưu đầy đủ. Chỉ khâu da nếu hội đủ các điều kiện cần thiết, nếu vết thương ô nhiễm nặng hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn thì nhất thiết phải để hở da.

- Cho kháng sinh đầy đủ đối với các trường hợp thương tích có nguy cơ nhiễm khuẩn.

\* Cách ly các trường hợp hoại thư sinh hơi đã được chẩn đoán và điều trị.

- Bệnh nhân bị hoại thư sinh hơi phải cách ly ở phòng riêng để ngừa lây nhiễm

- Thầy thuốc khi tiếp xúc với bệnh nhân có trang phục riêng, rửa tay đi găng vô khuẩn.

- Rác thải y tế từ người bệnh phải đốt bỏ.

- Y cụ dùng cho bệnh nhân rồi cần rửa sạch bằng nước xà phòng, lau khô, hấp tiệt khuẩn rồi mới dùng cho bệnh nhân khác.

### **2. Điều trị:**

Việc điều trị có tính chất khẩn cấp ngay sau khi chẩn đoán bệnh, do đó cần phải chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến có phẫu thuật. Các nguyên tắc điều trị bệnh:

\* Phẫu thuật: rất cần thiết để bộc lộ tổn thương ra khí trời, cắt lọc mô hoại tử, và cần thiết thì phải cắt đoạn tổn thương.

\* Kháng sinh đường toàn thân liều cao và phối hợp: Penicillin, Clindamycin, Ceftriaxone

\* Tích cực hồi sức, chống choáng

\* Huyết thanh kháng độc tố: ít dùng vì dễ bị dị ứng.

\* Liều pháp Oxy cao áp: cần có trang bị thích hợp

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

- Bệnh học Ngoại khoa - Bộ Y Tế - Vụ Khoa học và Đào tạo, Nhà xuất bản Y học (1995).
- Bài giảng "Triệu chứng học Ngoại khoa" tập I, II - Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học (1985).
- Bệnh học Ngoại khoa - Bộ môn Ngoại trường Đại học Y Dược TP.HCM (1985).