

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

GIÁO TRÌNH

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA**

NGÀNH: ĐIỀU DƯỠNG

TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG

*Ban hành kèm theo Quyết định số: 63B/QĐ-CDYT Ban hành giáo trình
ngành Điều dưỡng trình độ cao đẳng hệ liên thông, 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 sách 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 *Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa* được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng 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 Điều dưỡng 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 Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa cho học viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Điều dưỡng 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 viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa nói riêng.

Giáo trình Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực 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 Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho học viên trình độ cao đẳng.

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 viên 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 10 tháng 02 năm 2020

BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Trần Văn Bắc

Tổ biên soạn:

1. Trần Văn Tới
2. Lâm Thị Kim Anh
3. Nguyễn Thị Lan Phương
4. Trần Văn Bắc

MỤC LỤC

Bài 1: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ – GÂY MÊ	2
Bài 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG	27
Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TIM - VẾT THƯƠNG TIM.....	35
Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU	42
Bài 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TỖN THƯƠNG MẠCH MÁU TRONG GÃY XƯƠNG	47
Bài 6: NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP VÙNG TRỰC TRÀNG – HẬU MÔN	59
Bài 7: HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG.....	85
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	90
ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ (THAM KHẢO).....	91

Tên môn học: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC TÍCH CỰC NGOẠI KHOA

Mã môn học: DD.LT.16

Thời gian thực hiện môn học: 120 giờ (Lý thuyết: 28 giờ; TTBV: 88 giờ; Kiểm tra: 04 giờ)

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** môn học Chăm sóc người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa được bố trí sau khi học viên học xong môn học Điều dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn.

- **Tính chất:** môn học này giới thiệu cho người học những kiến thức cơ bản trong chẩn đoán và xử trí bệnh nhân hồi sức ngoại khoa tích cực thường gặp. Học xong môn học này, người học có thể vận dụng để nhận định được một số dấu hiệu, triệu chứng bệnh nặng để thực hiện được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh hồi sức tích cực ngoại khoa.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được các đại cương về các bệnh hồi sức ngoại khoa thường gặp.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân, triệu chứng, biến chứng của bệnh hồi sức ngoại khoa.
- 1.3. Trình bày được hướng điều trị và cách dự phòng các bệnh hồi sức ngoại khoa.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh hồi sức Ngoại khoa tại bệnh viện.
- 2.2. Thực hành được các kỹ năng chăm sóc trên người bệnh hồi sức Ngoại khoa tại bệnh viện.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

- 3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm trong những điều kiện thay đổi.
- 3.2. Chịu trách nhiệm cá nhân, trách nhiệm hướng dẫn tối thiểu, giám sát, đánh giá đối với nhóm thực hiện những yêu cầu được giao.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TT BV	KT
1	Chăm sóc người bệnh gây tê – gây mê	8	8		
2	Chăm sóc người bệnh phình động mạch chủ bụng	4	4		
3	Chăm sóc người bệnh chấn thương tim – vết thương tim	4	4		
4	Chăm sóc người bệnh có vết thương mạch máu	4	4		
5	Chăm sóc người bệnh tổn thương mạch máu trong gãy xương	4	3		1
6	Những cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực	3	2		1

TT	Tên chương, mục	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TT BV	KT
	tràng				
7	Hội chứng chèn ép khoang	2	2		
8	Thực tập bệnh viện	90	0	88	2
Cộng		120	28	88	4

Bài 1: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ – GÂY MÊ

MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

- 1.1. Trình bày được mục đích tiền mê, nguyên tắc dùng thuốc tiền mê, kể được tên các loại thuốc mê đang sử dụng.
- 1.2. Trình bày được các phương pháp gây tê và các thuốc tê đang sử dụng.

2. Kỹ năng:

- 2.1. Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước, trong và sau khi gây mê.
- 2.2. Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh trước, trong và sau khi gây tê.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY MÊ

NỘI DUNG:

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê là phương pháp làm mất hoàn toàn ý thức, cảm giác, phản xạ, vận động tạo điều kiện cho phẫu thuật tiến hành một cách tốt nhất, đảm bảo được tính mạng cho người bệnh trong lúc phẫu thuật.

II. CÁC LOẠI THUỐC DÙNG TRONG GÂY MÊ

1. Thuốc tiền mê:

1.1. Mục đích dùng thuốc tiền mê:

- Tất cả người bệnh trước mổ đều lo lắng về bệnh tật của mình, người bệnh là nữ cần được chia sẻ, động viên hơn nam giới. Do vậy trước khi mổ, ngoài việc thăm khám tiền mê động viên người bệnh, còn cho người bệnh dùng thuốc tiền mê thật tốt, để tránh các tai biến hoặc các phản xạ bất lợi trong lúc mổ cụ thể là:

+ Giúp người bệnh an thần, giảm chuyển hóa cơ bản do đó giảm lượng thuốc mê cần thiết.

+ Làm giảm phản xạ nguy hiểm (nôn, co thắt khí, phế quản, phản xạ phó giao cảm).

- Giảm tác dụng xấu của thuốc mê, giảm bài tiết đàm nhớt.

1.2. Nguyên tắc dùng thuốc tiền mê:

- Kết hợp dùng 3 loại: An thần + giảm đau + kháng cholin

- Liều và thuốc phải cân nhắc cho phù hợp với thể trạng và yêu cầu phẫu thuật.

- Tiêm IM trước 45 phút, IV trước 15 phút trước khi mổ, tiêm tại phòng tiền mê và theo dõi đề phòng các biến chứng sau khi tiền mê.

- Luôn luôn nhớ những trường hợp chống chỉ định và khi đã tiêm thuốc rồi thì không sửa lại những sai lầm.

1.3. Các thuốc dùng trong tiền mê:

1.3.1. Nhóm á phiện (opioids)

- Bao gồm Morphin chlohydrat, Pethidin, Fentanyl, Sufentanilcitrat, Alfentanil, có tác dụng làm giảm đau, an thần, giảm liều thuốc mê.

- Tác dụng bất lợi là hạn chế hô hấp do vậy không dùng trong các trường hợp:

+ Trẻ em dưới 5 tuổi và người già trên 60 tuổi.

+ Các phẫu thuật não bộ, người bệnh suy hô hấp CO₂ tăng, áp lực nội sọ tăng.

+ Những người bệnh COPD.

+ Phóng thích histamine gây giãn mạch ngoại biên, tụt huyết áp vì vậy người bệnh hen và co thắt tiểu phế quản không dùng dẫn chất của thuốc phiện.

+ Làm co cơ oddi nên thuốc thuộc nhóm này không dùng trong phẫu thuật đường mật.

- Có tác dụng làm giảm nhu động ruột, dễ làm táo bón, liệt ruột ở hậu phẫu.

1.3.2. Nhóm thuốc kháng cholin (Benlodon alkaloid)

- Bao gồm Atropinsulfat là Scopolamin có tác dụng giảm tăng tiết ở miệng hầu và đường hô hấp trên, giảm phản xạ phó giao cảm với liều lớn.

1.3.3. Nhóm an thần:

- Nhóm Barbituric (Gardenal uống đêm trước khi mổ).

- Nhóm Phenothiazin: Promethazin (Pipolphen) 1mg/kg.

- Nhóm Butyrophenon (Droperidol) có tác dụng an thần, tăng cường tác dụng của nhóm á phiện và của thuốc mê, phong tỏa giao cảm, chống buồn nôn, kháng histamine.

- Nhóm Benjodiazepin: Diazepam hiện nay được dùng phổ biến nhất. Dùng để an thần, gây ngủ, chống lo âu, ngăn ngừa và điều trị kích thích thần kinh của thuốc tê.

1.3.4. Dùng thuốc tiền mê với trẻ em:

- Trẻ sơ sinh: Dùng Atropin 0.01 – 0.02 mg/kg dùng IM hoặc IV.

- Trẻ dưới 10 kg: Dùng Atropin + Ketamin dùng IM (liều Ketamin 4 – 6 mg/kg).

- Trẻ từ 1 – 3 tuổi: Dùng Atropin + Ketamin + Diazepam hoặc Domincum.

- Diazepam hoặc Domincum kết hợp với Ketamin để tránh giấc mơ xấu.

- Trẻ lớn: Dùng Atropin + Diazepam + Promethazin.

2. Các loại thuốc mê:

2.1. Thuốc mê đường hô hấp:

2.1.1. Oxyd nitơ (N₂O)

- Là một chất khí không màu, vị ngọt, mùi dễ chịu, không kích thích niêm mạc. Là chất không gây cháy nổ nhưng nó giúp cho sự cháy ở 450⁰C khi có Oxy. Nhiệt độ sôi là - 89⁰C, nhiệt độ tới hạn của nó là 36,5⁰C. Nếu nhiệt độ cao quá nhiệt độ tới hạn thì toàn bộ thể tích khí của bình là thể khí. Ở nhiệt độ phòng mở là 20⁰C khi mở van thì khí N₂O



lỏng bốc lên thay thế vì vậy khi còn N₂O lỏng trong bình thì áp lực luôn luôn là 51 atmosphere. N₂O hòa tan trong cồn và nước.

- Chỉ định dùng N₂O

+ N₂O được chỉ định dùng trong phẫu thuật lớn kéo dài, thường phối hợp với các thuốc tiền mê khác.

+ Dùng trong phẫu thuật nhỏ và ngắn.

+ Dùng khởi mê với các thuốc mê khác.

+ Dùng với mục đích giảm đau trong sản khoa.

+ Khi cần dùng với các thuốc mê không gây cháy nổ.

- Chống chỉ định dùng N₂O

+ Tắc mạch do khí.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tắc đường tiêu hóa cấp tính.

+ Có khí nội sọ (chụp não có bơm khí).

+ Có nang khí ở phổi.

+ Tạo hình màng nhĩ.

+ Bệnh có tăng áp lực động mạch phổi.

+ Những bệnh nhân cần nồng độ oxy cao.

- Ưu điểm của N₂O: Không gây cháy nổ, không kích ứng niêm mạc đường hô hấp, khởi mê im điệu dễ chịu, thoát mê nhanh, nếu đủ oxy thì không ảnh hưởng đến các cơ quan, nó còn có tác dụng giảm đau, ít gây buồn nôn sau mổ và rẻ so với các thuốc khác.

- Nhược điểm của N₂O: Dùng N₂O nồng độ cao đơn thuần dễ gây thiếu oxy, tai biến ngạt tế bào dễ gặp, làm tăng áp lực khuếch tán, không gây giãn cơ và có thể gây suy tủy, quái thai ở súc vật. Vì vậy người ta thường dùng N₂O phối hợp với các thuốc mê khác và thuốc giảm đau để tăng hiệu quả lâm sàng và tránh thiếu oxy, thường dùng 60 – 65% N₂O + 1% Halothan + thuốc giảm đau họ morphin trong gây mê.

2.1.2. Halothan (Fluothan)

- Là một chất lỏng không màu, vị ngọt, mùi dễ chịu. Nhiệt độ sôi là 50⁰C. Áp lực hơi bão hòa là 20⁰C là 243 mmHg. Halothan bị phá hủy bởi ánh sáng vì vậy phải giữ ở lọ thủy tinh màu. Khi bị phân hủy nó tạo ra một số acid như: HCl, HBr, clo tự do và phosgene rất độc và gây hồng máy. Halothan có độ hòa tan cao trong cao su, phản ứng với hầu hết các kim loại, tuy nhiên đồng đỏ và crom không bị ăn mòn, không phản ứng với niken và titan. Hệ số phân ly máu/ khí = 2.4. Hệ số phân ly mỡ/ máu = 60.0, não/ não = 2.6.

- Chỉ định:

Tùy theo người bệnh:

+ Với trẻ em có thể khởi mê bằng mask.

+ Suy hô hấp: Viêm phế quản dạng hen.

+ Nhược cơ: Tránh sử dụng thuốc giãn cơ.

+ Bệnh huyết sắc tố.

Theo loại phẫu thuật:

+ Mổ cấp cứu.

+ Mổ mắt.

+ Mổ tai mũi họng – răng hàm mặt.

- + Bổ sung cùng với thuốc gây mê tĩnh mạch.
- Chống chỉ định:
 - + Sốt cao ác tính: Với những người có tiền sử bản thân hoặc gia đình có nhạy cảm với sốt ác tính cao.
 - + Sản khoa.
 - + Phẫu thuật thần kinh có tăng áp lực nội sọ.
 - + Người bị bệnh sốc.
 - + Suy gan.
 - + Gây mê nhiều lần.
- Cách sử dụng:
 - + Khi dùng Halothan bắt buộc phải sử dụng hệ thống gây mê bằng bình bốc hơi đặc biệt.
 - + Khởi mê bằng mask với trẻ em, với người lớn nên khởi mê bằng cách gây mê bằng đường tĩnh mạch. Sau đó tăng nồng độ Halothan lên, có thể tới 3 – 4% rồi căn cứ vào tình trạng mê để điều chỉnh hạ dần xuống 1%, 0.75%, 0.5%. Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, điện tim. Nếu thấy hạ huyết áp cần giảm nồng độ Halothan. Nếu thấy rối loạn nhịp tim cần ngừng Halothan sau đó lại tăng dần với tốc độ chậm hơn, kiểm tra lại tình trạng cung cấp oxy.
 - + Halothan là thuốc không có tác dụng giảm đau nên khi mổ cần cho thêm thuốc giảm đau.
 - + Cần sử dụng thận trọng ở bệnh nhân có bệnh tim mạch.
 - + Không nên gây mê bằng Halothan liên tục trong vòng 2 – 3 tháng.
 - + Cần có hệ thống hút khí thải để bảo vệ môi trường và sức khỏe của nhân viên y tế.

2.1.3. Enfluran (Ethran, Alyran)

- Đó là một chất lỏng không màu, trong, không gây cháy, mùi hơi ngọt. Enfluran ổn định hơn Halothan nên không cần chất bảo quản. Trọng lượng phân tử là 184, nhiệt độ sôi là 56.6⁰C, áp lực hơi bão hòa là 175 mmHg. Enfluran không gây cháy nổ ở tất cả các nồng độ trong không khí và oxy, nó cũng không phân hủy bằng ánh sáng mặt trời, ổn định với vôi sooda và kim loại. Enfluran có hiệu lực gây mê mạnh hòa tan trong máu và mô tương đối thấp (hệ số hòa tan máu/ khí là 1.91) nên cho phép gây mê nhanh và thoát mê nhanh. Nồng độ ở phế nang gần giống như nồng độ hít vào nên cho phép kiểm tra, điều khiển mức độ mê linh hoạt. Enfluran có chỉ số gây mê thấp hơn các thuốc methoxyfluran, Halothan hoặc Isofluran ở trên chuột (chỉ số gây mê = nồng độ gây ngừng thở ngừng tim/ nồng độ gây mê. Enfluran mạnh gấp 2 lần Halothan trong việc làm tăng sự ức chế thần kinh cơ, và nó mạnh hơn Isofluran và Halothan trong việc làm tăng sự phong bế thần kinh cơ. Vì vậy khi dùng các thuốc này phối hợp với Enfluran để gây mê cần giảm liều.
- Ứng dụng lâm sàng: Enfluran là thuốc gây mê yếu hơn Halothan, nên khởi mê cần nồng độ thở vào lớn khoảng 5% cho thở tự nhiên và 3 – 4% cho hô hấp nhân tạo. Duy trì mê với nồng độ từ 1.5 – 3%. Cần đảm bảo thông khí để giữ PaCO₂ ở mức bình thường để đề phòng các biến chứng thần kinh trung ương. Không dùng Enfluran ở bệnh nhân động kinh và bệnh nhân có suy thận.

2.1.4. Isofluran (Foran, Aerran, Nederan)

- Là một chất lỏng không màu, ổn định ở nhiệt độ phòng và không cần chất bảo quản, không gây cháy trong không khí. Hệ số hòa tan máu/ khí là 1.4 thấp hơn Halothan và Enfluran, tính tan trong mỡ kém Halothan nên khởi mê nhanh và thoát mê nhanh, không phản ứng với kim loại trong hệ thống, có mùi cay nhẹ. Khởi mê nhanh và thoát mê nhanh hơn so với Enfluran và Halothan, đồng thời nó cho phép kiểm soát nồng độ sâu của mê dễ hơn.

- Isofluran là thuốc được lựa chọn trong thực hành gây mê thần kinh, bởi vì khi gây mê bằng Isofluran, dòng máu não không tăng, nhu cầu oxy cho chuyển hóa não giảm, có tác dụng bảo vệ não trong trạng thái thiếu máu hoặc thiếu oxy. Isofluran được thải qua phổi 99.5%, chỉ khoảng 0.3 – 0.5% là chuyển hóa ở gan nên sự nguy hiểm với chức năng gan, thận là tối thiểu.

2.1.5. Sevofluran (Ultan)

- Sevofluran không có mùi hăng, điểm sôi là 58.6⁰C, áp lực hơi bão hòa tại 20⁰C là 162 mmHg. Là thuốc được lựa chọn nhiều nhất để khởi mê hô hấp. Độ hòa tan trong máu thấp, ít kích thích đường hô hấp, nên dùng Sevofluran khởi mê nhanh, êm dịu đặc biệt ở bệnh nhân mổ ngoại trú thì dùng Sevofluran thời gian mê và thoát mê nhanh hơn Halothan.

- Ở các bệnh nhân lớn tuổi, mổ ngoại trú gây mê bằng Sevofluran thời gian thoát mê nhanh hơn và định hướng khi hồi tỉnh tốt hơn so với Isofluran và Propofol. Thời gian rút nội khí quản có xu hướng dễ tiên lượng hơn so với các bệnh nhân dùng Propofol.

- Ở các bệnh nhân mổ nội trú gây mê bằng Sevofluran có sự ổn định nhịp tim và rất ít ảnh hưởng đến hô hấp đặc biệt là thời gian thoát mê, rút nội khí quản và định hướng lúc hồi tỉnh nhanh hơn so với bệnh nhân dùng Isofluran. Trong mổ thần kinh Sevofluran có hiệu quả tương tự Isofluran về thời gian rút nội khí quản, thoát mê và định hướng cũng như thời gian ra khỏi phòng hồi tỉnh.

- Sevofluran có thể so sánh với Isofluran về khả năng kiểm soát huyết động trong phẫu thuật nối mạch vành hoặc ở các bệnh nhân có nguy cơ thiếu máu cơ tim khi gây mê phối hợp với các thuốc họ morphin.

- Vì các đặc tính thuận lợi như mùi dễ chịu, rất ít kích thích đường hô hấp, độ hòa tan trong máu thấp, không kích thích thần kinh, ổn định huyết động nên Sevofluran là thuốc mê có đặc tính tốt trong số các thuốc mê bốc hơi, nó được chọn để khởi mê bằng mask cho cả người lớn và trẻ em không chịu hợp tác khi làm đường truyền tĩnh mạch. Tuy nhiên không dùng lưu lượng khí gây mê thấp, không nên dùng ở bệnh nhân tăng nhãn áp.

2.1.6. Desfluran (Supran)

- Là một thuốc mê có một số đặc tính cho phép dùng tốt trong gây mê với lưu lượng khí thấp, nhưng cũng có một số đặc tính cần cân nhắc khi dùng, vì vậy nó cũng chưa được hoan nghênh ở Anh và Mỹ.

2.2. Thuốc mê đường tĩnh mạch

2.1.1. Thiopental (Thiopentalum natrium, Pentothal sodium, Nesdonal)

- Là một chất bột màu vàng, khô, hòa tan trong nước, đóng lọ 0.5 và 1g và được giữ nơi khô mát. Dung dịch thuốc rất kiềm, nồng độ tối đa an toàn cho phép sử dụng trên lâm sàng là 2.5%. Thiopental rất tan trong mỡ, thuốc có tác dụng khởi mê nhanh. Thuốc chỉ có tác dụng gây mê, không có tác dụng giảm đau.

- Chỉ định:

- + Gây mê đơn thuần hoặc phối hợp.
- + Hồi sức.
 - Hôn mê sau thiếu oxy.
 - Sử dụng ở bệnh nhân có tăng áp lực nội sọ.
 - Tình trạng co giật.

- Chống chỉ định:

- + Thiếu phương tiện hồi sức.
- + Gây mê cho bệnh nhân ngoại trú.
- + Rối loạn chuyển hóa.
- + Dị ứng với barbituric.

- Chống chỉ định tương đối với người bệnh suy gan hoặc thận, suy tim nặng.

- Liều dùng:

- + Khởi mê: 3.5mg/kg đường dùng IV.
- + Liều duy trì: 15 – 35mg/kg/24 giờ, dùng bơm tiêm điện (hoặc có thể tiêm tĩnh mạch liều bằng 1/3 đến 1/2 liều khởi mê). Ở người bệnh suy gan, thận cần giảm liều.
- + Có thể sử dụng qua đường hậu môn với trẻ nhỏ trên 2 tuổi: 30mg/kg (dung dịch 5% hoặc 10%).

+ Biến chứng tại chỗ: Khi tiêm dưới da, tiêm bắp gây phù nề, kích thích tại chỗ tiêm. Tiêm vào động mạch gây biến chứng nặng nề, khi tiêm vào động mạch có biểu hiện thiếu máu cục bộ, mất độ căng bằng của động mạch, bệnh nhân xanh xao và tím. Tại chỗ tiêm có thể hoại thư, thối, có thể để lại di chứng thần kinh, có khi phải cắt cụt chi.

+ Xử trí khi tiêm nhầm vào động mạch: giữ nguyên kim đã tiêm, qua đó đưa dung dịch NaCl 0.9% có pha 50mg Xylocain (Lidocain) và Heparin.

2.2.2. Ketamin (Ketamin)

- Bao gồm các thuốc: Calysol, Ketanest, Ketalar. Thuốc được sử dụng rộng rãi trong gây mê, có tác dụng giảm đau tốt, mất tri giác, có tình trạng giữ nguyên tư thế, làm tăng lưu lượng máu lên não, tăng áp lực nội sọ, tăng chuyển hóa não nên không dùng trong phẫu thuật sọ não, làm tăng nhẹ nhịp tim và huyết áp, gây ảo giác và những giấc mơ xấu. Triệu chứng này giảm nếu tiền mê bằng Diazepam.

- Ketamin không phải là thuốc được lựa chọn để khởi mê cho người bệnh có dạ dày đầy. Trên hầu hết với trẻ em, Ketamin gây tăng tiết nước bọt, thuốc không có tác dụng giãn cơ.

- Chỉ định:

- + Gây mê cho các phẫu thuật ngắn nhỏ.
- + Bông (thay băng)
- + Bệnh nhân cao tuổi, trẻ em, các thủ thuật thăm dò gây đau.
- + Hen phế quản.
- + Thủ thuật phụ khoa – sản khoa, trong các trường hợp có giảm khối lượng tuần hoàn hoặc co thắt phế quản cấp tính.
- + Phối hợp gây tê vùng.

- Chống chỉ định:

- + Bất buộc:



- Thiếu phương tiện hồi sức.
 - Tai biến mạch máu não, tăng áp lực nội sọ.
 - Phình mạch não.
 - Suy mạch vành nặng, cao huyết áp.
 - Nhồi máu cơ tim vừa mới qua.
 - Tình trạng tiền sản giật, sản giật.
- + Tương đối:
- Cường giáp, nghiện rượu, nghiện ma túy.
 - Động kinh, tâm thần phân liệt.
 - Phẫu thuật mắt (Glaucoma).
 - Phẫu thuật tạng sâu.
 - Phẫu thuật phế quản và ngã ba hầu thanh quản
- Liều dùng:
- + Gây mê:
- Khởi mê: 1 – 4mg/kg tiêm tĩnh mạch.
6 – 13mg/kg tiêm bắp.
 - Duy trì mê: ½ liều khởi mê tĩnh mạch, hoặc bắp thịt theo biểu hiện tỉnh của bệnh nhân.
- + Truyền kéo dài:
- Người lớn:
Khởi mê 2 – 5mg/kg tĩnh mạch hoặc 0.12 mg/kg/phút, tĩnh mạch.
Duy trì: 0.08 mg/kg/phút.
 - Trẻ em:
Khởi mê: 2mg/kg, đường tĩnh mạch hoặc 5 – 8mg/kg tiêm bắp.
Duy trì: 1mg/kg tĩnh mạch.
Đường hậu môn: 9 – 10mg/kg khởi mê.
Duy trì: 1mg/kg, tĩnh mạch nếu cần thiết.

2.2.3. Diprivan 1% (Propofol, profol).

- Ống 20ml chứa 200mg, thuốc đóng ở dạng nhũ tương dầu trong nước đẳng trương màu trắng đục như sữa, dùng tiêm tĩnh mạch, truyền liên tục 4 – 12 mg/kg/h hoặc tiêm nhiều lần, mỗi lần 2.5 – 5ml để duy trì mê.
- Liều khởi mê: 2 – 2.5 mg/kg, trên 55 tuổi cần giảm liều. Pha duy nhất với Dextro 5% hỗn hợp ổn định trong 6 giờ, sau 6 giờ thuốc còn lại cũng không dùng nữa.
- Thuốc có tác dụng khởi mê nhanh sau khoảng 30 giây, êm dịu, gây mê nhanh. Cũng như mọi loại thuốc mê khác, cũng dùng thận trọng ở những bệnh nhân suy gan, suy thận. Diprivan làm giảm lưu lượng máu não, giảm áp lực nội sọ và chuyển hóa ở não, giảm áp lực nội sọ nhiều hơn ở bệnh nhân có áp lực nội sọ cơ bản được tăng lên, phục hồi tri giác thường nhanh và người bệnh thấy nhẹ nhõm, không đau đầu.

3. Các loại thuốc giãn cơ.

- Thuốc giãn cơ là thuốc làm liệt cơ, không có tác dụng giảm đau. Thuốc giãn cơ được chia thành 2 nhóm, đó là: Tranh chấp và khử cực.

+ Nhóm khử cực (giãn cơ ngắn) Succinylcholin (Myorelaxin), sau khi tiêm 10 – 15 giây, giết cơ mặt, cổ và chi, giết kéo dài 15 – 20 giây rồi các cơ giãn hoàn toàn và ngừng thở 5 – 7 phút. Được dùng để đặt ống nội khí quản, hoặc trong các phẫu thuật nhỏ thời gian ngắn.

Chống chỉ định khi người bệnh có tiền sử liên quan đến bệnh sốt cao ác tính hoặc người bệnh có tăng kali máu. Liều lượng 1.5 – 2 mg/kg cân nặng.

+ Nhóm tranh chấp (tác dụng dài):

- Gallamin (Flaxedil), Tubocurarin chlorid làm liệt cơ sau 1 – 2 phút tiêm tĩnh mạch, liệt cơ kéo dài 150 phút. Pancuronium bromid (Pavulon) đóng ống chứa 4mg, thuốc có tác dụng nhanh sau 30 – 45 giây, tác dụng tối đa sau 3 – 5 phút và thời gian tác dụng kéo dài 30 – 45 phút, liều 0.07 – 0.1mg/kg.

- Vecuronium bromid (Norcuron) đóng ống 4mg, liều khởi đầu 0.08 – 0.1mg/kg có tác dụng giãn cơ nhanh sau 2 – 3 giây và kéo dài 20 – 30 phút.

- Tracrium (Atracuriumbesylate) là thuốc không độc với tim, gan, thận, thường dùng để gây mê cho người bệnh có chức năng thận kém.

- Thuốc giãn cơ chỉ có tác dụng làm liệt cơ, không có tác dụng giảm đau.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY Mê

- Gây mê đường hô hấp thường dùng thuốc mê lỏng bay hơi ở nhiệt độ thường, các thuốc thường dùng là: Narcotan, Fluothan, Isofluran.

- Gây mê bằng đường tĩnh mạch đơn thuần dùng các loại thuốc như: Thiopental, Ketamin, Propofol, có thể kết hợp dùng mask thanh quản. Người bệnh phải nhịn ăn 6 – 8 giờ trước mổ và luôn chuẩn bị đủ phương tiện chuyển sang mê nội khí quản.

- Gây mê nội khí quản là dùng thuốc gây mê kết hợp với thuốc giãn cơ có hô hấp điều khiển. Có thể gây mê đặt nội khí quản cần phải dùng thuốc giãn cơ hoặc chỉ cần gây tê có thể đặt ống nội khí quản không cần dùng thuốc gây mê và thuốc giãn cơ. Ống nội khí quản có thể đặt qua mũi hoặc qua miệng. Có thể dùng đèn soi để đặt ống nội khí quản hoặc đặt mò qua mũi bệnh nhân. Có thể dùng mask thanh quản để đặt thay ống nội khí quản. Do vậy đối với mỗi bệnh nhân cần có chỉ định phương pháp vô cảm cụ thể, phụ thuộc vào yêu cầu phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân, phương tiện kỹ thuật và kỹ năng của người gây mê hồi sức.

IV. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC GÂY Mê

- Người bệnh phải đồng ý mổ, người gây mê phải khám người bệnh trước mổ, khám lại các cơ quan sinh tồn như:

+ Dấu hiệu sinh tồn.

+ Phổi: Xquang lồng ngực, chức năng hô hấp nếu cần.

+ Điện tim, chức năng tim, xét nghiệm về tim, nghe tim.

+ Thận: Ure, creatinine, phân tích nước tiểu.

+ Bù dịch đầy đủ, đặc biệt là đối với người bệnh nhịn đói lâu hoặc mất khối lượng máu lưu hành.

+ Tắm rửa toàn thân, cạo lông, rửa vùng mổ với các thuốc sát trùng, băng vùng định mổ, mặc quần áo sạch.

- + Cho người bệnh đi tiểu trước khi mổ.
- + Chuẩn bị tinh thần cho người bệnh trước khi mổ.
- + Cho thuốc tiền mê.
- + Căn dặn người bệnh về chế độ ăn uống, tất cả mọi trường hợp mổ theo chương trình đều phải nhịn ăn:
- * Phẫu thuật ngoài đường tiêu hóa thì đêm trước mổ đi cầu cho hết hoặc thụt tháo phân.
- * Phẫu thuật trên ruột non nhịn đói từ 6 – 12 giờ trước mổ, nếu mổ hồi tràng cần thêm kháng sinh đường ruột.
- * Phẫu thuật trên ruột già:
 - Ngày một: chế độ ăn ít bã + thuốc nhuận tràng.
 - Ngày hai: chế độ ăn ít bã + thuốc xổ + thụt tháo buổi tối bằng nước muối đến khi nước trong.
 - Ngày ba: chế độ ăn lỏng (nước đường) + thuốc xổ + kháng sinh đường ruột + truyền dịch vào buổi chiều + đặt ống hút dạ dày ruột.
 - Ngày bốn: mổ sáng:
- Trường hợp mổ cấp cứu nếu người bệnh đã ăn trước khi xảy ra sự cố trong vòng 6 giờ phải rửa dạ dày (trừ trường hợp chẩn đoán thủng đường tiêu hóa).
 - Căn dặn tháo bỏ tư trang quý giá cho người nhà giữ trước khi vào phòng mổ, tháo bỏ răng giả, hướng dẫn an ủi người bệnh.
 - Dự kiến phương pháp vô cảm.
- Đề phòng các tai biến ngay sau khi tiêm thuốc tiền mê.
 - Giảm hô hấp do dùng Morphin do vậy sau khi tiền mê xong phải theo dõi người bệnh đề phòng suy hô hấp.
 - Hạ huyết áp do thay đổi tư thế khi tiền mê dùng aminazin.

V. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI GÂY Mê

1. Chăm sóc đề phòng tai biến trong thời kỳ khởi mê:

- Ngạt, ngừng thở, ngừng tim do tụt lưỡi hoặc u đè vào khí quản. Do vậy đối với những trường hợp tiên lượng đặt ống nội khí quản khó cần giải thích động viên cho người bệnh để phối hợp gây tê đặt ống nội khí quản.
- Co thắt thanh quản, khí phế quản ở những người bệnh có tiền sử hen phế quản. Do vậy cần chuẩn bị sẵn các thuốc cắt cơn hen phế quản như Thiophylin, Salbutamol khi tiến hành gây mê.
- Nôn và hít chất nôn trong dạ dày vào phổi (hội chứng Mendelson) cần đảm bảo có dạ dày rỗng khi lên bàn mổ, trường hợp người bệnh có dạ dày đầy phải tiến hành đặt thông dạ dày hút trước khi gây mê nhất là người bệnh tắc ruột, hẹp môn vị, khi người bệnh vừa ăn phải tiến hành gây nôn hoặc rửa dạ dày.

2. Chăm sóc người bệnh gây mê đặt nội khí quản có dạ dày đầy:

- Để tránh nguy cơ hít phải chất nôn, ta có thể dùng các biện pháp an toàn sau đây:
 - + Dùng thủ thuật Sellick: cho người bệnh thở dưỡng khí 7 – 10 phút qua mặt nạ để có thêm dự trữ oxy sau đó cho người bệnh ngủ dùng Pentothal liều khởi đầu và tiếp theo

bằng liều giãn cơ ngắn. Trong thời điểm này không giúp thở đồng thời nhờ một người đứng ngoài dùng 2 ngón tay đè lên vùng sụn nhẫn về phía cột sống với áp lực vừa phải, mục đích là chèn thực quản không cho các chất trong dạ dày trào lên miệng. Khi thuốc giãn cơ có tác dụng thì đưa ống nội khí quản qua dây thanh âm đồng thời nhắc tay chèn thanh quản ra, bơm túi hơi giúp thở và duy trì mê.

+ Phương pháp đặt đầu cao 40⁰: cho người bệnh thở oxy từ 3 – 5 phút, qua bàn tay cho đầu cao 40⁰, chân bệnh nhân vẫn nằm ngang, dùng Pentothal và Myorelaxin, không bóp bóng giúp thở. Khi thuốc giãn cơ có tác dụng thì bỏ mặt nạ ra, đứng trên bục cao để đặt ống nội khí quản, các chất trong dạ dày sẽ bớt khả năng trào lên miệng nhờ yếu tố trọng lực sau khi bơm túi hơi ống nội khí quản, cho người bệnh nằm ngang.

+ Phương pháp để đầu thấp: cũng bắt đầu như trên nhưng để đầu thấp hơn thân người 15⁰, đặt nội khí quản xong, bơm túi hơi, giúp thở và quay bàn về vị trí bình thường. Phương pháp này nếu người bệnh nôn sẽ chảy ra ngoài, bớt nguy cơ hít ngược vào phổi, và khi cần hút cũng dễ dàng, đồng thời luôn đề phòng tình huống có thể xảy ra khi người bệnh nôn và chuẩn bị máy hút tốt kịp thời hút dịch, mớ đàm dãi, thức ăn cho người bệnh.

- Trường hợp có chấn thương lồng ngực, tràn khí màng phổi van hoặc vết thương ngực hở cần thăm khám phát hiện và đề nghị dẫn lưu màng phổi, sau đó mới gây mê đặt nội khí quản.

3. Chăm sóc và đề phòng các tai biến do đặt ống nội khí quản:

- Gãy răng, chảy máu lợi, xây xát niêm mạc họng do thao tác đặt ống thô bạo và trường hợp người bệnh bị móm phải lót một miếng gạc vào lợi khi đặt ống nội khí quản.

- Đặt nhầm ống nội khí quản và thực quản, để tránh tai biến này cần nhìn rõ hai dây thanh âm mới đặt ống nội khí quản vào và sau khi đặt xong phải ấn vào lồng ngực kiểm tra xem khí có phụt ra hay không, sau đó nghe phổi kiểm tra tiếng rì rào phế nang đều rõ hai bên phổi. Khi đặt ống nội khí quản quá sâu vào một bên phổi thì chỉ nghe thấy rì rào phế nang ở một bên phổi còn bên kia không nghe thấy gì.

- Đặt ống nội khí quản quá sâu vào bên phổi phải, khi đó nghe phổi chỉ thấy ở bên phải còn bên trái thì không nghe thấy rì rào phế nang.

- Không đặt được ống nội khí quản do khó đặt, những trường hợp khó như: bướu cổ to, sẹo co kéo vùng cổ, hầu cao, cổ ngắn, răng vỡ, gãy xương hàm trên, gãy xương hàm dưới, cổ không ngửa được... cần được tiên lượng trước để có chiến thuật gây mê hợp lý, có thể áp dụng một trong những phương pháp sau:

+ Gây tê đặt nội khí quản.

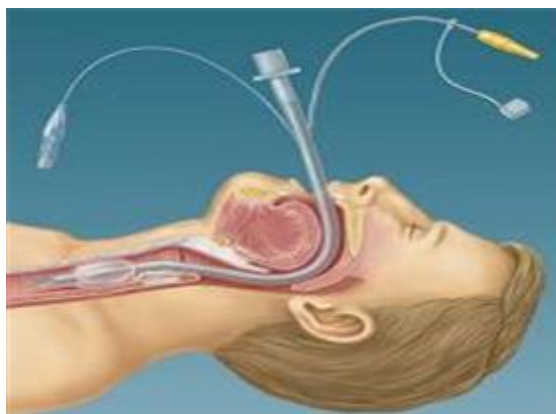
+ Dùng mask thanh quản.

+ Dùng ống thực khí quản combitube.

+ Đặt nội khí quản ngược chiều.

+ Chuẩn bị dụng cụ cần thiết cho thông khí xuyên qua khí quản (khi người bệnh bị co thắt khí quản, không đặt được ống nội khí quản).

- Rơi răng giả, hoặc răng lung lay vào đường



thở, để tránh tai biến này cần bảo người bệnh tháo bỏ răng giả khi mổ, để phòng răng lung lay có khả năng rơi vào đường thở khi gây mê đặt nội khí quản và khi rút ống nội khí quản.

4. Theo dõi và chăm sóc trong khi gây mê:

- Theo dõi nhịp thở của người bệnh hoặc theo dõi máy thở về biên độ, tần số, áp lực thở vào, thể tích khí lưu thông, đo độ bão hòa oxy trong máu động mạch (SpO_2 bình thường là 97 – 100%).
- Theo dõi mạch, huyết áp động mạch, đo ở khuỷu tay hoặc đo huyết áp trực tiếp động mạch quay, theo dõi huyết áp tĩnh mạch trung tâm, trong mổ tim hở có thể sử dụng máy tuần hoàn, hô hấp ngoài cơ thể.
- Trong khi đang mổ mà người bệnh nấc là do người bệnh tỉnh hoặc dạ dày căng trướng, cần phải hút dịch dạ dày và tiêm thuốc mê và thuốc giãn cơ.
- Theo dõi sự mất máu, màu sắc máu tại vết mổ, tình trạng da niêm mạc.
- Theo dõi nước tiểu qua sonde tiểu hàng giờ trong khi mổ ở những trường hợp mổ lớn và tình trạng bệnh nặng để có biện pháp hồi sức kịp thời.
- Theo dõi tri giác người bệnh. Hiện nay người bệnh mê dựa trên những phản ứng của người bệnh đối với kích thích phẫu thuật, chia làm 3 mức độ gây mê: 1. Độ mê nhẹ, mê không đủ để mổ. 2. Độ mê phẫu thuật, mê đủ để mổ. 3. Quá liều thuốc mê, mê quá sâu.
- Trong mổ nên duy trì thuốc mê đảm bảo người bệnh mê ở giai đoạn đủ để mổ (nằm yên, kích thích đồng tử bình thường và còn phản xạ với ánh sáng, thở đều, mạch và huyết áp gần như bình thường).
- Trong mổ luôn đánh giá nhu cầu của thuốc mê, so sánh giữa cường độ kích thích của phẫu thuật và quan sát mức độ phản ứng của người bệnh để giúp ta có thể ước lượng được nhu cầu thuốc mê trong khi mổ. Nếu người bệnh đang mổ mà phản ứng của người bệnh gia tăng thì cần tiêm thuốc giảm đau và giãn cơ. Với người bệnh là nam giới thì lượng thuốc mê cần dùng nhiều hơn so với nữ giới ở cùng độ tuổi vì:
 - + Nam thường uống được nhiều rượu hơn so với nữ do vậy dễ gây mê được thường phải dùng liều cao hơn so với nữ lúc khởi mê và cũng nhanh tỉnh hơn so với nữ.
 - + Nam thường to cao hơn so với nữ nên khi dùng thuốc theo cân nặng thì thường phải dùng nhiều hơn nữ.
- Khi người bệnh đã mê đủ mổ cần phải giảm nồng độ thuốc mê, tránh quá liều gây ngộ độc. Khi gây mê dùng ether lúc đầu huyết áp sẽ tăng và thường ổn định, chỉ tụt huyết áp khi mê quá sâu.
- Gây mê dùng Halothan hoặc Isofluran huyết áp động mạch tụt là biểu hiện dùng quá liều dù có dùng chung với N_2O hay không. Do vậy theo dõi huyết áp bệnh nhân giảm cần giảm nồng độ khí gây mê trong khí thở vào ở bệnh nhân đang gây mê với Halothan hoặc Isofluran.
- Gây mê nhẹ huyết áp tăng vì đau. Trong khi gây mê cần chú ý đến những yếu tố tri giác, vận động, và khả năng phản xạ trong khi theo dõi phản ứng của người bệnh đối với những kích thích trong từng độ mê. Thí dụ: người bệnh thở mạnh, huyết áp tăng, mạch nhanh khi rạch da... chứng tỏ độ mê chưa đủ. Cần tránh đến độ mê khiến người bệnh chỉ

còn phản xạ rất yếu. Khi mê sâu người bệnh biểu hiện mạch yếu, đồng tử giãn rộng không co với ánh sáng, tím tái, nguy hiểm, có thể tử vong.

- Tuy có nhiều dấu hiệu lâm sàng khách quan phản ánh những phản ứng của người bệnh đối với tác dụng của thuốc mê, từ đó có cơ sở để xác định độ mê, nhưng trong thực tế không một dấu hiệu lâm sàng nào được coi là hoàn toàn đáng tin cậy để xác định thật đúng độ mê ở người bệnh, vì mọi dấu hiệu đều có thể thay đổi tùy theo từng người bệnh và tùy theo tính chất của thuốc mê được dùng. Cần phải quan sát mọi dấu hiệu lâm sàng và tổng hợp mọi giá trị dấu hiệu lâm sàng đó, thường xuyên và thận trọng đánh giá được tương đối đúng độ mê trong suốt quá trình gây mê.

- Dùng monitor theo dõi điện tim, đo khí máu, nhịp thở, huyết áp tùy theo từng trường hợp 5 – 15 phút/ lần. Trong mổ phải đảm bảo duy trì mạch, huyết áp người bệnh ổn định bằng các biện pháp hồi sức kịp thời và duy trì độ mê ở giai đoạn đủ để phẫu thuật. Khi tiên lượng cuộc mổ còn 15 – 20 phút thì không thuốc mê và thuốc giãn cơ nữa. Chỉ chuyển người bệnh ra khỏi khoa gây mê hồi sức khi người bệnh đã thoát mê.

- Trong khi đang gây mê phải đề phòng ngạt do: gấp ống nội khí quản, do tăng tiết đàm nhớt, do tụt ống nội khí quản ra ngoài khí quản, khi đó sẽ thấy máu vết mổ màu tím đen, cần phải kiểm tra lại ngay đường thở của người bệnh một cách nhanh chóng, đảm bảo cho đường thở thông suốt.

- Theo dõi phát hiện thiếu oxy do van thở ra không tốt, hoặc do nguyên nhân máy thở.

- Phát hiện rối loạn tuần hoàn: huyết áp tăng hoặc giảm, mạch chậm (khi dưới 60 lần/phút), mạch nhanh, do vậy trong mổ cần thường xuyên theo dõi tình trạng tuần hoàn tùy trường hợp từ 1 – 3 phút/ lần. Khi mạch nhanh, ngoài biện pháp dùng thuốc trợ tim ta có thể ấn nhân cầu với áp lực vừa phải làm mạch chậm lại.

- Nấc là do dạ dày căng trướng hoặc gây mê nông, do vậy cần hút dịch dạ dày hoặc tim thuốc mê thuốc giãn cơ.

- Vỡ phế nang, rách khí phế quản, tràn khí phế mạc do áp lực trong phổi tăng đột ngột hoặc có bệnh phổi cũ như nang lao, tai biến này là do áp lực thở vào quá mạnh, có thể do bóp bóng thở quá mạnh, do vậy trong mổ nếu người bệnh thở máy thì thường duy trì áp lực thở vào từ 10 – 20 cmH₂O. Để tránh tai biến này trong mổ người điều dưỡng thường xuyên quan sát máy thở về chỉ số áp lực và đánh giá sự di chuyển của lồng ngực người bệnh.

VI. CHĂM SÓC VÀ ĐỀ PHÒNG TAI BIẾN SAU KHI GÂY MÊ

1. Chăm sóc ống nội khí quản:

- Điều kiện rút ống nội khí quản: có thể rút lúc người bệnh còn ngủ say hay đã có phản xạ tỉnh (phản xạ vùng thanh quản, ho, sặc, khó chịu với ống nội khí quản). Hô hấp và tuần hoàn ổn định, người bệnh tự thở tốt.

- Cho người bệnh thở oxy trước khi rút, rút sạch trong khí quản qua ống thông, với ống hút dài hơn ống thông, sau đó hút sạch trong miệng hầu, thời gian hút không quá 15 giây, vừa hút vừa xoay nhẹ ống. Nếu hút sâu sẽ lấy hết dưỡng khí người bệnh gây nguy hiểm ngừng tim. Sau khi hút cho người bệnh thở oxy 3 – 5 phút. Chuẩn bị sẵn dụng cụ để đặt lại hay dụng cụ mở khí quản trong những trường hợp có nguy hiểm (khí quản bị xẹp, liệt dây thanh âm). Với người hút thuốc lá thì sau mổ tăng tiết rất nhiều đàm nhớt gây khó

thở tím tái cho người bệnh, có khi tăng tiết đàm nhớt nhiều gây bí tắc trong lồng ống nội khí quản, làm bệnh nhân không thở lại được sau mổ, do vậy phải hút thật kỹ trước khi rút nội khí quản, và có thể phải dùng thuốc giảm tiết (Atropin sulfat).

- Rút nhẹ nhàng, rút xong phải quan sát kỹ người bệnh.

- Nếu người bệnh bị co thắt thanh quản (biểu hiện khó thở, ngừng thở, tím tái,...) cho oxy bằng mặt nạ giúp thở ngay hoặc có thể cho thuốc giãn cơ nếu co thắt thanh quản nặng.

2. Chăm sóc các tai biến sau gây mê:

- Suy hô hấp do rút ống nội khí quản sớm, hoặc do tác dụng của thuốc opioid làm người bệnh không thở lại được mặc dù đã tỉnh, co thắt thanh quản sau khi rút nội khí quản, do vậy cần phải chuẩn bị sẵn:

+ Các thuốc cắt cơn hen phế quản để kịp thời điều trị cho người bệnh.

+ Ngạt thở do lưỡi tụt gặp ở những người bệnh còn mê, phù thanh quản do đặt nội khí quản gây xước niêm mạc thanh quản, do vậy cần đề phòng khó thở cho người bệnh bằng cách cho thở oxy và theo dõi sát.

+ Ngoài ra cần đề phòng các tai biến khác như tắc mạch do khí do truyền dịch không theo dõi sát, tổn thương mắt do úp mặt nạ không cẩn thận, tổn thương thần kinh do bị co kéo căng hay chèn ép thần kinh cánh tay, do vậy trong mổ không nên để tay người bệnh dạng quá mức sinh lý bình thường hoặc tay người bệnh bị đè ép do phẫu thuật viên vô tình đè vào trong lúc mổ, và lưu ý các tai biến tổn thương liên quan đến tiêm truyền.

KẾT LUẬN: Người điều dưỡng phải ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra, muốn vậy cần phải làm tốt việc chăm sóc người bệnh trước, trong và sau mổ.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY TÊ

NỘI DUNG

I. KHÁI NIỆM VỀ GÂY TÊ:

- Gây tê là phương pháp làm mất cảm giác cục bộ của từng vùng bằng cách dùng các loại thuốc tê theo các phương pháp khác nhau, làm giảm đau nhưng người bệnh hoàn toàn tỉnh táo.

- Gây tê đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh, nếu, mặc dù gây tê tốt nhưng do người bệnh không đồng ý, hoặc quá hoảng sợ thì kết quả vô cảm thất bại. Người bệnh là nam giới thì can đảm hơn nữ giới, do vậy người bệnh là nữ thường phải dùng thêm thuốc ngủ trong khi mổ, để người bệnh không sợ hãi trong lúc phẫu thuật, gây phản xạ không tốt cho người bệnh. Ở nam tỷ lệ phải dùng thêm thuốc ngủ ít hơn, và như vậy người bệnh tránh được các tai biến do thuốc ngủ, thuốc mê gây ra. Có những trường hợp đáng nhẽ chỉ cần gây tê là mổ được nhưng do người bệnh quá lo lắng sợ hãi mà phải gây mê để mổ.

II. NHỮNG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ

1. Gây tê tại chỗ:

- Hạ nhiệt độ: dùng Kelen (Ethylchlorua) phun lên bề mặt tổn thương, thuốc bay hơi ở nhiệt độ thường, làm lạnh da và mất cảm giác đau tại chỗ phun thuốc tê. Phương pháp này được dùng để chích nốt áp xe ngoài da cho người bệnh.

- Gây tê bề mặt: dùng Lidocain 10% gây tê niêm mạc bằng cách phun tê hoặc dùng Cocain 1 – 2% đặt tê niêm mạc mũi trong mổ polyp mũi.

- Tiêm các dung dịch thuốc tê theo từng lớp từ ngoài vào trong (mũi kom đi trước con dao), dùng các loại thuốc như Lidocain, Novocain, Marcain, không dùng Adrenalin pha vào dung dịch thuốc gây tê ở những nơi có mạch máu tận cùng như đầu chi (ngón tay, ngón chân...), vì có thể gây co mạch làm hoại tử đầu ngón.

2. Gây tê vùng:

- Là tiêm thuốc tê vào mạng lưới thần kinh chi phối vùng mổ như: gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng, gây tê đám rối thần kinh cánh tay, gây tê đám rối thần kinh cổ mông, gây tê thần kinh đùi, gây tê vùng quanh đốt sống cổ, gây tê tĩnh mạch vùng.

III. CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG

1. Cơ chế tác dụng của thuốc tê:

- Thuốc tê ngăn cản sự dẫn truyền luồng thần kinh bằng cách nâng cao ngưỡng kích thích của màng tế bào, ngăn cản sự vận chuyển ion Na^+ qua màng tế bào, giảm khử cực tế bào, giảm sự hình thành điện thế tác động. Thuốc có tác dụng trước hết đến các sợi thần kinh không có myelin rồi mới đến các sợi thần kinh có myelin.

2. Tính chất của một số thuốc tê thường dùng:

- Cocain: rất độc, không dùng để tiêm, chỉ làm tê bề mặt, tê niêm mạc với nồng độ 2%, có tác dụng co mạch, hiện nay ít dùng.

- Procain (Novocain) có tác dụng tê nhanh sau khi tiêm, tác dụng gây tê vùng trong khoảng 1 giờ. Nếu cho thêm Adrenalin gây tê kéo dài một giờ ba mươi phút, tiêm tê tại

chỗ dùng nồng độ 0.25% hoặc gây tê vùng dùng nồng độ 2%, không có tác dụng gây tê niêm mạc.

- Lidocain (Xylocain) mạnh hơn Novocain, dùng gây tê vùng với nồng độ 2%, có tác dụng gây tê tại chỗ, gây tê bề mặt niêm mạc. Thường dùng nồng độ 10% dưới dạng bình xịt, hoặc dưới dạng mỡ Xylocain 2% bôi vào ống nội khí quản khi đặt ống qua mũi. Thuốc có tác dụng sớm sau khi tiêm và kéo dài một giờ. Cũng có thể kéo dài 2 – 3 giờ nếu dùng chung với Adrenalin 1/200000.

Không dùng Adrenalin pha vào thuốc tê gây tê ở những vùng có mạch máu tận cùng, gây co mạch, có thể gây hoại tử do thiếu dưỡng.

- Pontocain (Tetracain, Amethocain) sau khi tiêm phải mất 10 – 15 phút mới có tác dụng, độc và mạnh hơn Lidocain. Dùng để gây tê niêm mạc với nồng độ 1 – 2% (không dùng dung dịch có nồng độ lớn hơn 2% để gây tê niêm mạc hầu, thanh quản vì dễ ngộ độc). Có thể dùng để gây tê tủy sống với liều 8 – 18mg, nồng độ 0.5%. Gây tê ngoài màng cứng với liều 15 – 20ml với nồng độ 0.05 – 0.1%.

- Marcain (Sensocain) tên hóa học là Bupivacain hydrochlorid dùng gây tê vùng hoặc gây tê tại chỗ.

+ Gây tê tủy sống có hai loại:

- Marcain plain (đồng tỷ trọng với dịch não tủy).
- Marcain heavy (tỷ trọng cao hơn dịch não tủy).
- Thuốc đóng ống 4ml (1ml chứa 5mg), dùng liều 0.2 – 0.4mg/kg, liều dùng càng cao thì mức phong bế vận động càng lớn.

+ Marcain dùng gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê đám rối thần kinh cổ mông, gây tê hậu nhãn cầu, gây tê tại chỗ, dùng loại ống nhựa 20ml, nồng độ 0.5% thuốc có tác dụng gây tê dài. Phong bế liên sườn có tác dụng giảm đau từ 7 – 14 giờ và từ 3 – 4 giờ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng. Marcain thích hợp cho việc phong bế liên tục ngoài màng cứng, thời gian gây tê kéo dài khi gây tê pha thêm Adrenalin 1/200000 hoặc Fentanyl. Việc lựa chọn nồng độ 0.25 – 0.5% làm thay đổi mức phong bế vận động. Marcain rất độc với tim mạch nhất là khi tiêm vào mạch máu có thể gây ngừng tim.

- Dolargan (Pethidin, Dolosal) thường dùng để gây tê tủy sống, thuốc có tỷ trọng cao hơn dịch não tủy.

- Ropivacain là loại thuốc tê mới. Tác dụng gây tê dài hơn Marcain nhưng ít độc tính hơn Marcain.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ VÙNG THƯỜNG ĐƯỢC ÁP DỤNG

1. Gây tê tủy sống (gây tê dưới nhện):

- Là đưa thuốc vào khoang dưới nhện để ngăn chặn tạm thời sự dẫn truyền thần kinh qua tủy sống.

- Gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng là các kỹ thuật bậc cao, chỉ được tiến hành trong các bệnh viện, nơi có đủ trang thiết bị để gây mê và hồi sức như dụng cụ đặt nội khí quản, máy hút, máy gây mê, theo dõi điện tim và chống rung tim.

- Các thuốc tối thiểu cần có sẵn là: các thuốc ngủ Barbiturat, các Benzodiazepin, các thuốc co mạch nhóm Ephedrin, các Corticoid và Adrenalin và các loại dung dịch bù thể tích đường tĩnh mạch.

1.1. Chỉ định:

- Gây tê cho các phẫu thuật ở vùng dưới hoành, ngoài ổ bụng: chi dưới, tiết niệu, phụ khoa, đáy chậu.

- Mổ các cơ quan trong ổ bụng, phía dưới rốn, không cần mềm cơ.

1.2. Chống chỉ định gây tê tủy sống:

- Người bệnh không hợp tác.

- Người bệnh có huyết áp tối đa nhỏ hơn 90 mmHg hoặc đang có sốc hoặc huyết áp cao quá 180 mmHg.

- Rối loạn đông máu.

- Nhiễm trùng huyết.

- Nhiễm trùng da vùng lưng nơi chọc kim.

- Người bệnh có tiền sử liệt 2 chi dưới. Người bệnh bị cứng cột sống hoặc viêm đa rễ thần kinh.

- Tăng áp lực nội sọ.

- Mạch chậm dưới 60 lần/ phút.

- Lao cột sống.

- Có suy hô hấp.

- Dị ứng với thuốc tê.

- Không có phương tiện hô hấp nhân tạo.

- Không nắm được kỹ thuật gây tê

1.3. Các thuốc dung trong gây tê tủy sống:

- Lidocain (Xylocain) 5% liều 2mg/kg (2ml), thời gian tê kéo dài 90 – 120 phút.

Xylocain 1% liều 1mg/kg (5ml), thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

Xylocain 2% liều 1mg/kg (4ml), thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

- Dolargan liều 1.2 – 1.4 mg/kg, thời gian tê kéo dài 60 – 90 phút.

- Marcain liều 0.2 – 0.25 mg/kg, thời gian tê kéo dài 90 – 120 phút.

- Các thuốc gây tê trên có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp với các dẫn chất thuốc phiện như Fentanyl, Dolargan, Morphine... làm giảm liều và độc tính của thuốc tê, kéo dài thời gian gây tê tủy sống cũng như ngoài màng cứng. Có thể dùng Marcain 0.15mg/kg kết hợp với 1microgram/kg Fentanyl để gây tê dưới màng nhện.

1.4. Chăm sóc người bệnh gây tê tủy sống:

1.4.1. Chăm sóc người bệnh trước gây tê:

Phải thăm dò tiền mê để đánh giá người bệnh, động viên giải thích cho người bệnh đồng ý gây tê, làm tốt công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ giống như là với người bệnh gây mê, cụ thể là:

- Về tinh thần: gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng là các kỹ thuật đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh với bác sỹ gây mê. Hơn nữa đa số bệnh nhân sẽ tỉnh trong quá trình tiến hành kỹ thuật cũng như trong cuộc mổ. Do vậy bệnh nhân vẫn nghe, nhìn, thậm chí có cảm giác đau khi chọc kim gây tê, đặc biệt là cảm giác dị cảm nếu kim gây tê chạm vào các rễ thần kinh. Do đó việc giải thích rõ của chi tiết của kỹ thuật cũng như các việc có thể xảy ra trong quá trình mổ sẽ làm bệnh nhân yên tâm hơn và có thể hợp tác tốt hơn với bác sỹ gây mê. Tuy nhiên sau đó việc sử dụng các thuốc an thần vẫn rất quan trọng.

- Truyền dịch trước khi gây tê: cần phải làm một đường truyền tĩnh mạch một cách có hệ thống trước khi tiến hành gây tê. Việc truyền dịch bù trước khi gây tê có hai mục đích:

+ Bù lại lượng dịch mà bệnh nhân còn thiếu trước mổ như phải nhịn ăn uống hoặc mất nước.

+ Chuẩn bị bù khối lượng tuần hoàn do giãn mạch sau khi gây tê. Thông thường lượng dịch này từ 10 – 15 ml/kg. Đồng thời với bù dịch sau khi gây tê cần chuẩn bị các thuốc co mạch để có thể dùng sau khi gây tê.

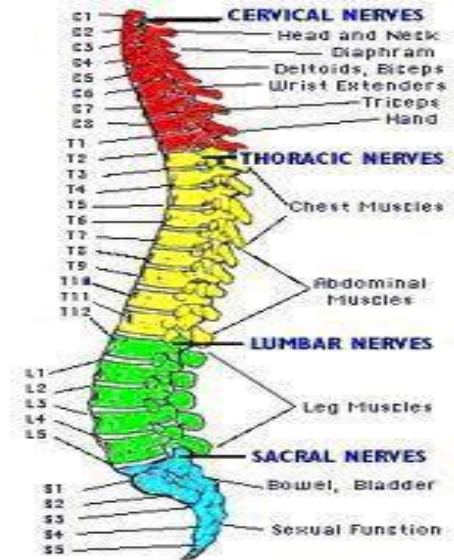
- Chuẩn bị các phương tiện để theo dõi cơ bản: điện tim, huyết áp động mạch, nhịp thở và kiểu thở, độ bão hòa oxy nhịp mạch, mức giảm cảm giác và vận động. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện và thuốc men hồi sức hô hấp và tuần hoàn.

- Tư thế người bệnh: nên đặt bệnh nhân ở tư thế dễ chịu nhất, có hai tư thế cơ bản là:

+ Tư thế ngồi, lưng cúi, cầm gập trước ngực, hai tay vòng bắt chéo ra trước, hai chân duỗi thẳng trên mặt bàn. Tư thế này giúp cho bệnh nhân tránh ứ đọng mạch tĩnh mạch nhiều ở hai chi dưới, hạn chế máu tĩnh mạch trở về có thể gây tụt huyết áp. Tuy nhiên tư thế ngồi giúp bác sỹ gây mê dễ chọc kim gây tê hơn.

+ Tư thế nằm nghiêng co lưng tằm, ở tư thế này cột sống của bệnh nhân không phải hoàn toàn vuông góc với mặt bàn mổ. Do vậy cần thay đổi tư thế cho phù hợp. Những trường hợp gây chi dưới người bệnh khó nằm co lưng do đau.

- Sát trùng vùng định chọc kim gây tê: sát trùng rộng từ trong ra ngoài, cần sát trùng một lượt bằng cồn iod trước, cần thận nên đánh rửa vùng gây tê bằng nước sạch và xà phòng, rồi mới sát trùng bằng cồn iod. Sau khi sát trùng đợt hai bằng cồn iod bắt buộc phải sát trùng lượt cuối bằng cồn 70⁰ tránh rửa sạch cồn iod, để tránh kim gây tê mang cồn iod vào tủy sống. Người gây tê phải đội mũ, mặt áo, đeo găng và khẩu trang vô trùng như tiến hành các cuộc mổ.



1.4.2. Chăm sóc người bệnh ngay sau khi gây tê và trong khi mổ:

- Người điều dưỡng phải theo dõi sát người bệnh liên tục, tốt nhất là dùng monitor theo dõi điện tim, nhịp mạch, độ bão hòa oxy trong máu mạch, nhịp thở, đánh giá mức tê:

- + Tê ngang mức đốt sống ngực 4 (T₄) là mức tê ngang núm vú.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 6 (T₆) là mức tê ngang mũi ức.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 10 (T₁₀) là mức tê ngang rốn.
- + Tê ngang mức đốt sống ngực 12 (T₁₂) là mức tê ngang nếp bẹn.

Cần đề phòng các biến chứng và tai biến của gây tê tủy sống như:

- Thất bại: không chọc được vào khoang dưới màng nhện hoặc có thể bơm thuốc gây tê một phần ra ngoài, không vào khoang dưới màng nhện.

- Tai biến gãy kim: gây tê tủy sống khi dùng kim nhỏ, hoặc gây máu tụ ở khoang ngoài màng cứng do chọc phải đám rối tĩnh mạch.

- Suy thở: do thuốc tê lên cao gây liệt các cơ hô hấp. Khi gây tê với thuốc tê có tỷ trọng cao hơn so với dịch não tủy mà đặt người bệnh nằm đầu thấp, hoặc khi thuốc tê có tỷ trọng thấp hơn so với dịch não tủy mà đặt bệnh nhân đầu cao chân thấp, thì thuốc tê lên phía đầu người bệnh có tác dụng gây tê cao có thể gây ức chế cơ hoành làm người bệnh suy thở, vì vậy sau khi gây tê cần cho người bệnh thở oxy qua mũi, đặt tư thế người bệnh

cần thận trọng và điều chỉnh tư thế thích hợp, theo dõi sát mức tê. Khi mức tê lên cao đến T₄ thì người bệnh có nguy cơ tụt huyết áp và giảm thở.

- Tụt huyết áp: là biến chứng hay gặp với tỷ lệ cao. Nguyên nhân do thần kinh giao cảm bị phong bế gây giãn mạch ngoại vi gây thiếu khối lượng tuần hoàn tương đối và giảm cung lượng tim.

+ Tụt huyết áp dễ xảy ra hơn đối với các bệnh nhân thiếu khối lượng tuần hoàn, mất nước hoặc chèn ép tĩnh mạch chủ (do có thai, do u), hoặc các bệnh nhân bị cường phó giao cảm do phản ứng với thuốc tê.

+ Một số ít trường hợp tụt huyết áp gây ra do ức chế cơ tim như tê tủy sống mức phong bế cao trên T₄.

+ Đề phòng tụt huyết áp, một số tác giả đề nghị nên áp dụng một số biện pháp như sau:

* Không để người bệnh thả lỏng hai bàn chân khi gây tê ở tư thế ngồi.

* Trước khi gây tê truyền cho bệnh nhân lượng dịch bù sinh lý được tính bằng công thức 10ml/kg/h X cân nặng người bệnh (kg) X số giờ người bệnh nhịn ăn. Có tác giả đề nghị là truyền trước 500 – 1000 ml dịch tinh thể.

* Nếu bệnh nhân có thai thì cho nằm nghiêng sang trái để tránh chèn ép tĩnh mạch chủ.

* Cho truyền thuốc co mạch Ephedrin 30 – 60 mg trước hoặc trong khi gây tê.

* Trong các trường hợp tụt huyết áp nặng cần tiến hành hồi sức tuần hoàn đầy đủ: bù khối lượng tuần hoàn theo áp lực tĩnh mạch trung tâm. Cho thuốc co mạch và trợ tim khi đã bù đủ khối lượng tuần hoàn mà huyết áp động mạch còn thấp.

+ Trong gây tê tủy sống cũng như gây tê ngoài màng cứng người bệnh bao giờ cũng tụt huyết áp trước khi ngừng thở.

- Gây tê tủy sống toàn bộ: là một biến chứng nặng xảy ra khi bơm nhiều thuốc tê vào tủy sống hoặc gây tê ở quá cao. Các triệu chứng bao gồm: liệt toàn thân, ngừng thở, tụt huyết áp nặng và thuốc lan lên não gây mất tri giác. Điều quan trọng nhất là phải chẩn đoán sớm. Các biện pháp cấp cứu bao gồm:

+ Hô hấp nhân tạo.

+ Truyền dịch cho thuốc co mạch và trợ tim.

+ Nếu cấp cứu đúng và kịp thời sẽ không gây ran guy hiểm cho tính mạng của bệnh nhân, do vậy phải do dõi chặt chẽ và chuẩn bị sẵn các phương tiện và thuốc men cấp cứu cần thiết.

- Buồn nôn và nôn: do hạ huyết áp gây thiếu máu não, do phản xạ dây thần kinh X, có thể trào ngược gây viêm phổi. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện hút chất nôn, nếu cần thì đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ.

- Rối loạn nhịp tim: ần so sánh nhịp tim của người bệnh trước khi gây tê với sau khi gây tê để sớm phát hiện kịp thời điều trị cho người bệnh loạn nhịp tim (nếu mạch chậm thì dùng Atropin sulfat).

- Người bệnh ngất xỉu: khi đang chọc kim gây tê để tránh tai biến này cần giải thích cho người bệnh trước khi làm thủ thuật, chỉ làm thủ thuật khi được sự đồng ý của người bệnh.

- Co giật: do nhiễm độc thuốc tê (để tránh tai biến này bao giờ cũng phải hút thử nếu không có máu mới được tiêm thuốc tê), khi co giật phải báo bác sỹ gây mê để dùng thuốc (Seduxen, Thiopental) hoặc cho thuốc giãn cơ, đặt nội khí quản làm hô hấp nhân tạo.

- Lưu ý: dù gây tê nhưng luôn luôn chuẩn bị sẵn các phương tiện để chuyển sang phương pháp vô cảm gây mê nội khí quản. Kịp thời xử trí đáp ứng yêu cầu phẫu thuật, cấp cứu người bệnh khi có diễn biến bất thường như: tác dụng tê kém, bệnh nhân suy hô hấp, diễn biến bất thường trong mổ.

1.4.3. Chăm sóc những biến chứng của gây tê tủy sống sau mổ:

- Nhức đầu sau gây tê tủy sống: tỷ lệ nhức đầu phụ thuộc vào diện tích thủng màng cứng (kim gây tê càng to thì nhức đầu càng nhiều, nguyên nhân nhức đầu là do thoát dịch não tủy gây mất căng bằng giữa áp lực động mạch và áp lực nội sọ dẫn đến tăng áp lực tưới máu làm phù não gây nhức đầu). Tốt nhất là dùng kim 25 – 29G để hạn chế mất dịch não tủy làm hạn chế đau đầu. Khi gây tê mà người bệnh nằm nghiêng cong lưng nhiều sẽ hạn chế được sự thoát dịch não tủy ra ngoài và giảm tỷ lệ đau đầu.

Một nguyên nhân phụ khác là do thiếu khối lượng tuần hoàn cũng có thể gây phù não, một số nguyên nhân khác là do có hơi hoặc các chất kích thích tổ chức như cồn, chất sát trùng lọt vào và lan lên gây kích thích các sán não thất gây phù não, nhức đầu. Đau đầu lan theo chu vi đầu và phối hợp với ù tai do rối loạn tiền đình. Cần chăm sóc người bệnh bằng cách:

+ Trong vòng 24 giờ đầu cho người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường, tăng cường truyền dịch bù khối lượng tuần hoàn làm tăng sản xuất dịch não tủy.

+ Nếu người bệnh uống được thì cho uống, ăn mềm cho nhuận tràng.

+ Quấn băng buộc ép bụng làm tăng các tĩnh mạch khoang ngoài màng cứng hoặc cho nằm sấp, kê gối ở bụng.

+ Một số tác giả đề nghị bơm máu tự thân vào chỗ chọc kim gây tê ở khoang ngoài màng cứng bịt chỗ thủng màng cứng.

+ Điều trị triệu chứng bằng thuốc giảm đau như: Aspirin, Phenaxetin, dùng phối hợp với Cafein 300mg đường uống, có thể cho thêm thuốc an thần họ Benzodiazepin.

- Bí tiểu: sau mổ tỷ lệ bí tiểu là 20 – 40%, do khi gây mê tủy sống thuốc tê gây rối loại trương lực bàng quang, chườm nóng, nếu không có kết quả phải đặt dẫn lưu bàng quang qua niệu đạo.

+ Người bệnh là nữ nhiều khi bí tiểu do tâm lý: sau mổ phải nằm tại giường để đại tiện hoặc tiểu tiện. Do vậy nhiều khi ngưng không thể đi tiểu được.

+ Trường hợp mổ vùng cột sống người bệnh phải bất động trong tư thế nằm ngửa khi đi tiểu, nước tiểu có thể thấm vào vết mổ ở lưng gây nhiễm trùng. Do đó nhiều khi chủ động đặt thông tiểu cho người bệnh là nữ giới. Ở nam giới việc đi tiểu dễ dàng hơn, có thể nằm tại giường cũng đi tiểu gọn gàng hơn.

- Đau lưng: tại vị trí chọc kim gây tê người điều dưỡng cần động viên, giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị.

- Nhiễm trùng vết chọc: gây viêm màng não sau gây tê tủy sống, người bệnh sẽ biểu hiện các triệu chứng như cổ cứng, sốt.

- Tổn thương thần kinh: do chọc kim gây tê vào tổ chức thần kinh hoặc do các chất thuốc tiêm vào dịch não tủy, tỷ lệ gặp là 1/10.000. Các tổn thương này thường xảy ra sớm ngay sau khi chọc kim và bơm thuốc tê, các tổn thương thần kinh thường đi kèm với cảm giác đau chói, do vậy khi chọc và bơm thuốc mà bệnh nhân kêu đau chói phải rút bớt kim tiêm và ngừng bơm thuốc. Các tổn thương này có thể hồi phục sau 1 – 2 tuần hoặc có thể

thành tổn thương vĩnh viễn. Ngoài ra có một số tổn thương thần kinh muện do tắc động mạch sống, viêm màng nhện hay tụ máu chèn ép, các tổn thương này khó chẩn đoán và điều trị hơn, có thể để lại hậu quả lâu dài.

2. Gây tê ngoài màng cứng:

2.1. Chuẩn bị vật liệu, phương tiện:

- Trong thực hành có thể có sẵn các khay dùng gây tê ngoài màng cứng (NMC) được sản xuất theo dây truyền dùng một lần. Nhưng trong điều kiện nước ta còn nhiều khó khăn về kinh tế do đó cần phải chuẩn bị khay dụng cụ cho gây tê NMC đảm bảo đủ các chi tiết kỹ thuật và vô trùng nhưng kinh tế hơn. Một khay gây tê NMC cần bao gồm:

- + 01 kim Tuohy số 18G, hoặc dùng kim sắc số 20 mài bần đầu.
- + 01 kim nhọn số 16 chọc qua da.
- + 03 bơm tiêm: 5ml, 10ml, 20ml.
- + Dung dịch Lidocain 1 – 2%.
- + 02 ống nước cất vô trùng hoặc lọ huyết thanh vô trùng.
- + 01 kẹp để sát trùng.
- + 6 – 8 miếng gạc vô trùng, 01 khăn có lỗ.
- + 01 đôi găng tay vô trùng.

Tất cả các dụng cụ này đều phải được tiệt trùng.

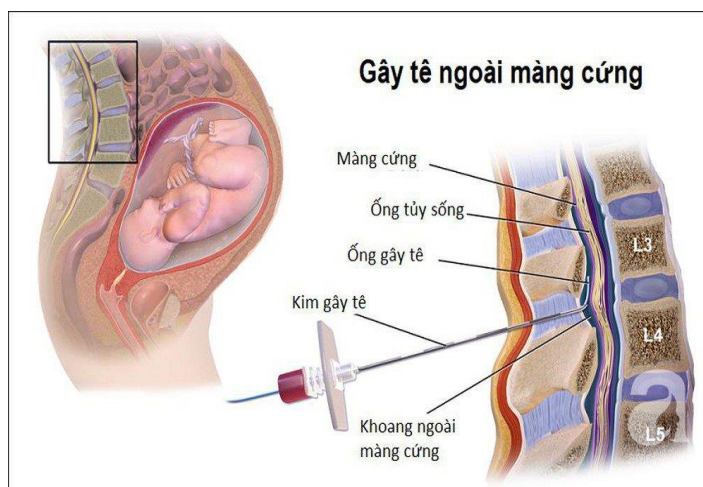
- Khi chọc kim gây tê qua da và tổ chức dưới da và liên gai sau sẽ thấy có sức cản rõ trên kim, nhưng một khi chọc qua dây chằng vàng bao giờ cũng có cảm giác “sụt” và sau đó đẩy kim vào rất nhẹ vì sức cản giảm đi đáng kể. Nếu đẩy kim vào quá sâu sẽ có nguy cơ chọc qua màng cứng hoặc màng mềm, khoảng cách từ da vào khoang NMC là khoảng 3.5 – 4cm ở người lớn.

2.2. Chỉ định và chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng:

- Chỉ định và chống chỉ định của gây tê NMC giống như đối với gây tê tủy sống, (ngoài ra có thể áp dụng để làm giảm đau sau mổ, giảm đau trong trường hợp bị bỏng, giảm đau trong sanh co so). Bằng cách luồn catheter vào khoang NMC (nơi rộng nhất của khoang NMC là vùng thắt lưng), và bơm thuốc định kỳ theo giờ (dùng bơm tiêm điện) vào khoang NMC. Các phẫu thuật thường dùng gây tê NMC là: sản phụ khoa, tiết niệu sinh dục và hai chi dưới.

2.3. Thuốc thường dùng:

- Gây tê có thể dùng một trong những loại thuốc sau với liều dùng là:
- + Lidocain: 6mg/kg
 - + Marcain: 1.25 – 1.5mg/kg



+ Có thể dùng đơn thuần thuốc tê hoặc phối hợp giữa thuốc tê với một loại Opioids làm giảm liều, giảm độc tính của thuốc tê, làm thời gian tê kéo dài hơn. Liều dùng Marcain 1mg/kg kết hợp với Fentanyl 1µg/kg.

2.4. Chăm sóc người bệnh gây tê ngoài màng cứng:

- Bình thường khoang áp lực NMC luôn luôn âm tính, dựa vào đặc điểm này mà có các kỹ thuật xác định chọc đúng vào khoang NMC. Gây tê NMC phong bế chậm và yếu hơn gây tê tủy sống, nếu phong bế đến T₁ – T₅ có thể làm chậm nhịp tim, tỷ lệ tai biến sau mổ ít hơn rất nhiều gây tê tủy sống (không có nhức đầu, vì không làm thoát dịch não tủy, ít bí tiểu sau mổ và không làm tổn thương tủy). Do đó sau gây tê phải theo dõi mức tê để có biện pháp phòng và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở, mạch, huyết áp 5 – 15 phút/ lần.

- Sẵn sàng các phương tiện để xử lý kịp thời. Khi tụt huyết áp, mạch chậm thì xử lý như gây tê tủy sống (dùng các thuốc co mạch làm tăng huyết áp).

- Đề phòng các tai biến khác:

+ Chọc thủng màng cứng mà không biết, hoặc thuốc đi qua lỗ đã chọc thủng màng cứng của lần trước đó, thuốc sẽ vào khoang dịch não tủy với liều lượng lớn gấp 6 lần liều thông thường của gây tê tủy sống. Người bệnh biểu hiện tức ngực, khó thở, thở chậm, ngừng thở, mạch giảm, huyết áp tụt, cần đặt nội khí quản, hô hấp nhân tạo và hồi sức tuần hoàn (đây là biến chứng nặng nhất có thể tử vong nếu không phát hiện kịp thời). Do đó phải theo dõi người bệnh liên tục bằng monitor để kịp thời xử lý các tình huống có thể xảy ra. Khi tiến hành gây tê NMC mà bị chọc thủng màng cứng (dịch não tủy chảy ra), thì chuyển ngay sang gây tê tủy sống hoặc gây mê. Vì vậy người điều dưỡng phải luôn luôn chuẩn bị các phương tiện để chuyển sang phương pháp vô cảm kịp thời và các phương tiện cấp cứu người bệnh tức thời.

+ Tỷ lệ nhức đầu và bí tiểu sau gây tê NMC ít hơn so với gây tê tủy sống.

+ Đút catheter vào khoang NMC do rút ngược catheter khi đang luôn trong kim sắt.

+ Không vô trùng gây viêm màng não tủy hoặc nhiễm trùng nơi chọc kim gây tê.

+ Đau lưng do chọc kim to gây tổn thương dây chằng.

3. Gây tê ngoài màng cứng bằng xương cùng:

3.1. Nhắc lại giải phẫu có liên quan:

- Xương cùng được tạo ra bởi liên kết 5 đốt sống cùng dính liền nhau thành một xương hình tam giác mà đáy là đường nối hai gai sau trên của xương chậu, giới hạn bởi các khớp cùng chậu và đỉnh là khe cùng tạo thành tam giác cân. Màng cứng ở người lớn tận cùng ở đốt cùng thứ hai và khoảng cách từ túi cùng màng cứng ra đến da lỗ cùng cụt tối đa là khoảng 48mm, ở trẻ em chỉ khoảng 18mm. Khoảng cách này cần nhớ để không chọc kim vào tới tủy sống.

- Các mốc quan trọng bao gồm:

+ Hai gai chậu sau trên của xương chậu.

+ Khe cùng cụt có đường kính khoảng 5mm nằm ngay trên đường giữa, ba mốc này sẽ tạo thành tam giác đều.

+ Đám rối tĩnh mạch ở khoang ngoài cùng phát triển dày đặc nên rất dễ bị chọc phải tĩnh mạch, do vậy cần phải hút bơm tiêm cẩn thận trước mỗi lần bơm thuốc tê, tránh tiêm thẳng thuốc tê và tĩnh mạch, cần hạn chế bơm không khí để tránh gây tắc mạch do khí.

3.2. Chăm sóc người bệnh trước khi gây tê:

Chăm sóc người bệnh giống như trước khi gây tê tùy sống, ngoài ra chú ý thêm các yêu cầu sau:

- Tư thế người bệnh (có hai tư thế chuẩn bị người bệnh trước khi gây tê):

+ Nằm sấp: cho người bệnh nằm sấp, kê một gối ở dưới hai háng để làm cho xương cùng tạo ra một góc tương đương $30 - 35^{\circ}$ với mặt bàn. Cũng có thể hạ bớt hai chân trên bàn mổ để có tư thế như mong muốn. Luôn đặt hai chân bệnh nhân hơi dạng và các ngón chân xoay vào trong. Việc đặt gối dưới hai gai chậu trước trên vừa để chọc gây tê, vừa tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây ứ đọng máu ở hệ thống tĩnh mạch trong khoang cùng.

+ Nằm nghiêng gàn đây hay được áp dụng vì dễ làm và người bệnh dễ chịu hơn. Người bệnh nằm co lưng và hơi gập, chân ở trên hơi duỗi để dễ xác định khe cùng cụt.

- Cần sát trùng cẩn thận người bệnh trước khi gây tê vì vùng này gàn hậu môn. Sát trùng bằng dung dịch không gây kích ứng niêm mạc như Betadin hay Chlorhexidin sau đó nhét một miếng gạc giữa hai khe mông rồi mới dùng cồn 70° sát trùng lại. Trải khăn lố vô trùng.

3.3. Kỹ thuật gây tê:

- Chọc kim vào khe cùng vuông góc với mặt da, sau đó ngã góc 30° , luồn kim vào với độ sâu $<45\text{mm}$, sau khi rút nhẹ nhàng không thấy có máu hoặc dịch não tủy, đặt một tay lên xương cùng, bơm nhanh vài ml không khí vào. Nếu kim nằm ngay dưới da thì sẽ thấy da phồng lên, bột khí dưới da, nếu kim ở mặt trước xương cùng thì người bệnh có cảm giác đau buốt. Chỉ khi bơm vào thấy nhẹ tay, người bệnh có cảm giác nhẹ ở hai chân thì đúng là vào khoang cùng. Dùng liều test 3ml Lidocain có pha Adrenalin $1/200.000$, nếu kim nằm trong mạch máu thì sẽ thấy ngay mạch tăng nhanh do Adrenalin, còn nếu nằm trong dịch não tủy thì người bệnh liệt hai chân. Nếu không có tác dụng đó thì có thể tiêm hết số thuốc tê còn lại.

3.4. Chăm sóc các biến chứng sau gây tê khoang cùng trong mổ:

Cũng như chăm sóc người bệnh sau gây tê NMC trong lúc mổ, ngoài ra còn lưu ý các biến chứng khác như:

- Chọc sai chỗ, vào trực tràng.

- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch.

- Tiêm thuốc dưới da.

3.5. Chỉ định: Cho các cuộc mổ mà vùng chi phối thần kinh từ T_{12} trở xuống. Các cuộc mổ ở tiểu khung, mổ sản khoa hoặc giảm đau ở chi dưới.

3.6. Chống chỉ định:

- Nhiễm trùng tại chỗ.

- Tổn thương thần kinh cấp tính.

- Sốc, tụt huyết áp, thiếu khối lượng tuần hoàn.

4. Gây tê đám rối thần kinh cánh tay:

- Có các kỹ thuật gây tê đám rối thần kinh cánh tay (ĐRTKCT) như:
 - + Kỹ thuật gây tê qua đường nách (Hirschel).
 - + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường trên đòn (Kulenkampff).
 - + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường dưới đòn (Louisbazy).
 - + Kỹ thuật gây tê ĐRTKCT qua đường giữa cơ bậc thang (Intersealone brachial plexus block).

- Cần chăm sóc theo dõi để phòng các biến chứng sau gây tê như:

+ Chọc vào mạch máu bơm thuốc tê vào mạch máu sẽ gây co giật, vì vậy bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm trước khi tiêm thuốc tê phong bế thần kinh.

+ Tràn khí màng phổi do chọc kim vào đỉnh phổi, biểu hiện người bệnh tức ngực, khó thở. Do vậy sau gây tê cần theo dõi nhịp thở, quan sát tình trạng khó thở của người bệnh nếu có, cũng như dấu hiệu sinh tồn để kịp thời cấp cứu các tai biến có thể xảy ra.

+ Phong bế hạch: thu hẹp đồng tử (Myosis), sụp mi mắt (Ptosis), giảm tiết mồ hôi (Anhidrosis) tỷ lệ khoảng 30 – 50% khi phong bế qua đường giữa cơ bậc thang.

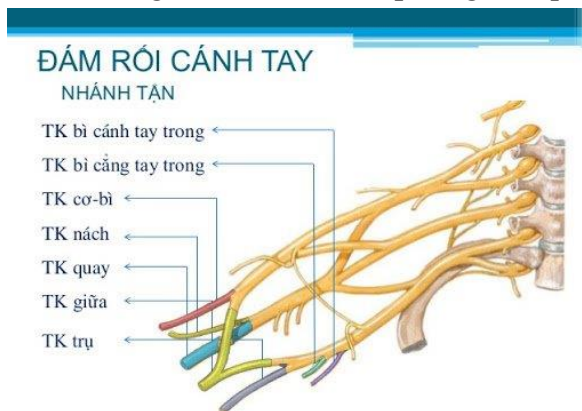
+ Phong bế thần kinh quặt ngược: tỷ lệ xảy ra khoảng 30 – 50% khi phong bế qua đường giữa cơ bậc thang, dẫn tới giọng khàn và giọng yếu, người bệnh thường phục hồi khi hết tác dụng của thuốc tê.

+ Phong bế thần kinh hoành dẫn đến cảm giác nặng ngực cùng bên và có thể gây ra khó thở kết hợp với lo sợ. Thường xảy ra ở người bệnh không được tiền mê hoặc các người bệnh có bệnh phổi.

+ Ngoài ra có thể gặp các biến chứng khác như nhiễm trùng, tụ máu (hematoma), tổn thương dây thần kinh.

Chú ý đối với gây tê NMC và gây tê

ĐRTKCT thời gian tê dài khi có pha thêm Adrenalin với tỷ lệ 1/200.000 vào thuốc tê.



5. Gây tê tĩnh mạch vùng:

- Gây tê tĩnh mạch vùng là đưa thuốc tê vào hệ tĩnh mạch của một chi đã được ép dồn máu bằng một chun quấn dần từ đầu về góc chi, từ trên vùng định mổ, sau đó có một garo đặt ở góc chi tại vùng đã ép hết máu. Thuốc tê sẽ có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau của phần chi dưới garo. Liều thường dùng là:

+ Thuốc tê Xylocain 0.25 – 0.5%.

+ Liều lượng: chi trên dùng liều 3mg/kg. Chi dưới dùng liều 4mg/kg. Cả hai chi đều không dùng thuốc co mạch (Adrenalin).

+ Tỷ lệ thành công phụ thuộc vào kỹ thuật làm garo tốt và quấn băng Esmarch chặt, ở chi trên tỷ lệ thành công cao hơn chi dưới.

- Phải đặt garo ở vùng có nhiều cơ, tránh đặt ở cổ tay, cổ chân, khuỷu tay, gôi... thời gian tối thiểu có thể tháo garo phải được là 20 phút, đủ thời gian để thuốc khuếch tán ra tổ chức, phân hủy một phần, tránh một lượng thuốc lớn đi vào tuần hoàn chung.

- Trường hợp các cuộc mổ kéo dài hơn thời gian cho phép garo, người ta có thể áp dụng cách tháo garo cho “nghỉ” một thời gian rồi lại làm lại kỹ thuật garo tĩnh mạch với liều sau bằng ½ liều đầu. Thời gian nghỉ như sau:

<u>Thời gian đặt garo</u>	<u>Thời gian nghỉ</u>
30 phút	5 phút
60 phút	10 phút
90 phút	15 phút
120 phút	20 phút

- Thời gian nghỉ này giúp cho chi bệnh nhân tránh thiếu máu không hồi phục và có thể kéo dài thời gian garo. Như vậy catheter để bơm thuốc tê không rút ngay sau khi tiêm thuốc tê lần đầu vì có thể để tiêm tê lại, vừa có thể tránh thoát thuốc ra ngoài tĩnh mạch tại chỗ chọc catheter.

Lợi ích của kỹ thuật gây tê tĩnh mạch:

- Lợi ích lớn nhất của kỹ thuật này là không cần các trang thiết bị đắt tiền và người làm không cần chuyên môn hóa quá cao.

- Điều cơ bản cần nắm vững là kỹ thuật, liều lượng và thể tích thuốc, ngoài ra là các kỹ thuật hồi sức cấp cứu. Ngoài ra, nó cho phép mổ sớm vì tác dụng nhanh, cho phép mổ cả người có dạ dày đầy, các bệnh nhân có bệnh lý bị chống chỉ định gây mê toàn thân như suy hô hấp và cho phép tiến hành ở bệnh nhân ngoại trú.

Bất lợi:

- Tác dụng phụ của thuốc tê đặc biệt là Bupivacain.

- Thời gian giảm đau ngắn.

- Khó chịu do garo và không có tác dụng giảm đau sau mổ, đôi khi không giãn cơ đủ.

- Tiêm thuốc ra ngoài tĩnh mạch hoặc gây phồng chỗ tiêm, máu tụ hay không đủ giảm đau. Nên dùng catheter để tránh bất lợi này.

- Đau chỗ tổn thương ở chi trong quá trình làm gây tê tĩnh mạch.

- Tụt garo ngoài ý muốn cũng hay gặp, gây tai biến.

Chỉ định của gây tê tĩnh mạch:

- Để mổ các tổn thương từ khuỷu tay đến cẳng tay, bàn tay, từ đầu gối xuống cẳng chân, bàn chân.

- Có thể gây tê tĩnh mạch để chẩn đoán và điều trị hội chứng co thắt và teo đầu chi trên.

- Gây tê tĩnh mạch cho trẻ em có nhiều lợi ích với liều lượng giảm Lidocain 0.5% 1mg/kg, Prilocain 0.5% 1mg/kg.

Chống chỉ định garo tĩnh mạch:

- Chống chỉ định tuyệt đối: tiền sử dị ứng với thuốc tê tại chỗ, sốt cao ác tính, động kinh do kích thích não, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất nặng, hạ huyết áp.

- Chống chỉ định tương đối: suy gan và cao huyết áp nặng.

- Chống chỉ định về kỹ thuật:

+ Bệnh nhân bị thiếu máu tán huyết.

+ Vết thương rộng gây thất thoát thuốc mê.

+ Tổn thương nhiễm trùng, nhiễm độc có nguy cơ lan toàn thân.

+ Bệnh xơ cứng và viêm tắc tĩnh mạch.

Khi tháo garo nhanh, thuốc tê và các sản phẩm chuyển hóa dưới chỗ gây tê có thể tràn vào máu gây sốc, do đó phải tháo garo từ từ và chỉ tháo garo sau khi tiêm thuốc tê ít nhất 20 phút. Sau khi tháo bỏ garo người bệnh có cảm giác chóng mặt, nếu garo đặt lâu người bệnh thấy đau, tức, mỏi.

6. Gây tê đám rối cổ nông:

Chỉ định trong các phẫu thuật vùng cổ trước như bướu cổ, mở khí quản. Phong bế đám rối cổ nông dọc theo bờ ngoài của cơ ức đòn chũm. Sau khi gây tê người bệnh có thể mất tiếng tạm thời do tác dụng của thuốc tê, hoặc nóng bừng nửa mặt hoặc liệt cơ hoành làm người bệnh khó thở. Trong khi mổ cần cho người bệnh thở oxy và phải theo dõi sát tình trạng người bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Gây tê là phương pháp làm mấtA.... cục bộ của từng vùng bằng cách dùng các loại thuốc tê theo cácB.... khác nhau, làmC.... nhưng người bệnh hoàn toànD.....

2. Thuốc giãn cơ là thuốc làmA....., không có tác dụngB.....

3. Kể tên 2 nhóm thuốc giãn cơ:

A..... B.....

4. Kể cho đủ các phương pháp gây tê:

A. Gây tê tủy sống (gây tê dưới nhện) B.
C. D.
E. F. Gây tê đám rối cổ nông

5. Kể các biến chứng của đặt ống nội khí quản:

A..... B.
C. D.

6. Thuốc tê gồm các thuốc sau, ngoại trừ:

A. Cocain B. Lidocain C. Ketamin D. Procain

7. Thuốc mê đường hô hấp, ngoại trừ:

A. Halothan B. Thiopental C. Sevofluran D. N₂O

8. Biến chứng khi dùng thuốc tiền mê nhóm opioids là:

A. Ngưng tim B. Suy hô hấp C. Suy thận D. Suy gan

9. Mục đích của việc dùng thuốc tiền mê là:

A. Giảm lo lắng B. Giảm chuyển hóa cơ bản
C. Giảm phản xạ nguy hiểm D. Tất cả đúng

10. Nhóm tiền mê opioids chống chỉ định cho phẫu thuật nào sau đây:

A. Đường mật B. Tiêu hóa C. Xương D. Sọ não

Bài 2: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

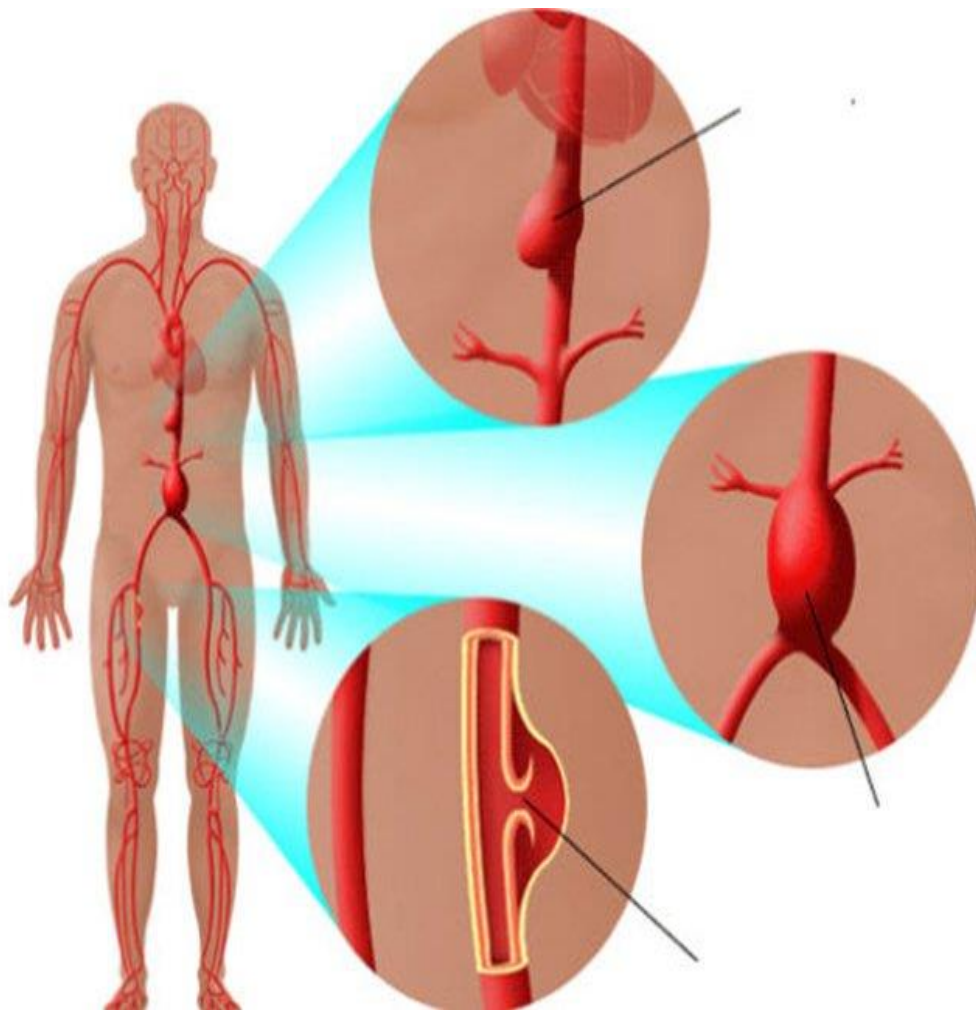
1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa phình động mạch chủ bụng.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân phình động mạch chủ bụng.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phình động mạch chủ bụng.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí phình động mạch chủ bụng.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh phình động mạch chủ bụng.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.



NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Phình động mạch được định nghĩa là sự phình khu trú của động mạch với đường kính ngang lớn hơn 50% so với bình thường. Như vậy, một phình động mạch chủ bụng phải có đường kính tối thiểu 3 cm.
- Phình động mạch chủ bụng phổ biến ở người da trắng hơn là người da đen và người châu Á. Ở Mỹ, bệnh nhân bị phình động mạch chủ bụng là người da trắng có tần suất cao gấp 3,5 lần bệnh nhân phình động mạch chủ bụng là người da đen.
- Nam giới có tần suất bị phình động mạch chủ bụng cao gấp 5 lần nữ giới. Quá trình thoái hoá thành của động mạch để hình thành nên phình động mạch bắt đầu từ năm 50 tuổi ở nam và lên đến đỉnh điểm vào năm 80 tuổi. Ở nữ giới, quá trình này bắt đầu ở độ tuổi 60.
- Phình động mạch chủ bụng dưới thận chiếm 90 – 95% phình động mạch chủ bụng. 40% phình động mạch chủ bụng có phình động mạch chậu kèm theo.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ:

NGUYÊN NHÂN:

- Hiện nay, nguyên nhân của phình động mạch chủ bụng được cho là do nhiều yếu tố kết hợp.
- Xơ vữa thành mạch là yếu tố nguyên nhân được chấp nhận phổ biến nhất. 90% phình động mạch chủ bụng có nguyên nhân là xơ vữa động mạch.
- Các yếu tố nguyên nhân khác: nhiễm trùng, chấn thương, viêm động mạch, bệnh lý mô liên kết có tính di truyền...

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ:

- Thuốc lá (được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất).
- Tuổi tác (tuổi càng lớn, nguy cơ phình động mạch chủ bụng càng cao).
- Bệnh động mạch vành
- Bệnh tăng huyết áp
- Có phình động mạch ở vị trí khác (động mạch khoeo, động mạch đùi)
- Gia đình (yếu tố gia đình hiện diện ở 25% bệnh nhân phình động mạch chủ bụng).
- Giới tính và chủng tộc

NGUY CƠ VỠ TÚI PHÌNH SẼ TĂNG:

- Theo thời gian:
 - + Phình động mạch chủ bụng có đường kính 4 – 5 cm: nguy cơ tăng 1 – 3% mỗi năm.
 - + Phình động mạch chủ bụng có đường kính 5 – 7 cm: nguy cơ tăng 6 – 11% mỗi năm.
 - + Phình động mạch chủ bụng có đường kính > 7 cm: nguy cơ tăng 20% mỗi năm.



Hình 9.2: Mặt cắt ba mạch máu khí quản thể hiện trên siêu âm thang xám dùng đầu dò bình thường (A) và đầu dò thẳng độ phân giải cao (B). Lưu ý ở A và B cung động mạch chủ (AoA) và cung ống động mạch (DA) hợp nhất nhau với hướng bên trái cột sống và khí quản (Tr). Tĩnh mạch chủ trên (SVC) nằm bên phải cung động mạch chủ (so sánh với hình. 9.1). Lưu ý ở B tĩnh mạch azygos hồi lưu vào SVC và thực quản (E) ở phía sau khí quản. Tuyến ức thấy ở phía trước. PA, động mạch phổi; L, trái; R, phải. So sánh với hình 9.5A. hinhanhkhoa.com

- Khi bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp và tắc nghẽn phổi mãn tính kèm theo.
- Khi bệnh nhân là nữ.
- Phình phình động mạch chủ bụng viêm:
 - + Là một thể giải phẫu bệnh riêng biệt của phình phình động mạch chủ bụng do xơ vữa chiếm 5%.
 - + Bệnh nhân có triệu chứng đau không phải do phình có biến chứng.
 - + Phản ứng viêm làm túi phình dính vào tá tràng, tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch thận trái, một hai cả hai niệu quản. Điều này làm cho việc phẫu thuật trở nên khó khăn.
- Các thể lâm sàng của phình phình động mạch chủ bụng:
 - + Im lặng, không có triệu chứng gì.
 - + Vỡ phình:
 - . Vỡ tự do vào trong xoang phúc mạc.
 - . Vỡ sau phúc mạc: chỗ vỡ thường ở mặt sau. Khối máu tụ hình thành, được “kèm giữ” bởi cơ thắt lưng chậu, mô quanh cột sống và quanh động mạch chủ bụng.
 - + Tắc các động mạch nhánh (động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch chậu) cấp tính hay mãn tính.
 - + Gây dò phình động mạch chủ bụng – tĩnh mạch chủ dưới.
 - + Gây dò phình động mạch chủ bụng – tá tràng.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán lâm sàng: Hầu hết bệnh nhân bị phình động mạch chủ bụng không có triệu chứng. 80% phình động mạch chủ bụng được phát hiện tình cờ trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Các bệnh nhân còn lại có thể nhập viện vì các triệu chứng dưới đây:

- Khối u bụng: ở bệnh nhân gầy, phình động mạch chủ bụng thể hiện bằng một khối u đập theo nhịp mạch, nằm ở vùng giữa bụng trên rốn.
- Vỡ túi phình, có thể tự do hay sau phúc mạc. Nếu vỡ tự do, bệnh nhân nhập viện trong bệnh cảnh trụy mạch và có tỉ lệ tử vong rất cao. Nếu vỡ sau phúc mạc, bệnh nhân có thể có các triệu chứng: đau bụng hay đau lưng dữ dội, da tái xanh, vã mồ hôi, huyết áp tụt...
- Tắc mạch chi dưới cấp tính, biểu hiện bằng chi dưới đau, tím, liệt, mát mạch...
- Tắc mạch chi dưới mãn tính, biểu hiện bằng dấu hiệu xanh tím đầu ngón,...
- Dò phình động mạch chủ bụng – tĩnh mạch chủ dưới: triệu chứng của suy tim, suy thận, phù chi dưới, nghe bụng có âm thổi như “tiếng xay lúa”.
- Dò phình động mạch chủ bụng – tá tràng: bệnh nhân nôn và tiêu phân toàn máu đỏ từng đợt.
- Khi khám lâm sàng, cần chú ý:
 - Sờ bụng để phát hiện khối phình. Khả năng phát hiện khối phình khi thăm khám bụng thay đổi, phụ thuộc vào kinh nghiệm của người khám, kích thước của khối phình và độ dày thành bụng của bệnh nhân. 40% các khối phình có thể được sờ thấy khi thăm khám bụng.

- Đo huyết áp hai tay để phát hiện hẹp động mạch dưới đòn (nếu huyết áp động mạch hai tay chênh lệch nhau trên 30 mmHg, có sự tắc hay hẹp động mạch dưới đòn một bên).
- Nghe vùng cổ để phát hiện âm thổi của hẹp động mạch cảnh.
- Bắt mạch đùi, khoeo và mu chân để phát hiện tắc mạch chi dưới hay phình động mạch (thường nhất là động mạch khoeo) phối hợp.
- Đôi khi cũng có chỉ định soi đại tràng để phát hiện thiếu máu đại tràng trái do tắc động mạch mạc treo tràng dưới.

3.2. Chẩn đoán cận lâm sàng:

3.2.1. Siêu âm:

- Siêu âm là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán và theo dõi diễn tiến của túi phình. Siêu âm có độ nhạy 95% trong chẩn đoán phình động mạch chủ bụng. Tỷ lệ này có thể so sánh với CT và MRI. Tuy nhiên, siêu âm không đánh giá được các tạng lân cận. Mặt khác, vai trò chẩn đoán của siêu âm bị hạn chế trong trường hợp vỡ phình.
- Khi nghi ngờ phình động mạch chủ bụng có biến chứng mà siêu âm cho kết quả âm tính, nên chọn phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

3.2.2. CT scan:

- CT là phương tiện chẩn đoán chính xác nhất (độ chính xác 100%) và là phương tiện chẩn đoán phình động mạch chủ bụng được chọn lựa hiện nay.
- CT cung cấp thông tin về:
 - Đường kính thực tế và chiều dài của túi phình
 - Đường kính lòng túi phình (khi bơm thuốc cản quang)
 - Mối liên quan của túi phình với các động mạch chính xuất phát từ động mạch chủ bụng (động mạch chậu)
 - Mối liên quan của túi phình với các tạng trong xoang bụng
 - Sự tưới máu của các tạng (đặc biệt là đại tràng trái, đoạn đại tràng được cung cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng dưới).

3.2.3. X.quang động mạch:

- X.quang động mạch xoá nền (DSA- digital subtraction angiography) cho phép quan sát hình ảnh động mạch với độ phân giải cao.
- DSA cung cấp thông tin về lòng của túi phình và của các động mạch nhánh (động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch chậu). Các bất thường về giải phẫu của động và tĩnh mạch thận cũng có thể được phát hiện.
- Khi có huyết khối trong lòng túi phình, thông tin về đường kính túi phình trên DSA sẽ không chính xác. Trong trường hợp này, CT có giá trị chẩn đoán cao hơn.
- Trong trường hợp phình động mạch có biến chứng vỡ và tình trạng BN ổn định, có thể chỉ định DSA. Trên DSA, phình vỡ (khu trú) biểu hiện bằng hình ảnh thuốc cản quang hiện diện (khu trú ở ngoài lòng mạch). Để phát hiện thuốc cản quang ngoài lòng mạch, tốt nhất là chụp ở tư thế nghiêng hay chéo.
- Khi BN đã có chỉ định phẫu thuật, DSA là chỉ định bắt buộc, nhằm đánh giá tình trạng của cây động mạch, giúp phẫu thuật viên chọn lựa phương pháp phẫu thuật thích hợp.

3.2.4. X.quang động mạch cộng hưởng từ: X.quang động mạch cộng hưởng từ với gadolinium, nếu có, sẽ thay thế cho X.quang động mạch thông thường. Hình ảnh mạch

máu sẽ được thể hiện trong không gian ba chiều. Giá trị chẩn đoán, vì thế, sẽ cao hơn so với X.quang động mạch thông thường.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Chỉ định điều trị ngoại khoa:

- Bệnh nhân có túi phình ≥ 5 cm đường kính và có thời gian sống còn lại hơn 2 năm: có chỉ định phẫu thuật.
- Nếu bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật, phẫu thuật cũng được cân nhắc đến khi túi phình có đường kính lớn hơn 6 – 7 cm.
- Bệnh nhân có túi phình đường kính từ 4 cm đến nhỏ hơn 5 cm: có chỉ định phẫu thuật, nếu theo dõi trong vòng 6 tháng đường kính túi phình tăng hơn 0,5 cm.

4.2. Các phương pháp phẫu thuật:

4.2.1. Cắt ghép phình bằng phẫu thuật mở:

Chuẩn bị trước mổ:

- Cần đánh giá một cách toàn diện về tình trạng tim, phổi, gan, thận, chức năng cầm máu, đông máu.
- Cụ thể cần thực hiện các xét nghiệm sau:
 - X.quang ngực thẳng
 - ECG, siêu âm tim (khi nghỉ và khi gắng sức)
 - Chức năng hô hấp
 - Nhóm máu
 - Công thức máu toàn bộ
 - Chức năng đông máu cầm máu toàn bộ
 - Xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận
 - Ion đồ
 - Khí máu động mạch
 - Xét nghiệm nước tiểu
- Điều chỉnh các rối loạn, đặc biệt chú trọng đến hô hấp và tim mạch. Chỉ định thích hợp các loại thuốc dẫn phế quản, thuốc hạ áp, các biện pháp làm thông thoáng khí. Bệnh nhân phải ngưng hút thuốc lá tối thiểu hai tuần trước mổ.
- Chuẩn bị đủ máu và thiết bị truyền máu.
- Cho kháng sinh dự phòng
- Chuẩn bị sẵn các phương tiện để duy trì thân nhiệt bệnh nhân ổn định trong và sau mổ.

Chuẩn bị ngay trước phẫu thuật:

- Đặt thông tiểu
- Đặt thông dạ dày
- Chuẩn bị sẵn hai đường truyền bằng kim có khẩu kính lớn
- Đặt CVP đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Nội dung phẫu thuật: (tham khảo)

- Động mạch chủ bụng có thể tiếp cận bằng đường ngang qua phúc mạc hay đường sau phúc mạc.
- vén ruột non sang phải xoang bụng. Nếu đưa ruột non ra ngoài, ruột phải được giữ ấm và ẩm trong suốt cuộc mổ.
- Rạch phúc mạc trên phình. Cắt dây chằng tá – hồi tràng, bóc tách lật góc treitz sang phải.
- Kiểm soát đầu trên phình:
 - Cho một liều heparin 5000 IU tiêm tĩnh mạch trước khi kẹp.
 - Nếu kẹp động mạch chủ bụng dưới động mạch thận, trước tiên tìm tĩnh mạch thận trái, kẹp động mạch chủ bụng ngay dưới tĩnh mạch thận trái.
 - Nếu kẹp động mạch chủ bụng trên động mạch thận, có thể phải buộc và cắt tĩnh mạch thận trái.
 - Nếu kẹp động mạch chủ bụng trên động mạch thân tạng (thường được thực hiện khi phẫu thuật phình viêm), cắt dây chằng tam giác trái, vén gan trái sang phải, bóc tách và kẹp động mạch chủ bụng.
- Kiểm soát đầu dưới: kẹp trên chỗ động mạch chủ bụng chia đôi (nếu chỉ cắt ghép phình động mạch chủ bụng) hay kẹp ở hai động mạch chậu (nếu cắt ghép phình động mạch chủ bụng và phình động mạch chậu). Nếu kẹp ở hai động mạch chậu, tìm hai niệu quản trước khi kẹp.
- Xẻ phình, lấy các mảnh vụn xơ vữa, khâu cầm máu lỗ xuất phát của các động mạch thất lưng và cùng ở vách sau.
- Khâu nối ống ghép vào thành động mạch bình thường ngay trên và dưới phình. Tùy thuộc vào tình trạng của túi phình, ống ghép có thể hình chữ I (cắt ghép phình động mạch chủ bụng) hay Y (cắt ghép phình động mạch chủ bụng kết hợp phình động mạch chậu). Đầu trên được nối trước.
- Trước khi kết thúc nối đầu dưới, nhả kẹp để dòng máu (từ trên phụt xuống và từ dưới phụt lên) đẩy các mảnh vụn xơ vữa ra ngoài.
- Cầm lại động mạch mạc treo tràng dưới vào ống ghép (nếu có chỉ định).
- Đóng lại phúc mạc.
- Quan sát tình trạng tưới máu của đại tràng trái. Kiểm tra hai động mạch đùi. Nếu có huyết khối động mạch đùi, lấy huyết khối bằng thông Fogarty.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Tiếp tục bồi hoàn máu bị mất trong lúc mổ bằng dịch truyền và máu.
- Theo dõi sinh hiệu, lượng nước tiểu, tình trạng chảy máu và mạch ngoại biên (đặc biệt mạch hai chi dưới).
- Đo ECG (hay siêu âm tim) và chụp một phim phổi nếu thấy cần thiết.

4.2.2. Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch:

- Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch là một phương pháp phẫu thuật mới được thực hiện trong thời gian gần đây.
- Nguyên tắc của phương pháp này là đưa mảnh ghép vào trong lòng túi phình qua ngã động mạch đùi. Mảnh ghép được làm bằng chất liệu tương tự như mảnh ghép dùng trong

mở mở nhưng được thiết kế để có thể bung ra được, đồng thời đầu mảnh ghép có những móc nhỏ để có thể bám chặt vào thành mạch mà không cần phải khâu.

4.3. Kết quả và biến chứng:

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ chương trình: 10 – 30%.
- Biến chứng phẫu thuật:
 - Chảy máu: từ miệng nối, từ các tổn thương bị bỏ sót, do rối loạn đông máu.... Sóc giảm thể tích.
 - Thuyên tắc động mạch.
 - Thiếu máu đại tràng trái: chẩn đoán được đặt ra khi bệnh nhân đau và chướng bụng, tiêu phân nhầy máu, số lượng bạch cầu tăng. Chẩn đoán xác định bằng nội soi đại tràng xích – ma.
 - Thiếu máu hai chi dưới
 - Viêm phổi
 - Nhồi máu cơ tim
 - Nhiễm trùng mảnh ghép
 - Suy thận
- Liệt ruột kéo dài sau mổ
- Tỷ lệ tử vong:
 - Mổ mở: 0 – 5%.
 - Can thiệp nội mạch: 1 – 3%.
- Tỷ lệ sống 5 năm: 67%

5. PHÒNG NGỪA

- Không có thuốc nào có thể dùng để phòng ngừa phình động mạch chủ. Các nhà nghiên cứu nghĩ rằng các thuốc thuộc nhóm statin và một số loại kháng sinh có thể làm chậm lại tiến trình phát triển của túi phình động mạch chủ. Ngoài ra cũng có một số bằng chứng cho thấy thuốc chẹn thụ thể angiotensin losartan (Cozaar) có thể phòng ngừa được sự hình thành của túi phình.
- Hiện nay các phòng ngừa phình động mạch chủ tốt nhất là giữ cho các mạch máu của bạn ở tình trạng khỏe mạnh nhất có thể. Cách tốt nhất để ngăn chặn chứng phình động mạch chủ là giữ cho các mạch máu khỏe mạnh với các bước sau:
 - Kiểm soát tình trạng huyết áp ở mức ổn định.
 - Không hút thuốc lá.
 - Thường xuyên tập thể dục.
 - Giảm cholesterol, chất béo trong chế độ ăn uống.
 - Thường xuyên khám sức khỏe định kỳ phát hiện sớm các bệnh lý nguy hiểm.
- Đặc biệt quan trọng là bỏ dùng thuốc lá do hút hoặc nhai thuốc lá có thể làm tăng nguy cơ túi phình phát triển.
- Nếu bạn có một số nguy cơ phình động mạch chủ, hãy trao đổi với bác sĩ. Nếu bạn đang có nguy cơ, bác sĩ sẽ tư vấn thêm một số biện pháp cộng thêm bao gồm thuốc để làm hạ huyết áp và giải tỏa áp lực trên các động mạch bị yếu. Bạn cũng có thể cần phải siêu âm tầm soát mỗi vài năm một lần.

- Bệnh nhân nên cần lưu ý: đến phòng cấp cứu ngay khi đau bụng dữ dội hoặc bất cứ triệu chứng nào khác của túi phình động mạch.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Kể các công việc điều dưỡng cần làm trước khi mổ phình động mạch chủ bụng:

- A. B.
C. D.

2. Kể các nội dung cần giáo dục bệnh nhân để ngăn chặn chứng phình động mạch:

- A.
B.
C.
D.

E. Thường xuyên khám sức khỏe định kỳ

3. Yếu tố thuận lợi gây ra phình động mạch chủ bụng là:

- A. Hút thuốc lá B. Tăng huyết áp C. Bệnh mạch vành D. Câu A, B, C đúng

4. Cận lâm sàng nào sau đây thường dùng để chẩn đoán phình động mạch chủ bụng:

- A. Công thức máu B. Siêu âm C. KUB D. UIV

5. Công việc nào sau đây giúp cho mạch máu khỏe mạnh, Ngoại trừ:

- A. Không hút thuốc lá B. Hạn chế tập thể dục
C. Giảm cholesterol, chất béo trong chế độ ăn D. Kiểm soát huyết áp

6. Nguyên nhân chính gây phình động mạch, Ngoại trừ:

- A. Xơ vữa thành động mạch B. Viêm động mạch
C. Bệnh lý mô liên kết D. Hẹp động mạch

7. Yếu tố nguy cơ gây phình động mạch chủ bụng là:

- A. Hút thuốc lá B. Bệnh động mạch vành
C. Huyết áp cao D. Tất cả đúng

8. Cận lâm sàng nào sau đây thường dùng để chẩn đoán phình động mạch?

- A. Nội soi ổ bụng B. Siêu âm mạch máu
C. Chụp KUB D. Chụp UIV

9. Công việc cần chuẩn bị cho người bệnh phình động mạch chủ bụng ngay trước mổ là:

- A. Đặt thông tiểu B. Đặt CVP
C. Đặt thông dạ dày D. Tất cả đúng

10. Công việc cần chuẩn bị cho người bệnh phình động mạch chủ bụng ngay trước mổ, Ngoại trừ:

- A. Lập 1 đường truyền dịch B. Đặt thông dạ dày
C. Đặt CVP D. Đặt thông tiểu

Bài 3: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TIM - VẾT THƯƠNG TIM

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa chấn thương tim – vết thương tim.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại chấn thương tim – vết thương tim.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chấn thương tim – vết thương tim.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chấn thương tim – vết thương tim.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chấn thương tim – vết thương tim.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.



NỘI DUNG

I. BỆNH HỌC:

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Trước thế kỷ 19: vết thương tim đồng nghĩa với cái chết.
- 1839, Jobert đề xuất hút máu khoang màng ngoài tim để giảm nguy cơ tử vong, kết quả chưa ghi nhận.

- 1896, cả hai trường hợp khâu vết thương tim của Farina (ở Ý) và Capellen (ở Na Uy) đều bị thất bại vì những biến chứng sau mổ.
- 1897, Ludwig van Rehn (ở Đức) khâu vết thương thất bại thành công
- 1897, Perrazzoni đã khâu vết thương tâm thất trái với kết quả tốt.
- Fontain (ở Pháp – 1900), Nienert (ở Mỹ – 1901), Semervill (ở Anh – 1901) đã khâu thành công các vết thương tim do vật sắc đâm.
- Từ thập niên 60 của thế kỷ 19 đến nay, các công trình nghiên cứu khẳng định: mở ngực khâu vết thương tim sớm là phương pháp hữu hiệu nhất, hợp lý nhất, giảm tử vong cho bệnh nhân vết thương tim.

2. ĐỊNH NGHĨA:

- Chấn thương tim là những tổn thương tại tim gây ra do sang chấn trực tiếp hoặc gián tiếp những tổn thương này không thông với môi trường bên ngoài và hầu hết chấn thương tim là hậu quả của tình trạng tăng áp lực đột ngột trong khoang lồng ngực.
- Vết thương tim là những tổn thương tại tim gây ra do những vật sắc nhọn, những tổn thương này thông với môi trường bên ngoài. Vết thương tim đòi hỏi phải chẩn đoán, xử trí nhanh và chính xác mới có thể cứu sống người bệnh.

3. NGUYÊN NHÂN:

- Vết thương do vật nhọn đâm thủng: dao, lưỡi lê, cọc nhọn... vết thương thường sắc gọn, khu trú trên đường đi mà tác nhân gây ra.
- Vết thương do hỏa khí gặp ở cả thời bình lẫn thời chiến. Vết thương phức tạp, lan tỏa, dập nát mô nhiều. Tiên lượng nặng nề
- Một số nguyên nhân khác: đầu xương sườn, xương ức đâm thủng, thông tim can thiệp, đặt ống dẫn lưu ngực....

4. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

Việc chẩn đoán vết thương tim phải làm hết sức nhanh chóng. Khi nghi ngờ phải phẫu thuật thăm dò (thường mở sụn sườn V trái), không nên theo dõi sẽ chậm trễ, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Có 2 thể lâm sàng:

4.1. VẾT THƯƠNG TIM (vết thương tim trắng):

- Là hiện tượng (dịch) chảy quá nhanh vào khoang màng ngoài tim → đè sụn các buồng tim, cản trở thì tâm trương → rối loạn huyết động.
- Lâm sàng tùy thuộc vào 3 yếu tố:
 - + Vết thương tim.
 - + Vết thương màng tim.
 - + Lượng máu chảy.
- Vết thương có lỗ thủng màng tim nhỏ (80% do dao đâm) → thường gây hội chứng chèn ép tim cấp.
- 3 rối loạn sinh lý chủ yếu:
 - + Tĩnh mạch: cản trở lưu thông tĩnh mạch về thất → tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm.
 - + Động mạch: giảm co bóp cơ tim, giảm lưu lượng máu → tụt huyết áp, thiếu oxy cơ tim → suy tim.

+ Toàn thân: giảm thể tích tuần hoàn → co thắt mạch. Có thể gây tăng kháng lực ngoại biên → duy trì huyết áp. Cũng có thể làm tim ngừng đập.

* **BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:** khi lượng máu trong màng tim từ 150 – 200 ml trở lên:

- Tam chứng Beck:

+ Huyết áp tụt.

+ Tĩnh mạch cổ nổi (CVP tăng).

+ Tiếng tim xa xăm.

- Dấu hiệu Kussmaul:

+ Tĩnh mạch cổ giãn khi hít vào.

- Thay đổi huyết động:

+ Truy tim mạch không tương ứng với tình trạng mất máu.

+ Huyết áp động mạch lúc đầu có thể tăng.

+ Mạch lúc đầu chậm, sau đó chèn ép kéo dài → mạch nhanh dần. (Nếu mạch chậm + huyết áp tụt → nghĩ đến tổn thương hệ dẫn truyền cơ tim).

+ Tĩnh mạch cổ nổi + CVP tăng cao → thường hội chứng chèn ép tim cấp.

+ Trường hợp vết thương ngực bụng + mất nhiều máu → giảm thể tích tuần hoàn (không có tĩnh mạch cổ nổi, tiếng tim nghe rõ).

* **CẬN LÂM SÀNG:**

- Chụp XQuang ngực: Nếu tình trạng cho phép, có thể thấy hơi trong màng tim, bóng tim hơi to, cung tim nét, có thể thấy tràn máu màng phổi nặng.

- Điện tim: Hay gặp ST chênh lên ở các chuyên đạo.

- Siêu âm tim: khi tình trạng cho phép. Thấy dịch màng tim, giúp chẩn đoán thương tổn trong tim (thông liên thất, hở van...) nếu là siêu âm Doppler.

- Tóm lại đứng trước 02 dấu hiệu quan trọng nhất là sốc mất máu + vết thương ở vùng tim là phải nghĩ ngay đến vết thương tim, tránh làm quá nhiều thăm dò để chẩn đoán nếu không cần thiết, gây nguy hiểm tính mạng người bệnh.

4.2. CHÈN ÉP TIM CẤP (vết thương tim tím):

* **BIỂU HIỆN LÂM SÀNG:**

- Là thể gặp chủ yếu trên lâm sàng: máu chảy vào khoang tim không thoát ra ngoài được gây chèn ép vào tim, làm tim không dẫn nỡ được thì tâm trương → máu tĩnh mạch không về được → máu xuống tâm thất giảm → H/C chèn ép tim cấp tính.

- Vết thương nằm ở vùng tim.

- Sau bị thương có thể có thoáng ngất rồi tỉnh lại, xuất hiện đau tức ngực dữ dội, khó thở, liên tục và tăng dần. Nạn nhân vào viện trong tình trạng vật vã, kích thích, đau ngực khó thở dữ dội.

- Mặt tím, tĩnh mạch có nổi rõ, có thể thấy gan to và phản hồi gan – tĩnh mạch cổ (+). Huyết áp động mạch giảm và kẹt. Huyết áp tĩnh mạch trung ương cao > 15 cm H₂O là có giá trị chẩn đoán.

* **CẬN LÂM SÀNG:**

- XQuang: Bóng tim hơi to, các cung tim mất hình thái bình thường, bờ tim nét, có thể thấy hình tràn máu – tràn khí màng phổi.

- Điện tim: ST chênh lên, điện thế tim có thể thấp nếu tràn dịch màng tim nhiều.

- Siêu âm: Nếu tình trạng lâm sàng cho phép, giúp chẩn đoán xác định do thấy dịch màng tim.

- Chọc dò màng tim: thường dùng đường Marfan, vừa để Δ , vừa điều trị \rightarrow hút ra máu không đông.

4.3. CHẤN THƯƠNG TIM:

- Do phần lớn thể vỡ 01 buồng tim bộc lộ triệu chứng rõ và còn sống khi đến viện, nên lâm sàng gặp chủ yếu dạng có hội chứng chèn ép tim cấp.

- Nguyên nhân: Thường chấn thương các vùng xương ức và quanh xương ức do ngã cao, tai nạn ô tô (cơ chế sang chấn mạnh, đột ngột/ buồng tim căng máu).

- Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng như vết thương tim có chèn ép tim cấp. Lưu ý hết sức là rất dễ bị chẩn đoán nhầm là chấn thương ngực vì thường có tràn máu – tràn khí màng phổi do gãy xương sườn phổi hợp, lúc đó có thể tìm thêm 1 dấu hiệu giúp ta nghĩ đến chấn thương tim: có sự không tương xứng giữa dấu hiệu cơ năng của bệnh nhân với mức độ tràn máu – tràn khí khoang màng phổi.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Chọc hút máu màng tim: Với những thể có hội chứng chèn ép tim cấp. Đây chỉ là biện pháp điều trị tạm thời để cứu sống bệnh nhân quá nặng trong lúc chờ vận chuyển lên tuyến trên hay chờ mổ. Thường dùng đường Marfan, nếu có siêu âm hướng dẫn thì càng tốt. Hạn chế áp dụng do là một thủ thuật chuyên khoa.

5.2. Phẫu thuật: Với vết thương tim có mất máu hay có chèn ép tim hoặc chấn thương tim thì đều chỉ định mổ cấp cứu.

- Dẫn lưu màng phổi trước gây mê nếu có tràn máu màng phổi. Nếu quá nặng thì gây mê, đặt ống nội khí quản ngay.

- Đường mổ: Thường dùng đường mổ ngực khoảng liên sườn 5 trái (nếu vết thương bên trái hoặc mũi ức) hay phải (nếu vết thương bên phải). Nếu cần có thể mổ ngang qua xương ức. Mổ dọc xương ức là đường mổ tốt, song phải có phương tiện và hết sức vô khuẩn.

- Xử trí thương tổn: Sau khi mở màng tim (mở dọc) phải nhanh chóng cầm máu vết thương tim. Phải chuẩn bị mọi phương tiện cầm máu (kim chỉ, kẹp mạch máu...) trước khi mở màng tim, phòng mất máu cấp.

- Nếu thành cơ tim bị thủng, cần nhanh chóng khâu kín bằng kim chỉ nhỏ (loại prolène 4.5, 5.0).

- Nếu vết thương ở tiểu nhĩ có thể kẹp lại bằng kẹp mạch máu để cầm máu tạm thời \rightarrow khâu vết thương. Hết sức lưu ý không làm tổn thương các mạch vành lớn và không kéo chỉ mạnh làm xé cơ tim.

- Nếu cơ tim mũn, bị xé khi buộc thì có thể dùng chỉ độn pledzet, khâu chữ U.

- Nếu có dị vật ở thành tim \rightarrow lấy bỏ.

- Nếu có dị vật trong tim, thủng vách liên thất - nhĩ, rách van tim thì cần phải phẫu thuật với tuần hoàn ngoài cơ thể cấp cứu, rất phức tạp và tử vong rất cao, nên nếu huyết động cho phép \rightarrow để lại các thương tổn đó sau khi khâu vết thương tim, chuẩn bị và mổ cấp cứu trì hoãn sau.

- Nếu đứt mạch vành lớn, phải làm cầu nối ngay (tốt nhất có tuần hoàn ngoài cơ thể). Phức tạp, tử vong cao.
- Rửa sạch, đóng không hoàn toàn màng tim, rửa ngực, xử lý thương tổn phổi hợp, dẫn lưu màng phổi, đóng ngực.

5.3. Tiên lượng:

Trong vết thương tim, nếu điều trị kịp thời, tỷ lệ sống > 90%. Trong vết thương tim do đạn bắn hoặc chấn thương tim → tử vong rất cao 80 – 90 %.

6. BIẾN CHỨNG:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Choáng. - Suy hô hấp. - Bệnh về phổi: viêm phổi, dày dính màng phổi, tràn dịch, máu màng phổi. | <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh về tim: suy tim, tràn dịch, máu màng tim thứ phát. - Nhiễm trùng vết mổ. - Nhiễm trùng huyết. |
|--|--|

II. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC:

1. Nhận định tình trạng người bệnh:

- Mạch, huyết áp, nước xuất nhập, màu sắc và nhiệt độ ở da.
- Nghe tim: đánh giá tiếng tim bất thường, nhịp tim.
- Nên có monitor đo ECG liên tục.
- Tình trạng phù, khó thở.
- Dấu hiệu xuất huyết, mất nước hay thừa nước, Ion đồ.
- Nhận định tình trạng vết mổ.
- Hoạt động dẫn lưu màng tim

2. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng: (gợi ý)

2.1. Người bệnh rối loạn nước và điện giải sau mổ do mất dịch, máu:

- Dịch truyền và cân bằng điện giải cũng làm thay đổi triệu chứng hệ tim mạch. Dịch truyền vào ảnh hưởng đến sự tổng máu của tim. Nên duy trì dịch truyền trong 2-5 ngày đầu sau mổ giúp đáp ứng lại hậu quả của stress, giảm thể tích máu và nâng huyết áp.
- Sự thừa dịch có thể xảy ra khi truyền dịch quá nhanh, khi người bệnh có bệnh mãn tính, người bệnh già.
- Thiếu dịch liên quan đến truyền dịch chậm hay bù không đủ, mất nước trước mổ, trong mổ, sau mổ do ói, chảy máu, dẫn lưu, hút
- Giảm kali có thể kết quả do thải qua nước tiểu, sonde dạ dày, khi người bệnh chưa được cung cấp thêm chất potassium, thuốc lợi tiểu
- Tình trạng tim mạch cũng ảnh hưởng đến dòng máu chảy và tưới máu mô
- Người bệnh cần được thực hiện cân bằng nước và điện giải 1 cách chính xác, an toàn theo y lệnh
- Điều dưỡng theo dõi chính xác nước xuất nhập và ghi chú cẩn thận vào hồ sơ, luôn đánh giá rối loạn điện giải trên lâm sàng và trên kết quả xét nghiệm

2.2. Người bệnh tắc mạch máu do không vận động sau mổ

- Sự hình thành cục máu đông sau mổ do gia tăng sản xuất tiểu cầu và mức lưu hành của glucocorticoid.
- Khi cục máu đông lưu hành ở tĩnh mạch chi, hậu quả do không hoạt động, tư thế người bệnh, sức ép, sự đình trệ mạch máu, giảm tưới máu.
- Nghẽn tĩnh mạch sâu thường ở người già, béo phì, bất động là nguy cơ tiềm tàng đưa đến nghẽn mạch phổi do 1 mảnh của cục máu tróc ra nó có thể là nguyên nhân gây nhồi máu phổi.
- Vấn đề chi dưới: Tập vận động chi khuyến khích thực hiện 10-12 lần/1-2 giờ, cho người bệnh mang vớ thun giãn, sử dụng dụng cụ kích thích, massage chân.
- Khi có y lệnh nên cho người bệnh vận động, đi lại tùy vào tình trạng người bệnh
- Heparin liều thấp cũng được sử dụng phòng bệnh hình thành thrombosis và embolism. Chú ý các dấu hiệu chảy máu vết mổ, bầm máu ở da, xét nghiệm chức năng đông máu toàn bộ.

2.3. Người bệnh ngất sau mổ do tư thế:

- Ngất: là 1 triệu chứng do phản xạ tim mạch, do sự giảm tưới máu của tim, giảm dịch, thiếu máu não. Ngất thường xảy ra do hạ huyết áp tư thế, do thay đổi tư thế đột ngột ở những người bệnh già, người bệnh nằm bất động lâu ngày.
- Điều dưỡng có thể ngăn ngừa ngất: phải biết cách thay đổi tư thế người bệnh. Đầu tiên cho người bệnh nằm đầu cao 1-2 phút, sau đó cho người bệnh đứng cạnh giường, đồng thời vẫn tiếp tục theo dõi người bệnh qua monitor mạch về tính chất và tần số tim mạch.
- Nếu người bệnh ngất điều dưỡng cho người bệnh ngồi sát vào thành giường trong lúc vẫn theo dõi mạch qua monitor. Nếu người bệnh than phiền rằng cảm giác mệt khi di chuyển thì nên giúp người bệnh ngồi xuống ghế hay ngồi xuống nền nhà cho đến khi người bệnh cảm thấy ổn thì cho người bệnh về giường.

2.4. Người bệnh đau do → vết mổ, tổn thương phần mềm...

3. Lượng giá:

- Người bệnh thở dễ dàng, không có dấu hiệu mất nước, rối loạn điện giải, hệ thống dẫn lưu màng phổi hoạt động tốt.
- Người bệnh vận động tốt sau mổ, không có ngất khi di chuyển.
- Hệ thống tim mạch hoạt động bình thường, các chỉ số dấu hiệu sinh tồn nằm trong giới hạn bình thường.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Kể tam chứng Beck:

A. B. C.

2. Kể đủ các biến chứng của vết thương tim – chấn thương tim:

A. B. C. D.

E. Nhiễm trùng vết mổ

F. Nhiễm trùng huyết

3. Chấn thương tim của nghĩa là:

A. Tổn thương tại tim do sang chấn trực tiếp, thương tổn này không thông với môi trường bên ngoài.

B. Tổn thương tại tim do sang chấn gián tiếp, thương tổn này không thông với môi trường bên ngoài.

C. Tổn thương tại tim do sang chấn trực tiếp hoặc gián tiếp, thương tổn này không thông với môi trường bên ngoài.

D. Tổn thương tại tim do sang chấn trực tiếp hoặc gián tiếp, thương tổn này thông với môi trường bên ngoài.

4. Vết thương tim có nghĩa là:

A. Tổn thương tại tim, thương tổn thông với môi trường bên ngoài.

B. Tổn thương tại tim, thương tổn không thông với môi trường bên ngoài.

C. Tổn thương tại tim, kèm theo người bệnh khó thở dữ dội.

D. Tổn thương tại tim, kèm theo rối loạn dấu hiệu sinh tồn.

5. Biến chứng của chấn thương tim – vết thương tim là:

A. Choáng tim B. Suy tim C. Suy hô hấp D. Tất cả đúng

6. Biến chứng của chấn thương tim – vết thương tim là, Ngoại trừ:

A. Tràn dịch màng phổi B. Suy hô hấp C. Suy tim D. Phù phổi cấp

7. Xử trí tại tuyến xã: “Người bệnh được chẩn đoán vết thương tim” là:

A. Chuyển ngay người bệnh lên tuyến có phẫu thuật

B. Băng ép, sau đó chuyển ngay người bệnh lên tuyến có phẫu thuật

C. Băng ép, chông choáng, sau đó chuyển người bệnh lên tuyến có phẫu thuật

D. Băng ép, tiêm thuốc giảm đau, giữ người khi ổn, sau đó chuyển tuyến trên

8. “Người bệnh đau ngực trong do chấn thương tim”, chăm sóc nào sau đây có giá trị nhất?

A. Cho người bệnh nằm tư thế fowler B. Tiêm thuốc giảm đau

C. Chườm lạnh vùng ngực D. Xoa bóp vùng ngực

9. “Người bệnh choáng tim do vết thương tim”, chăm sóc nào sau đây có giá trị nhất?

A. Cho người bệnh nằm tư thế Semi fowler

B. Cho người bệnh thở Oxy ẩm qua cannula

C. Cho người bệnh nằm bất động tại giường

D. Cho người bệnh nằm phòng yên tĩnh, thoáng mát

10. “Người bệnh sốt 38⁰C do nhiễm trùng liên quan vết thương tim”, chăm sóc nào sau đây có giá trị nhất?

A. Cho người bệnh uống thuốc hạ sốt

B. Hướng dẫn người nhà lau mát

C. Cho người bệnh nằm phòng thoáng mát

D. Dùng thuốc hạ sốt dạng tiêm

Bài 4: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa vết thương mạch máu.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại vết thương mạch máu.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng vết thương mạch máu.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí vết thương mạch máu.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh vết thương mạch máu.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học 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.

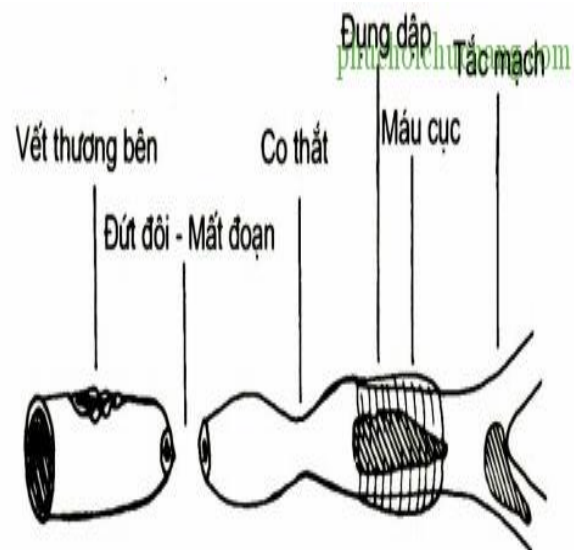
II. PHÂN LOẠI:

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 đung 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 bọc 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 đung 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 đung 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 nhò 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 garo: 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 garo.
- * Chống choáng bằng cách bù cho đủ thể tích máu tuần hoàn với NaCl 0.9% 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:
 - Hầu 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.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC:

1. Nhận định

- Trước mổ:
 - + Người bệnh có sốc hay không? Tình trạng mất máu và dấu hiệu sinh tồn như thế nào?
 - + Vết thương động mạch hay tĩnh mạch?
 - + Người bệnh đã được sơ cứu gì chưa?
 - + Garo giờ thứ mấy, đúng hay sai?
- Sau mổ:
 - + Tình trạng mất máu, dấu hiệu sinh tồn, da và niêm mạc?
 - + Tình trạng nuôi dưỡng sau mổ như thế nào?
 - + Vết mổ có thấm dịch máu không?

2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Nguy cơ sốc do mất máu nhiều
- Nguy cơ hoại tử chi do garo quá lâu
- Nguy cơ thiếu nuôi dưỡng do huyết khối
- Nguy cơ chảy máu sau mổ

3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

3.1. Trước mổ

- Phòng và chống sốc:
 - + Băng ép (nếu là vết thương tĩnh mạch), garo cầm máu (nếu là vết thương động mạch).
 - + Tiêm thuốc giảm đau theo y lệnh.
 - + Bù lại khối lượng tuần hoàn: truyền máu tươi toàn phần cùng nhóm hay các loại dịch thay thế máu.

- + Lập bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn (30 phút hay 1 giờ 1 lần).
- + Theo dõi nước tiểu qua sonde bàng quang theo giờ.
- + Để người bệnh nằm đầu thấp nếu huyết áp thấp.
- Theo dõi garo:
 - + Sau khi garo xong phải có phiếu ghi theo dõi garo.
 - + Cứ một giờ nói dây garo một lần và mỗi lần nói 1 – 2 phút và không nói quá 6 lần.
 - + Garo đảm bảo vết thương không còn chảy máu và garo đúng nguyên tắc.
 - + Chỉ chuyển người bệnh khi không có sốc và garo cầm máu tốt.
- Chuẩn bị người bệnh mổ:
 - + Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án.
 - + Làm các xét nghiệm: công thức máu, nhóm máu, máu chảy, máu đông,...
 - + Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh ký cam kết mổ.
 - + Thay băng và sát trùng vùng cần mổ.
 - + Thay quần áo nhà mổ và tháo đồ trang sức và giao cho người nhà giữ.

3.2. Chăm sóc sau mổ

- Những giờ đầu:
 - + Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn.
 - + Để người bệnh nằm đầu thấp khi chưa tỉnh.
 - + Truyền dịch và thực hiện thuốc theo y lệnh.
 - + Theo dõi bài tiết.
- Theo dõi về nuôi dưỡng của chi sau mổ nối mạch máu: nếu sau mổ máu lưu thông tốt thì có những dấu hiệu sau:
 - + Đầu chi hồng, ấm.
 - + Không tê bì, vận động tốt.
 - + Kiểm tra thấy mạch đập và bắt mạch thấy rõ.
 - + Dùng các thuốc chống đông theo y lệnh để giảm nguy cơ huyết khối động mạch.
- Chăm sóc vết mổ:
 - + Theo dõi dịch thấm băng: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Thay băng 2 ngày 1 lần nếu vết mổ khô.
 - + Cắt chỉ sau 7 ngày.
- Chống nhiễm trùng:
 - + Tiêm thuốc chống uốn ván.
 - + Dùng thuốc kháng sinh theo y lệnh.
- Theo dõi sonde nếu có:
 - + Dịch chảy qua sonde: số lượng, màu sắc, tính chất.
 - + Rút sonde: thường rút sau 24 – 48 giờ.
- Dinh dưỡng:
 - + Cho ăn khi người bệnh tỉnh.
 - + Chế độ ăn đủ calo, ăn tăng protein và các vitamine để chống nhiễm trùng.
- Vệ sinh:
 - + Vệ sinh thân thể và tránh làm ướt băng.
 - + Vệ sinh khoa phòng, thay ga và quần áo cho người bệnh hằng ngày.

4. Đánh giá: Người bệnh được đánh giá tốt khi

- Garo đúng nguyên tắc.
- Người bệnh không có sốc.
- Người bệnh đến sớm, điều trị bảo tồn tốt.
- Không có biến chứng về tắc mạch.

KẾT LUẬN: Vết thương mạch máu là một tối cấp cứu, đặc biệt là vết thương động mạch. Việc cấp cứu đúng và kịp thời sẽ giúp cho việc điều trị bảo tồn tốt và sớm phục hồi chức năng cho người bệnh và tiên lượng tốt.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Thương tích mạch máu là nhữngA..... liên quan đến các lớp củaB....., có thể gâyC..... vàD.....; hoặc làmE..... sự cung cấp máuF..... những cơ quan tương ứng.

2. Đặc điểm của chảy máu động mạch là:

- A. Máu màu đỏ, chảy lan rộng trên bề mặt vết thương
- B. Máu màu thẫm, chảy phún theo nhịp đập của tim
- C. Máu màu thẫm, chảy đùn trên bề mặt vết thương
- D. Máu màu đỏ tươi, chảy mạnh thành tia theo nhịp đập của tim

3. Xử trí ban đầu nào sau đây phù hợp đối với chảy máu động mạch?

- A. Băng ép B. Đặt garo C. Băng ép hoặc garo D. Khâu da

4. Đặc điểm của khối máu tụ do đứt tĩnh mạch là:

- A. Sờ mềm B. Nằm yên C. Dễ ấn xẹp D. Tất cả đúng

5. Đặc điểm của khối máu tụ do đứt động mạch là:

- A. Khó ấn xẹp B. Sờ nghe nhịp đập C. Thường thay đổi thể tích D. Tất cả đúng

6. Biến chứng của tắc nghẽn động mạch khoeo chân là:

- A. Hoại tử hoặc loạn dưỡng teo chi
- B. Lạnh, tím tái + liệt cơ chức năng
- C. Đau dữ dội, sau đó cảm giác đau giảm dần rồi mất
- D. Mạch phía dưới nơi tổn thương rất yếu hay không bắt được

7. Choáng gập trong thương tích mạch máu là:

- A. Do nhiễm trùng, nhiễm độc B. Do đau
- C. Do giảm khối lượng thể tích tuần hoàn D. Câu A, B, C đúng

8. Dung dịch nào sau đây dùng để chống choáng trong thương tích mạch máu?

- A. NaCl 0,9% B. Lactat Ringer C. Mannitol 20% D. Câu A, B đúng

9. Dinh dưỡng cho bệnh nhân thương tích mạch máu là:

- A. Protein + Vitamin C. Glucid + Khoáng chất
- C. Lipid + Chất xơ D. Câu A, B, C đúng

10. Biến chứng thường gặp trong hậu phẫu ngày thứ nhất khâu mạch máu là:

- A. Nhiễm trùng vết mổ B. Chảy máu
- C. Rách mạch máu D. Teo mạch máu

Bài 5: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU TRONG GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được định nghĩa tổn thương mạch máu trong gãy xương.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại tổn thương mạch máu trong gãy xương.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng tổn thương mạch máu trong gãy xương.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí tổn thương mạch máu trong gãy xương.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh tổn thương mạch máu trong gãy xương.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG

ĐẠI CƯƠNG VỀ GÃY XƯƠNG

KHÁI NIỆM: 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 môi: 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 lia 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 gập 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.
- Đầu xương gãy gây 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

HỘI CHỨNG TẮC MẠCH MÁU DO MỠ (TMMDM)

Hội chứng TMMDM chỉ sự tắc nghẽn các mạch máu trong các mao mạch phổi bởi những giọt mỡ. TMMDM xảy ra sau gãy xương do mỡ từ tủy xương trôi theo tĩnh mạch về tim và bị đẩy lên phổi.

1. Xuất độ: Khác nhau tùy tác giả

- 5% (Gong, J. H.);
- 30% (Anasencô);
- 80% (Sevitt S.)
- Tử vong do TMMDM trong gãy xương trước 1970 khá cao (50% theo Lavarde); sau 1970, ở giai đoạn đã có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt là 10% – 20% (Levy, D, 1990).

2. Sinh lý bệnh:

– Lý thuyết về sự tăng áp lực trong ống tủy xương làm trào tủy xương vào mạch máu. Ngày nay đã chứng minh được khi gãy ở thân xương dài máu tụ làm tăng áp lực trong ống tủy xương, theo cơ chế “cái bơm xe đạp” làm tủy xương thấm qua thành tĩnh mạch trong nội tủy gây tắc nghẽn mạch tại chỗ và tắc nghẽn mạch toàn thể. Như vậy thực sự là có tắc mạch máu do tủy xương đúng hơn là do mỡ như quan niệm kinh điển (Wenda, 1990).

– Do thói quen ngày nay vẫn dùng từ ngữ “tắc mạch máu do mỡ”

Đích tới của sinh lý bệnh TMMDM là các mạch máu ở phổi và diễn ra theo 3 giai đoạn (sơ đồ, theo Hoffmann 1995).

– Ban đầu tắc nghẽn mạch máu ở phổi chỉ là hiện tượng đơn thuần cơ học. Sau đó chất lipa (lipase) ở mô phổi tạo ra thủy phân mỡ và giải phóng các acid béo tự do (Peltier, 1956; Levi, 1990). Chính các acid béo tự do gây phản ứng viêm tấy cấp tính phổi và cuối cùng các tổn thương màng phế nang kèm theo phù nề, sau đó là phù nề hỗn hợp kẽ và phế nang phổi.

– Từ biến chứng suy hô hấp này sẽ dẫn đến các biến chứng não.

– Theo Peltier hội chứng TMMDM từ khởi đầu cho tới khi gây nghẽn mạch phổi cơ học, kéo dài 48 giờ sau gãy xương, chưa xuất hiện các triệu chứng (suy hô hấp, hôn mê và đốm xuất huyết dưới da) và chưa gây được tử vong. Tác giả đặt tên là “khoảng tĩnh” và thầy thuốc dễ bỏ qua không phát hiện ra hội chứng.

– Chỉ khi các acid béo tự do gây tổn thương ở phổi, các dấu hiệu cổ điển rõ rệt thì đã muộn, phát hiện bệnh về lâm sàng dễ dàng, song tỉ lệ tử vong cao vì các tổn thương phổi không hồi phục được.

– Do đó thời điểm xuất hiện hội chứng TMMDM có thể:

- Rất sớm: vài giờ sau chấn thương (Killian, Sevitt, Allgovver, Ross). Đó là thể siêu cấp tính.
- Vào ngày thứ 3 sau chấn thương (thể điển hình theo “qui tắc số 3” của Frederick Denis, 1895: biến chứng phổi do sốc xuất hiện sau 3 giờ; do TMMDM sau 3 ngày; do tắc mạch phổi do khí sau 3 tuần lễ).
- Sau 96 giờ sau chấn thương: thể TMMDM không đầy đủ.

Vấn đề là phải phát hiện biến chứng sớm, ở giai đoạn khoảng tỉnh, mới có nhiều hy vọng điều trị có hiệu quả cứu sống nạn nhân.

3. Các yếu tố giúp cho TMMDM tăng nặng

3.1. Ở trên đã nói máu tụ của xương gãy làm tăng áp lực trong ống tủy xương thúc đẩy TMMDM. Do vậy suy ra các loại gãy xương sau đây có nhiều nguy cơ gây TMMDM:

- Gãy một xương lớn (đặc biệt xương ống dài lớn).
- Gãy nhiều xương.
- Gãy xương có dập nát nhiều mô mềm.
- Xương gãy không được bất động hoặc xử trí thô bạo (đóng đinh nội tủy sớm 24 giờ đầu).

3.2. Nếu nạn nhân đã có các bệnh gây suy hô hấp kèm theo cũng giúp cho TMMDM dễ xảy ra và tăng nặng.

3.3. Nạn nhân bị choáng chấn thương, đa thương tích dễ có nguy cơ bị TMMDM tỉ lệ cao.

Levy D. (1990) ghi nhận các tỉ lệ TMMDM ở các loại nạn nhân như sau:

- Gãy một thân xương dài: 3%
- Gãy nhiều xương: 5% – 10%
- Nạn nhân đa thương: 90%

4. Chẩn đoán phát hiện sớm hội chứng TMMDM

Các triệu chứng lâm sàng kinh điển:

- Suy hô hấp
- Hôn mê
- Đốm xuất huyết dưới da

Cho phép khẳng định chắc chắn có TMMDM, song quá muộn. Các tổn thương phổi đã hình thành không phục hồi. Chẩn đoán ở giai đoạn này là quá muộn, ít khả năng cứu sống nạn nhân.

Phải phát hiện sớm TMMDM, ở giai đoạn khoảng tỉnh, khi chưa có triệu chứng lâm sàng chắc chắn. Có thể:

- Dựa vào mức độ trầm trọng của gãy xương đã nói ở trên để tiên lượng loại nạn nhân nào dễ có nguy cơ bị TMMDM.
- Một số tác giả đưa ra các chỉ tiêu chẩn đoán sớm hội chứng TMMDM:

4.1. Loup (1975?)

Sau một gãy xương lớn nếu thấy các dấu hiệu phỏng đoán lâm sàng sau đây:

- Dấu hiệu thần kinh nhẹ (nhức đầu, lơ mơ, giãy giụa).
- Sốt cao (>38,5oC) không có căn nguyên rõ rệt.
- Mạch nhanh
- Tím tái nhẹ niêm mạc.
- Đốm xuất huyết kết mạc mắt (một bên)

Phải làm ngay các xét nghiệm: đếm hồng cầu, tiểu cầu và đo PO₂ động mạch.

Nếu trị số như sau, phải coi là có TMMDM.

- Thiếu máu kéo dài dù đã truyền bù đầy đủ lượng máu mất.
- Tiểu cầu $< 100.000/mm^3$
- $PaO_2 < 65mmHg$

Dựa vào các tiêu chuẩn trên, Loup phát hiện biến chứng TMMDM nhiều gấp đôi so với các dấu hiệu kinh điển.

4.2. Peltier (1988) cho các tiêu chuẩn xác định TMMDM:

– Điều kiện dễ gây biến chứng:

- Gãy nhiều xương dài.
- Không bắt động sớm.
- Vận chuyển xóc.
- Choáng chấn thương do mất máu.

– Yếu tố thuận lợi:

- Loãng xương (osteopenia).
- Suy thở do bệnh tim, phổi.

– Lâm sàng:

- Thở nhanh, khó thở, tiết nhiều đàm rãi.
- Lo lắng, mê sảng.
- Đốm xuất huyết kết mạc mắt, họng, dưới da.
- PaO_2 dưới mức bình thường (đối với bệnh nhân gãy nhiều xương cần đo nhiều lần trong 48 giờ đầu)

- Tiểu cầu $< 150.000/mm^3$

4.3. Gurd (1970) Phân chia 2 nhóm triệu chứng:

– Nhóm các dấu hiệu lớn (major criteria):

- Đốm xuất huyết dưới da
- Dấu hiệu suy giảm thần kinh
- Phù nề phổi
- $PaO_2 < 60 mmHg$

– Nhóm các dấu hiệu nhỏ (minor criteria):

- Mạch nhanh > 110 lần/phút.
- Sốt cao $> 38,5^\circ C$
- Nghẽn mạch võng mạc (soi đáy mắt)
- Hématocrite giảm
- Tiểu cầu giảm
- Nước tiểu có mỡ.
- Giọt mỡ trong đàm.

Nếu có 1 dấu hiệu lớn + 4 dấu hiệu nhỏ = chẩn đoán xác định có TMMDM.

** Tóm lại các dấu hiệu phỏng đoán sớm do Loup đề xuất có thể dùng phát hiện sớm hội chứng TMMDM.*

5. Điều trị: Cho tới nay chưa có loại thuốc nào điều trị có hiệu quả TMMDM. Thực hiện các biện pháp dự phòng (xử trí các yếu tố tăng nặng), phát hiện sớm và điều trị (triệu chứng) sớm là hết sức cần thiết.

5.1. Thực hiện các biện pháp dự phòng sớm

- Gây tê ổ gãy và bất động sớm xương gãy
- Điều trị và khắc phục sớm sốc chấn thương
- Xử trí nhẹ nhàng gãy xương
- Không đóng đinh nội tủy sớm trong 24 giờ đầu
- Xử trí sớm cấp cứu các thương tích khác kèm theo

5.2. Phát hiện sớm TMMDM và điều trị thở oxy sớm (trong giai đoạn khoảng tỉnh)

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ XƯƠNG:

Trước mổ người bệnh cần đạt các yêu cầu:

- Người bệnh không sốt
- Dinh dưỡng: protide >60g/ dl
- Hồng cầu đủ, Hct bình thường
- Không có nhiễm trùng da chung quanh xương gãy

Trước mổ:

- Công tác tư tưởng: giúp bệnh nhân biết phương pháp giải phẫu
- Vệ sinh vùng da trước mổ 12-24 giờ: rửa da, cạo lông không được trầy rách da, cạo rộng theo qui định của giải phẫu chỉnh hình
- Thụt tháo buổi tối trước mổ nếu mổ chi dưới
- Chụp XQ ngực, xét nghiệm máu nhất là đánh giá hồng cầu, calci, phosphate
- Tháo bột để chăm sóc da nếu có, nên đặt chi trong nẹp
- Tháo hệ thống kéo tạ (nếu có) và bất động chi bằng nẹp
- Thay băng vết thương nếu cần, tránh xử dụng dung dịch sát trùng có màu
- Không ăn uống sáng ngày mổ
- Thực hiện kháng sinh dự phòng
- Hướng dẫn bệnh nhân cách tập vận động sau khi giải phẫu

Sau mổ:

- Theo dõi dấu sinh hiệu đến khi ổn định: chú ý huyết áp, mạch, nhiệt độ
- Phát hiện sớm các dấu hiệu chảy máu qua dẫn lưu, nơi bó bột, vết mổ
- Chăm sóc bệnh nhân đau sau mổ: thuốc giảm đau, công tác tư tưởng ...
- Câu hỏi hệ thống dẫn lưu kín vô trùng và theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra, chú ý chảy máu
- Không thay băng vết mổ vô trùng, Điều dưỡng không tháo băng trước 24 giờ sau mổ tránh nguy cơ chảy máu. Khi băng thấm nhiều máu chỉ thay băng lớp ngoài chú ý khi thay băng cần chú ý nhẹ nhàng, khi tháo băng tránh tình trạng chảy máu Nên băng ép nếu có dấu hiệu chảy máu
- Cần theo dõi dấu hiệu chèn ép do phù nề, do máu tụ chèn ép, do băng ép quá chặt: Nâng cao vùng giải phẫu giúp giảm phù nề, kiểm tra mạch, dấu hiệu chèn ép khoang do máu tụ: dấu hiệu 5P:

- Pain: đau
- Pallor: tím tái
- Paresthesia: yếu liệt
- Paralysis: liệt
- Pulselessners: mất mạch
- Trong trường hợp mô viêm xương thì cần cắt lọc mô hoại tử, xương chết, máu tụ
Khuyến khích bệnh nhân hít thở sâu,
- Cho bệnh nhân ăn bình thường khi không nôn ói
- Phục hồi chức năng:
 - Tập chủ động: Tập vận động 24 giờ sau mổ các phần không cần bất động: xoay trở, vận động, tập gồng cơ, co duỗi, kéo ròng rọc, tập các khớp, tập cơ dẻo dai
 - Tập thụ động chi bị bệnh: không gây đau, không gây phù nề thêm, gồng cơ
 - Tập trong khi sinh hoạt: nằm ngò, đứng, đi
- Cho bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái, đúng tư thế cơ năng
- Trong trường hợp đoạn chi: Ngoài những chăm sóc trên điều dưỡng chú ý phục hồi cho bệnh nhân: cách lắp đặt bộ phận giả, cách đi nạng và trên hết là vấn đề chấp nhận sự biến dạng cơ thể, cách di chuyển, và cảm giác chi “MA”
- Nếu có cắt lọc vết thương: giảm đau, chăm sóc vết thương, thực hiện kháng sinh,

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ ĐOẠN CHI

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

- Rửa sạch da bằng dung dịch sát khuẩn không màu
- Xác định có mạch ngoại biên
- So sánh phù nề, màu sắc, nhiệt độ da, đau với mô của cơ thể bên đối diện
- Kiểm tra dấu chứng sinh tồn để phát hiện tình trạng nhiễm trùng
- Rửa sạch vết thương

Nhận định điều dưỡng sau mổ

- Dẫn lưu tại mỗm cụt
- Tình trạng phù nề sau mổ
- Băng kín nhưng không quá chặt
- Đánh giá đau
- Tình trạng vận động của các chi còn lại
- Tâm lý an tâm
- Mức độ vận động
- Biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, chi ma,...

Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng:

❖ Biến dạng cơ thể do đoạn chi

- Nhận định tình trạng tâm lý hình dáng cơ thể do mất chi: Cho bệnh nhân nói lên cảm giác của mình
- Bệnh nhân và gia đình cùng hợp tác tham gia cùng thay băng vết thương

- Bệnh nhân tham gia vào việc mặc quần áo, tăng cường sức cơ, tự chăm sóc, giao tiếp trong xã hội, tự tham gia vào việc hồi phục
- ❖ Suy giảm chức năng vận động:
 - Lượng giá khả năng duy trì sự vận động chi
 - Tập vận động tăng cường sức cơ chi lành
 - Hướng dẫn bệnh nhân đi nạng, lắp chi giả
 - Cho bệnh nhân thực tập các vận động trong sinh hoạt hằng ngày như: vệ sinh cá nhân, cách tự phục vụ
- ❖ Đau do cảm giác bàn chân ma do đoạn chi:
 - Thực hiện thuốc giảm đau
 - Khuyến khích vận động giúp giảm phù nề
 - Giải thích với bệnh nhân tình trạng chi ma, an toàn tránh té ngã
 - kê chi cao an toàn, tránh va chạm, chèn ép.
- ❖ Nguy cơ nhiễm trùng mồm cụt:
 - Thay băng mỗi ngày, rửa vết thương nhẹ nhàng
 - Chú ý tháo băng nhẹ nhàng, thấm ướt băng trước khi tháo tránh làm đau vì thường ngay đầu xương có mạch máu, thần kinh. Nên che chở vết thương bằng gạc có tẩm dung dịch mù u hay ẩm để lần sau tháo băng không bị tổn thương hay đau thêm
 - Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng, hoại tử

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG

A. Nhận định tình trạng bệnh nhân:

- ❖ Tại chỗ
 - Vết mổ: băng thấm dịch không
 - Dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất
 - Tình trạng vết thương: sự phù nề, đau, mức độ đau, màu sắc da niêm
- ❖ Cơ quan liên quan
 - Tình trạng tim phổi, tuần hoàn, dấu chứng sinh tồn, tri giác,
 - Tình trạng sức cơ
 - Tình trạng nước xuất nhập, nước tiểu qua sonde
- ❖ Tâm lý: Biên dạng cơ thể, Bất động, đau,
- ❖ Biến chứng: tắc mạch, huyết khối, mất mạch do hoại tử, viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ,

B. Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng

Đau sau mổ:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại giường
- Nhận định tình trạng đau do: vết thương, do chèn ép, do dị vật..
- Xoay trở bệnh nhân thường xuyên và giúp bệnh nhân tư thế dễ chịu
- Giải thích tình trạng bệnh nhân, giáo dục bệnh nhân thích nghi và cách tự chăm sóc vệ sinh cá nhân trong giới hạn cho phép

- Giúp bệnh nhân đi lại

Bệnh nhân bó bột sau mổ: xem bài chăm sóc người bệnh bó bột

Nguy cơ biến chứng do bất động sau mổ: vận động chi lành, tập gồng cơ chi mổ, kê cao chi, xoa bóp cơ, theo dõi dấu chèn ép

Nguy cơ chảy máu sau mổ:

- Theo dõi dấu chứng sinh tồn
- Theo dõi dấu chảy máu qua băng, dẫn lưu
- Theo dõi Hct, da niêm,
- Bất động tốt sau mổ, tránh thay băng trước 24 giờ sau mổ, thực hiện băng ép sau mổ, tháo băng nhẹ nhàng an toàn

Nguy cơ biến chứng các cơ quan khác sau mổ xương:

- Giúp bệnh nhân hít thở sâu
- Theo dõi cơn đau ngực khó thở,
- Theo dõi nhịp thở, chú ý nhiệt độ
- Chăm sóc bộ phận sinh dục phòng ngừa nhiễm trùng tiêu
- Tránh tình trạng tắc mạch chi sau mổ, theo dõi dấu hiệu chèn ép: kê chi cao nên kê toàn bộ chiều dài chi.
- Chăm sóc theo dõi vết mổ
- Thực hiện kháng sinh

Phòng ngừa mất máu, chóng do giảm thể tích dịch: bù dịch, theo dõi nước tiểu, Hct, dấu mất nước, truyền máu nếu cần

Dinh dưỡng bệnh nhân sau mổ xương: cho bệnh nhân uống nhiều nước + cung cấp nhiều chất có nhiều vitamine và nhất là protide và calci. Ăn ngay khi bệnh nhân tỉnh

Bệnh nhân lo sợ đi lại sau mổ:

- Tập cho bệnh nhân đi lại khi có ý kiến chuyên mô, hướng dẫn cách đi nạng. Cho bệnh nhân đong đưa chân trên giường
- Di chuyển cho bệnh nhân từ giường qua xe.
- Cho bệnh nhân đi lại trong nạng. Chú ý nếu bệnh nhân đau thì ngưng tập
- An toàn trong giai đoạn này tránh gãy xương thứ phát hay biến dạng sau mổ

C. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN:

- Giáo dục bệnh nhân tái khám đúng kỳ hạn, biết thời gian lấy đinh ra
- Bệnh nhân duy trì tập vật lý trị liệu tránh loãng xương sau mổ
- Giáo dục bệnh nhân các dấu hiệu của viêm xương
- Dinh dưỡng: ăn đủ chất, nhất là thành phần calci giúp xương lành tốt

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Kể các triệu chứng đặc hiệu của gãy xương:

- A..... B.....
C..... D.....

2. Kể 3 nguyên tắc điều trị gãy xương:

- A.....
B.....
C.....

3. Kéo tạ có các mục đích sau:

- A. Hạn chế sự di lệch xương nơi gãy
B. Giúp nơi gãy lành xương thẳng trục
C. Giúp khớp không biến dạng
D. Câu A, B, C đúng

4. Thời gian ỏ gãy được liền và can xương vĩnh viễn là:

- A. 6 – 8 tháng
B. 8 – 10 tháng
C. 10 – 12 tháng
D. > 15 tháng

5. Tiến triển của gãy xương trải qua mấy giai đoạn:

- A. 3
B. 4
C. 5
D. 6

6. Trọng lượng tạ kéo đối với gãy xương ở chi dưới là:

- A. $\frac{1}{7}$ trọng lượng so với cơ thể
B. $\frac{1}{10}$ trọng lượng so với cơ thể
C. $\frac{1}{13}$ trọng lượng so với cơ thể
D. $\frac{1}{15}$ trọng lượng so với cơ thể

7. Trọng lượng tạ kéo đối với gãy xương ở chi trên là:

- A. $\frac{1}{7}$ trọng lượng so với cơ thể
B. $\frac{1}{10}$ trọng lượng so với cơ thể
C. $\frac{1}{13}$ trọng lượng so với cơ thể
D. $\frac{1}{15}$ trọng lượng so với cơ thể

8. Biến chứng quan trọng của gãy thân xương cánh tay là:

- A. Chèn ép động mạch cánh tay sâu
B. Đứt thần kinh quay
C. Teo cơ cánh tay
D. Co, cứng khớp vai

9. Thời gian thường lưu ống dẫn lưu áp lực âm đặt trong ổ xương là:

- A. 12 – 24 giờ
B. 24 – 48 giờ
C. 72 – 96 giờ
D. Trên 96 giờ

10. Hậu phẫu ngày 1 gãy kín 2 xương cẳng chân trái, chăm sóc nào sau đây giúp bệnh nhân giảm ứ trệ tuần hoàn ở chân trái:

- A. Để chân tự nhiên, thoải mái nhất theo ý bệnh nhân
B. Dùng gối mềm kê chân cao 30 - 45⁰
C. Nằm nghiêng về phía chân mổ
D. Câu A, B, C đúng

Bài 6: NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP VÙNG TRỰC TRÀNG – HẬU MÔN

MỤC TIÊU HỌC TẬP:

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các định nghĩa về các bệnh cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực tràng.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân và phân loại các bệnh cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực tràng.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực tràng.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí các bệnh cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực tràng.

2. Kỹ năng: Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh có bệnh cấp cứu thường gặp vùng hậu môn – trực tràng.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

NỘI DUNG:

1. NHẮC LẠI VỀ GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ

1.1. Ống hậu môn

– Về mặt phôi thai học, ống hậu môn xuất phát từ “tiền hậu môn” (proctodeum), do lá phôi ngoài (ectoderm) lõng vào mà ra. Trực tràng lại bắt nguồn từ lá phôi trong (ectoderm). Vì sự khác nhau về nguồn gốc phôi thai đó mà hệ thống động mạch, tĩnh mạch, bạch mạch và thần kinh có sự khác nhau giữa hai cấu trúc giải phẫu đó, kể cả lớp biểu mô phủ bởi niêm mạc tuyến và ống hậu môn bởi lớp bì - hậu môn (Anoderm), đó là phần tiếp tục của biểu mô lát từ bên ngoài đi vào. Như vậy thật không đúng nếu ta gọi là “niêm mạc” hậu môn. Vùng ranh giới giữa trực tràng và ống hậu môn có các tế bào chuyển tiếp.

– Ống hậu môn và da liền kề phía bên ngoài có rất nhiều các đầu tận thần kinh cảm giác, rất nhạy cảm với các kích thích đau; niêm mạc trực tràng được chi phối bởi hệ thống thần kinh tự động và không nhạy cảm với kích thích đau. Đau không phải là triệu chứng sớm của ung thư trực tràng. Máu tĩnh mạch ở trên chỗ nối trực tràng - hậu môn đổ về qua hệ thống tĩnh mạch cửa. Còn máu tĩnh mạch của ống hậu môn thì đổ về hệ thống tĩnh mạch chủ. Sự phân bố này giúp ta hiểu cách lan tràn của ung thư và nhiễm trùng, cũng như sự hình thành các búi trĩ. Hệ thống bạch mạch của trực tràng đi dọc theo cuống mạch trĩ trên, đổ về các hạch ở động mạch mạc treo tràng dưới và động mạch chủ; nhưng

bạch mạch của ống hậu môn lại đi qua ống Alcock để về các hạch của động mạch chậu trong và ra phía trước vào các hạch bẹn.

– Từ dưới lên nó chéch ra phía trước, nhằm hướng lỗ rốn, tạo với trục của trực tràng một góc nhọn (khi trực tràng ở trạng thái nghỉ). Khi đi ỉa, góc này duỗi thẳng ra. Đường viền từ phía trên của ống hậu môn là chỗ nối tiếp hậu môn- trực tràng (đường nối da - niêm mạc, đường lược, hay đường răng cưa). Tại đây, thấy các hóc hậu môn với các lỗ của ống tuyến hậu môn mở ra ở đáy các hóc này. Nhiễm khuẩn có thể dẫn đến các áp xe và rò hậu môn trực tràng. Có thể sờ thấy một rãnh lõm ở ống hậu môn. nó là ranh giới giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài.

– **Vòng co thắt hậu môn trực tràng** ôm vòng ống hậu môn. Phía sau và hai bên. vòng này được tạo nên bởi các chẽ nhánh của cơ thắt trong, cơ dọc, phần trung tâm của cơ nâng (cơ mu trực tràng), và toàn bộ cơ thắt ngoài. Phía trước rất dễ bị tổn thương do sang chấn vì cơ mu trực tràng đi trực tiếp phía trước và không tham gia vào cấu tạo vòng hậu môn. Cơ thắt trong bao gồm các cơ trơn không chủ động các cơ khác còn lại là cơ van chủ động.

1.2. Cấu trúc hỗ trợ:

– Cơ mu trực tràng tạo thành một đai quàng ôm quanh trực tràng, tạo thành điểm tựa. Trực tràng còn được trợ thêm bởi cân Waldeyer, một lớp vô mạch rất chắc của cân thành chậu hông.

– Các dây chằng bên, có bó mạch trực tràng giữa chạy qua, và mạc treo trực tràng ở phía sau. Các dây chằng và mạc treo trực tràng cố định trực tràng vào mặt trước xương cùng.

1.3. Động mạch

– Động mạch trực tràng trên là tiếp nối trực tiếp của động mạch mạc treo tràng dưới. Nó chia 2 nhánh chính: trái và phải. Nhánh phải lại chia đôi tiếp. Ba nhánh cùng này có lẽ sẽ cắt nghĩa cho vị trí đặc biệt của 3 búi trĩ (2 bó nằm mé phải và một nửa ở bên trái).

– Động mạch trực tràng giữa xuất phát ở mỗi bên từ nhánh trước của động mạch chậu trong hoặc từ động mạch thẹn trong, chạy hướng vào phía trong và nằm trong dây chằng bên của trực tràng.

– Động mạch trực tràng dưới là những nhánh của động mạch thẹn trong và đi qua đường hầm Alcock. Sự tiếp nối giữa cung mạch trên và dưới tạo nên mạng tuần hoàn bên, rất quan trọng nếu sau khi mổ phải cắt các động mạch của đại tràng trái.

1.4. Tĩnh mạch

– Tĩnh mạch trực tràng trên bắt nguồn từ đám rối tĩnh mạch trực tràng trong, tập hợp về tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và sau đó đổ về hệ thống tĩnh mạch cửa. Các tĩnh mạch này không có van một chiều.

– Ung thư trực tràng có thể di căn tới gan nhờ vào hệ thống tĩnh mạch này, cục máu tắc nhiễm khuẩn có thể gây ra viêm tắc tĩnh mạch. Tĩnh mạch trực tràng dưới dẫn máu vào tĩnh mạch thẹn trong, sau đó về tĩnh mạch chậu trong rồi tĩnh mạch chủ bụng. Sự căng dẫn các tĩnh mạch trĩ sẽ gây ra các trĩ trĩệu chứng.

1.5. Bạch mạch

- Bạch mạch của ống hậu môn tập hợp từ các đám rối nhỏ, dẫn bạch huyết về các ống góp to hơn rồi đổ về các hạch bẹn, từ đây các nhánh hướng tâm sẽ dẫn bạch huyết tập trung về các hạch chậu ngoài hay chậu gốc.
- Hiện tượng nhiễm khuẩn và ung thư trong vùng hậu môn có thể là nguồn gốc sinh ra các hạch có tính chất bệnh lý ở bẹn. Bạch mạch của cuống mạch trực tràng trên, sau đó tập trung về các hạch bạch huyết nằm ở gốc của động mạch mạc treo tràng dưới và động mạch chủ. Phía sau trực tràng có nhóm hạch mang tên Gerota.
- Các phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng với ý định triệt căn phải nạo vét được hết các hạch bạch huyết thuộc các nhóm giải phẫu đã mô tả trên đây.

1.6. Thần kinh

- Các dây thần kinh chi phối trực tràng thuộc hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm. Các sợi giao cảm xuất phát từ đám rối mạc treo tràng dưới và thần kinh hạ vị (trước xương cùng). Đám rối này sinh ra từ các hạch giao cảm thắt lưng 2, 3 và thứ 4.
- Thần kinh giao cảm điều khiển hoạt động sinh dục và phóng tinh. Thần kinh phó giao cảm xuất phát từ các sợi thần kinh cùng (sarum) thứ 2,3 và thứ 4.
- Các sợi này chi phối các mô cương cứng của các dương vật và âm vật, điều khiển hoạt động cương cứng bằng cách dồn máu về các mô này. Vì thế nếu trong khi mô xốp ở vùng này mà làm tổn thương tới các cấu trúc thần kinh, sẽ dẫn đến các rối loạn về niệu và sinh dục.

2. THĂM KHÁM HẬU MÔN

- Hầu hết các bệnh của hậu môn trực tràng có thể chẩn đoán được bằng hỏi bệnh và khám thực thể (quan sát sờ nắn quanh hậu môn. thăm hậu môn trực tràng bằng ngón tay. khám qua soi hậu môn, soi trực tràng. Tư thế bệnh nhân khi thăm khám: chống hông, nằm ngửa đùi ép vào bụng (tư thế phụ khoa), nằm nghiêng.
- Đèn chiếu đủ sáng, quan sát vùng quanh lỗ hậu môn và tầng sinh môn. Dùng 2 tay banh nhẹ hai hông ra ngoài để thấy rõ phần thấp của ống hậu môn. Làm như vậy có thể phát hiện dễ dàng một số bệnh gây đau đớn cho người bệnh như nứt kẽ hậu môn. apxe cạnh hậu môn, tắc mạch trĩ mà không cần phải cho ngón tay hay dụng cụ vào, gây đau đớn cho người bệnh.
- Thăm khám trực tràng bằng ngón tay phải không gây đau đớn (nhẹ nhàng, tránh động tác đột ngột thô bạo). Ghi nhận những gì cảm nhận thấy trong khi khám: tình trạng cơ thắt hậu môn (chắc, co bóp tốt. nhẽo, mất trương lực), tình trạng niêm mạc ống hậu môn trực tràng (mềm mại. có khối u sùi cứng, loét). Kích thước tổn thương, khoảng cách giữa tổn thương và rìa hậu môn). Cũng ghi nhận thêm tình trạng một số cơ quan lân cận: tuyến tiền liệt, cổ tử cung, xương cùng cụt và cơ mu trực tràng cũng có thể cảm nhận được. Khi rút tay ra xem có máu hay không.
- Soi hậu môn có thể đánh giá được tình trạng niêm mạc ống hậu môn và phần thấp trực tràng. Phải có thiết bị chiếu sáng tốt để có thể quan sát được trực tiếp những gì ngón tay đã cảm nhận thấy.
- Soi trực tràng với ống cứng dài 25 cm, có thể quan sát toàn bộ trực tràng trong phạm vi 14 – 18cm tính từ rìa hậu môn. Nên lấy phân làm xét nghiệm tìm máu một cách hệ

thống. Có thể thay ống soi cứng bằng ống mềm, loại có chiều dài 60 cm (ống soi đại tràng sigma).

3. MỘT SỐ BỆNH CỦA HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

3.1. Vết thương trực tràng – hậu môn

3.2. Trĩ

3.3. Sa trực tràng

3.4. Dò hậu môn

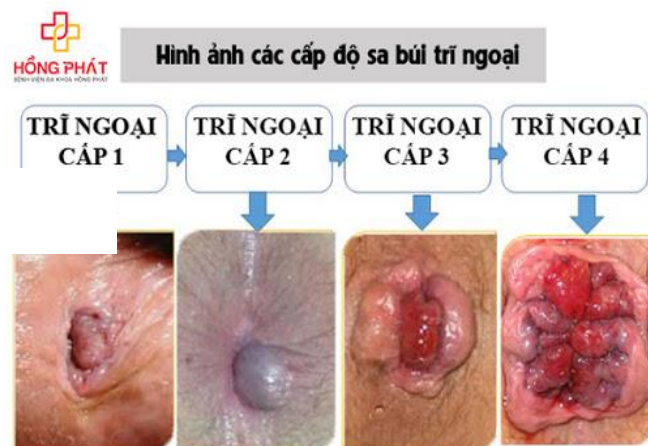
3.5. Nứt hậu môn

3.6. Dị vật hậu môn

3.7. Ung thư trực tràng

3.8. Áp xe cạnh hậu môn

3.9. Ung thư hậu môn



VẾT THƯƠNG TRỰC TRÀNG HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

– Vết thương hậu môn trực tràng (HMTT) gặp cả trong thời bình cũng như thời chiến, việc xử trí kỳ đầu rất quan trọng và đòi hỏi phải đánh giá đúng tổn thương, can thiệp đúng nguyên tắc sẽ giảm thấp biến chứng và tử vong.

– Tiên lượng của vết thương HMTT còn dè dặt, tỷ lệ tử vong sớm do sốc, chảy máu, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn nặng vùng đáy chậu và tổn thương kết hợp nhiều cơ quan và bộ phận vùng chậu hông.

– Sau các cuộc chiến tranh thế giới thứ I, II, triều tiên, Việt Nam, nhiều tác giả đã nghiên cứu về vết thương HMTT và thông báo: Tỷ lệ tử vong giảm dần từ 42.5% trong thế chiến thứ I xuống còn 23.3% ở thế chiến thứ II và 11.8% ở chiến tranh Việt Nam. Trong thời bình vết thương HMTT có giảm và tổn thương ít phức tạp nên biến chứng và tử vong thấp hơn – khoảng 8-10%.

– Trực tràng hậu môn là đoạn cuối của đường tiêu hoá nằm kín đáo ở trong chậu hông nhỏ và đáy chậu, không có đồng vào nên tổn thương dễ bị bỏ sót. TTHM có một phần nằm trong phúc mạc (ổ bụng), một phần nằm ở ngoài phúc mạc, có vị trí ở giữa nhiều cơ quan quan trọng như tiết niệu, sinh dục, ruột, mạch máu lớn, cột sống, xương chậu, thần kinh, hệ thống cân cơ đáy chậu, chung quanh là tổ chức mỡ và khoang tế bào lỏng lẻo vùng tiểu khung, giàu bạch mạch, chứa phân nhiều vi khuẩn nên khi thủng rách thì tiên lượng nặng do có những biến chứng nhiễm khuẩn lớn như viêm phúc mạc, viêm tấy khoang tế bào lỏng lẻo, cũng như sự phối hợp của tổn thương các cơ quan chung quanh làm cho ngày điều trị kéo dài, phải mổ lại nhiều lần và tỷ lệ tử vong cao.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ GIẢI PHẪU BỆNH

– Vết thương HMTT do tai nạn sinh hoạt, lao động và giao thông: Xảy ra trong các tình huống rất bất ngờ, ở các lứa tuổi đều có thể gặp, nhưng hay gặp ở lứa tuổi lao động 20-50 tuổi

– Tai nạn lao động do ngã ngội vào vật nhọn: Trượt trên đồng rơm xuống ngã ngội vào vật nhọn, lợp nhà trượt chân ngã ngội vào cọc rào, bị sừng trâu húc, tai nạn trong luyện tập thể thao, trượt ngã, đại tiện ngội vào vật nhọn,...

2.1. Chia làm hai loại tổn thương:

– Vật nhọn đâm đơn thuần: Chỉ thủng trực tràng, không tổn thương tới ống hậu môn và hệ thống cơ thắt.

– Vật nhọn đâm phức tạp thủng trực tràng kèm theo đứt rách cơ thắt và ống hậu môn.

2.2. Các tổn thương giải phẫu bệnh từ đơn giản đến phức tạp:

– Vết thương phần mềm đáy chậu: Tổn thương cân, cơ, khoang tế bào lỏng lẻo, tụ máu, bầm dập đáy chậu lan rộng.

– Vết thương rách thủng trực tràng, ống hậu môn, các cơ thắt, cơ nâng hậu môn và các bộ phận chung quanh làm thành vết thương hỗn hợp trực tràng - âm đạo, trực tràng - niệu đạo, đụng dập âm hộ, âm đạo, bìu,...

– Tổn thương ở cao trong phúc mạc: Trực tràng, đại tràng, tiểu tràng, bàng quang, mạch máu chậu,...

2.3. Đặc điểm tổn thương:

– Không phải bao giờ cũng có sự tương quan giữa thương tích thấy được bên ngoài với các tổn thương ở trong sâu.

– Chấn thương ở phía trước gây nên những tổn thương phức tạp hơn chấn thương ở phía sau.

– Các cọc cố định đâm vào gây tổn thương ít hơn các cọc di động và sừng súc vật.

Nguy cơ uốn ván, hoại thư sinh hơi tăng lên nhiều lần nếu là sừng súc vật, cọc sắt rỉ, vật nhọn bản, nhiễm phân,... gây tổn thương.

– Nhiễm khuẩn sớm các khoang tế bào quanh trực tràng, niệu đạo, hố ngội trực tràng, trên hoặc dưới cơ nâng hậu môn. Nếu trên cơ nâng hậu môn thì nhiễm khuẩn sẽ lan dọc theo khoang phúc mạc lên cao.

– Các tổn thương cơ thắt sẽ gây nên những khối sẹo xơ cứng, rò, chít hẹp hoặc són phân.

Thủng trực tràng do các thao tác y tế hoặc tai biến sản khoa như: nội soi đại - trực tràng, thụt tháo - do thao tác đa ống soi hoặc canuyn sai hoặc quá thô bạo. Thủng khi làm thủ thuật nội soi cắt u, đốt u, sinh thiết. Hoặc rách thủng HMTT khi cắt tầng sinh môn đỡ đẻ.

– Các tai biến này tuy hiếm gặp nhưng có nguy cơ dễ bỏ sót, không phát hiện được ngay hoặc phát hiện khi có biểu hiện viêm phúc mạc nếu thủng ở phần trực tràng trong phúc mạc hay áp - xe quanh hậu môn trực tràng nếu thủng ở phần HMTT thấp.

– Thủng có thể xảy ra ở những đoạn trực tràng lành hoặc đã có biến đổi bệnh lý như viêm, ung thư,...

2.4. Vết thương HMTT do hoá khí:

Thực tế đây là vết thương trực tràng - đáy chậu hoặc khung chậu - đáy chậu phức tạp, hỗn hợp.

- Do các tiến bộ về vũ khí trong chiến tranh nên vết thương HMTT có chiều hướng tăng và có nhiều thương tổn phối hợp (70 - 80%) ở ngay vùng chậu hông hoặc các cơ quan, bộ phận xa (ngực, bụng, sọ não,...).
- Các tổn thương thông thường đa dạng kết hợp với sự có mặt của các dị vật (mảnh đạn, mảnh xương, mảnh quân tư trang, đất đá, phân,...) nên mức độ ô nhiễm vết thương là rất lớn.
- Tỷ lệ tử vong của vết thương HMTT trong chiến tranh thế giới thứ II giảm từ 50% xuống còn 30% nhờ có kháng sinh và biết làm HMNT ở đại tràng. Trong chiến tranh Việt Nam, tỷ lệ này là 17% (Ganchrow M.I-1969). Các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến tỷ lệ tử vong là:
 - Tuổi (người già lớn hơn người trẻ).
 - Thời gian từ khi bị thương đến khi xử trí chậm.
 - Vị trí vết thương ở ngoài hay trong phúc mạc.
 - Tính chất công phá của loại vũ khí.
 - Số lượng và mức độ cơ quan tổn thương phối hợp.
 - Tình trạng toàn thân: shock, mất máu và nhiễm khuẩn.
- Mặc dù vết thương HMTT có nhiều mức độ phức tạp khác nhau nhưng có thể chia làm 4 loại tổn thương chính.
 1. Vết thương trực tràng trong phúc mạc.
 2. Vết thương trực tràng ngoài phúc mạc.
 3. Vết thương ống hậu môn và cơ thắt.
 4. Vết thương HMTT kèm theo các tổn thương phối hợp gần nh tiết niệu, sinh dục, mạch máu chậu, xương cùng, cột hoặc xa nh các cơ quan bụng, ngực, sọ não và tứ chi...

3. LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN

- Tất cả các bệnh nhân đến đều có biểu hiện đau, shock, chảy máu với các mức độ khác nhau tùy thuộc vào nguyên nhân và tổn thương phối hợp.
- Việc chẩn đoán vết thương HMTT chủ yếu dựa vào thăm khám sau chấn thương, vết thương thông thường có biểu hiện chảy máu qua hậu môn. Thăm khám sẽ thấy vết thương vùng tầng sinh môn, thăm trực tràng có thể thấy vết rách dọc từ hậu môn lên trên, rách đơn thuần của HMTT hoặc rách rộng phức tạp vào âm đạo, bàng quang, tổn thương chung quanh trực tràng - hậu môn tới vùng cùng cột.
- Qua thăm khám phải định giá độ vết thương, cơ thắt hậu môn, các tổn thương phối hợp khác, sau đó phải xác định độ là vết thương HMTT đơn thuần hay vết thương HMTT phối hợp với các tổn thương khác để có thái độ xử trí khác nhau.

Có 3 vấn đề rất quan trọng phải xác định được trong chẩn đoán:

1. Có thủng vào ổ bụng hay không.
 2. Có đứt rách cơ thắt không.
 3. Có vết thương phối hợp không, gần hay xa.
- Phải thăm dò khám toàn diện và tuần tự, khám bụng kỹ rồi mới khám xét vết thương, tìm hóng đi của vết thương, thăm HMTT hoặc thăm âm đạo, đặt sode bàng quang, tiếp theo chụp X-quang ổ bụng và xét nghiệm cần thiết để tránh bỏ sót tổn thương.

- Trường hợp chấn thương, vết thương bụng có triệu chứng của thủng tạng rỗng phải chú ý đến tổn thương trực tràng để bỏ sót 1 vết thương nhỏ ở ranh giới giữa phần trong và phần ngoài phúc mạc của trực tràng hoặc phần bờ mạc treo có tụ máu rỗng. Trong gãy vỡ xương chậu, mặc dù hay gặp tổn thương bàng quang - niệu đạo nhưng cũng có thể rách vỡ trực tràng do mảnh xương bị che lấp bởi các tổn thương kia.
- Trường hợp vào từ đường dưới: Từ hố hậu môn, đáy chậu, tầng sinh môn, mông, đùi, việc chẩn đoán tương đối phức tạp, có trường hợp vẫn còn thấy vật nhọn nhọc, que,... ở vết thương hoặc vết thương toác rộng khi mở banh trực tràng để thăm khám. Khó chẩn đoán nếu lỗ vào của vết thương nhỏ hoặc lỗ vào trong ống HMTT mà không rách ở ngoài tầng sinh môn hoặc lỗ vào ở rất xa nh mông, háng, đùi,.. Các trường hợp này phải chú ý khám xét để tìm các dấu hiệu viêm phúc mạc, dựa vào X-quang, phải thăm trực tràng để phát hiện có máu ra theo tay không.

4. XỬ TRÍ

4.1. Nguyên tắc xử trí chung:

- Cắt lọc vết thương tầng sinh môn.
- Làm HMNT trên dòng, đóng bít đầu dưới.
- Phải hồi sức chống shock.
- Lau rửa và dẫn lưu ổ bụng.
- Dung kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh.
- Tiêm phòng uốn ván SAT.

4.2. Đối với các vết thương trực tràng có thủng vào trong ổ bụng:

- Phải mở bụng để kiểm tra tổn thương, nếu vết thương nhỏ thì khâu 2 lớp và làm HMNT ở đại tràng xích ma, nếu rách rộng, tổn thương lớn thì cắt đoạn, đoáng đầu dưới và làm HMNT đầu trên. Ngoài ra phải lau rửa bụng và dẫn lưu vùng thấp của bụng. Trong trường hợp có vết thương tầng sinh môn phải cắt lọc, cầm máu, dẫn lưu tốt, khâu tái tạo cơ thắt, để hở da.
- Xử lý các tổn thương kết hợp nếu có.

4.3. Đối với vết thương vào từ đường dưới lên:

- Vết thương rách rộng tầng sinh môn: cắt lọc tổ chức dập nát, mở rộng góc ngách, lấy hết dị vật, cầm máu kỹ, rửa bằng oxy già và betadine, khâu vết thương trực tràng hai lớp, đặt ống dẫn lưu lớn để thoát dịch, nếu có đứt rách cơ thắt hậu môn phải khâu phục hồi lại cả phần niêm mạc và cơ để tránh biến chứng chít hẹp hậu môn.
- Làm hậu môn nhân tạo trên dòng, tốt nhất là kiểu một nòng đóng bít đầu dưới để loại trừ hoàn toàn phân không cho đi qua vết thương.
- Nếu vết thương nhỏ ở xa hậu môn thì phải cắt lọc, rạch rộng, kiểm tra tổn thương ở HMTT để xử lý. Nếu nghi ngờ có tổn thương trong ổ phúc mạc thì phải mở bụng xử trí và làm HMNT cả khi không có tổn thương vào ổ bụng.

4.4. Một số điểm cần chú ý khi xử trí vết thương HMTT:

- Khâu vết thương HMTT 2 lớp.
- Cắt lọc, lấy dị vật, cầm máu kỹ và mở rộng, dẫn lưu tốt vết thương vùng tầng sinh môn.

- Làm HMNT 1 nòng, làm sạch phân ở quai đi đại-trực tràng.
- Khâu phục hồi lại giải phẫu ống hậu môn và cơ thắt.
- Xử trí viêm phúc mạc tốt.
- Không bỏ sót tổn thương.
- Kháng sinh liều cao và phối hợp kháng sinh.
- Nuôi dưỡng, chăm sóc vết mổ tốt.

5. BIẾN CHỨNG

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Áp xe trong ổ bụng. - Chảy máu thứ phát. - Áp xe tầng sinh môn. - Nhiễm khuẩn huyết. - Són phân không kiểm chế (Incontinence). | <ul style="list-style-type: none"> - Hẹp hậu môn. - Rò hậu môn. - Rò trực tràng-âm đạo - Viêm, rò xương. - Tắc ruột |
|--|--|

SA TRỰC TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Sa trực tràng là tình trạng một phần hay toàn bộ thành trực tràng lộn lại và chui ra ngoài qua lỗ hậu môn, đây là thuật ngữ chung đã được sử dụng từ nhiều thế kỷ để gọi tất cả các loại sa với các mức độ khác nhau. Tuy nhiên không phải lúc nào các kiểu đó cũng là những mức độ tiến triển của cùng một tình trạng bệnh lý, mà thường có các nguyên nhân riêng biệt và đòi hỏi các biện pháp điều trị rất khác nhau. Các lứa tuổi đều có thể mắc sa trực tràng nhưng hay gặp ở trẻ em 1 - 3 tuổi (sa niêm mạc) và người lớn trên 50 tuổi (thường gặp cả sa niêm mạc và sa toàn bộ). Sa trực tràng chiếm



Sa trực tràng một phần



Sa trực tràng toàn phần

tỉ lệ 0.2 - 1% các bệnh lý ngoại khoa.

- Các công trình nghiên cứu của Tuttle - 1903 và tiếp theo của Moschcowitz A.V - 1912 và các tác giả khác Scali P - 1987 và Hourys - 1987 đã phân nào làm sáng tỏ một số vấn đề về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh... của sa trực tràng, nhưng cho đến hiện nay vẫn được coi là bệnh có nguyên nhân khó hiểu, có rất nhiều phương pháp điều trị ngoại khoa khác nhau (trên 200 phương pháp) và tỉ lệ tái phát dao động từ 1 - 30%. Theo Schilinkert - 1985: "Một phẫu thuật tốt nhất đối với sa trực tràng hiện nay vẫn còn chưa được biết đến", gần đây Lechaux - 1992 cũng kết luận như vậy.

2. NGUYÊN NHÂN BỆNH SINH:

2.1. Các nguyên nhân làm tăng áp lực ổ bụng đột ngột, kéo dài và các nguyên nhân làm bệnh nhân phải dặn nhiều:

- Ở trẻ em: Ỉa chảy, ho gà, hẹp bao quy đầu.
- Ở người lớn: Táo bón, bệnh lý, viêm đại tràng mãn, bí đái, u tuyến tiền liệt, sỏi bàng quang ...
- Người làm nghề khuân vác nặng.

2.2. Sự suy yếu của các phương tiện treo giữ hậu môn - trực tràng:

- Sự suy yếu cơ thắt, cơ nâng hậu môn.
- Suy yếu các cân cơ đáy chậu tự nhiên hoặc mắc phải không giữ được trực tràng ở vị trí bình thường.

2.3. Sự khuyết tật về giải phẫu:

Có thể bẩm sinh hoặc mắc phải như sự kéo dài của túi cùng Douglas, hình thành mạc treo trực tràng, độ cong của xương cùng cụt ít, đại tràng ả quá dài ...

Trong thực tế sa trực tràng có sự phối hợp của nhiều nguyên nhân, nhưng cũng có khi lại không tìm thấy một nguyên nhân nào. Có hai giả thuyết để có thể giải thích sự phát sinh của sa trực tràng toàn bộ :

- Moschcowitz A.V. - 1912 cho rằng điểm khởi phát là thành trước trực tràng bị "thoát vị trượt" qua sàn chậu hông yếu và không đủ độ vững vàng để trấn giữ, tiếp theo đó là các phương tiện treo trực tràng bị giãn mỏng dần, dính yếu ớt với các tạng xung quanh, kết hợp với các yếu tố nguyên nhân làm tăng áp lực ổ bụng thúc đẩy thì sa trực tràng xuất hiện. Bằng chứng rõ nhất là trong sa trực tràng bao giờ cũng thấy túi cùng Douglas xuống rất thấp.
- Mất độ cong sinh lý của trực tràng tức là mất góc gấp trực tràng và trực ống hậu môn do giãn nhẽo các hệ thống dây chằng bám dính phía sau ống hậu môn - trực tràng tạo thành một mạc treo trực tràng thực sự (Ripstein và Lanter - 1963). Broden và Snellman căn cứ trên những hình ảnh trong khi theo dõi liên tục trên màn huỳnh quang thấy rằng cùng một lúc toàn bộ chu vi của trực tràng bị tuột xuống và khởi phát từ phần trên cao cách mép hậu môn 7 - 8cm.

Tuy nhiên hai giả thuyết này không thật hoàn toàn cắt nghĩa được cơ chế bệnh sinh của sa trực tràng. Các tác giả đã không chú ý tới vai trò chức năng của cơ thắt hậu môn mà tình trạng mất chức năng của nó là một điều kiện hết sức quan trọng và thường gặp đối với việc phát sinh bệnh sa trực tràng. Chúng tôi thấy rằng trong sa trực tràng toàn bộ có các tình trạng giải phẫu bệnh lý của trực tràng sa như sau:

- Không đầy đủ phương tiện cố định nhất là ở phía sau trực tràng.
- Mất độ cong sinh lý của trực tràng, mất góc hậu môn - trực tràng.
- Đại tràng ả dài quá mức.
- Túi cùng Douglas quá sâu và rộng.
- Dẫn rộng hậu môn.
- Trùng nhão cơ nâng và hệ thống cơ thắt.

3. GIẢI PHẪU BỆNH, PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN:

Theo tài liệu của Michotey G. - 1969 thì ngay từ thời Cruveilhier - 1867 người ta đã chia ra làm hai loại sa trực tràng chính: sa niêm mạc và sa toàn bộ. Xu hướng trước kia coi đó là những mức độ khác nhau do tiến triển dần dần của một bệnh nên gọi sa niêm mạc là sa một phần hay sa chưa hoàn toàn và sa toàn bộ là sa hoàn toàn:

*** Tuttle - 1903 phân loại như sau:**

- Sa một phần hoặc không hoàn toàn.
- Sa hoàn toàn: độ 1, 2, 3.

*** Moschcowitz A.V - 1912 chia làm 5 loại:**

- Chóm sa (chưa ra ngoài lỗ hậu môn).
- Sa một phần
- Sa chưa hoàn toàn
- Sa ngoài lỗ hậu môn
- Sa hoàn toàn
- Sa thành 1 khối lớn (có ruột sa theo)

*** Altemeier - 1955 chia làm 3 kiểu:**

- Kiểu 1: sa niêm mạc
- Kiểu 2: sa toàn bộ
- Kiểu 3: sa lồi ruột

Ngày nay đa số các tác giả coi sa niêm mạc và sa toàn bộ là những tình trạng bệnh lý khác nhau về nguyên nhân tiến triển và cách xử trí:

3.1. Sa niêm mạc:

Là phần cuối của niêm mạc trực tràng, hậu môn sa ra ngoài qua lỗ hậu môn còn lớp cơ vẫn ở vị trí bình thường. Niêm mạc ống hậu môn phồng và lộn có tính chất sinh lý bình thường mỗi khi đại tiện để tổng phân được dễ dàng và sau đại tiện xong phần niêm mạc da ống hậu môn co lại hoàn toàn bởi tính đàn hồi của nó. Trong quá trình bệnh lý các mô này trở nên căng dẫn và kéo dài thường xuyên, niêm mạc không chỉ lộn ở mức bình thường mà còn không thể co trở lại được. Lúc đầu có thể chỉ sa phần niêm mạc ống hậu môn về sau kéo theo cả niêm mạc tuyến của trực tràng.

- Theo mức độ sa của niêm mạc chia ra làm 4 loại:
 - + Sa niêm mạc sau rặn đại tiện rồi tự co lên.
 - + Sa sau rặn đại tiện không tự co phải đẩy lên.
 - + Sa dễ dàng khi gắng sức nhẹ như đi bộ, ngồi xổm, ho, hắt hơi.
 - + Sa thường xuyên liên tục ở ngoài hậu môn.
- Theo chu vi của vòng hậu môn:
 - + Sa cả vòng chu vi
 - + Sa một phần chu vi: 1/3; 1/2; 2/3 vòng.
- Theo lứa tuổi:
 - + Sa niêm mạc ở trẻ em: thường là sa niêm mạc đơn thuần do sự liên kết giữa lớp niêm mạc và cơ chưa được phát triển hoàn chỉnh.
 - + Sa niêm mạc ở người lớn: thường kèm theo trĩ hỗn hợp, các búi trĩ liên kết với nhau tạo thành vòng trĩ kéo theo niêm mạc trực tràng sa ra gọi là trĩ vòng. (Circular

hemorrhoids).

+ Sa niêm mạc ở người già: có thể gặp sa niêm mạc kèm theo trĩ hỗn hợp hoặc sa niêm mạc đơn thuần do rối loạn mối tương quan liên kết giữa lớp niêm mạc và lớp cơ bị lão hoá ở người già.

– Trên lâm sàng nhìn thấy hậu môn có một khối lồi lên như quả cà chua màu đỏ tươi, có xuất tiết dịch, các nếp niêm mạc xếp theo hình nan hoa từ trong lỗ hậu môn mở ra (như núp quả cà chua), không có rãnh ngăn cách giữa khối lồi với rìa hậu môn. Đó là do các múi niêm mạc bị sa lồi ra khỏi lỗ hậu môn như kiểu lớp lót ống tay áo lồi ra khỏi đầu ống tay áo. Nếu sa niêm mạc kèm theo trĩ thì có các búi trĩ màu tím tạo thành một vòng niêm mạc trĩ.

3.2. Sa toàn bộ:

Cả 3 lớp của thành trực tràng bị lộn ra ngoài lỗ hậu môn, có hai thể:

3.2.1. Sa trực tràng đơn thuần hay còn gọi là sa thực sự trực tràng:

Khi mà ống hậu môn không lộn ra ngoài còn ở nguyên tại chỗ, chỉ có bóng trực tràng bị tụt ra qua ống hậu môn. Như vậy đoạn lòi ra ngoài có hai ống lồng vào nhau, còn đoạn ở trong ống hậu môn thì có ba ống mà ống hậu môn là ống ngoài cùng. Cho nên khi cho ngón tay vào trong lỗ hậu môn có thể thấy nếp gấp giữa ống hậu môn và đoạn sa và ngón tay có thể luồn vòng quanh rãnh phân chia này.

3.2.2. Sa trực tràng và ống hậu môn:

Cả bóng trực tràng và ống hậu môn cùng lộn ra ngoài, như vậy là ống hậu môn lòi ra tiếp liền với da mép hậu môn, không có rãnh phân chia chỉ có hai ống làm thành đoạn sa. Đoạn sa có hình nón cụt nếu dài sẽ cong lại về phía sau trông giống như một cái đuôi do mạc treo trực tràng co lại, thành trước đoạn sa dài hơn thành sau, nhiều vòng nếp niêm mạc đồng tâm mà tâm điểm là lỗ hậu môn.

Sa trực tràng toàn bộ được chia ra làm 4 độ:

- *Độ 1:* trực tràng chỉ sa khi gắng sức mạnh, khi rặn đại tiện sau đó tự co lại nhanh chóng. Chiều dài của đoạn sa 3 - 5 cm, toàn thân không có ảnh hưởng gì, các than phiền của bệnh nhân chỉ do đoạn trực tràng sa gây nên.
- *Độ 2:* trực tràng luôn sa khi đại tiện tự co lên rất chậm phải lấy tay đẩy vào, có các vết trợt ở niêm mạc, phù nề niêm mạc, hậu môn bị lõm vào, cơ thắt có thay đổi ít, toàn thân bình thường, đoạn trực tràng sa dài 6 - 8 cm.
- *Độ 3:* trực tràng sa khi gắng sức nhẹ (ho, cười, hắt hơi, đi bộ, ngồi xổm...) và không tự co vào được. Niêm mạc tuyến của trực tràng bị hoại tử từng đám một vài nơi có sẹo, hậu môn mất trương lực cơ thắt nhão. Tinh thần bị ức chế, niêm mạc chảy máu, trung tiện mất tự chủ, đoạn ruột sa dài 9 - 12 cm.
- *Độ 4:* ruột sa thường xuyên liên tục khi đi bộ hoặc cả khi bệnh nhân ở tư thế đứng, ruột không giữ được ở vị trí bình thường nữa. Niêm mạc tuyến bị loét hoại tử, thành sẹo, cơ thắt mất trương lực, trung đại tiện mất tự chủ, không giữ được nước tiểu. Tinh thần của bệnh nhân căng thẳng, rối loạn cảm giác vùng hậu môn, da xung quanh hậu môn và vùng bẹn; có thể có mụn mủ, rộp, ngứa, eczema ở vùng đáy
- *chậu;* đoạn ruột sa dài trên 12 cm.

3.3. Sa trực tràng có biến chứng:

3.3.1. Chảy máu: Do loét niêm mạc hoặc từ các búi trĩ.

3.3.2. Viêm loét trực tràng: Do sa thường xuyên khó đẩy vào nên bị loét, niêm mạc dày phù nề và chảy máu có nhiều vết loét trợt. Bệnh nhân rất đau đớn ẩm ướt đũng quần, bản và đôi khi trực tràng có thể bị thủng.

3.3.3. Thất nghệt: Có thể xảy ra nếu trương lực cơ thất còn khoẻ, do co cứng cơ thất nên dẫn đến phù nề, hoại tử, nhiễm trùng khối trực tràng sa.

3.3.4. Tắc ruột: Nếu có ruột non sa theo trực tràng khi bị thất nghẽn sẽ xuất hiện triệu chứng tắc ruột.

3.3.5. Vỡ trực tràng: Sau một động tác gắng sức hoặc do đoàn sa xuống không đẩy nên được rồi bị loét và đột nhiên thủng ở chỗ nổi đại tràng ả - trực tràng mặt trước, nếu lỗ thủng to và dài thì có ruột non lòi ra ở lỗ hậu môn. Đôi khi trực tràng bị vỡ trong trường hợp sa bị thất nghệt mà cố đẩy lên.

3.3.6. Sa trực tràng kèm theo sa sinh dục ở phụ nữ: Thường kèm theo sa âm đạo hoặc tử cung - âm đạo.

3.3.7. Sa trực tràng kèm theo thoát vị đáy chậu: Là một thể đặc biệt của sa trực tràng - hậu môn. Khi trực tràng sa ra ngoài sẽ kéo theo túi cùng Douglas cùng sa theo qua lỗ hậu môn và tạo thành một cái khe, qua đó ruột non chui ra ngoài gây thoát vị gọi là thoát vị hậu môn (hédrocele) hay thoát vị Moschowitz vì được coi như một thoát vị trượt của đáy chậu.

4. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA:

– Chỉ định điều trị ngoại khoa được đặt ra sau khi giải quyết các nguyên nhân hoặc điều kiện thuận lợi phát sinh bệnh. Có rất nhiều quy trình kỹ thuật mổ được đề nghị và áp dụng: năm 1934 Carrasco thấy thống kê được khoảng 100 phương pháp đến năm 1963 Titarencó thấy có tới trên 150 phương pháp và vài năm gần đây có hơn 200 quy trình mổ khác nhau. Điều đó nói lên tính ít hiệu quả của các phương pháp mổ và việc lựa chọn kỹ thuật nào phải căn cứ vào loại sa (sa niêm mạc hay sa toàn bộ), vào lứa tuổi (trẻ em, người lớn hay người già), tình trạng toàn thân và tại chỗ vùng đáy chậu của bệnh nhân. Lahaut L. - 1956, Loygue J. và Cerbonnet J. - 1957, Costalat G. - 1989, Lechaux J. P. - 1992 đã chỉ ra rằng: để đạt được kết quả tốt và hạn chế tái phát thì các phương pháp hầu hết phải kết hợp hai động tác kỹ thuật đặc biệt trong khi điều trị phẫu thuật sa trực tràng toàn bộ:

Thứ nhất là: Giải phóng hoàn toàn trực tràng được xếp gấp lại như đàn phong cầm ở khoang dưới phúc mạc, kỹ thuật này cũng đã được Ach - 1910 và Pemberton G. - 1939 đề nghị.

Thứ hai là: Kéo căng trực tràng và cố định chắc chắn vào một vị trí nào đó trong ổ bụng mà kỹ thuật này đã được Sudek - 1921 và Orr T.G - 1947 thực hiện:

Các kỹ thuật mổ theo đường đáy chậu còn lại là các chỉ định ngoại lệ khi mà phương pháp treo trực tràng (Rectopexie) qua đường bụng bị chống chỉ định do tuổi tác hoặc tình trạng toàn thân và có khi nó chỉ là một kỹ thuật phụ thực hiện trên cơ thất để phối hợp với kỹ thuật treo trực tràng.

4.1. Các phương pháp điều trị sa niêm mạc trực tràng:

4.1.1. Điều trị sa niêm mạc ở người lớn: Đối với người lớn sa niêm mạc thường kèm theo trĩ hỗn hợp và là hậu quả của các búi trĩ bị sa thành vòng gọi là trĩ vòng (Circular hemorrhoids) là một thể bệnh

hay gặp chiếm 8 - 40% bệnh trĩ và 26,7% bệnh lý ngoại khoa hậu môn trực tràng (Nguyễn Văn Xuyên - 1989).

4.1.1.1. Các phẫu thuật cắt đơn lẻ từng búi trĩ: (Milligan - Morgan - 1937, Parks - 1956, Ferguson - 1959) nhằm cắt bỏ ba búi trĩ ở ba vị trí thường gặp (phải trước, phải sau, trái ngang) Thích hợp cho việc điều trị trĩ nhưng không giải quyết được triệt để đối với sa niêm mạc.

4.1.1.2. Phẫu thuật Whitehead W - 1882: Là phẫu thuật cắt toàn bộ vòng trĩ và niêm mạc sa, các điểm chính của phẫu thuật:

- Rạch các đường dọc theo trục hậu môn chia vòng niêm mạc trĩ làm 4 phần, mỗi phần được kẹp giữ bởi một kim.
- Dùng kéo phẫu tích bắt đầu từ mép hậu môn tới đỉnh các búi trĩ cách mép hậu môn 3 - 4cm tạo thành bốn vạt hình vuông hoặc chữ nhật.
- Cắt niêm mạc ở phía trên lấy bỏ trĩ và vạt niêm mạc - da sa.
- Khâu niêm mạc trực tràng lành kéo xuống dính với mép hậu môn.

Đây là phẫu thuật triệt để nhất giải quyết được cả trĩ và niêm mạc sa nhưng chảy máu nhiều trong mổ phải truyền bù máu mất, sau mổ có các biến chứng và di chứng: mất tự chủ hậu môn, lộn niêm mạc, hẹp hậu môn... Vì vậy phương pháp ít được áp dụng và bị lãng quên.

4.1.1.3. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ vòng niêm mạc trĩ với dụng cụ tự tạo:

* Kỹ thuật mổ của chúng tôi có sử dụng dụng cụ tự tạo làm nòng tựa hình trụ đường kính: 2,6 - 2,8cm, chỉ tựa để kéo vòng niêm mạc trĩ, dây cao su để garô cầm máu tạm thời với tác dụng:

- Tạo nên trường mổ bên ngoài ống hậu môn.
- Bịt kín ngăn trực tràng thông với vùng mổ.
- Có điểm tựa để bộc lộ và kéo vòng niêm mạc trĩ.
- Có điểm tựa để rạch cắt và phẫu tích tổ chức đúng lớp giải phẫu.
- Có nòng trụ để garô cầm máu, đảm bảo đường kính ống hậu môn cố định, xoay bộc lộ các vị trí để thao tác kỹ thuật.

* **Nguyên tắc kỹ thuật:** Cắt bỏ tùy thuộc vào mức độ sa của vòng niêm mạc trĩ, đây là phẫu thuật cắt bỏ theo mức độ tổn thương bệnh lý.

* **Ưu điểm:** là một phẫu thuật gây chảy máu ít trong mổ, thời gian mổ ngắn (30 - 40 phút), chủ động thao tác kỹ thuật cắt bỏ, tạo nên diện cắt tròn phẳng, tái tạo lại ống hậu môn có tiết diện phù hợp với sinh lý hậu môn, không gây tổn thương cơ thắt, kết quả sau mổ chưa thấy các biến chứng: đại tiện mất tự chủ, lộn niêm mạc và hẹp hậu môn phải chỉ định mổ lại.

* Qua thực tế lâm sàng, những kinh nghiệm điều trị cho thấy đây là phương pháp mổ an toàn, đơn giản, kết quả điều trị tốt, có thể ứng dụng ở các cơ sở phẫu thuật tuyến bệnh viện với các điều kiện: chỉ định chính xác, thực hiện đúng các quy trình và thao tác kỹ thuật, chăm sóc theo dõi sau mổ chu đáo (Nguyễn Văn Xuyên - 1991).

4.1.2. Điều trị sa niêm mạc ở người già:

Nếu là sa niêm mạc đơn thuần mà nguyên nhân do cơ thắt bị trùng nhão và tổ chức bị lão hoá thì việc điều trị phải đạt được 2 mục đích:

- Cắt bỏ niêm mạc bị sa ra ngoài.
- Làm tăng trương lực cơ thắt.

4.1.2.1. Việc cắt bỏ niêm mạc sa ra ngoài có thể được thực hiện bằng 2 phương pháp rất cổ điển:

- Kỹ thuật của Delorme: Kỹ thuật này tương tự như kỹ thuật của Whitehead đã sử dụng trong điều trị trĩ. Sau khi rạch vòng tròn ở đường ranh giới da và niêm mạc thì phải bóc tách ống niêm mạc cho đến đỉnh của đoạn sa, niêm mạc sẽ được cắt ở đây và khâu lồi lại bằng chỉ và da vùng rìa hậu môn. Điều bất lợi lớn nhất của kỹ thuật này là sau mổ thường bị toát đường khâu ra và niêm mạc dẫn đến hẹp thứ phát do sẹo và cũng gây nên mất tự chủ hậu môn.

- Kỹ thuật của Hartmann : Kỹ thuật này cố gắng vượt qua điều bất lợi, 4 vạt dọc cùng hướng vào trung tâm và sẽ để lại ở giữa các vạt những cầu da niêm mạc lành, từ các cầu này sự tái tạo biểu mô sẽ được thực hiện. Vùng cắt bỏ gây nên một vết sẹo cứng có tác dụng làm co ống niêm mạc vào trung tâm và cố định niêm mạc nhờ dính vào lớp cơ dưới sâu, ngăn không cho niêm mạc trượt đi. Kỹ thuật này có thể cho kết quả tốt nếu thực hiện nông hậu môn có hệ thống để tránh co thắt thứ phát.

4.1.2.2. Làm tăng trương lực cơ thắt hậu môn:

Sau khi cắt bỏ niêm mạc đã liền sẹo thì điều đáng phải làm là tăng cường trương lực cơ thắt hậu môn bằng kỹ thuật điều trị điện cơ (Electrotherapie) theo kỹ thuật của Bensaude và May J. P với liệu điều trị kéo dài 24 – 36 buổi để đạt được việc phục hồi và tăng cường trương lực cơ thắt.

4.2. Điều trị sa niêm mạc ở trẻ em

Chủ yếu là điều trị bảo tồn, có thể áp dụng kỹ thuật khâu vòng hậu môn của Thiersch - 1891 nhưng dễ gây xơ cứng và chít hẹp hậu môn nên một số tác giả khuyên không nên sử dụng.

4.3. Các phương pháp điều trị sa trực tràng toàn bộ:

4.3.1. Các phẫu thuật qua đường bụng:

4.3.1.1 Treo trực tràng (Rectopexies)

Những kỹ thuật treo đại tràng (Colopexies) mà vấn đề nguyên trực tràng ở trong chậu hông mà Quénu và Duval - 1910 đề xuất ngày nay không còn sử dụng nữa mà thay thế vào đó là các kỹ thuật treo trực tràng gồm các thì: giải phóng trực tràng và cố định trực tràng.

- Những động tác chung cho tất cả các kỹ thuật:

* Giải phóng trực tràng dưới phúc mạc:

+ Đường vào: đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường bên trái.

+ Thăm dò tổn thương: căng đại tràng ả thấy được chiều sâu không bình thường của Douglas, sự kéo dài của mạc treo đại tràng chậu hông, tình trạng nhão của phúc mạc chậu hông, trực tràng nằm xếp nếp dưới phúc mạc.

* Giải phóng trực tràng dưới phúc mạc:

+ Đường rạch hình vệt phúc mạc chậu hông ở chỗ gấp của trực tràng và mạc treo đại tràng ả bắt đầu từ bên phải trên ụ nhô rồi theo đường bám của rễ mạc treo đại tràng ả

xuống tới túi cùng Douglas. Đường vòng cung đi sát gần với thành trực tràng, sang trái ngược lên trên một cách tương xứng đối chiều với đường rạch bên phải, chú ý tránh các dây thần kinh và mạch máu trước xương cùng.

* Giải phóng rễ nguyên uỷ của mạc treo đại tràng ả: bằng cách tạo nên một đường hầm nhờ 2 đường rạch phúc mạc trước ụ nhô, chú ý không làm tổn thương đám rối mạch máu trước xương cùng và mạch máu chậu trái. Sự bóc tách rễ mạc treo đại tràng ả là chìa khoá để phát hiện khoang sau trực tràng.

* Giải phóng trực tràng phía trước và phía sau: thực hiện bóc tách trong bao trực tràng sát lớp cơ và càng xuống thấp càng tốt tới tận cơ nâng hậu môn.

* Phục hồi phúc mạc thành bụng và cố định đại tràng ả vào bờ trên chậu hông nhỏ để đặt trực tràng ra ngoài phúc mạc sau khi đã cố định trực tràng.

4.3.1.2. Các dạng kỹ thuật treo trực tràng khác nhau:

* **Kỹ thuật treo trực tràng ụ nhô Orr -Loygue - 1957.**

Kỹ thuật này thực hiện bằng cách treo trực tràng vào ụ nhô nhờ 2 dải dọc nhỏ, trước đây các dải dọc này được lấy ra từ cân cơ căng cân đùi (kỹ thuật của Orr - 1947). Ngày nay người ta sử dụng chất dẻo tổng hợp có chiều rộng 1cm và chiều dài 8 - 10 cm (kỹ thuật của Loygue - 1957). Hai dải này được khâu ở mặt trước bên của trực tràng thật thấp bằng 6 - 8 mũi chỉ không tiêu vào lớp cơ, trực tràng được kéo căng lên, đầu trên của các dải dọc được khâu vào dây chằng chung trước cột sống ở ụ nhô (Promontoire). Việc đặt trực tràng ra ngoài phúc mạc được thực hiện bằng cách cố định đại tràng ả vào bờ trên chậu hông nhỏ chỗ bóc tách phúc mạc ra để giải phóng trực tràng. Kỹ thuật này được áp dụng nhiều ở Pháp.

Có thể gặp nhiễm khuẩn do dùng cân cơ để làm dải dọc (hiện nay ở Pháp dùng 2 dải dọc nhân tạo Mersuture để cố định), viêm đau đĩa sụn thất lưng cùng do khi khâu cố định vào ụ nhô khâu phải đĩa sụn L₅ - S₁.

* **Phẫu thuật của Ripstein - 1965 (Anterior sling rectopexy).**

Đây là kỹ thuật được chọn lựa ở Mỹ. Sau khi giải phóng trực tràng dùng một miếng Téflon làm nền bao bọc lấy bóng trực tràng có chiều rộng 5cm cố định 2 đầu ở giữa cân trước xương cùng dưới ụ nhô 5cm, bờ trên và dưới của Téflon được khâu vào cơ của trực tràng. Một số tác giả sử dụng tấm lưới nhân tạo khác như Marlex, Goretex...

* **Phẫu thuật Wells - 1959 (Posterior sling rectopexy).**

Phẫu thuật này được lựa chọn ở Anh, tấm lưới nhân tạo là Ivalon (Polyvinyl - Alcool) dày 3mm (có thể thay bằng Marlex hoặc Mersilène) kích thước 15 x 10cm được cố định vào giữa cân trước xương cùng, còn hai đầu ôm quanh trực tràng cố định vào lớp cơ và để hở cách nhau 1/3 chu vi bóng trực tràng.

* **Treo trực tràng mở rộng của Mann và Hoffman - 1988.**

Kỹ thuật được áp dụng cho những sa trực tràng quá lớn kết hợp với sa sinh dục ở nữ bao gồm :

- Treo trực tràng trực tiếp vào ụ nhô.

- Dùng 1 miếng Ivalon đính vòng ở 2/3 mặt sau của trực tràng mà không cố định vào xương cùng.

- Kết hợp với cắt bỏ phúc mạc Douglas, tái tạo lại vách trực tràng - âm đạo dựa trên 1 tấm chất dẻo nhân tạo ở giữa.

- Treo tử cung vào thành bụng trước.

*** Treo trực tràng trước và sau của Nicholls - 1986.**

- Treo ở phía sau được khâu cố định miếng Marlex 8 x 5cm với cân trước xương cùng, bao quanh trực tràng 270°.

- Treo ở phía trước nhờ 1 miếng Marlex khác 5 x 2cm cố định thành trực tràng thấp nhất ở sau âm đạo. Ở Pháp kỹ thuật này được cải tiến bởi Costalat - 1989. ở phía sau treo thẳng trực tiếp vào mặt trước xương cùng hoặc treo lỏng vào ụ nhô nhờ một dải Mersilène cố định thấp nhất ở mặt sau trực tràng.

*** Treo trực tràng phía sau vào ụ nhô của Kuijpers - 1983.**

Dùng một miếng chất dẻo nhân tạo Teflon hình chữ T, 7 x 15cm được cố định vào ụ nhô, nhánh ngang được khâu xuống thấp nhất ở mặt sau trực tràng để lại phần mặt trước trực tràng đã được cố định tự nhiên.

*** Các thủ thuật kết hợp với treo trực tràng.**

- Cắt bỏ túi cùng Douglas (Douglassectomie).

- Tái tạo lại đáy chậu

*** Các kỹ thuật treo trực tràng trực tiếp không có sự trợ giúp của chất dẻo nhân tạo.**

Verneil là người đầu tiên cố định trực tràng với tổ chức phần mềm xung quanh vào năm 1881.

- Cố định mặt sau trực tràng với xương cùng bằng các mũi khâu rời chỉ không tiêu ở dọc hai bên của đường giữa. Lange làm từ năm 1887.

- Treo mặt sau trực tràng vào ụ nhô trực tiếp bằng các mũi khâu rời chỉ không tiêu mà các cánh bên được giữ nguyên vẹn, kỹ thuật này không có nguy cơ nhiễm trùng như kỹ thuật treo trực tràng có chất dẻo nhân tạo trợ giúp.

- Cố định trực tràng vào thành khung chậu của Pemberton - 1939.

*** Kỹ thuật đặt đoạn trực - đại tràng ỏ ngoài phúc mạc của Lahaut - 1956.**

- Mở bụng đường bên trái từ ngang rốn xuống dưới và bóc tách rộng rãi phúc mạc thành bụng trước bên trái (Toupet dùng đường giữa dưới rốn).

- Giải phóng trực tràng dưới phúc mạc.

- Khâu phủ phúc mạc chậu hông.

- Đưa đoạn trực - đại tràng ỏ ra thành bụng trước và kéo căng rời khâu 2 mép phúc mạc thành bụng trước bên trái ở sau đoạn trực - đại tràng ỏ. Phần phía trên phúc mạc dính với đại tràng ỏ, còn phần phía dưới dính với trực tràng. Sau mổ quai trực - đại tràng sẽ được dính vào phúc mạc và các cơ thành bụng trước bên. Kỹ thuật này ít được áp dụng rộng do khó khăn khi bóc tách phúc mạc thành bụng và tái tạo lại phúc mạc để cho quai trực - đại tràng nằm ngoài phúc mạc, gây đau do căng dẫn và chèn ép đại tràng ở ngay thành bụng trước nhất là ở người gầy.

4.3.1.3. Cắt đại tràng và đại - trực tràng.

Việc điều trị sa trực tràng toàn bộ bằng phẫu thuật cắt bỏ qua đường bụng được Muir - 1955 đưa vào áp dụng. Kỹ thuật này vẫn bao gồm phải giải phóng trực tràng và cắt đoạn đại tràng trái có hoặc không cắt trực tràng, có hoặc không treo trực tràng.

- Cắt trực tràng và đại tràng ỏ không kết hợp với các thủ thuật khác: Đây là kỹ thuật được các tác giả ở bệnh viện Mayo (Anh) áp dụng, có thể cắt trực tràng cao trong phúc mạc (hay áp dụng) hoặc cắt thấp dưới phúc mạc.

- Cắt đoạn đại tràng trái không cắt trực tràng kết hợp với treo trực tràng trực tiếp của Frykman - Goldberg - 1969:

Sau khi giải phóng đại tràng ả và trực tràng nhưng phải để nguyên các cánh bên, căng đại tràng và cố định phía sau trực tràng vào cân trước xương cùng bằng hai đường khâu hai bên, cắt đoạn đại tràng trái thấp hoặc cắt đoạn đại tràng ả và thực hiện miệng nối đại tràng - trực tràng không được căng ở ngang mức ụ nhô.

Husa và Keighley - 1990 ở Helsinki so sánh thấy kết quả của kỹ thuật này tương tự với kỹ thuật treo trực tràng phía sau có trợ giúp của chất dẻo nhân tạo Marlex theo kiểu Wells.

4.4. Các phẫu thuật qua đường đáy chậu.

Có rất nhiều quy trình kỹ thuật được công bố trong điều trị sa trực tràng toàn bộ theo đường đáy chậu. Tuy nhiên việc chỉ định áp dụng các kỹ thuật này còn lại rất hạn chế khi mà bệnh nhân có chống chỉ định áp dụng treo trực tràng theo đường bụng, một số phương pháp còn giá trị để áp dụng hiện nay:

*** Khâu vòng hậu môn của Thiersch - 1891:**

- Kỹ thuật được đề cập để điều trị cho hậu môn bị doãng rộng bằng cách khâu 1 đường chỉ dưới da vòng quanh hậu môn để tạo nên một vòng tổ chức xơ.

- Khi cơ thoát hậu môn bị nhão, hậu môn bị doãng rộng (ở trẻ nhỏ và người già), khâu một đường chỉ dưới da quanh hậu môn buộc vòng cơ thắt hậu môn nhỏ lại chỉ đứt lọt ngón tay, sẽ tạo nên một vòng xơ quanh hậu môn. Kỹ thuật này được Ombredanne - 1912 cải biên bằng cách sử dụng kim cong của Doyen hoặc kim Emmet để khâu hai nửa phải và trái của hậu môn rồi buộc lại.

- Có thể dùng các vật liệu khác nhau để thực hiện kỹ thuật khâu vòng hậu môn: Dacron, Marlex, Prothèse, Angelchik ... Kỹ thuật của Hopkinson - 1987 đưa vào quanh hậu môn hai vòng đai Silicone ở trên và ở dưới cơ nâng. Nhìn chung các kỹ thuật này chủ yếu chỉ giải quyết được tình trạng doãng rộng hậu môn và giữ trực tràng tạm thời ở trên cơ thắt cho nên chúng chỉ còn được áp dụng cho sa trực tràng ở người rất già, liệt, tâm thần nặng lâu mà không có chỉ định mổ treo trực tràng theo đường bụng.

*** Treo trực tràng đường đáy chậu:**

- Phẫu thuật treo và cố định trực tràng vào xương cùng bằng đường qua xương cùng được mô tả bởi Thomas - 1975 là một phẫu thuật lớn rất nặng và khó thực hiện. Sau khi cắt xương cụt, kết hợp khâu cơ nâng ở phía trước khâu bó túi cùng Douglas, treo trực tràng vào xương cùng và tùy thuộc mà có thể cắt đại tràng ả và trực tràng. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cao.

- Treo trực tràng qua đường đáy chậu nhờ trợ giúp của Prothèse nhân tạo đã được áp dụng bởi Wyatt - 1981. Đường vào hình cung qua khoang sau hậu môn, tới khoang sau trực tràng qua đường liên cơ thắt và mở cân Waldeyer. Trực tràng dưới phúc mạc được phẫu tích rộng rãi. Một miếng chất dẻo Mersilène 8 x 10 cm được cố định vào mặt trước xương cùng và cả hai mặt bên của trực tràng như kỹ thuật Wells.

- Phẫu thuật của Rogers và Jeffery - 1987 đường vào tương tự như kỹ thuật Wyatt. Đặt vào khoang sau trực tràng ở mặt hõm trước xương cùng, không cố định miếng Prothèse Ivalon 10 x 12 cm. Khâu cơ nâng ở phía sau hậu môn theo kỹ thuật của Parks.

4.5. Cắt trực tràng:

- **Kỹ thuật cắt bỏ hoàn toàn đoạn trực tràng sa của Mikulicz - 1888** chỉ áp dụng cho sa trực tràng bị thắt nghẹt và hoại tử ở người già mà không mổ được đường bụng. Kéo đoạn trực tràng sa và cắt bỏ bằng một đường cắt ngang ở ống ngoài cách mép hậu môn 1cm theo từng lớp và tiếp theo cắt ống trong bởi một đường cắt tương ứng, hai ống được nối với nhau.
- **Kỹ thuật của Hartman - Bergenet - 1930:** Bóc tách niêm mạc ống hậu môn bắt đầu từ mép hậu môn bảo tồn cơ thắt và nâng cơ hậu môn, cắt thành trực tràng ở phía trên vùng cơ thắt và kéo trực tràng - đại tràng xuống cầm máu rồi cắt. Nối đại tràng với mép hậu môn, cắt bỏ đại tràng cách mép này 5 - 6 cm phần này được cắt bỏ thì hai sau 8 - 10 ngày để tránh sự co rút thứ phát của đại tràng.
- **Cắt trực - đại tràng chậu hông của Altemeier - 1971:** Cắt vòng tròn toàn bộ ống ngoài của khối trực tràng sa ở vị trí cách đường lược 2 - 3cm. ống trong là trực tràng và đại tràng ả được kéo ra ngoài sau khi mở lớp phúc mạc. Túi cùng Douglas được khâu lại ở trên thật cao, miệng nối đại tràng - hậu môn được thực hiện bằng khâu mũi dờ chỉ tiêu chặm hoặc máy khâu tự động EEA.
- **Kỹ thuật của Prasad - 1986:** Kỹ thuật này có thể kết hợp cắt trực - đại tràng ả khâu cơ nâng ở trước, sau hậu môn và treo đại tràng nhờ khâu với cân trước xương cụt ở trên sàn chậu. Việc cắt đại - trực tràng kết hợp với tái tạo góc hậu môn - trực tràng nhằm mục đích để cải thiện tình trạng tự chủ hậu môn.
- **Phẫu thuật Delorme - 1900:** Đây là phẫu thuật chỉ cắt bỏ niêm mạc của trực tràng sa kết hợp với khâu gấp lại lớp cơ được thực hiện dưới gây tê vùng hoặc tê tại chỗ.
- + **Kỹ thuật kinh điển:** Kéo đoạn sa ra ngoài nhờ các pincers Babcock, một đường cắt vòng quanh niêm mạc trực tràng bằng dao điện ở vị trí 1,5cm trên đường lược. Tiêm ngấm vào dưới niêm mạc dung dịch Xylocaine có adrenaline với mục đích để giảm chảy máu. Phẫu tích dưới niêm mạc làm xuất hiện lớp cơ vòng trong màu xanh xám ở mức cơ thắt trong tạo thành một ống niêm mạc tới tận đỉnh của khối sa và tiếp tục kéo căng và bóc tách niêm mạc, chiều dài toàn bộ ống niêm mạc được bóc tách khoảng 15 - 30 cm. Sự thu giữ ngăn lại phần cơ đã được bóc trần nhờ việc khâu gấp dọc bằng 8 - 10 nút buộc ở 4 phía trực tràng. Thu gấp dần dần từng bình diện một, cuối cùng là nối niêm mạc phần trên với phần còn lại bên dưới và cắt bỏ ống niêm mạc từng phần theo chu vi.
- + **Những biến đổi kỹ thuật:**
 - **Uhlig và Sullivan - 1979** thực hiện phẫu thuật khâu gấp ở lớp cơ có sử dụng valve tự động trong trực tràng có tác dụng bộc lộ tốt và giảm chảy máu. Các tác giả phối hợp việc khâu gấp lớp cơ theo chiều dọc và chiều ngang ở phía trước cho phép điều trị thoát vị trực tràng (rectocèle) kết hợp. Phẫu thuật này còn được gọi là phẫu thuật "Delorme qua trực tràng" (Delorme transrectal) sử dụng trong điều trị thoát vị trực tràng và nội sa trực tràng.
 - **Christiansen - 1987** thực hiện việc cắt niêm mạc của ống ngoài kết hợp với khâu cơ nâng ở phía sau hậu môn theo Parks. Kỹ thuật được áp dụng áp dụng cho những bệnh nhân sa trực tràng có mất tự chủ hậu môn.
 - **Gundersen - 1985** đã sử dụng thành công việc bóc tách lớp dưới niêm mạc bằng phẫu tích siêu âm.
 - **Phẫu thuật Delorme "mở rộng":**

áp dụng cho những trường hợp sa trực tràng được gộp vào với thoát vị "trượt" có nhão cơ nâng, sa tầng sinh môn, thoát vị qua hậu môn của túi cùng Douglas (hédrocèle) và thoát vị trực tràng (rectocèle), mà đơn thuần cắt niêm mạc khâu gấp lớp cơ là chưa đầy đủ và có thể không tránh được tái phát. Vì vậy cần phải kết hợp phẫu thuật Delorme với cắt túi cùng Douglas, khâu cơ nâng, điều trị thoát vị trực tràng và treo trực tràng đường đáy chậu.

+ Điều trị thoát vị hậu môn: Sau khi bóc tách được ống niêm mạc thì rạch một đường ngang 2 - 3 cm lớp cơ ở phần giữa của mặt trước vào túi phúc mạc và phẫu tích nó như là túi thoát vị rồi mở túi, xẻ ở hai bên lên thật cao, bóc tách phúc mạc dính với trực và đại tràng thành 2 mảnh, cắt bỏ và khâu dính với nhau. Khâu cơ nâng ở phía trước hậu môn, chỗ rạch ngang ở lớp cơ được khâu phục hồi.

+ Khâu cơ nâng ở phía sau hậu môn theo kỹ thuật của Parks: Vào khoang sau trực tràng qua đường liên cơ thắt ở đường giữa sau qua khe giữa phần niêm mạc sát hậu môn và các sợi cơ của cơ thắt trong. Bộc lộ mặt sau nhờ valve rồi mở cân Waldeyer, khâu bờ các bó mu trực tràng của cơ nâng bằng 2 - 3 mũi chỉ.

+ Treo trực tràng theo kiểu của Costalat - 1989. Khâu trực tràng với mặt trước xương cụt trên đường giữa hoặc đơn giản hơn là chỉ đặt ở phía sau trực tràng một miếng Hemostagène hoặc một miếng Vicryl 10,5 x 8,5 cm áp sát vào hõm xương cụt.

+ Điều trị thoát vị trực tràng thực hiện theo kỹ thuật của Sullivan - 1968: Phần cao của lớp cơ được khâu gấp thu lại theo chiều dọc còn phần thấp ở dưới sàn chậu tới tận cơ thắt trong được khâu gấp theo chiều ngang ở mặt trước từ 2- 3 bình diện. Đôi khi kết hợp khâu đáy chậu sau toàn bộ với tái tạo cơ thắt trong.

Phẫu thuật Delorme được nghiên cứu áp dụng trở lại ở Pháp năm 1984, đây là phẫu thuật dễ thực hiện, nhanh, không có chống chỉ định, không có tử vong và biến chứng, áp dụng cho các bệnh nhân không thể mổ được đường bụng thường là các bệnh nhân lớn tuổi, già yếu hoặc có nguy cơ tai biến phẫu thuật mà lại hay bị bệnh này, vô cảm chỉ gây tê tại chỗ hoặc gây tê khu vực cho nên phẫu thuật Delorme là phẫu thuật được lựa chọn cho tất cả các sa trực tràng ra ngoài (Uhlig - 1979, Gundersen - 1985, Monson - 1986, Lechaux - 1992).

4.6. Một số kỹ thuật trợ giúp ở các cơ vùng đáy chậu:

Sau khi treo trực tràng mà tình trạng cơ thắt hậu môn mất trương lực hoặc đại cơ đáy chậu bị trùng nhão; nặng hơn là cơ thắt bị tổn thương phá hủy, có tình trạng mất tự chủ hậu môn (Incontinence) thì việc áp dụng các kỹ thuật sửa chữa lại cơ thắt và cơ đáy chậu là rất cần thiết.

- Kỹ thuật khâu phía trước cơ nâng hậu môn của Duval và Proust - 1902.

- Phẫu thuật khâu cơ thắt và cơ đáy chậu ở phía trước, sau của Cunéo và Sénèque - 1931.

- Kỹ thuật tái tạo cơ thắt hậu môn bị phá hủy của Pikrell - 1952.

- Kỹ thuật khâu cơ thắt hậu môn của Parks - 1959.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRĨ

I. ĐỊNH NGHĨA: Trĩ là hiện tượng dẫn 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:** khiêng 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 dẫn 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 dẫn 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 chổng mông 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, lùm 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 (tham khảo)

- 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**

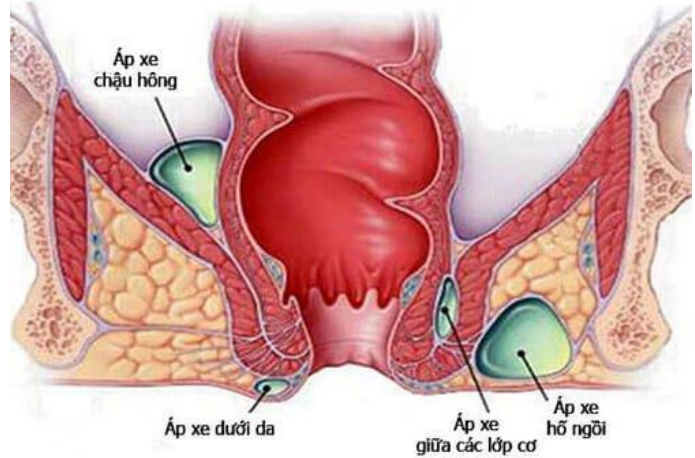
- Áp dụng các biện pháp phòng bệnh nêu trên để ngăn chặn trĩ phát triển thêm.
- Sau mỗi lần đi tiêu cần ngâm rửa hậu môn và đặt thuốc.
- Thuốc dùng bôi trĩ rất đa dạng:
 - Giảm đau có cocaine, xylocaine; làm se da và niêm mạc có acide tannique;
 - Chống co thắt có belladonne; làm xơ hoá trĩ có phenol, 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% và quinine 5%, acide carbolique 10%, huyết thanh đùn 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.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN DÒ HẬU MÔN

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 chổng mông

- Khám ngoài hậu môn thấy 1 hay nhiều lỗ dò, mỗi lỗ nằm trên 1 núm thịt nhỏ, da xung 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 Méthylene 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.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC:

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRỊ TRƯỚC MỔ:

Người bệnh đau do nhiễm trùng búi trĩ hay do tắc mạch

- Chuẩn bị người bệnh: thực hiện khám hay soi trực tràng
- Nên cho người bệnh ngâm mông ngày 2 – 3 lần và sau khi đi cầu bằng nước ấm (thời gian ngâm 10-15 phút, nhiệt độ nước 40 – 45⁰C) giúp máu tới vùng chậu: giảm phù nề và giảm đau
- Đặt thuốc hay bơm thuốc chống co thắt chống đau giúp người bệnh dễ chịu thoải mái.
- Thực hiện thuốc giảm đau
- Lượng giá mức độ đau, tính chất, ngưỡng đau, mất thoải mái,
- Dùng túi hay gối thấm dịch đặt dưới mông người bệnh
- Khuyến khích tắm ngồi giúp thoải mái và sạch
- Dùng túi lạnh đặt vào búi trĩ giúp bớt sưng huyết

Bón:

- Người bệnh đi cầu ngay, nhanh, không ngồi lâu, không cố gắng
- Duy trì đủ nước trong ngày, thức ăn nhuận trường
- Khuyến khích người bệnh vận động, thể dục
- Cho người bệnh thuốc trước khi đi cầu, có thể ngay sau mổ vì người bệnh có thể sợ đau
- Theo dõi người bệnh xem có đau khi đi cầu

Chảy máu:

- Lấy dấu chứng sinh tồn,
- Phân có máu không, dấu mất máu, dấu chảy máu quanh hậu môn

Chuẩn bị người bệnh trước mổ:

- Điều dưỡng cho người bệnh đi cầu, vệ sinh sạch vùng hội âm,

- Chú ý cách ngâm rửa hậu môn tránh nhiễm trùng
- Người bệnh có thể dùng thuốc kháng sinh trước mổ nếu có tình trạng nhiễm trùng

QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ TRĨ:

❖ Nhân định tình trạng người bệnh:

- Đau: mức độ đau,
- Chảy máu: số lượng,
- Meche cầm máu: Có thấm băng, màu sắc, mùi
- Tình trạng vết thương: dấu hiệu nhiễm trùng, sưng nề, mùi.
- Vận động: Người bệnh ngồi hay nằm.

❖ Chẩn đoán và can thiệp điều dưỡng:

Người bệnh chảy máu

- Nếu người bệnh mổ trĩ không cần nằm viện nên điều dưỡng chỉ theo dõi chảy máu trong những giờ đầu sau đó cho người bệnh về và hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc tại nhà như
 - Theo dõi chảy máu sau mổ: quan sát băng có thấm ướt máu không Thay băng khi thấm ướt
 - Ngâm rửa hậu môn với nước muối sinh lý ấm ngày 3 lần và sau khi đi cầu
 - Tái khám khi có dấu hiệu đau tăng lên
- Nếu người bệnh mổ bằng phương pháp cổ điển: Phẫu thuật viên thường nhét meche hậu môn cầm máu, và meche này được rút sau 24 giờ. Trước rút meche nên cho người bệnh ngâm mông

Đau sau mổ

- Thực hiện thuốc giảm đau
- Tìm tư thế thích hợp giúp giảm đau

Bón sau mổ:

- Dinh dưỡng: cho người bệnh ăn thức ăn mềm, tránh thức ăn nhiều xơ Tránh táo bón: nên ăn thức ăn nhuận trường và uống nhiều nước

Người bệnh có nguy cơ bị trĩ tái phát

- Giáo dục: Tránh táo bón, tập đi cầu đúng giờ, tránh các chất kích thích như rượu, cà phê, thuốc lá, vệ sinh sạch sẽ sau khi đi cầu
- Tránh làm việc trong một tư thế quá lâu
- Tập thể dục

TIÊU CHUẨN LƯỢNG GIÁ:

- Không chảy máu
- Giảm đau
- Không bón, dinh dưỡng tốt, uống nhiều nước
- Thay đổi thói quen sinh hoạt

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Trĩ nội khoa được chia thành mấy độ:

- A. 2 B. 3 C. 4 D. 5

2. Dò hậu môn là hậu quả của bệnh:

- A. Nứt hậu môn B. Sa trực tràng
C. Áp xe hậu môn D. Viêm trực tràng

3. Phương pháp chẩn đoán có giá trị nhất trong bệnh trĩ là:

- A. Chụp đại tràng có cản quang B. Siêu âm bụng
C. Nội soi hậu môn trực tràng D. Thăm hậu môn trực tràng

4. Biến chứng thường gặp của bệnh trĩ là:

- A. Chảy máu khi đi cầu B. Chảy máu ngay cả khi không đi cầu
C. Rát ở hậu môn khi đi cầu D. Chảy máu khi trung tiện

5. Việc cần chuẩn bị nhất cho bệnh nhân trước khi mổ trĩ là:

- A. Cho bệnh nhân nhịn ăn trước đó 2 giờ B. Làm sạch đại tràng
C. Bơm thuốc vào trực tràng chống co thắt D. Uống thuốc nhuận tràng

6. Dinh dưỡng cho bệnh nhân sau mổ trĩ, ngoại trừ:

- A. Thức ăn mềm, dễ tiêu B. Thức ăn nhiều chất xơ và gia vị
C. Thức ăn có tính nhuận tràng D. Tất cả sai

7. Cận lâm sàng nào sau đây có giá trị chẩn đoán bệnh trĩ:

- A. Siêu âm B. Công thức máu
C. Nội soi trực tràng D. KUB

8. Phương pháp điều trị bệnh trĩ hiệu quả nhất là:

- A. Nội khoa B. Ngoại khoa
C. Kết hợp nội – ngoại khoa D. Ngoại khoa là chủ yếu

9. Cách vệ sinh búi trĩ tốt nhất là:

- A. Lau bằng giấy khô B. Lau bằng cồn 70⁰
C. Ngâm và rửa bằng nước ấm D. Ngâm và rửa bằng NaCl 0.9%

10. Người bệnh sốt 39,5⁰C do trĩ bội nhiễm, chăm sóc nào sau đây phù hợp?

- A. Cho uống thuốc hạ sốt B. Hướng dẫn người nhà lau mát
C. Uống nhiều nước sôi D. Đặt nhiệt độ theo dõi

Bài 7: HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các định nghĩa chèn ép khoang.
- 1.2. Giải thích được nguyên nhân chèn ép khoang.
- 1.3. Giải thích được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chèn ép khoang.
- 1.4. Giải thích được các biến chứng và hướng xử trí chèn ép khoang.

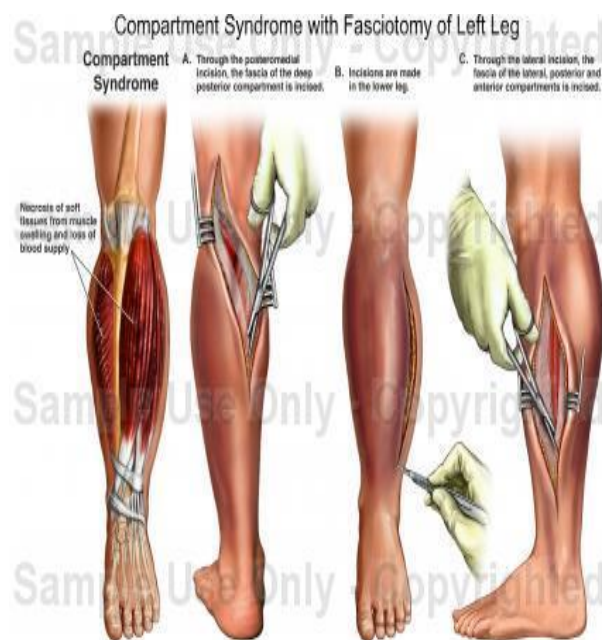
2. Kỹ năng

- Nhận định, lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc người bệnh chèn ép khoang.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu, học tập tại lớp và thảo luận nhóm.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG TRONG GẤY XƯƠNG



NỘI DUNG

1. Định nghĩa:

– Hội chứng chèn ép khoang là sự tăng áp lực quá mức tích tụ bên trong một không gian khép kín bên trong cơ thể. Nguyên nhân thường do chảy máu hoặc phù nề sau chấn thương. Áp lực cao trong khoang kín đó gây cản trở dòng chảy của máu đến và đi từ các mô bị ảnh hưởng dẫn đến không cung cấp đủ oxy và chất dinh dưỡng cho cơ và dây thần

kinh. Đây có thể là một trường hợp cấp cứu, cần phải phẫu thuật để ngăn chặn tổn thương vĩnh viễn.

– Mức độ nghiêm trọng của hội chứng khoang có thể được chia thành hội chứng khoang cấp tính, bán cấp và mạn tính.

– Cơ ở cẳng tay, cẳng chân và các phần khác của cơ thể được ngăn cách bởi các mô xơ thành các khoang là các cân mạc, cân mạc không thể co giãn để thích ứng với sưng phù. Nếu không chữa trị dưới áp lực lâu dài, cơ và thần kinh sẽ bị tổn thương và cuối cùng không thể phục hồi lại được

2. Bệnh học:

– Cơ được chứa trong khoang, dải mô sợi hoặc cân mạc. Vì chấn thương, áp lực có thể tăng trong ngăn do sưng phù, tích tụ dịch viêm hoặc chảy máu. Áp lực trong khoang bình thường vào khoảng 0 – 15 mmHg. Nếu áp suất trong khoang tăng (thường là lớn hơn khoảng 30 – 45mmHg) hầu hết bệnh nhân phát triển hội chứng chèn ép khoang. Khi áp lực trong khoang cao, máu không thể lưu thông đến cơ và dây thần kinh để cung cấp oxy và chất dinh dưỡng. Các triệu chứng như đau và sưng sẽ xảy ra.

– Khi các tế bào cơ mất máu và thiếu oxy, chúng sẽ sử dụng con đường trao đổi chất kỵ khí và bắt đầu chết. Nếu tình trạng này không được điều trị, toàn bộ cơ trong khoang sẽ chết và teo lại. Tương tự như vậy, các tế bào thần kinh bị tổn thương còn có thể gây tê và yếu các cấu trúc bên ngoài vùng chấn thương. Nếu nhiễm trùng hoặc hoại tử phát triển có thể cần phải phẫu thuật đoạn chi để phòng ngừa tử vong.

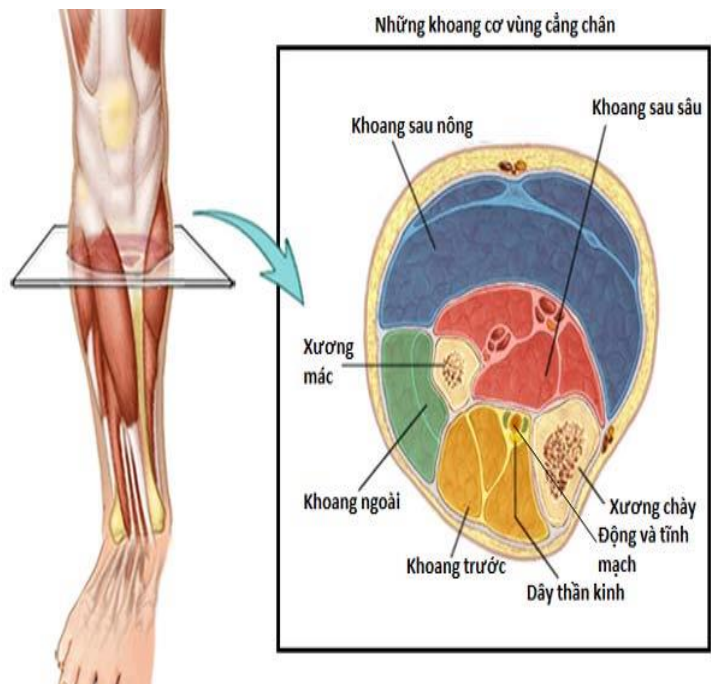
3. Nguyên nhân:

– Hội chứng khoang cấp tính là thường gặp nhất. Khoảng ba phần tư trường hợp, hội chứng chèn ép cấp là do bị gãy chân hoặc cánh tay. Hội chứng khoang cấp tính phát triển nhanh chóng trong khoảng vài giờ hoặc vài ngày.

– Hội chứng khoang có thể phát triển do áp lực từ chảy máu hoặc phù nề. Hoặc cũng có thể xảy ra sau đó, như là kết quả của việc điều trị gãy xương (chẳng hạn như sau phẫu thuật)

– Hội chứng chèn ép khoang cấp cũng có thể xảy ra sau chấn thương mà không bị gãy xương, như:

- Chấn thương do đè ép, đụng giập
- Bỏng



- Băng bó quá chặt
- Đè ép một chi lâu do bất tỉnh, phẫu thuật
- Phẫu thuật mạch máu của một cánh tay hoặc chân
- Tái tưới máu sau 1 thời gian dài thiếu máu nuôi
- Huyết khối thuyên tắc trong mạch máu ở một cánh tay hoặc chân
- Tập thể dục cực kỳ mạnh mẽ
- Dùng steroid

– Một dạng nữa là hội chứng chèn ép khoang mãn tính, phát triển theo nhiều ngày hoặc vài tuần, nó có thể gây ra do thường xuyên tập thể dục mạnh. Thông thường, các triệu chứng ở chân thấy ở người chạy bộ hoặc đạp xe và ở cánh tay của người bơi lội. Triệu chứng sẽ giảm khi nghỉ ngơi và rất ít khi phát triển thành tình huống đe dọa cấp tính.

– Hội chứng chèn ép khoang ở bụng hầu như luôn luôn phát triển sau chấn thương nặng, phẫu thuật, hoặc bệnh ác tính. Một số yếu tố liên quan đến hội chứng khoang bụng bao gồm:

- Chấn thương, đặc biệt là khi có sóc
- Phẫu thuật bụng, đặc biệt là ghép gan
- Bỏng
- Nhiễm trùng (nhiễm trùng gây viêm khắp cơ thể)
- Cổ trướng nặng hoặc chảy máu ổ bụng

Khi áp lực trong khoang bụng tăng lên, lưu lượng máu đến và đi từ các cơ quan giảm. Gan, ruột, thận và các cơ quan khác có thể tổn thương tạm thời hoặc vĩnh viễn.

4. Triệu chứng lâm sàng: Có 5P liên quan đến hội chứng chèn ép

– **Pain – Đau** thường xuất hiện sớm và gặp ở hầu hết các trường hợp. Thường là đau sâu, liên tục, và kém khu trú. Con đau ngày càng trầm trọng hơn và không đáp ứng với giảm đau gồm cả morphine.

– **Paresthesia – Dị cảm** (cảm giác bị thay đổi ví dụ tê rần như kiến bò) ở da của khoang bị ảnh hưởng là một dấu hiệu điển hình.

– **Paralysis – Tê liệt** chân tay thường là trong trường hợp muộn. Một số bệnh nhân còn thấy rằng bàn chân và thậm chí cả chân không còn hoạt động. Điều này là do hội chứng chèn ép khoang ngăn chặn lưu lượng máu đến nuôi phần còn lại của chân.

– **Pallor – da xanh xao, tím tái**. Ngoài ra, da cũng có thể căng bóng sung ,đôi khi có vết thâm tím rõ ràng bên ngoài

– **Poikilothermia** – không có khả năng kiểm soát nhiệt độ, vùng bị tổn thương có nhiệt độ ấm hơn so với cùng vị trí bên đối diện

– Một vài tác giả thêm vào **Pulselessness – Mất mạch** hiếm khi xảy ra bởi vì áp lực gây ra hội chứng khoang thường dưới áp lực động mạch và mạch thì chỉ bị ảnh hưởng nếu các động mạch chạy trong khoang .

– Nhưng chỉ cần có triệu chứng đau và sự thay đổi trong cảm giác (parathesia) có thể chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang tiến triển.

– Các triệu chứng của hội chứng chèn ép khoang mãn gồm đau, tê hoặc chuột rút ở cơ bị ảnh hưởng trong vòng nửa giờ đồng hồ bắt đầu tập thể dục. Các triệu chứng thường mất khi ngưng tập, và chức năng cơ bắp vẫn bình thường

5. Chẩn đoán:

- Đôi khi dựa vào loại, cơ chế chấn thương, triệu chứng, thăm khám lâm sàng cũng có thể chẩn đoán xác định hội chứng
- Xét nghiệm máu có thể được dùng để tìm dấu hiệu hủy cơ (vd: mức myoglobin và lactate) và tổn thương thận.
- Chẩn đoán xác định hội chứng chèn ép khoang bằng cách đo áp lực trong khoang. Một kim tiêm vô trùng được gắn trực tiếp vào khoang cơ và gắn liền với một thiết bị theo dõi áp suất
- Trong hội chứng chèn ép khoang bụng, máy đo áp lực có thể được đưa vào bàng quang qua đường tiểu.
- Hội chứng mãn tính có thể được chẩn đoán lâm sàng nhưng áp lực khoang có thể được đo trước và sau khi tập thể dục để xác định chẩn đoán

6. Điều trị:

6.1. Cấp:

– Hội chứng chèn ép khoang cấp tính là một cấp cứu cần phẫu thuật ngay lập tức, được biết đến như một thủ thuật cắt mạc giải áp, cho phép áp lực trở lại bình thường. Mặc dù chỉ có một khoang bị ảnh hưởng, thủ thuật thực hiện để giải phóng tất cả các khoang, 1 trường hợp cấp do sung khoang do viêm và tắc động mạch.

– Giải nén của các dây thần kinh đi qua khoang có thể làm giảm bớt các triệu chứng.

6.2. Bán cấp: Hội chứng khoang bán cấp, thường đòi hỏi phải điều trị phẫu thuật khẩn cấp tương tự như hội chứng bùng cấp.

6.3. Mãn:

– Hội chứng chèn ép khoang mãn có thể được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật. Điều trị bảo tồn bao gồm phần nghỉ ngơi, kháng viêm, và dẫn lưu giải áp. Nâng cao chi bị tổn thương là chống chỉ định, vì điều này dẫn đến giảm tưới máu mạch của khu vực bị ảnh hưởng. Lý tưởng nhất, các chi bị tổn thương nên được đặt ở mức độ trung tâm. Việc sử dụng các thiết bị tạo áp lực từ bên ngoài vào khu vực này, chẳng hạn như nẹp, bó bột, và băng vết thương quá chặt, cần phải tháo bỏ. Nếu triệu chứng không giảm có thể phẫu thuật, cắt mạc dưới da hoặc mở mạc. Nếu không điều trị, hội chứng chèn ép khoang mãn tính sẽ phát triển thành hội chứng cấp tính. Hyperbaric oxy có thể được coi như là một thuốc hỗ trợ điều trị sau phẫu thuật để thúc đẩy chữa bệnh.

– Với vận động viên thể thao có thể dùng phẫu thuật chỉnh hình để tạo hình lại cân mạc phù hợp

– Việc điều trị chính cho hội chứng khoang là phẫu thuật. Vết mổ được thực hiện trong các khoang cơ bị ảnh hưởng để giải nén. Giải nén này sẽ làm giảm áp lực trên mạch máu, mạch bạch huyết, và sẽ làm tăng lưu thông máu khắp cơ.

7. Hội chứng chèn ép khoang bụng (tham khảo): Phương pháp điều trị hội chứng chèn ép khoang bụng bao gồm các biện pháp hỗ trợ sự sống như thở máy, thuốc để hỗ trợ huyết áp (thuốc co mạch), và phương pháp điều trị thay thế thận (như lọc máu). Phẫu thuật để giảm áp lực ổ bụng trong hội chứng có thể là cần thiết.

KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

Nhận định tình trạng người bệnh ngay sau mổ:

- Đây là sự bàn giao giữa điều dưỡng phòng mổ và điều dưỡng phòng hồi sức
- Ngay khi đón người bệnh từ phòng mổ về Điều dưỡng cần biết:
 - Các chỉ số sinh tồn.
 - Tuổi, tổng trạng, tình trạng thông khí.
 - Chẩn đoán bệnh và phương pháp giải phẫu.
 - Thuốc mê, kháng sinh, thuốc hồi sức, dịch truyền, máu.
 - Những vấn đề xảy ra trong phòng mổ.
 - Các loại sonde, dẫn lưu.
 - Thông tin đặc biệt mà phẫu thuật viên hay gây mê cung cấp.

Vấn đề cần chăm sóc:

- Tình trạng đau của người bệnh; Vận động
- Vết mổ; Ống dẫn lưu (nếu có)
- Tinh thần, ...

Xem lại phần chăm sóc trong giải trình “Chăm sóc sức khỏe người lớn bệnh ngoại khoa”.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ:

1. Pain có nghĩa là:

- A. Đau B. Dị cảm C. Tê liệt D. Xanh/ tím tái

2. Paresthesia có nghĩa là:

- A. Đau B. Dị cảm C. Tê liệt D. Xanh/ tím tái

3. Paralysis có nghĩa là:

- A. Đau B. Dị cảm C. Tê liệt D. Xanh/ tím tái

4. Pallor có nghĩa là:

- A. Đau B. Dị cảm C. Tê liệt D. Xanh/ tím tái

5. Hướng điều trị của HC C.E.K cấp tính là:

- A. Mổ cấp cứu B. Mổ chương trình C. Kháng sinh + giảm đau D. Tất cả đúng

6. Đau do chèn ép khoang trong gãy xương đùi, chăm sóc nào sau đây phù hợp nhất?

- A. Theo dõi cơn đau B. Hướng dẫn tư thế giảm đau
C. Dùng thuốc giảm đau D. Hướng dẫn chườm lạnh

7. Áp lực trong khoang của cơ bình thường là:

- A. 0 – 5 mmHg B. 0 – 10 mmHg C. 0 – 15 mmHg D. 0 – 20 mmHg

8. Phát biểu nào sau đây đúng khi nói đến “Hội chứng chèn ép khoang”:

- A. Hội chứng chèn ép khoang là sự tăng áp lực quá mức tích tụ bên trong một không gian khép kín bên trong cơ thể.
B. Hội chứng chèn ép khoang là sự tăng áp lực đến mức tích tụ bên trong một không gian khép kín bên trong cơ thể.
C. Hội chứng chèn ép khoang là sự giảm áp lực quá mức tích tụ bên trong một không gian khép kín bên trong cơ thể.
D. Hội chứng chèn ép khoang là sự giảm áp lực đến mức tích tụ bên trong một không gian khép kín bên trong cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [2]. ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC CẤP CỨU – Bộ Y tế, NXB Giáo dục, năm 2009
- [3]. L. BOEHLER. Kỹ thuật điều trị gãy xương. Tập I (Bản dịch tiếng Việt của Nguyễn Quang Long. NXB Y Học Hà Nội, 1976)
- [4]. NGUYỄN QUANG LONG, Các kiến thức mới và tiến bộ liên quan đến gãy xương. Tổng quan và chuyên khảo Y Dược số 22, 1986. Viện Thông Tin Thư Viện Y Học Trung Ương, Hà Nội.
- [5]. NGUYỄN QUANG LONG, Triệu chứng học cơ quan vận động. NXB Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 1978
- [6]. NGUYỄN QUANG LONG VÀ CS, Bệnh Học Ngoại Khoa – Tập V. Trường Đại Học Y Dược TP.Hồ Chí Minh, 1989
- [7]. DER ORTHOPAEDE, Số báo chuyên đề về hội chứng tắc mạch do mỡ. 1995, 24, số 2.
- [8]. HỒI SỨC CẤP CỨU TOÀN TẬP – Vũ Văn Đỉnh và Cộng sự, NXB Y học, năm 2012

ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ (THAM KHẢO)

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GÂY MÊ – GÂY TÊ

1. (A. Cảm giác; B. Phương pháp; C. Giảm đau; D. Tỉnh táo)
2. (A. Liệt cơ; B. Giảm đau)
3. (A. Nhóm khử cực/ giãn cơ ngắn; B. Nhóm tranh chấp/ tác dụng dài)
4. (B. Gây tê NMC; C. Gây tê NMC bằng xương cùng; D. Gây tê đám rối cổ nông; E. Gây tê tĩnh mạch vùng)
5. (A. Gãy răng, chảy máu lợi; B. Đặt nhâm vào thực quản; C. Đặt ống NKQ vào quá sâu; D. Không đặt được ống NKQ)
6. C; 7. B; 8. B; 9. D; 10. A)

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

1. (A. Đặt sonde tiêu lưu; B. Đặt sonde dạ dày; C. Lắp 2 đường truyền tĩnh mạch; D. Đặt CVP)
2. (A. Kiểm soát tình trạng huyết áp ở mức ổn định; B. Không hút thuốc lá; C. Thường xuyên tập thể dục; D. Giảm cholesterol, chất béo trong chế độ ăn uống)
3. D; 4. B; 5. B; 6. D; 7. D; 8. B; 9. D; 10. A

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG - VẾT THƯƠNG TIM

1. (A. Huyết áp tụt; B. Tĩnh mạch cổ nổi (CVP tăng); C. Tiếng tim xa xăm)
2. (A. Choáng; B. Suy hô hấp; C. Bệnh về phổi: viêm phổi, dày dính màng phổi, tràn dịch, máu màng phổi; D. Bệnh về tim: suy tim, tràn dịch, máu màng tim thứ phát)
3. C; 4. A; 5. D; 6. D; 7. C; 8. B; 9. B; 10. B

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

1. (A. Tồn thương; B. Thành mạch; C. Chảy máu; D. Mất máu; E. Rối loạn; F. Nuôi dưỡng)
2. C 3. D 4. D 5. D 6. A 7. C 8. D 9. A 10. B 11. A 12. B 13. B 14. A

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TỒN THƯƠNG MẠCH MÁU TRONG GÃY XƯƠNG

1. (A. Nghe tiếng lạo xạo hai đầu xương gãy; B. Có điểm đau chói; C. Cử động bất thường; D. Biến dạng chi)
2. (A. Nắn sửa hết di lệch; B. Bất động chặt chắn, liên tục, đủ thời gian; C. Tập vận động sớm)
3. D; 4. B; 5. B; 6. A; 7. B; 8. B; 9. 9; 10. B

NHỮNG CẤP CỨU THƯỜNG GẶP VÙNG HẬU MÔN – TRỰC TRÀNG

1. C; 2. C; 3. C; 4. A; 5. B; 6. B; 7. C; 8. C; 9. D; 10. A

HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG

1. A; 2. B; 3. C; 4. D; 5. A; 6. C; 7. C; 8. A